

DE JONGEN DIE OPGROEIDE ALS HOND

De jongen die opgroeide als hond

*En andere verhalen uit de praktijk
van een kinderpsychiater*

Bruce D. Perry & Maia Szalavitz

Voor mijn clan:
Barbara, Jay, Emily, Maddie, Elizabeth,
Katie, Martha, Robbie

Ter nagedachtenis aan
Arlis Dykema Perry (1955–1974)

Maia Szalavitz:
Voor mijn moeder, Nora Staffanell

Eerste druk, augustus 2007

Tweede druk, mei 2009

Derde druk, juli 2010

Vierde druk, maart 2011

Vijfde druk, december 2013

Zesde druk, maart 2014

Zevende druk, april 2015

Oorspronkelijke titel: *The boy who was raised as a dog and other stories from a psychiatrist's notebook. What traumatized children can teach us about life, loss and healing*

Copyright © 2007 Bruce D. Perry & Maia Szalavitz. Alle rechten voorbehouden.
Uitgegeven door Basic Books, Perseus Books Group, New York

Copyright Nederlandse vertaling © 2007 Scriptum, Schiedam

Copyright foto cover © Getty Images

Vertaling Marie-Christine Ruijs

Vormgeving omslag Joost van de Woestijne

Grafische vormgeving binnenwerk igrph bvba

Niets van deze uitgave mag worden veelevoudigd in enige vorm
of op enige wijze zonder schriftelijke toestemming met uitzondering
van korte citaten als onderdeel van kritieken en boekbesprekingen.

ISBN 978 90 5594 529 0 / NUR 770 – Psychologie Algemeen

info@scriptum.nl / www.scriptum.nl

Inhoud

	Opmerking van de auteur	7
	Inleiding	9
1	Tina's wereld	15
2	Voor je eigen bestwil	40
3	Trapje naar de hemel	67
4	Huidhonger	92
5	Het kilste hart	111
6	De jongen die opgroeide als hond	138
7	Satanische paniek	169
8	De Raaf	194
9	'Mama liegt. Mama doet me pijn. Bel alsjeblieft de politie.'	219
10	De goedheid van kinderen	231
11	Genezende gemeenschappen	248
	Appendix	265
	Dankbetuiging	271
	Noten	275
	Index	285

Opmerking van de auteur

DE VERHALEN in dit boek zijn allemaal waar, maar gegevens met betrekking tot de identiteit zijn omwille van de privacy gewijzigd. De namen van de kinderen zijn veranderd, en de namen van hun volwassen familieleden zijn veranderd als de identiteit van het kind door die informatie bekend zou kunnen worden. De namen van andere volwassenen zijn hun echte namen, behalve wanneer er een asterisk bij staat.

Afgezien van deze noodzakelijke wijzigingen is elk geval zo nauwkeurig en waarheidsgetrouw mogelijk weergegeven. Zo zijn de gesprekken precies zo weergegeven als ze herinnerd werden en/of vastgelegd op papier, geluidsbanden of beeld.

De droeve werkelijkheid is dat deze verhalen slechts een klein percentage vormen van de vele die we hadden kunnen vertellen. In de afgelopen tien jaar zijn door ons klinische team in de ChildTrauma Academy meer dan honderd kinderen behandeld die getuige zijn geweest van de moord op een ouder. We hebben gewerkt met honderden kinderen die op vroege leeftijd ernstig zijn verwaarloosd in tehuizen of bij hun ouders of pleegouders. We hopen dat de kracht en de pit van de kinderen over wie dit boek gaat, en van de vele anderen die een soortgelijk lot moesten ondergaan, doorklinken op deze bladzijden.

Inleiding

HET IS NU MOEILIK voor te stellen maar toen ik begin jaren tachtig medicijnen studeerde, besteedden onderzoekers maar weinig aandacht aan de blijvende schade die het gevolg kan zijn van psychologische trauma's. Er werd zo mogelijk nog minder nagedacht over hoe kinderen beschadigd kunnen worden door een trauma. Het werd niet belangrijk gevonden. Men geloofde dat kinderen van nature veerkrachtig waren en over een aangeboren vermogen beschikten om 'er weer bovenop te komen'.

Toen ik kinderpsychiater en neurowetenschapper werd, was het niet mijn doel om deze misplaatste theorie te weerleggen. Maar als jonge onderzoeker begon ik in het laboratorium waar te nemen dat stressvolle ervaringen – vooral vroeg in het leven – de hersenen van jonge dieren kunnen veranderen. Talrijke onderzoeken naar dieren hebben aangetoond dat ogenschijnlijk geringe stress tijdens de babytijd van blijvende invloed kan zijn op de bouw en de chemie van de hersenen en dus op het gedrag. Ik dacht: waarom zou dat niet gelden voor mensen?

Die vraag werd nog prangender voor me toen ik met probleemkinderen ging werken. Ik kwam er al snel achter dat de levens van de grote meerderheid van mijn patiënten gevuld waren met chaos, verwaarlozing en/of geweld. Deze kinderen kwamen helemaal niet er weer bovenop, anders waren ze niet in een psychiatrische kliniek voor kinderen beland! Ze hadden een trauma meegemaakt – ze waren verkracht of getuige geweest van een moord – waardoor de meeste psychiaters de diagnose posttraumatische stressstoornis (PTSS) zouden overwegen als het om een volwassene met psychische problemen was gegaan. En toch werden deze kinderen behandeld alsof hun traumatische verleden irrelevant was en alsof ze 'toevallig' symptomen als depressie of aandachtsstoornissen hadden ontwikkeld, waarvoor vaak medicijnen werden voorgeschreven.

De diagnose van PTSS werd natuurlijk pas in 1980 in de psychiatrie geïntroduceerd. Eerst werd de aandoening beschouwd als iets zeldzaams, een toestand die slechts een groepje soldaten betrof die aan oorlogservaringen waren onderdoor gegaan. Maar al snel werden vergelijkbare symptomen – dwanggedachten over de traumatische gebeurtenis, flashbacks, slaapstoornissen, een gevoel van onwerkelijkheid, een toename van schrikreacties, extreme onrust – herkend bij slachtoffers van verkrachting, natuurrampen en bij mensen die levensbedreigende ongelukken hadden meegemaakt of ernstig gewond waren geraakt. Tegenwoordig is men ervan overtuigd dat deze toestand bij minstens 7 procent van alle Amerikanen voorkomt en dat een trauma verregaande en blijvende gevolgen kan hebben. Van de verschrikking van de terroristische aanslagen op 11 september 2001 tot de verwoestingen van orkaan Katrina, we begrijpen dat catastrofes een onuitwisbare indruk achterlaten op de geest. We weten nu – zoals mijn onderzoeken en die van vele anderen hebben aangetoond – dat de gevolgen bij kinderen nog veel groter zijn dan bij volwassenen. Ik heb er mijn levenswerk van gemaakt om te begrijpen wat een trauma doet met kinderen en om vernieuwende manieren te ontwikkelen om hen te helpen ermee om te gaan. Ik heb kinderen behandeld en bestudeerd die dingen hadden meegemaakt, die zo verschrikkelijk zijn dat je er bijna geen voorstelling van kunt maken – kinderen die de vuurzee bij de Branch Davidian-sekte in Waco in Texas hadden overleefd, totaal verwaarloosde Oost-Europese weeskinderen en overlevenden van genocide. Ik heb ook rechtbanken geholpen bij het puin ruimen na de onterechte vervolgingen van zogenaamde plegers van ‘satanisch ritueel misbruik’, gebaseerd op de afgedwongen beschuldigingen door gemartelde en doodsbange kinderen. Ik heb mijn best gedaan om kinderen te helpen die hun ouders voor hun ogen vermoord hadden zien worden, en kinderen die jaren aan een ketting hadden gelegen in een kooi of opgesloten waren geweest in een kast.

De meeste kinderen zullen zelden zoiets vreselijks meemaken als wat veel van mijn patiënten hebben moeten ondergaan, toch zullen kinderen zelden helemaal vrij van trauma's zijn. Volgens voorzichtige schattingen zal ongeveer 40 procent van de Amerikaanse kinderen op achttienjarige leeftijd minstens één mogelijk traumatiserende erva-

ring hebben gehad: hieronder valt ook de dood van een ouder, broer of zus, herhaaldelijke lichamelijke mishandeling en/of verwaarlozing, seksueel misbruik of het meemaken van een ernstig ongeluk, een natuurramp, huiselijk geweld of een ander geweldsmisdrijf.

In 2004 kwamen er naar schatting drie miljoen officiële meldingen van kindermishandeling of verwaarlozing binnen bij kinderbeschermingsinstanties; ongeveer 872.000 van deze gevallen werden bevestigd. Het werkelijke aantal mishandelde en verwaarloosde kinderen ligt natuurlijk veel hoger, omdat de meeste gevallen nooit gemeld worden en omdat sommige gevallen niet voldoende bevestigd kunnen worden om er van overheidswege iets tegen te kunnen ondernemen. Uit een groot onderzoek bleek dat ongeveer een op de acht kinderen onder de leeftijd van zeventien jaar het afgelopen jaar verklaarde het slachtoffer te zijn geweest van een vorm van ernstige mishandeling door een volwassene, en dat ongeveer 27 procent van de vrouwen en 16 procent van de mannen als volwassene verklaarde in hun jeugd slachtoffer te zijn geweest van seksueel misbruik. In een landelijk onderzoek dat werd uitgevoerd in 1995 gaf 6 procent van de moeders en 3 procent van de vaders zelfs toe hun kinderen minstens één keer lichamenlijk te hebben mishandeld.

Verder worden tien miljoen Amerikaanse kinderen jaarlijks blootgesteld aan huiselijk geweld en overlijdt jaarlijks een ouder van 4 procent van de Amerikaanse kinderen onder de vijftien jaar. Bovendien brengen ongeveer 800.000 kinderen enige tijd door in een pleeggezin en zijn er miljoenen het slachtoffer van natuurrampen en ernstige auto-ongelukken. Hoewel ik niet wil suggereren dat al deze kinderen ernstig 'beschadigd' zullen zijn door deze ervaringen blijkt uit de meest voorzichtige schattingen dat, op elk gegeven moment, meer dan acht miljoen Amerikaanse kinderen aan ernstige, te diagnosticeren, traumage-relateerde psychische problemen lijden. Miljoenen meer kampen met minder ernstige, maar nog steeds pijnlijke gevolgen van een trauma.

Ruwweg eenderde van de kinderen die mishandeld worden, zal daardoor kampen met enkele, duidelijk psychologische problemen, en uit onderzoeken blijkt steeds weer dat getraumatiseerde kinderen later in hun leven ook meer last hebben van op het oog 'lichamelijke' problemen als hartklachten, zwaarlijvigheid en kanker. De reacties van

volwassenen op kinderen tijdens en na een traumatische gebeurtenis kunnen van doorslaggevend belang zijn voor de uiteindelijke gevolgen ervan, zowel in goede als in kwade zin.

In de loop der jaren is er door het onderzoek in mijn lab en dat van vele anderen veel meer inzicht ontstaan in wat een trauma doet met kinderen en hoe we ze kunnen helpen om ervan te genezen. In 1996 heb ik de ChildTrauma Academy opgericht, een interdisciplinaire groep vakkrachten, die zich wijdt aan het verbeteren van het leven van risicokinderen en -gezinnen. We zetten ons klinisch werk voort en hebben nog veel te leren, maar het is ons voornaamste doel om behandelingen te ontwikkelen op basis van onze huidige kennis. We trainen mensen die met kinderen werken, of dat nu ouders, advocaten, politieagenten, rechters, maatschappelijk werkers, artsen, beleidsvormers of politici zijn, zodat ze weten wat de doeltreffendste manieren zijn om de gevolgen van een trauma tot een minimum te beperken en het genezingsproces zo optimaal mogelijk kunnen ondersteunen. We overleggen met regeringsinstanties en andere groepen om deze te helpen met de implementatie van de beste praktijken om met deze kwesties om te gaan. Mijn collega's en ik reizen de hele wereld af om met ouders, dokters, docenten, mensen van de kinderbescherming en ordehandhavers te spreken, en met partijen op hoog niveau zoals wetgevende instanties of raden en betrokken rechtspersoonlijkheden. Dit boek is een resultaat van onze inspanningen.

In *De jongen die opgroeide als hond* ontmoet je een paar van de kinderen die me de belangrijkste lessen hebben geleerd over wat een trauma doet met jonge mensen. Ook kom je te weten wat zij van ons – hun ouders, voogden, huisartsen, regering – nodig hebben om een gezond leven te kunnen leiden. Je leest hoe kinderen worden getekend door traumatische ervaringen, hoe die van invloed zijn op hun persoonlijkheid en hun vermogen tot lichamelijke en emotionele groei. Je ontmoet mijn eerste patiënt, Tina, die mij door haar ervaring met misbruik leerde inzien welke gevolgen een trauma voor de kindhersen kan hebben. Je ontmoet een dapper meisje dat Sandy heet, dat op driejarige leeftijd in een getuigebeschermingsprogramma werd geplaatst, en dat me liet zien hoe belangrijk het is dat een kind bepaalde aspecten van haar therapie zelf kan sturen. Je ontmoet een verbazingwekkende

jongen die Justin heet, van wie ik leerde dat kinderen kunnen genezen van onvoorstelbaar wrede deprivatie. Ieder kind met wie ik heb gewerkt – de kinderen van de Branch Davidian-sekte, die er troost uit putten om voor elkaar te zorgen; Laura, die pas weer ging groeien toen ze zich veilig en bemind voelde; Peter, een Russische weesjongen bij wie de klasgenootjes in de eerste klas zijn ‘therapeuten’ werden – heeft mij en mijn collega’s geholpen om een nieuw puzzelstukje op zijn plaats te leggen waardoor we onze behandeling van getraumatiseerde kinderen en hun families konden verbeteren.

Ons werk brengt ons in het leven van mensen wanneer zij het meest wanhopig, eenzaam, verdrietig, bang en gekwetst zijn, maar de verhalen die je hier leest zijn voor het leeuwendeel succesverhalen – verhalen over hoop, overleving en overwinning. Verbazingwekkend genoeg wordt het beste van het menselijk ras pas zichtbaar wanneer je door de emotionele puinhoop waart, die het gevolg is van de wreedste daden van diezelfde mensheid.

Ten slotte, wat bepaalt hoe kinderen trauma’s lichamelijk, emotioneel of geestelijk overleven, is of de mensen om hen heen – en vooral de volwassenen die ze zouden moeten kunnen vertrouwen – hen met liefde, steun en aanmoedigingen bijstaan. Vuur kan verwarmen of verteren, water kan dorst lessen of je doen verdrinken, wind kan strelen of snijden. Hetzelfde geldt voor menselijke relaties: we kunnen scheppen en vernietigen, koesteren en terroriseren, elkaar traumatiseren en genezen.

In dit boek lees je over bijzondere kinderen met verhalen die je helpen de aard en de kracht van menselijke relaties beter te begrijpen. Hoewel deze jongens en meisjes vaak ervaringen hebben die veel extremer zijn dan ze – godzijdank – in de meeste gezinnen voorkomen, kunnen alle ouders lessen trekken uit deze verhalen om hun eigen kinderen te helpen om de onvermijdelijke stress en spanningen van het leven beter het hoofd te bieden.

Door mijn werk met getraumatiseerde en mishandelde kinderen ben ik ook voorzichtiger geworden over de aard van de mensheid en het verschil tussen mensheid en menselijkheid. Niet alle mensen zijn menselijk. Een mens moet leren menselijk te worden. Dat proces en hoe het soms vreselijk mis kan gaan, is een ander aspect van waar dit

boek over gaat. In de verhalen in dit boek wordt er gezocht naar de noodzakelijke voorwaarden voor de ontwikkeling van inlevingsvermogen – en vergelijkbare voorwaarden, maar dan voor wreedheid of onverschilligheid. Die onthullen hoe de hersenen van kinderen groeien en gevormd worden door de mensen om hen heen. Ze laten ook zien hoe onwetendheid, armoede, geweld, seksueel misbruik, chaos en verwaarlozing nadelig zijn voor de groei van hersenen en ontluikende persoonlijkheden.

Ik interesseer me al heel lang voor de menselijke ontwikkeling en vooral waarom sommige mensen opgroeien tot productieve, verantwoordelijke en vriendelijke volwassenen, terwijl andere hun toevlucht nemen tot mishandeling of misbruik omdat ze dit zelf als kind ook hebben meegemaakt. Door mijn werk ben ik veel te weten gekomen over morele ontwikkeling, over de wortels van het kwaad en hoe genetische aanleg en omgevingsinvloeden belangrijke beslissingen kunnen vormen, die op hun beurt weer van invloed zijn op latere keuzes en uiteindelijk op wie we worden. Ik geloof niet in het ‘abuse excuse’ voor gewelddadig of kwetsend gedrag, maar ik ben er wel achtergekomen dat er in de vroege jeugd complexe interacties beginnen die van invloed zijn op ons vermogen om keuzes te overzien en die later ons vermogen kunnen beperken om de beste beslissingen te nemen.

Mijn werk heeft me naar het snijpunt tussen brein en geest gevoerd, naar de plaats waar we keuzes maken en waar we invloeden ervaren die bepalen of we menselijk en werkelijk mens worden. In *De jongen die opgroeide als hond* staat iets van wat ik hier heb geleerd. De kinderen in dit boek – en vele anderen met hen – hebben ondanks hun pijn en angst veel moed en menselijkheid aan de dag gelegd, en zij geven mij hoop. Ze hebben me veel geleerd over verlies, liefde en genezing.

De lessen die ik van deze kinderen heb geleerd, zijn belangrijk voor iedereen. Want om het verschijnsel trauma te begrijpen, moeten we snappen hoe het geheugen werkt. Om te begrijpen hoe kinderen genezen, moeten we begrijpen hoe ze leren lief te hebben, hoe ze omgaan met uitdagingen, hoe stress van invloed is op hen. En door de destructieve invloed te zien die geweld en dreiging hebben op het vermogen om lief te hebben en te werken, kunnen we onszelf beter leren kennen en de mensen in onze omgeving, en vooral de kinderen, koesteren.

1 | Tina's wereld

TINA WAS HET EERSTE kind dat ik als patiënt kreeg, nog maar zeven jaar oud toen ik haar ontmoette. Ze zat in de wachtkamer van de psychiatrische kinderkliniek van de universiteit van Chicago: klein en kwetsbaar, tegen haar moeder en haar zusje en broertje aan zittend, onzeker over wat ze van deze nieuwe dokter kon verwachten. Terwijl ik haar vooring naar mijn spreekkamer en de deur sloot, kon ik moeilijk zeggen wie van ons nerveuzer was: het een meter twintig lange Afro-Amerikaanse meisje met de zorgvuldig gevlochten haren of de een meter vijfentachtig lange blanke man met de lange, ongekamde krullenbos. Tina zat me even op mijn bank te bestuderen, me van top tot teen bekijkend. Vervolgens liep ze door de kamer, kroop op mijn schoot en maakte het zich gemakkelijk.

Ik was ontroerd. Wat schattig. Wat een liefkind. Stomme ik. Ze verschoof iets en verplaatste haar hand naar mijn kruis en probeerde mijn rits los te maken. Mijn stemming sloeg om. Ik voelde me verdrietig. Ik pakte haar hand beet, haalde hem weg uit mijn kruis en tilde haar voorzichtige van mijn schoot af.

De ochtend voordat ik Tina voor het eerst ontmoette, las ik haar 'dossier' – een velletje papier met een minimum aan informatie die een collega van ons tijdens een telefonisch intakegesprek had verzameld. Tina woonde met haar jongere broertje en zusje bij hun moeder, Sara. Sara had de kliniek voor kinderpsychiatrie gebeld omdat de school van haar dochter erop had aangedrongen dat ze haar liet onderzoeken. Tina gedroeg zich 'agressief en ongepast' bij haar klasgenoten. Ze gedroeg zich exhibitionistisch, viel andere kinderen aan, gebruikte seksueel getinte taal en probeerde ze over te halen om mee te doen aan seksspelletjes. Ze lette niet op tijdens de les en weigerde vaak instructies op te volgen.

De belangrijkste informatie over Tina was dat ze gedurende twee jaar misbruikt was, van haar vierde tot haar zesde. De dader was een

zestienjarige jongen, de zoon van de oppas. Hij had zowel Tina als haar jongere broertje Michael aangerand toen hun moeder op haar werk was. Tina's moeder was alleenstaand en arm. Ze kreeg geen uitkering meer, maar werkte tegen een minimumloon bij een avondwinkel om haar gezin te onderhouden. De enige kinderopvang die ze zich kon veroorloven, was een informele regeling met haar naaste buurvrouw. Die buurvrouw liet de kinderen helaas vaak achter bij haar zoon om boodschappen te gaan doen. En haar zoon was ziek. Hij bond de kinderen vast en verkrachtte ze, penetreerde ze anaal met voorwerpen en dreigde ze te doden als ze iets zouden zeggen. Uiteindelijk werd hij betrap door zijn moeder waardoor het misbruik ophield.

Sara liet haar buurvrouw nooit meer op haar kinderen passen, maar het kwaad was al geschied. (De jongen werd aangeklaagd; hij moest in therapie, niet naar de gevangenis.) En daar zaten we dan, een jaar later. De dochter had ernstige problemen, de moeder had geen inkomsten, en ik wist niets van seksueel misbruikte kinderen.

'Kom, we gaan kleuren,' zei ik terwijl ik haar zacht van mijn schoot duwde. Ze leek van streek te zijn. Had ze iets verkeerd gedaan? Was ik boos? Ze keek me bezorgd aan met haar donkerbruine ogen, kijkend naar mijn verrichtingen, luisterend naar mijn stem of ik haar een non-verbale hint gaf zodat ze de interactie zou kunnen plaatsnemen. Mijn gedrag strookte niet met haar interne catalogus van haar eerdere ervaringen met mannen. Ze had mannen alleen gekend als seksuele roofdieren: in haar leven kwam geen liefhebbende vader, geen steunende grootvader, geen vriendelijke oom of beschermende oudere broer voor. De enige volwassen mannen die ze had ontmoet, waren de vaak foute vriendjes van haar moeder en haar verkrachter. De ervaring had haar geleerd dat mannen seks wilden, of van haar of van haar moeder. Vanuit haar perspectief was het dan ook logisch dat ze ervan uitging dat ik hetzelfde wilde.

Wat moest ik doen? Hoe verander je gedrag of overtuigingen, die zijn ontstaan door jarenlange ervaringen, in een uur therapie per week? Noch mijn ervaring, noch mijn opleiding had me op dit meisje voorbereid. Ik begreep haar niet. Ging ze met iedereen om alsof ze seks van haar wilden, zelfs als het vrouwen en meisjes waren? Was dit de enige manier die ze kende om vrienden te maken? Hield haar agressieve en

impulsieve gedrag op school hier verband mee? Dacht ze dat ik haar afwees? En welke invloed had dat op haar?

Het was 1987. Ik was staflid Kinder- en Jeugdpsychiatrie aan de universiteit van Chicago, en ik was net begonnen aan de twee laatste jaren van een van de beste geneeskundige opleidingen in het land. Ik had er bijna twaalf jaar aan postdoctorale opleidingen op zitten. Ik was doctor in de medicijnen en de wijsbegeerte en had een klinische opleidingsperiode van drie jaar tot geneeskundig en algemeen psychiatrisch arts achter de rug. Ik gaf leiding aan een neurowetenschappelijk onderzoekslaboratorium, waar stressreactiesystemen in de hersenen werden onderzocht. Ik had geleerd wat er te leren viel over hersencellen en hersensystemen en hun complexe netwerken en chemie. Ik had jaren getracht het menselijk brein te doorgronden. En toch kon ik alleen het volgende bedenken: ik ging met Tina aan een tafeltje in mijn kantoor zitten en gaf haar een doosje kleurpotloden en een kleurboek. Ze sloeg het open en bladerde erdoorheen.

‘Mag ik hierin kleuren?’ vroeg ze zacht, duidelijk niet zeker wat ze moest doen in die vreemde situatie. ‘Natuurlijk,’ antwoordde ik.

‘Zal ik haar jurk blauw of rood maken?’ vroeg ik aan Tina.

‘Rood.’

‘Oké.’ Ter goedkeuring hield ze het boek omhoog. ‘Heel mooi,’ zei ik. Ze glimlachte. De veertig minuten die erop volgden, zaten we rustig naast elkaar op de grond te kleuren. We leenden elkaars potloden en lieten elkaar zien wat we hadden gedaan, terwijl we eraan probeerden te wennen in een ruimte te zijn met een vreemde.

Na de sessie liep ik met Tina mee naar de wachtkamer van de kliniek. Haar moeder had een baby op schoot en praatte met haar vierjarige zoon. Sara bedankte me en we maakten een nieuwe afspraak voor de volgende week. Toen ze weggingen, wist ik dat ik met iemand moest spreken die meer ervaring had dan ik en die me kon vertellen hoe ik dit meisje kon helpen.

Supervisie bij opleidingen voor geestelijke gezondheidszorg is een misleidende term. Toen ik als coassistent leerde een lange lijn aan te brengen, Advanced Cardiac Life Support te verlenen of bloed te prikken, waren er altijd oudere, meer ervaren artsen aanwezig om te instrueren, tegen me te vloeken, me te assisteren en me te onderwij-

zen. Vaak kreeg ik direct feedback, meestal was die negatief. En hoewel we leefden naar het credo ‘eerst kijken, dan doen, dan onderwijzen’, was er altijd een oudere, meer ervaren arts in de buurt om te helpen bij alle handelingen met de patiënten.

In de psychiatrie gaat dat anders. Als stagiair werkte ik bijna altijd in mijn eentje met een patiënt of met een patiënt en diens familie. Nadat ik de patiënt had ontmoet – soms had ik die al meerdere keren ontmoet – besprak ik het geval met mijn supervisor. Een kinderpsychiater in opleiding heeft meestal meerdere supervisors voor het klinische werk. Vaak besprak ik hetzelfde kind of dezelfde kwestie met meerdere supervisors zodat ik verder kon bouwen op hun inzichten, die elkaar hopelijk aanvulden. Het is een interessant proces met een paar duidelijke voordelen maar waar ook opvallende tekortkomingen bij horen, die ik op het punt stond te gaan ontdekken.

Ik vertelde mijn eerste supervisor, dr. Robert Stine*, over Tina’s geval. Hij was jong, serieus, intellectueel en in opleiding om psychoanalyticus te worden. Hij had een volle baard en leek elke dag precies dezelfde kleding te dragen: een zwart pak, een zwarte stropdas en een wit overhemd. Hij leek ook veel slimmer dan ik. Hij bediende zich met het grootste gemak van het psychiatrisch vakjargon: ‘het moederlijke introject’, ‘objectrelaties’, ‘tegenoverdracht’, ‘orale fixatie’. Elke keer wanneer hij dat deed, keek ik hem aan en probeerde ik met gepaste ernst en nadenkend te kijken, knikkend alsof zijn woorden het helemaal duidelijk voor me maakten: ‘Ach, ja. Oké. Goed, ik zal eraan denken.’ In werkelijkheid dacht ik: waar heeft hij het in godsnaam over?

Ik gaf een korte, formele uiteenzetting van Tina’s symptomen, verleden, gezin en de klachten van haar school. Ook beschreef ik de belangrijkste gebeurtenissen tijdens mijn eerste ontmoeting met haar. Dr. Stine maakte aantekeningen. Toen ik klaar was, zei hij: ‘Goed, wat denkt u dat ze heeft?’

Ik had geen flauw idee. ‘Ik weet het niet zeker,’ antwoordde ik om tijd te rekken. Tijdens zijn opleiding heeft een jonge arts geleerd veel

* In dit hele boek betekent een asterisk (*) achter een naam dat het om een pseudoniem gaat.

minder onwetend over te komen dan hij of zij in werkelijkheid is. En onwetend was ik.

Dr. Stine zag dat en stelde voor om de diagnosehandleiding voor psychiatrische stoornissen te raadplegen, de Diagnostic and Statistical Manual (DSM). Destijds ging het om de DSM-III. De handleiding wordt om de tien jaar herzien zodat er nieuwe onderzoeken en ideeën over stoornissen in kunnen worden opgenomen. Dit werk wordt gedaan aan de hand van objectieve principes, die echter zeer ontvanke-lijk zijn voor sociaal-politieke en andere niet-wetenschappelijke processen. Zo werd homoseksualiteit in de DSM ooit beschouwd als een stoornis en nu niet meer.

Het grootste probleem van de DSM blijft echter dat het een catalogus van stoornissen is, gebaseerd op lijsten van symptomen. Het is een soort computerhandleiding, geschreven door een commissie zonder kennis van de daadwerkelijke hardware of software van het apparaat, een handleiding die de oorzaak en de oplossing van de problemen van de computer probeert te vinden door je te vragen na te denken over de geluiden die de computer maakt. Door mijn eigen onderzoek en opleiding wist ik dat de systemen in de ‘machine’ – in dit geval het menselijk brein – zeer complex zijn. Daarom dacht ik ook dat dezelfde ‘output’ veroorzaakt zou kunnen zijn door een willekeurig aantal verschillende problemen erbinnen. Maar daar geeft de DSM geen verklaring voor.

‘Dus ze let niet op, een disciplinair probleem, impulsief, ongehoorzaam, uitdagend, tegendraads en ze heeft problemen met haar leeftijdsgenootjes. Ze voldoet aan de diagnostische criteria voor aandachtstekortstoornis en oppositioneel-opstandige gedragsstoornis,’ souffleerde dr. Stine.

‘Ja, het zal wel,’ zei ik. Maar het voelde niet goed. Tina maakte iets meer of anders door dan wat door die diagnose-etiketten werd beschreven. Uit mijn onderzoek naar het brein wist ik dat de systemen die zijn betrokken bij het beheersen en sturen van onze aandacht, bijzonder complex waren. Ik wist ook dat er veel genetische en omgevingsfactoren waren die ze konden beïnvloeden. Was het niet misleidend om Tina het stempel ‘opstandig’ te geven, gezien het feit dat haar ‘ongehoorzaamheid’ waarschijnlijk het gevolg was van haar slachtofferrol? Hoe

zat het met de verwarring waardoor ze dacht dat seksueel gedrag bij volwassenen en leeftijdgenoten in het openbaar normaal was? Hoe zat het met haar spraak- en taalachterstand? En als ze aandachtstekortstoornis (ADD) had, was het seksueel misbruik dan belangrijk om inzicht te krijgen hoe je iemand als zij moest behandelen?

Toch stelde ik die vragen niet. Ik keek dr. Stine alleen aan en knikte alsof ik wat hij me vertelde in me opzoog.

‘Ga meer lezen over psychofarmacologie voor ADD. Daar hebben we het dan de volgende week over,’ adviseerde hij me.

Toen ik bij dr. Stine wegging, voelde ik me verward en teleurgesteld. Was dit het werk van een kinderpsychiater? Ik was opgeleid als algemeen psychiater (voor volwassenen) en bekend met de beperkingen van supervisie en met de grenzen van onze diagnostische benadering, maar ik was helemaal niet berekend op de schrijnende problemen van de kinderen die bij me op consult kwamen. Ze waren sociaal uitgerangeerd, liepen achter in hun ontwikkeling, hadden grote schade opgelopen en waren naar onze kliniek gestuurd zodat wij dingen konden ‘herstellen’, die mij niet te herstellen leken met de middelen die we tot onze beschikking hadden. Hoe konden een paar uur per maand en een recept Tina’s perspectief en gedrag veranderen? Geloofde dr. Stine echt dat Ritalin of een ander medicijn tegen ADD de problemen van dit meisje zou oplossen?

Gelukkig had ik nog een andere supervisor: een wijze, geweldige man, een ware reus op het gebied van de psychiatrie, dr. Jarl Dyrud. Net als ik kwam hij uit Noord-Dakota, en we konden meteen goed met elkaar overweg. Dr. Dyrud was net als dr. Stine opgeleid in de analytische methode. Toch had hij ook jaren echte levenservaring opgedaan waarin hij had geprobeerd mensen te begrijpen en te helpen. Hij had zijn perspectief verkregen op basis van die ervaringen en niet alleen op basis van Freuds theorieën.

Hij luisterde aandachtig toen ik Tina beschreef. Daarna glimlachte hij naar me en zei: ‘Vond je het leuk om met haar te kleuren?’

Ik dacht een minuutje na en antwoordde: ‘Ja, ik vond het leuk.’

Dr. Dyrud zei: ‘Dat is een heel goed begin. Vertel nu maar verder.’ Ik begon Tina’s symptomen op te sommen, en de klachten die volwassenen hadden over haar gedrag.