

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)



# De samenwerking van kinderanalyticus en ouders: een ‘therapeutische relatie’

Froukje Slijper

Ouders zijn geen stoorzenders die buiten de psychoanalytische behandeling van hun kind moeten worden gehouden. Zij moeten er juist in worden betrokken. Het opbouwen van een positieve werkrelatie tussen ouders en kindanalyticus is een subtiel proces, waarbij rekening moet worden gehouden met tegenoverdrachtsgevoelens van de therapeut en negatieve reacties van de ouders.

## Inleiding

Over de rol die ouders in de psychoanalytische behandeling van hun kind spelen is relatief weinig geschreven. In de allereerste kindanalyse (Freud 1909), die van de vijfjarige Hans die leed aan een fobie, stond de vader centraal, daar hij het kind behandelde op aanwijzingen van Freud. Over de moeder zegt Freud: ‘Auch für die gute und gewiß sehr besorgte Mutter müssen wir Partei nehmen’ (p. 263). Naarmate analytici meer doordrongen raakten van het belang van de intrapsychische conflicten bij kinderen ontwikkelde de kinderpsychoanalyse zich als een behandeling die zich tussen kind en therapeut afspeelde en nam de rol van de ouders af. Anna Freud bewerkstelligde in de Hampsteadkliniek, nu het Anna Freud Centre, dat er voor de ouders een eigen behandeling kwam, los van die van het kind (Anna Freud 1969). De ouders van deze kinderen gingen veelal in psychoanalyse, pas later ontwikkelde zich de ouderbegeleiding. In Nederland hebben vooral Lampl-de Groot en Frijling-Schreuder ervoor geijverd om voor ouders een aparte ouderbegeleiding, gescheiden van de analyse van het kind, te ontwikkelen. Frijling-Schreuder (1988) is van mening dat bij

Dr. F. M. E. Slijper is psychoanalytica, vrijgevestigd psychotherapeut voor volwassenen en kinderen en werkzaam op de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam.

Correspondentieadres: Rubensstraat 106 hs,  
1077 NC Amsterdam.

peuters en kleuters de behandeling van ouder en kind het beste door dezelfde therapeut kan worden gedaan. Zij zegt: 'Door een regelmatig contact kan ik de moeder duidelijk laten voelen dat ik haar de belangrijkste persoon voor het kind vind en niet mezelf' (p. 64). Vanaf de latenteleeftijd geeft zij de voorkeur aan ouderbegeleiding door een behandelaar die niet de therapeut van het kind is, omdat hiermee de privacy van het kind beter gewaarborgd wordt.

Hoewel de meeste kinderanalytici het belang van de ouders voor het wel-slagen van de behandeling van hun kind onderstrepen en dit door wetenschappelijk onderzoek wordt bevestigd (Fonagy & Target 1996), worden de ouders toch heel vaak beschreven als personen die de therapeut remmen in het uitoefenen van het analytische werk met het kind. Zij worden gezien als potentiële verstoorders van het psychoanalytische proces, als personen die het proces binnen kunnen dringen waardoor de overdrachtsgevoelens van het kind kunnen worden afgeremd, of als de schuldigen aan het afbreken van de behandeling. Godfrind (1996) zegt bijvoorbeeld: 'The presence of the parents is one of the parameters that are liable to disrupt the therapist's functioning.' In de meeste handboeken over psychoanalytische behandeling van kinderen staan het kind en de therapeut centraal en wordt over de gevoelens van de ouders, over hun rol in de behandeling van hun kind, weinig gesproken. De functie van de ouderbegeleiding wordt meestal omschreven als 'het mogelijk maken dat het kind in therapie kan zijn', waaruit tevens spreekt dat er voor de ouders amper plaats is in het therapieproces. Zij dienen zich erbuiten te houden. Zij moeten zorgen dat het tegenstribbelende kind de auto in gewerkt wordt en aan de therapeut wordt afgeleverd, of verdragen dat het kind stralend naar de therapie gaat terwijl het thuis veel ruzie met hen heeft. Zij zijn er verantwoordelijk voor dat de afspraken stipt nagekomen worden, ook al voelen zij zich niet helemaal fit, zijn er nog twee kinderen die naar hockey, fluitles of een onverwachte verjaarspartij gebracht moeten worden of is een zusje of broertje plotseling ziek geworden. Zij moeten kunnen verdragen dat het kind niets loslaat over de therapie of zich misdraagt in de wachtkamer als gevolg van de heftige emoties die in de therapie gewekt worden. Oosterhuis (1992), die veel aandacht schenkt aan de functie van de ouders, benadrukt naast de positieve bijdrage van de ouders ook de moeilijkheden die zij voor de therapeut veroorzaken en zegt: 'Er zijn dan ook veel mensen (therapeuten), die het werken met kinderen laten varen omdat ze de moeilijkheden die de ouders geven, te groot vinden' (p. 102). Chethik (1989) ruimt in zijn boek *Techniques of child therapy* een ruime plaats in voor de rol van de ouders en zegt: 'It is obvious that no child in treatment can prosper without the sanction of the parents, and it is the parental support of the treatment that allows the child to use the therapy experience' (p. 217). In het handboek over de kinderanalyse *The technique of childanalysis: Discussions with Anna Freud* (Sandler e.a. 1980) is één hoofdstuk te vinden dat gaat over de rol van de

ouders en dit hoofdstuk draagt de veelbetekenende titel *Extra-Analytic Contact*. De auteurs zeggen hier: ‘Even therapists who may wish to avoid contact with relatives and to limit their contacts to the child patient alone cannot completely avoid contact with the parents’ (p. 209). Kinderpsychotherapeuten lijken dus opgeleid te worden met de boodschap dat de ouders belangrijk zijn maar dat zij zoveel mogelijk buiten het psychoanalytische proces gehouden moeten worden omdat zij dit proces kunnen verstoren. Voor de meeste ouders is het een hele stap, vaak een krenking, om hun kind in therapie te laten gaan, te wachten in een ruimte met andere ouders waarvan de kinderen zich misdragen, bizar gedrag vertonen of ernstige lichamelijke handicaps hebben. Ouders hebben steun van de therapeut nodig om dit te kunnen doorstaan, geen vijandschap, afwijzing of triomf. In dit artikel wordt het proces beschreven van samenwerking tussen ouders en kinderanalyticus. Veel kinderen worden door hun ouders naar de therapie gebracht omdat zij nog te jong zijn om alleen te reizen, te ver weg wonen of omdat zij de steun van hun ouders nog heel direct nodig hebben. Ondanks het feit dat het kind de kinderanalyticus voor zich alleen heeft, om het therapiegeheim te waarborgen, komt de kinderanalyticus in aanraking met de ouders. De samenwerking van ouders en kinderanalyticus die zich ontwikkelt in dit directe contact zal de *directe werkrelatie* worden genoemd. Ouders krijgen meestal ook een ouderbegeleiding die wordt uitgevoerd door een behandelaar die niet dezelfde is als de therapeut van het kind. De samenwerking tussen ouders en kinderanalyticus die in deze relatie wordt opgebouwd, zal de *indirecte werkrelatie* genoemd worden. De samenwerking die beschreven zal worden, kan dus via twee kanalen worden opgebouwd: via het directe contact dat zich tussen ouder en kinderanalyticus voordoet als het kind gebracht en gehaald wordt en via het indirecte contact dat loopt via de ouderbegeleiding. Deze samenwerking is dus niet een therapeutische relatie in engere zin, omdat de ouders niet bij de kinderanalyticus in behandeling zijn. Er zal aannemelijk worden gemaakt dat de samenwerking wel het karakter kan krijgen van een therapeutisch proces, waarbij aspecten zoals een werkrelatie en positieve en negatieve therapeutische reacties een rol kunnen spelen.

## Ouderbegeleiding

Ouderbegeleiding kan gegeven worden op twee manieren: ouders hebben gesprekken met een behandelaar die niet dezelfde is als de therapeut die het kind in behandeling heeft (het ‘tweehandenmodel’) of ouders hebben gesprekken met een ouderbegeleider die tevens therapeut van hun kind is (het ‘éénhandmodel’). In dit artikel ga ik uit van het meest gangbare en volgens mij meest verkiesbare model, het tweehandenmodel. De frequentie van deze behandeling is gemiddeld eenmaal per veertien dagen. In de ouderbegeleiding staat het doorwerken van de problemen die de ouders met hun kind hebben centraal. De problematiek van de ouders

komt alleen aan de orde voorzover deze het ouderlijk functioneren verstoort. Ouders kunnen informatie over de behandeling van hun kind krijgen via gesprekken die de kinderanalyticus met de ouderbegeleider heeft zonder dat de ouders of het kind hierbij aanwezig zijn. Omgekeerd kunnen ouders informatie over hun kind aan de kinderanalyticus geven via de ouderbegeleiding. Op deze indirecte wijze kan er een werkrelatie tussen ouder en kinderanalyticus ontstaan.

Er zijn psychotherapeuten die van mening zijn dat de ouders geen enkel contact met de behandelaar van het kind mogen hebben, omdat alleen op deze wijze de privacy van het kind gewaarborgd kan worden. Deze opvatting zou naar mijn mening alleen van toepassing kunnen zijn bij adolescenten die voldoende geïndividueerd zijn om zelf de keuze van een therapeut te bepalen. Maar zelfs in die situatie hebben ouders er recht op ten minste één keer kennis te maken met de behandelaar van hun kind, waardoor zij kunnen zien met welke persoon hun kind een zo belangrijke langdurige emotionele relatie aan zal gaan. Voor de behandeling van een jonger kind is het een voorwaarde dat de ouders akkoord gaan met de persoon die hun kind gaat behandelen. Vanuit die optiek is het dan ook van belang dat er een kennismakingsgesprek is waarbij de ouders, de ouderbegeleider en de kinderanalyticus aanwezig zijn. In dit gesprek kunnen de ouders zich een eerste beeld vormen van de kinderanalyticus en kunnen praktische zaken over de behandeling van het kind worden doorgesproken. Tevens kan aan de ouders worden uitgelegd dat het doel van de ouderbegeleiding tweeledig is, namelijk het leren hanteren van de problematiek van het kind en het informeren van de ouderbegeleiding over zaken die het kind betreffen en die van belang kunnen zijn voor een beter begrijpen van het analytische materiaal van het kind. Van belang is dat de ouders horen dat zij altijd de belangrijkste opvoeders zullen blijven en dat het slagen van de behandeling van hun kind voor een groot deel afhankelijk is van hun medewerking. Voor het kind is het eveneens van belang dat het kennismaakt met de ouderbegeleider. De meeste jonge kinderen zullen de ouderbegeleider als 'goede ouder' beleven die zorg voor ze heeft net als hun eigen ouders dat hebben. Oudere kinderen en pubers zullen de ouderbegeleider meer als een individu zien met een eigen mening en dus vooral meer beducht zijn voor inmenging en bemoeizucht. Maar ook zullen zij vaker in staat zijn de ouders een eigen behandeling te gunnen, een behandeling waarover zij niets hoeven te weten. Vanuit hun eigen gevoel van autonomie gaan adolescenten meer belang hechten aan privacy, een eigen beleavingswereld waar hun ouders geen toegang toe hebben.

Uiteraard wordt de samenwerking tussen ouders en kinderanalyticus niet alleen bepaald door de leeftijd van het kind maar ook door de aard van de problematiek van het kind. Ouders die een kind hebben dat behandeld wordt voor een gedragsstoornis, zoals een activiteits- of agressiestoornis, worden vaak met directe heftige gedragsveranderingen van hun kind

geconfronteerd, terwijl ouders die een kind hebben dat behandeld wordt voor een emotionele stoornis, zoals een stemmings- of angststoornis, meer te maken krijgen met langzame interne veranderingen. De directe heftige veranderingen zetten de samenwerking tussen kinderanalyticus en ouders meer onder druk en eisen dan ook overleg met de ouderbegeleider en terugkoppeling naar de therapie van het kind. Het geduld van ouders die een kind hebben waarbij de veranderingen zich voornamelijk innerlijk afspelen, wordt vaak erg op de proef gesteld, zodat ook hier informatie over het therapieproces aan de ouders noodzakelijk is.

## De directe werkrelatie: de beginfase

Er werd reeds op gewezen dat het belang van de werkrelatie tussen kinderanalyticus en ouders sterk bepaald wordt door het leeftijdsaspect. Hoe jonger het kind, hoe belangrijker de ouders voor het kind in de actualiteit zijn, hoe belangrijker de werkrelatie. Ouders zijn belangrijk voor het kind als reële personen; dit betekent dat kinderen gevoelens en ervaringen uit de behandeling willen delen met de ouders. Adolescenten kunnen als zij daar behoefte toe voelen evenals volwassenen een verbaal verslag uitbrengen over hun ervaringen en gevoelens. Kinderen kunnen dit veel minder goed, zij zijn vaak aangewezen op nonverbale uitingen zoals het maken van tekeningen, plak- en knipwerkjes, of bouwwerken.

Zo maakt Catrien in het begin van haar behandeling vaak aan het eind van het uur een tekening voor moeder met de opmerking: 'Mamma houdt van vlinders', of: 'Mamma houdt van bloemen.' Catrien is een meisje van zeven jaar dat goed kan tekenen, waardoor zij haar gevoel op deze wijze goed kan uitdrukken. Zij maakt lieve vrolijke tekeningen, mooie vlinders met zachte of felle kleuren, waarover de therapeute kan zeggen dat ze wil laten zien aan mamma dat ze het prettig vindt bij de therapeute, omdat ze plezier heeft in het spelen en zij haar lieve fijne gevoelens kan uiten. Enkele weken later maakt Catrien tekeningen van monsters en draken die angst en boosheid uitstralen, zodat de therapeute tegen haar kan zeggen dat er ook over dingen gesproken wordt die haar bang en boos maken, gevoelens die zij aan mamma wil laten zien. In dit stadium van de therapie waarin de overdracht zich nog aan het ontplooien is, heeft het kind er behoefte aan haar fantasieën vooral met de ouders te delen. Het zou in dit stadium onjuist zijn Catrien ertoe aan te zetten de tekening in de therapiekamer te laten.

Pieter van zes jaar pakt het heel anders aan. Hij maakt in de therapie mooie opstellingen met dieren, constructies die hem zo blij en trots stemmen, dat hij ze met moeder wil delen en vraagt of ze mag komen kijken. In een volgend uur bedenkt hij dat hij vader de opstelling ook wil laten zien zodat hij besluit een fototoestel mee te nemen om de creatie vast te leggen.

Ouders vinden het vaak moeilijk zich in dergelijke situaties een houding te geven, mogen zij nu wel of niet de therapiekamer in? Zij weten niet wat de

betekenis van het gedrag van hun kind is, en zijn voor hun reactie afhankelijk van de therapeut. De nonverbale houding van de therapeut en soms het verwoorden van het gevoel van het kind in aanwezigheid van de ouder moeten de ouder houvast geven. En hoe moeten de ouders reageren als ze een product zien dat teleurstelling bij hen oproept en hen confronteert met het onvermogen van hun kind? De zojuist geschetste voorbeelden waren allemaal mooie creaties, waar ouders trots op kunnen reageren, maar kinderen laten soms ook hun regressieve kanten zien in de vorm van ongeremd gedrag, krasserige tekeningen of flutterige plakwerkjes. Ook hier kan de houding van de therapeut die het kind terugbrengt de ouders helpen bij hun reacties.

Als Annemiek bijvoorbeeld haar knuffel door de wachtkamer smijt, in de richting van moeder die geschrokken en beschaamd opkijkt, zegt de therapeute tegen Annemiek: 'Is dat even schrikken voor mamma.' Hiermee tracht de therapeute aan het kind over te brengen dat moeder verrast wordt door het regressieve gedrag van haar kind omdat zij niet kan weten wat er in de therapie aan de orde is geweest. Tevens wordt aan de moeder duidelijk gemaakt dat het gedrag niet adequaat is voor de wachtkamersituatie, zodat moeder ruimte voor haar boosheid en schaamte krijgt.

Het komt uiteraard ook voor dat kinderen hun gevoelens juist niet met de ouders willen delen omdat ze zich ervoor schamen of zich er schuldig over voelen. Vooral agressieve en seksuele fantasieën waarvan het kind zich in de therapie door het spel bewust wordt, kunnen angst- en schuldgevoelens ten aanzien van de ouders oproepen. De meeste kinderen worden door hun ouders opgehaald omdat ze nog te jong zijn om alleen te reizen. Hierdoor heeft het kind weinig gelegenheid om de angst- en schuldgevoelens die de agressieve of seksuele fantasieën oproepen te laten weggebben voordat het weer bij zijn ouders terug is. Veel kinderen ontwikkelen een eigen afweer- of copingmechanisme waarmee zij ruimte scheppen voor hun conflicterende gevoelens. Sommigen gaan zodra ze terug zijn bij hun ouders snel spelen of lezen alsof er niets gebeurd is, weer anderen sommeren hun ouders direct te vertrekken en nemen zwijsend plaats in de auto.

Vooral jonge kinderen hebben een beperkt tijdsperspectief waardoor zij belangrijke gebeurtenissen soms weg kunnen houden uit de therapie. Wat ouders als belangrijk inschatten hoeft voor het kind op dat moment nog niet belangrijk te zijn. Opmerkingen van ouders zoals: 'Moet je niet iets vertellen, van dat zwemmen', of: 'Moet je je rapport niet laten zien', kunnen soms leiden tot verbazing bij het kind dat in de therapie met heel andere zaken bezig is. Ouders kunnen zich voor schut gezet voelen als het kind het rapport bijvoorbeeld niet mee wil nemen. Het is van belang dat de therapeut laat blijken de medewerking van de ouders op prijs te stellen door met tact te reageren en bijvoorbeeld tegen het kind te zeggen: 'We kunnen kijken of we het daar straks over zullen hebben', en het aan het kind over te laten of het het rapport nu wel of niet wordt meegenomen.

## De directe werkrelatie: de rol van de overdracht

Als de overdracht in de therapie sterker wordt, wordt de behoefte van het kind om fantasieën en gevoelens exclusief met de therapeut te delen sterker. Ouders en kind komen dan meer onder druk te staan omdat er meer conflicterende gevoelens naar boven komen die tot loyaliteitsconflicten kunnen leiden. Ook deze gevoelens zijn in feite normale verschijnselen die een gevolg zijn van de setting van de psychotherapie. De tekening die eerst een expressie was van het delen van een fantasie en gevoel met moeder of vader, kan nu een expressie van afweer van agressie tegenover de ouders of angst voor liefdesverlies worden.

Catrien die in de therapie toenemend bezig is met haar agressieve fantasieën over moeder maakt nu in de therapie tekeningen die zij niet aan moeder geeft maar die zij in de therapiekamer achterlaat; aan het einde van het uur maakt zij echter razend snel nog een tekening voor moeder met de opmerking: 'Mamma houdt van vlinders.' Met haar kan nu worden besproken dat zij haar boze gevoelens niet goed vindt en bang is dat mamma ze zal afkeuren.

Veel problemen met de loyaliteit worden uitgeageerd in de periode van het afscheid nemen van de ouder om naar de therapiekamer te gaan en het weer terugkomen bij de ouder. Kinderen laten de therapeut soms even wachten of doen net alsof zij de therapeut niet opmerken als ze worden opgehaald. Ouders schamen zich voor dit gedrag van hun kind en sporen het aan om mee te gaan, waardoor het conflict vaak versterkt wordt. Als het loyaliteitsconflict sterk is en er tevens sprake is van scheidingsangst bij het kind kan het voorkomen dat een kind niet mee wil gaan met de therapeut. De meeste therapeuten zeggen dan tegen het kind: 'Ik wacht in mijn kamer op je', zodat er ruimte komt voor de ouders om hun ouderlijk gezag uit te oefenen en zij impliciet toestemming kunnen geven aan het kind om naar de therapeut te gaan. Als kinderen worden teruggebracht naar hun ouders maken zij hen soms aan het schrikken door plotseling voor hen op te duiken met een uitroep van: 'Boe', of zij storten zich met overdreven aanhangelijkheid op de ouder. Sommige ouders schamen zich voor dit gedrag, vooral als hun kind er eigenlijk al te oud voor is en er meer ouders in de wachtkamer zitten. Ook hier is de houding van de therapeut van belang. De therapeut kan al tijdens het teruglopen de intentie van het kind onder woorden brengen: 'Ik denk dat je mamma wil laten schrikken' en dit nog eens herhalen in aanwezigheid van de ouder. Pieter heeft de gewoonte om zich na de therapie in de wachtkamer onder de bank te verstoppen als een peuter, waarbij hij ervan uitgaat dat vader hem zoekt. Vader die het nogal gênant vindt om dit in een volle wachtkamer uit te voeren wordt door de therapeute geholpen doordat zij zegt: 'Ik geloof dat u Pieter moet zoeken', waarbij de therapeute als het ware het spel samen met vader en Pieter speelt.



Als de overdracht sterker wordt, komen er bij het kind vaak fantasieën waaruit blijkt dat het kind de therapeut een reële plaats in het gezin wil geven. Het kind wil bijvoorbeeld dat de therapeut naar zijn sportprestaties komt kijken, op zijn verjaarspartij komt, kennis maakt met de broers en zussen en dergelijke. Hoewel de regel is dat deze fantasieën besproken maar niet gerealiseerd worden, is het in een enkel geval voor het kind niet voldoende het op dit niveau te behandelen.

Sandler e.a. (1980) geven hier een mooi voorbeeld van: zij beschrijven een jongetje dat zijn pasgeboren hondjes wil laten zien aan de therapeut, waarbij het erover praten, foto's ervan laten zien niet voldoende is en er ten slotte een compromis wordt bereikt waarbij de therapeut buiten op straat de hondjes die in de auto zijn meegevoerd bewondert. Hoewel de boven geschetste situatie een uitzondering is, komt het wel vaak voor dat kinderen hun nieuw verworven speelgoed, de vakantiefoto's en dergelijke mee naar de therapie willen nemen. De ouders zijn daar niet altijd even blij mee, soms omdat hun privacy in het geding is als er bijvoorbeeld foto's getoond worden, of omdat zij zich schamen als zij met grote stukken speelgoed moeten sjouwen, zoals een keyboard of gettoblaster, omdat het kind een liedje wil laten horen aan de therapeut. In dit soort situaties is het van belang dat de therapeut uiteraard in eerste instantie de onbewuste betekenis van de wens met het kind bespreekt, maar daarnaast ook met het kind onderhandelt of dergelijke acties wel noodzakelijk en haalbaar zijn.

Samenvattend kunnen we zeggen dat in de directe werkrelatie 'holding' van de ouder een belangrijke rol speelt. Van de kinderanalyticus wordt verwacht dat deze begrip en empathie voor de ouder heeft zodat deze zich veilig kan voelen in de relatie. Tevens moet de kinderanalyticus ervoor zorgen dat de privacy van het kind en de exclusiviteit van de relatie met het kind gewaarborgd blijven. Een ouder die zich veilig en begrepen voelt, kan makkelijker zijn of haar kind de ruimte geven om in therapie te zijn dan een ouder die zich angstig, incompetent en afgewezen voelt. De werkrelatie wordt opgebouwd in een proces dat zich kenmerkt door een subtiele, grotereels nonverbale communicatie tussen ouder en kinderanalyticus. Deze werkrelatie wordt de motor waarop de ouders hun kind kunnen steunen en begeleiden tijdens het therapieproces.

## De indirecte werkrelatie

Vaak is het voor ouders aan het begin van de behandeling moeilijk om hun vragen over de therapie van hun kind alleen met de ouderbegeleider te bespreken. Als zij echter in de ouderbegeleiding voldoende antwoord op hun vragen krijgen en zij hun gevoelens van angst, onzekerheid en incompetentie kunnen bespreken, neemt de behoefte om de kinderanalyticus te spreken af. Doordat de ouderbegeleider ook met de kinderanalyticus spreekt, vertrouwen de ouders erop dat zij voldoende geïnformeerd worden over hun kind. Als de kinderanalyticus er ook daad-

werkelijk voor zorgt dat de ouders voldoende geïnformeerd worden, kan er op deze wijze een indirecte werkrelatie ontstaan.

De meeste auteurs zijn van mening dat de ouders op de hoogte moeten worden gebracht van de fase waarin de therapie verkeert, maar niet van de exacte inhoud van de therapie. De informatie die de ouders over de behandeling van hun kind via de ouderbegeleiding krijgen, beperkt zich tot datgene wat het kind zelf toelaat dat doorgeven kan worden aan de ouders. De meeste kinderen (ook al heel jonge kinderen) kunnen aan de therapeut laten weten wat ze wel en niet aan hun ouders kwijt willen. Ter illustratie het volgende voorbeeld. Als de therapeute tegen de zevenjarige Rifka zegt dat zij over een paar dagen met mamma en pappa gaat praten, zegt Rifka in eerste instantie heel luchtig: 'Oh, je doet maar.' Als de therapeute zegt dat ze wel wil bespreken wat er verteld gaat worden, roept Rifka: 'Maar je vertelt toch niets van Flappie he?' Flappie is de knuffel van Rifka die zij elke keer meeneemt naar de therapie en die daar in het vaderspel-en-moederspel de rol van het kind heeft, het kind dat liefderijk verzorgd wordt, maar dat ook jaloers is op het andere kind en dat boos is op vader die niet voor de kinderen wil zorgen en alleen maar werkt. De therapeute antwoordt dat het spel met Flappie iets is tussen Rifka en haar, maar dat zij zich afvraagt wat er niet verteld mag worden over Flappie. Rifka zegt: 'Nou dat Flappie schreeuwt.' Als de therapeute vraagt: 'Tegen Flipke (de sibling) of tegen vader?', zegt Rifka met een eigenwijs stemmetje: 'Doe maar allebei.' Met Rifka kan dan worden besproken dat zij haar boze gevoelens voor haar zusje – dat zo veel aandacht vraagt met ziek zijn – en voor vader niet goed vindt en dat zij er nog niet aan toe is dat de therapeute die met de ouders bespreekt.

De omgekeerde situatie is minder duidelijk. De meeste auteurs zijn vaak over wat wel en niet aan het kind wordt doorgegeven vanuit de ouderbegeleiding. De meesten zijn van mening dat het kind niet alles hoeft te weten, alleen dat wat belangrijk is en dat het met tact moet worden gebracht (Anna Freud 1988). Godfrind (1996) zegt dat de therapeut weliswaar eerlijk moet zijn tegenover het kind, maar dat te veel informatie ook overweldigend kan zijn, waardoor het therapeutische proces verstoord kan worden.

## Negatieve effecten: reacties van ouders

Bij ouders die hun kind regelmatig naar de therapie brengen, ontstaan, naast een werkrelatie met de therapeut, reacties die een negatief therapeutisch effect kunnen hebben. Zij identificeren zich soms met het kind in therapie en willen ook als kind bij de kinderanalyticus in behandeling zijn. Deze onbewuste fantasie komt vaak naar voren in de wens om niet met de ouderbegeleider maar met de therapeut een gesprek te willen hebben. Op bewust niveau geven de ouders dan aan ouder te willen zijn en van de therapeut te willen horen hoe het met hun kind in de therapie gaat, maar op onbewust niveau willen zij het kind

zijn. Voor de ouderbegeleider ligt hier een taak om niet mee te gaan met deze wens maar de onbewuste betekenis ervan te onderkennen en te bespreken met de ouders. Soms ook kan deze onbewuste wens uitgroeien tot concurrentie met het kind om de aandacht van de kinderanalyticus te krijgen, waardoor de relatie van het kind met de kinderanalyticus ondermijnd wordt.

Regelmatig komt het voor dat ouders boos zijn op de kinderanalyticus omdat zij de indruk hebben dat er in de therapie alleen gezellig gespeeld of gepraat wordt, terwijl zij thuis alle rottigheid krijgen, zoals de boosheid, de woede en het wangedrag van hun kind. Zij vragen zich dan af of het kind wel voldoende vorderingen maakt, of de therapeut zijn of haar werk wel goed doet. Hier ligt een taak voor de ouderbegeleiding, die kan uitleggen dat een kind eerst voldoende vertrouwen moet hebben voordat het zijn of haar boosheid en wangedrag ook in de therapie kan laten zien.

Ouders kunnen ook jaloers zijn op de relatie van hun kind met de kinderanalyticus, een gevoel dat zich kan uiten in ageren, zoals het afzeggen van afspraken, te laat komen of het willen praten met de kinderanalyticus over het verschuiven van tijden. In een onderzoek dat door Oosterhuis en Slijper (1995) werd gedaan onder tien psychoanalytici die allen de laatste vijf sessies voor de zomervakantie hadden opgeschreven, bleek dat ouders veel moeite hadden met de onderbreking en vaak het laatste uur afzegden terwijl het kind in de therapie juist te kennen had gegeven nog hard te willen spelen en afscheid te willen nemen. Als deze negatieve reacties in de ouderbegeleiding niet worden opgepakt, kunnen zij de werkrelatie tussen kinderanalyticus en ouder verstoren en hiermee de therapie van het kind in gevaar brengen. De ouderbegeleider moet dus ook het proces van de indirecte werkrelatie goed bewaken.

Ingewikkelder wordt het voor de ouderbegeleider als er een onbewuste weerstand is bij de ouders om het kind in psychotherapie te laten zijn. Aan de hand van het volgende voorbeeld wordt geïllustreerd hoe deze weerstand behandeld kan worden om de psychotherapie van het kind op gang te laten komen. Het gaat hier om Irene, een meisje van tien jaar dat diabetes heeft vanaf haar vierde levensjaar en slecht instelbaar is, ondanks goede therapietrouw. Voor de slechte instelling van de diabetes is geen organische oorzaak te vinden. De kinderarts is van mening dat stress een belangrijke rol speelt en indiceert een psychotherapie. Irene komt bij de intake samen met moeder en laat moeder het woord doen: ze zit erbij alsof het haar niet aangaat en weigert met de therapeute te praten. Moeder probeert haar dochter erbij te betrekken, maar deze gaat rustig door met haar meegenomen handwerkje. Moeder gaat akkoord met een therapie voor haar dochter en begeleiding voor haarzelf. Irene knikt instemmend op dit voorstel maar doet haar mond niet open. Irene staat altijd met tegenzin op als zij door de therapeute wordt opgehaald, alsof het haar moeite kost zich van moeder los te maken. Ze loopt altijd traag, sloffend met afhangende

schouders enkele passen achter de therapeute aan. Haar houding drukt uit: 'Ik kan niets en ik wil niets van jou.' De therapie kenmerkt zich door grote weerstand: Irene neemt nooit het initiatief, geeft monosyllabische antwoorden, weigert te spelen met het speelgoed en holt opgelucht weg als het uur is afgelopen, waarbij zij zich in de wachtkamer overdreven aanhankelijk toont ten aanzien van moeder. Moeder ergert zich duidelijk aan dit gedrag en spoort haar dochter aan wat meer mee te werken en niet zo te hangen op moeder. Bespreken van de weerstand bij Irene brengt weinig verandering teweeg.

In de gesprekken die moeder met de ouderbegeleidster heeft, wordt duidelijk dat moeder, die eveneens diabetes heeft, hierbij nooit hulp heeft gekregen van haar ouders. Zij heeft vanaf haar twaalfde levensjaar, toen de diabetes gediagnostiseerd werd, alles zelf moeten regelen met de insuline-injecties en de controles bij de artsen. Hoewel moeder op bewust niveau uitstekend voor haar dochter zorgt en zich maximaal inspant om de diabetes goed te reguleren, heeft zij op onbewust niveau een sterke weerstand tegen het zorgen voor haar dochter, kan zij geen goede moeder zijn, omdat zij die zelf niet gehad heeft en is zij nog vol woede en verdriet tegen haar eigen moeder. Haar dochter ageert deze onbewuste fantasie van moeder uit, in haar afwijzende houding tegenover de therapeute. Als moeder in de ouderbegeleiding haar woede en verdriet kan herbeleven en doorwerken, kan zij zichzelf eindelijk toestaan een goede moeder voor Irene te zijn. Als dit punt in de therapie van moeder bereikt wordt, zegt moeder tegen Irene dat ze eens op moet schieten in de therapie, anders zitten zij er beiden over tien jaar nog. Vanaf dit moment loopt Irene actief, met verende tred mee, gaat zij spelen en praten, kortom komt de therapie op gang en wordt de regulatie van de diabetes geleidelijk aan beter.

Het komt vaker voor dat, zoals bij de moeder van Irene, de psychopathologie van de ouders remmend werkt op het therapieproces bij het kind omdat de ouders slecht verdragen dat het kind een relatie met de therapeut aangaat. Oosterhuis (1996) beschrijft hoe de ouders van Emma zich vanuit hun gekrenktheid een lichamelijk gehandicapt kind te hebben, thuis laatdunkend uitlaten over de therapie, waardoor het loyaliteitsconflict voor Emma aangescherpt wordt. Bij de meeste ouders is dergelijke problematiek in de ouderbegeleiding te behandelen, zoals bij de moeder van Irene of de ouders van Emma, maar soms is het aandeel van de pathologie zo sterk dat dit niet lukt.

In een ander artikel (Slijper 1997) beschrijf ik de behandeling van Dienneke, een zevenjarig meisje dat thuis onhandelbaar is, slechte schoolresultaten heeft en lijdt onder faalangst, depressieve gevoelens, suïcidale gedachten en slechte sociale contacten. De ouders werken goed mee bij de behandeling van de sadomasochistische relatievorming van Dienneke, maar breken de behandeling af als het punt bereikt wordt waarop in de therapie aan de afweer van de grootheidsfantasieën bij Dienneke wordt toegekomen. Het

kind moet de onbewuste fantasie van de ouders 'een defect kind te zijn' blijven uitageren. Van de ene op de andere dag besluiten de ouders, zonder overleg met de therapeute, om de therapie te beëindigen. Voor Dienneke en de therapeute een traumatische ervaring.

Niet alleen bij jonge kinderen, ook bij adolescenten komt het voor dat het kind nog te sterk afhankelijk is van de ouders om zich in de therapie los te kunnen maken van de pathologische invloed van de ouders. Ter illustratie het volgende voorbeeld: Bea is een meisje van dertien jaar met een voorgeschiedenis van chronisch seksueel misbruik. Het seksuele misbruik heeft een rol gespeeld in de scheiding van de ouders. Bea woont bij haar moeder. Moeder heeft vanuit haar schuldgevoel tegenover Bea en haar falen als moeder de onbewuste wens alsnog een goede moeder voor haar dochter te zijn. Hierdoor gaat moeder een strijd aan met de kinderanalytica, die door haar als een concurrente wordt ervaren. Bea heeft een goede werkrelatie met de therapeute, maar kan haar gevoelens niet exclusief met de therapeute delen. Zij bespreekt alles met moeder zowel voor als na het therapie-uur. Regelmatig zegt Bea tegen de therapeute: 'Dat moet je maar aan mijn moeder vragen die weet het beter, of die kan het beter vertellen.' In de therapie is het mogelijk om Bea bewust te maken van de wens een goede beschermende moeder te hebben, waardoor haar verdriet over het gemis van die moeder in het verleden bereikbaar wordt. De woede op moeder, die haar niet tegen het seksuele misbruik heeft kunnen beschermen is echter moeilijker bereikbaar, daar Bea zich te loyaal ten aanzien van moeder voelt en haar sterk idealiseert.

### Negatieve effecten: tegenoverdrachtsgevoelens

Tegenoverdrachtsgevoelens van de kinderanalyticus kunnen de werkrelatie met de ouders ondermijnen, waardoor de behandeling van het kind in gevaar komt. In de behandeling van Bea komt het aspect van de tegenoverdracht van de therapeute goed naar voren. Bea zegt op een gegeven moment dat zij wil stoppen met de therapie omdat het goed met haar gaat. Zij zegt: 'Misschien ga ik later nog wel eens in therapie, maar dan bij iemand die aan vrouwenhulpverlening doet.' Zij voegt eraan toe: 'En daar heeft u niet voor geleerd, zegt mijn moeder.' De therapeute voelt op dat moment woede tegen moeder in zich opkomen, maar ook tegen Bea en vraagt zich koortsachtig af waarom zij zich zo gekrenkt voelt. Voelt zij zich beticht van incompetentie terwijl zij juist ook gekwalificeerd is om volwassenen te behandelen? Zij voelt zich buitenspel gezet, zegt een tijdlang niets, en komt ten slotte met de opmerking dat zij zich overvallen voelt door Bea's wens te stoppen, en denkt dan opeens: 'Volwassenen? Dat is het, zij is hier op de kinderpsychiatrie, bij een kinderanalytica, zij wil volwassen zijn zoals een puber betaamt, hoera, en zij geeft kritiek, zet zich af, een teken van autonomie.' Als de therapeute dit later voor haar verwoordt, voelt Bea zich begrepen, maar

blijft de therapeute toch zitten met haar woede jegens moeder, haar onmacht om voor dit kind meer individuatie ten aanzien van moeder te bereiken.

Het gevoel van onmacht is voor therapeuten vaak moeilijk te verdragen. Ouders nemen soms eenzijdige beslissingen, scheiden, verhuizen, gaan op vakantie zonder de kinderen, worden weer zwanger terwijl hun kind 'worstelt' met een pasgeboren broertje of zusje, laten het kind ingrijpende lichamelijke onderzoeken ondergaan of stoppen met de therapie. Hoe hard de ouderbegeleider ook werkt met de ouders, dergelijke reacties zijn vaak niet te vermijden als er bij ouders te weinig basisvertrouwen is, te weinig affectief draagvlak, te grote narcistische pantsering of andere ernstige psychopathologie.

Vanuit de kinderanalyticus gezien, kunnen onopgeloste woede en agressie ten aanzien van zijn of haar ouders een bron zijn van almachtsfantasieën, vaak in de vorm van reddersfantasieën, of een bron van narcistische krenkbaarheid. De ervaring van de therapeut met eigen kinderen kan werken als een corrigerende emotionele ervaring – 'Mijn ouders hebben het zo gek nog niet gedaan' – maar is vaak niet voldoende: vandaar de noodzaak tot een leertherapie.

Tegenoverdrachtsgevoelens bij de therapeut kunnen dus veroorzaakt worden door de onbewuste wens van de therapeut de enige goede ouder voor het kind te zijn. Wanneer de therapeut zich niet bewust is van deze wens kan dit leiden tot strijd met de ouders, een strijd waar het kind de dupe van kan worden. Soms kan het ook leiden tot het zich te belangrijk maken voor het kind, belangrijker dan de ouders, waardoor het kind de ouders kan verliezen.

Berenstein (1995) lijkt aan dit mechanisme ten offer te zijn gevallen. Hoewel hij zich ten aanzien van alle vijf jongens van wie hij de behandeling beschrijft te belangrijk maakt, is dit bij Adam wel heel sterk. Als Adam, een adoptiekind, dertien jaar is, overlijdt zijn adoptievader. Het verdriet over het verlies van de adoptievader en de woede over het blijven leven van de adoptiemoeder worden in een enactment doorgewerkt, waarbij Berenstein de woede van Adam luxeert door een fysiek gevecht met hem aan te gaan. Na afloop van dit gevecht zegt Berenstein: 'I hugged and held him and at last we left the office, hand in hand, and I drove him home.' Door zichzelf tot een substituut-supervader te maken snijdt Berenstein het kind de weg af naar herstel van de relatie met de adoptiemoeder. Over zichzelf zegt Berenstein: 'In my own analysis one constant theme was "a child is dying".' De moeder van Berenstein blijkt na de geboorte van haar zoon een depressie te hebben gehad, waardoor zij hem gedurende zijn eerste levensjaar niet kon aanraken. Hoewel Berenstein zegt: 'Facing this realization fully was the most painful event of my many years of analytic work', is het duidelijk dat doorwerking van dit trauma niet heeft plaatsgevonden en dat Berenstein in zijn analytische werk de wraak op moeder blijft uitleven door zijn analysepatiënten niet de kans te bieden de verstoorde relatie met hun

moeder te herstellen.

Het beeld dat de kinderanalyticus van de ouder vormt door het reële contact met de ouders kan sterk afwijken van het beeld dat de kinderanalyticus van de ouders krijgt in de therapie met het kind. Het beeld dat het kind in de therapie laat zien, kan idealer of juist sadistischer zijn dan het beeld dat de therapeut heeft. Deze discrepantie kan het doorwerken van de innerlijke realiteit van het kind, die in de therapie het belangrijkste is, verstoren. De duidingscapaciteit van de therapeut kan negatief beïnvloed worden als de beide beelden ver uit elkaar liggen en zelfs leiden tot negatieve interventies. Godfrind (1996) geeft hier het volgende voorbeeld van: zij beschrijft een therapeute die het kind niet laat opruimen aan het einde van het uur, terwijl zij dat bij haar andere patiëntjes wel gewend was. Het blijkt dat zij de moeder van het patiëntje onbewust heeft ervaren als een veeleisende vrouw die het kind de hele dag op zijn huid zit. Hierdoor laat de therapeute zich er onbewust toe verleiden het kind onnodig te verwennen.

## Besluit

Ouders kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de voortgang van het psychotherapeutische proces van hun kind als zij de gelegenheid krijgen zelf ook met de therapeut een werkrelatie aan te gaan. Empathie en 'holding' door de therapeut zijn belangrijke ingrediënten voor het ontwikkelen van een goede werkrelatie. Tijdens de therapie is het noodzakelijk dat de therapeut zich identificeert met het kind om zich in de beleavingswereld van het kind in te leven. Buiten de therapie moet de therapeut omschakelen en tot een zekere identificatie met de ouders komen, evenwel zonder die met het kind los te laten. Dit is een ingewikkeld proces, dat veel flexibiliteit vereist. Hierbij moet de therapeut zich ook nog bewust zijn van zijn eigen tegenoverdrachtsgevoelens en van reacties van de ouders die therapeutisch negatief kunnen werken, om deze adequaat te kunnen hanteren.

## Literatuur

Berenstein, F.C. (1995), *Lost boys: Reflections on Psychoanalysis and Countertransference*. W.W. Norton & Company, New York.

Chethik, M. (1989), *Techniques of childtherapy: psychodynamic strategies*. Guilford Press, New York.

Fleming, E. (1993), Some brief thoughts on unsuccessful cases in childanalysis. *Childanalysis* 4, p. 104-112.

Fonagy, P. & M. Target (1996), Predictors of outcome in child analysis: a retrospective of 763 cases at the Anna Freud Centre. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 44 (1), p. 27-79.

Freud, A. (1969), Research projects of the Hampstead Child-therapy clinic (1957-1960). In: *The Writings of Anna Freud Volume V*. International Universities Press, New York. p. 9-26.

Freud, S. (1909), Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben. *Gesammelte Werke* VII. S. Fischer, Frankfurt am Main, p. 241-377.

Frijling-Schreuder, E.C.M., J.E.M. Bakker & F. Verhage (1988), *Techniek van de psychoanalyse bij volwassenen en kinderen*. Van Gorcum, Assen.

Godfrind, J. (1996), The influence of the presence of parents on the countertransference of the child psychotherapist. In: J. Tsiantis, A. Sandler, D. Anastasopoulos, en B. Martindale,

Countertransference in psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents. Karnac Books, London, p. 11-125.

Oosterhuis, E. (1992), Psychoanalytische kinderpsychotherapie. In: R. de Bruin-Beneder, M. Nijhoff-Huysse, E. Oosterhuis en Th. Donker-Raijmakers, *Kinderpsychotherapie: basiskennis voor de praktijk van de psychotherapie*. Coutinho, Muiderberg, p. 70-102.

Oosterhuis, E. & F.M.E. Slijper (1995), Het psychoanalytisch proces in de kinderanalyticus. *Tijdschrift voor Psychoanalyse* 1 (3), p. 167-180.

Oosterhuis, E. (1996), Houd je mond. In: O.N. Markx, R.C. van der Mast & M.M.T. Hendriks (Red.), *Grenzen aan de psychoanalytische psychotherapie*. Van Gorcum, Assen, p. 40-46.

Sandler, J., H. Kennedy & R.L. Tyson (1980), *The technique of child psychoanalysis*. Harvard University Press, Cambridge.

Slijper, F.M.E. (1997), Symptoom-persoon: hoe zit dat in de psychoanalytische psychotherapie van kinderen? In: R.C. van der Mast en O.N. Markx (Red.), *Psychoanalytische psychotherapie: persoon of symptoom?* Van Gorcum, Assen, p. 18-29.

## Summary

Parents are often experienced as disturbers of psychoanalytic treatment of their child. The development of a direct and an indirect working relationship between child analyst and parents, and the positive influence of this relationship upon the treatment process are described. Negative effects as a consequence of parental reactions on the treatment and countertransference reactions of the child analyst are discussed.

Manuscript ontvangen: 12 maart 1997

Definitieve versie: 16 september 1997