



Universiteit  
Leiden

The Netherlands

## Over de beperkte mogelijkheden van een onuitwisbaar vak

Treffers, Ph.D.A.

### Citation

Treffers, P. D. A. (2006). Over de beperkte mogelijkheden van een onuitwisbaar vak. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/12996>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License:

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/12996>

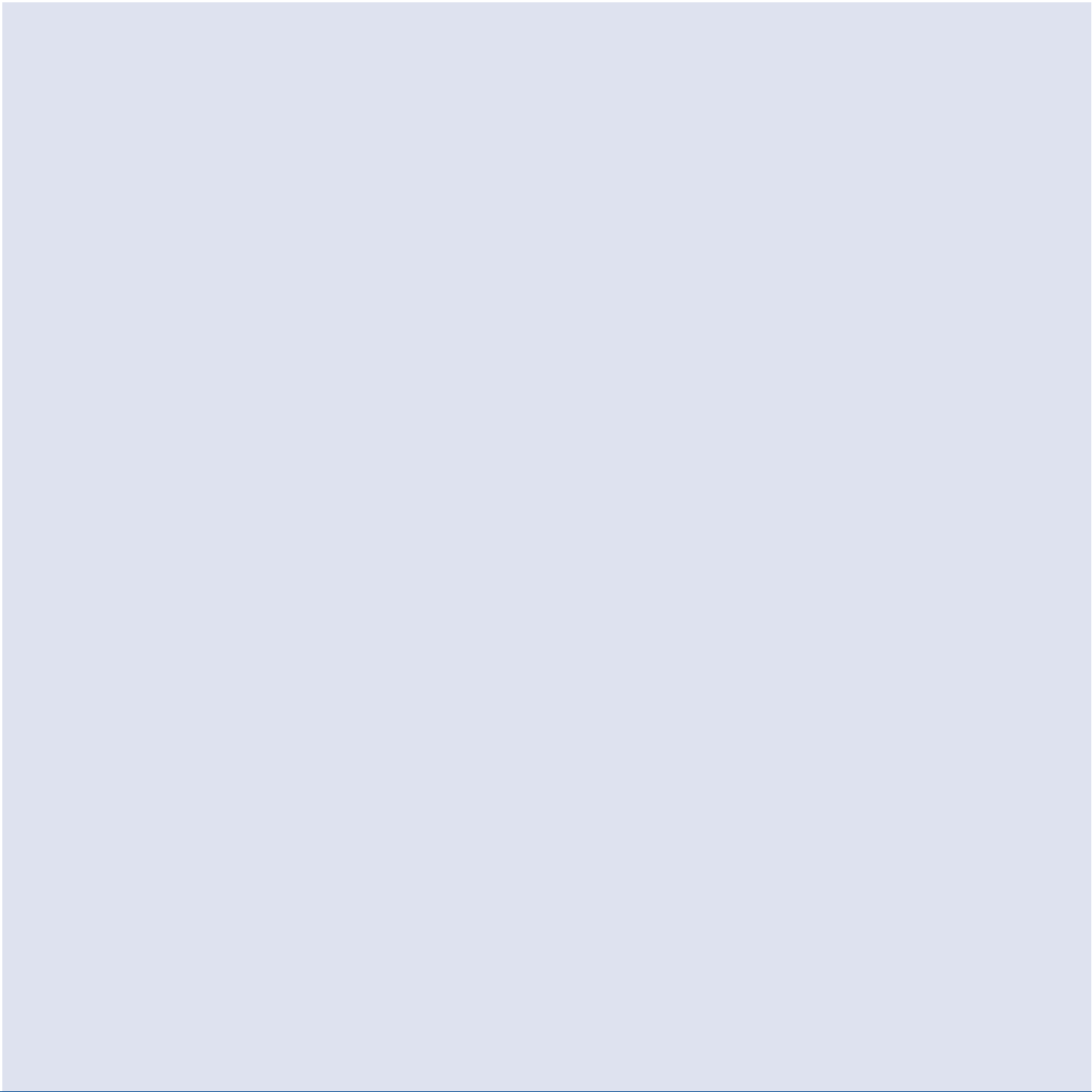
**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Prof.dr. Ph.D.A. Treffers

# Over de beperkte mogelijkheden van een onuitwisbaar vak



Universiteit Leiden



# Over de beperkte mogelijkheden van een onuitwisbaar vak

Rede uitgesproken door

Prof.dr. Ph.D.A. Treffers

ter gelegenheid van zijn afscheid als hoogleraar in de  
Kinder- en Jeugdpsychiatrie  
aan de Universiteit Leiden  
op 25 augustus 2006



Universiteit Leiden

*Geachte voorzitter en leden van de Raad van Bestuur van het Leids Universitair Medisch Centrum, Geachte toehoorders,*

Met dit afscheidscollege stel ik me ten doel een beeld te schetsen van de ontwikkelingsgang van de kinder- en jeugdpsychiatrie. Ik streef ernaar mijn betoog begrijpelijk te maken voor niet-psychiaters: niet alleen échte dokters, maar ook kunstenaars, journalisten en antiquaren moeten het kunnen volgen, evenals de Minister van Volksgezondheid. Neen,- ik maak het mezelf niet gemakkelijk.

Daarnaast beschouw ik dit college als een oefening in loutering: ik zal melding maken van enkele van vele onjuiste uitspraken die ik in het verleden deed - de missers van Treffers. Daarmee volg ik, zij het minder dapper, het voorbeeld van mijn vaders oudste zoon, Pieter Treffers, die in 1993 een artikel wijdde aan fouten die hij had gemaakt in zijn medisch handelen.

Ik zal geen nieuwe horizonten schetsen, maar mijn uiteenzetting toespitsen op een paar onderwerpen waarover ik me in de loop der tijd heb uitgelaten.

### Geschiedenis kinder- en jeugdpsychiatrie

Om te beginnen een woord over de geschiedenis van de kinder- en jeugdpsychiatrie, die ik hierna kortheidshalve zal aanduiden als kinderpsychiatrie. Vaak heb ik naar voren gebracht dat zij een jong vak is. Met het vorderen der jaren heb ik daaraan vastgehouden. Ik had daar persoonlijk belang bij, want hoe zou ik ouder kunnen worden als mijn vak onverminderd jong bleef? Maar eerlijk gezegd wist ik ook niet beter of de oorsprong van de kinderpsychiatrie lag in de eerste decennia van de 20<sup>e</sup> eeuw. Groot was de verrassing toen ik op zoek ging naar de geschiedenis van mijn vak. In de 19<sup>e</sup>-eeuwse literatuur trof ik gedetailleerde, soms ontroerende

beschrijvingen van kinderen en jongeren met ernstige psychiatrische stoornissen, alsook overzichtsartikelen en monografieën van de hand van psychiaters en kinderartsen (Treffers & Silverman, 2001; Treffers, 2001). Nee, de kinderpsychiatrie is niet jong. Ik stel 1860 voor als haar geboortjaar. In dat jaar publiceerde een jonge Britse student geneeskunde, James Crichton-Browne, een overzicht van wat toen bekend was over psychiatrische stoornissen bij kinderen. Het is een fascinerend geschrift, dat onder andere de oudste mij bekende beschrijving van depressieve stoornissen bij kinderen bevat. In de decennia na 1860 werd van deze stoornis regelmatig melding gemaakt. Waarom de depressie na omstreeks 1900 verdwijnt uit de literatuur om pas rond 1965 terug te keren, kan ik niet verklaren.

### Geschiedenis Curium

Ook ten aanzien van de geschiedenis van Curium heb ik me een tijd lang te zeer verlaten op overlevering. In 1949 kocht Dr. D. Arnold van Krevelen uit eigen middelen de villa Curium in Oegstgeest met het oogmerk er een kinderpsychiatrische kliniek in te vestigen. Daarin slaagde hij in 1955. Ooit vernam ik bij geruchte dat de villa eigendom was geweest van een Nederlandse baron, die bisschop was geweest van het bisdom Curium op Cyprus. Na zijn verblijf op dat eiland had hij zich in Oegstgeest gevestigd, alwaar hij zijn woning de naam gaf van zijn bisdom. Ik vertelde dit verhaal aan wie het maar horen wilde. Onder hen bevond zich professor Engberts, die in overeenstemming met zijn leeropdracht “normatieve aspecten van de geneeskunde” terstond naging of ik de waarheid had gesproken. Dat bleek maar gedeeltelijk het geval. Middels een gedetailleerde notitie<sup>1</sup> informeerde hij me over de werkelijke lotgevallen van C.L. baron de Wijckersloot. Deze woonde in Oegstgeest en was werkzaam als hoogleraar theologie aan

het grootseminarie te Warmond. De Wijckersloot werd in 1830, na een lang bisschoploos tijdperk, gewijd te Münster op de titel van het bisdom Curium op Cyprus. Hij bezocht het nooit. Vermoedelijk was het hem bekend dat het bisdom niet bestond, althans dat er sedert de 13<sup>e</sup> eeuw nooit meer iets van was vernomen. Helaas was het professor Engberts dan ook niet gegeven tot de bijbelse grondslagen van Curium te concluderen.

### Van Krevelen

Gelukkig kan ik daar tegenover stellen dat de oprichter van Curium over profetische gaven beschikte. Zo was Van Krevelen, anders dan zijn tijdgenoten, van mening dat autisme het gevolg was van een cerebrale disfunctie. Al omstreeks 1960 wees hij in niet mis te verstane bewoordingen op het onrecht dat ouders werd gedaan, als de oorzaak bij hen werd gezocht<sup>2</sup> (bijv. Van Krevelen, 1959; 1963). Van Krevelen onderscheidde zich in meer opzichten van de kinderpsychiaters die in zijn tijd in Nederland de toon aangaven. Anders dan zijn collega's genoot hij grote internationale faam en was hij een productieve auteur. Desondanks was hij geen hoogleraar, maar lector. Van de toenmalige hoogleraren kinderpsychiatrie in Nederland, die - anders dan Van Krevelen - psychoanalytisch geschoold waren, ondervond hij weinig waardering. Hij was niet tegen de psychoanalyse gekant, maar wel tegen het - in zijn woorden - eenzijdig psychisme (Van Krevelen, 1957)<sup>3</sup>, dat in die jaren de psychiatrie domineerde.

### Psychoanalyse

Zelf ben ik opgeleid in deze psychicistische traditie. Op gezag van mijn leermeesters Kuiper en Frijling-Schreuder, aan wie ik met veel sympathie terugdenk, beschouwde ik lange tijd de psychoanalyse niet alleen als een *general psychology*, maar

ook als een *general psychiatry*. De pretentie was inderdaad niet gering: het werk van Freud, de eerste 20<sup>e</sup>-eeuwse reus op het gebied van de kinderpsychiatrie, omvatte onder andere theorieën over de emotionele ontwikkeling van het kind, over de organisatie van de menselijke geest, en over het ontstaan van psychiatrische stoornissen, alsook een methode om deze te behandelen. Ja, ik verlang wel eens terug naar de jaren waarin ik alwetend was. Zo kende bijvoorbeeld de dyscalculie, de rekenstoornis, voor mij geen geheimen. Moeilijkheden met vermenigvuldigen hielden immer verband met de dunne wand die de slaapkamer van het kind scheidde van die van de ouders. Hoezeer beangstigde het de kleine als de ouders daar, al dan niet van harte, gevolg gaven aan de bijbelse opdracht om zich te vermenigvuldigen.

De psychoanalyse had op velen een bijzondere aantrekkingskracht. Jarenlang slaagde ik erin mijn gehoor te betoveren, niet het minst de vrouwelijke aanwezigen. Vandaag de dag is de fascinatie voor de psychoanalyse bij het publiek nauwelijks verminderd. Psychoanalytische verklaringen voor het gedrag van mensen zijn altijd plausibel. En de psychoanalyse is in wezen optimistisch: de mogelijkheid iets te verklaren biedt het begin van een oplossing. Dit is althans een wijdverspreid misverstand. Omstreeks 1980 werd me duidelijk dat de kennistheoretische basis van de psychoanalytische conceptualisering ontoereikend was. Ook waren de resultaten van de daarop geënte behandeling van bijvoorbeeld gedragsgestoorde en autistische kinderen en jongeren teleurstellend. En de psychoanalyse schoot - in weerwil van het grote aantal op dat gebied geschoolde hoogleraren - geen wortel aan de universiteiten. Thans is ze in haar pure vorm een marginale stroming. Die status is niet het minst te herleiden tot de cultuur in orthodox psychoanalytische verenigingen. Daarin spelen zich achter gesloten deuren schimmige tragedies

af, waarin hoogbejaarden zich overgeven aan incest en kindermoord.

Zo nietig als de betekenis van de psychoanalyse in de actualiteit is, zo indrukwekkend is in historisch perspectief de inspiratie die ervan uitging. Ik geef hiervan enkele voorbeelden.

De tweede 20<sup>e</sup>-eeuwse reus op het gebied van de kinderpsychiatrie, de Britse psychiater John Bowlby, werd door het werk van Freud doordrongen van de betekenis van de biologie voor de psychologische ontwikkeling. Bowlby was kritisch over Freud's drifttheorie. Zelf ontwikkelde hij een ethologische visie op de totstandkoming van de hechting tussen het jonge kind en de primaire verzorgers (Bowlby, 1969). Deze invalshoek bleek vruchtbaar, ook omdat zijn theorieën zich goed leenden voor empirische toetsing. De kinderpsychiatrie leunt zwaar op de resultaten van het belangrijke onderzoek op dit gebied, waaronder dat van Rien van IJzendoorn (bijv. Van IJzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999). Het werk van Freud heeft ook de Amerikaanse psychologe Jane Loevinger geïnspireerd tot de formulering van een overtuigende theorie over de sociaal emotionele ontwikkeling (Loevinger, 1976). Gebruik makend van een vernuftige, psychometrisch solide methode, gebaseerd op de oude vertrouwde zinnenaanvulprocedure, voorzag ze haar theorie van een gedegen empirisch fundament (1998). In Curium maakte Michiel Westenberg deze methode in grootschalig, origineel onderzoek geschikt voor gebruik bij Nederlandse kinderen en jongeren (Westenberg, Treffers & Drewes, 1998; Westenberg, Siebelink, Warmenhoven & Treffers, 1999; Westenberg, Drewes, Siebelink, Treffers, Jonckheer & Goedhart, 2000).

Het duidelijkst herkenbaar is de invloed van de psychoanalyse op het gebied van de psychotherapie. Elementen van de psychoanalytische behandelmethodologie liggen ten grondslag aan de meeste van de meer dan 230 beschreven vormen (Kazdin,

1988) van psychotherapie.

In de laatste decennia van de vorige eeuw verloor de psychoanalyse haar positie als leidend referentiekader in de psychiatrie. Nieuwe ontwikkelingen dienden zich aan. Bij twee ervan sta ik kort stil: de diagnostische classificatie en de ontwikkelingspsychopathologie.

### Diagnostische classificatie

De behoefte aan diagnostische classificatie kwam voort uit de wens om tot een algemeen aanvaarde omschrijving en groepering van psychiatrische stoornissen te komen. Het bekendste classificatiesysteem is de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, de DSM. De eerste versie ervan verscheen in 1952 (American Psychiatric Association, 1952). Het verschijnen van de derde versie in 1980 (American Psychiatric Association, 1980) was een mijlpaal in de psychiatrie: in de daaropvolgende jaren vond het gebruik van classificatie in betrekkelijk korte tijd allereerst toepassing. Diagnostische classificatie is ontwikkeld om het wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie te bevorderen. Het gebruik van de DSM maakt het bijvoorbeeld mogelijk om relatief homogene groepen patiënten samen te stellen om de werkzaamheid van een behandeling te onderzoeken. Classificatie komt ook de klinische praktijk ten goede. In de ver achter ons gelegen jaren, waarin ik het gebruik van de DSM in Curium introduceerde, classificeerden sommige van mijn psychoanalytisch geschoolde collega's aanvankelijk van vrijwel alle kinderen de symptomen, ongeacht de aard ervan, als angststoornis. Zij baseerden die classificatie niet op manifestaties van angst die ze bij het kind hadden waargenomen of waarover de ouders hun hadden verteld, maar uitsluitend op veronderstellingen over de rol die angst speelde bij het ontstaan van de pathologie. En in de psychoanalytische theorie nam onbewuste angst nu eenmaal een prominente plaats in als

mediator van vrijwel alle vormen van psychopathologie. Ik had een lange weg te gaan om mijn collega's ervan te overtuigen dat ze niet langer in de eerste plaats op hun theorie, maar op hun ogen en oren dienden te vertrouwen<sup>4</sup>. Niet allen hebben deze afvallige weg tot het einde met mij afgelegd.

Diagnostische classificatie is een *conditio sine qua non* voor de ontwikkeling van het vak, maar kent ook haar problemen. Eén ervan is de beperkte houdbaarheid van achtereenvolgende versies van een classificatiesysteem. Het verschijnen van een nieuwe versie heeft verstrekkende gevolgen. Een duidelijk voorbeeld biedt de ADHD, in de volksmond adHd. De criteria voor deze classificatie werden in de vierde editie van de DSM in 1994 (American Psychiatric Association, 1994) aanzienlijk aangescherpt. Als gevolg daarvan waren de resultaten van het eerder verrichte onderzoek naar de stoornis niet meer bruikbaar. Een positief effect was dat de prevalentie van ADHD indrukwekkend afnam: het verschijnen van een nieuwe versie van de DSM was voldoende voor de genezing van een substantieel deel van de wereldbevolking.

Een andere beperking van de DSM betreft de voorsnog gebrekkige validiteit en betrouwbaarheid van de classificaties voor kinderen en jongeren. Berucht is de gebrekkige omschrijving van de Pervasieve Ontwikkelingsstoornis Niet Nader Omschreven, in de volksmond PDD NOS, een restcategorie onder de autismespectrumstoornissen. Hulpverlenende vogels van verschillende pluimage achten de classificatie van toepassing op de problemen van talloze kinderen. Slechts bij een klein deel van deze kinderen wordt de classificatie gerechtvaardigd door de aanwezigheid van symptomen van een autismespectrumstoornis.

De validiteit van diagnostische classificaties staat ook in relatie met het verschijnsel comorbiditeit ter discussie (zie bijv. Caron & Rutter, 1991; Angold, Costello & Erkanli, 1999). Een

classificatie staat in een klein boekje, en komt zelden alleen. Vaak komen er bij een kind, om een voorbeeld te geven, meerdere angststoornissen tegelijkertijd voor. En ook gaan ze dikwijls samen met een depressieve stoornis. De vraag is of het hierbij gaat om comorbiditeit. Het is ook mogelijk dat er naast, of in plaats van angststoornissen en depressieve stoornissen een eigenstandige stoornis bestaat met angstige en depressieve kenmerken.

De grootste problemen met classificatie betreffen evenwel niet het systeem als zodanig, maar het oneigenlijke gebruik ervan. Het voorbeeld bij uitstek daarvan is de koppeling van DSM-classificaties aan richtlijnen voor behandeling. Daarvoor is diagnostische classificatie niet bedoeld en niet geëigend: voor een gesprek met kind en ouders over de behandelingsmogelijkheden is meer nodig dan een DSM-code. De classificatie autistische stoornis of depressie bij een individueel kind zegt als zodanig weinig over de keuze van de behandeling. Het is dan ook niet verdedigbaar om de financiering van een behandeling te baseren op een DSM-classificatie, het uitgangspunt van de zogeheten Diagnose Behandel Combinaties. Bovendien lopen kinderen, wier problemen niet voldoen aan de criteria van een DSM categorie, in de toekomst het risico dat de zorg niet wordt gefinancierd. Nu al worden veel kinderen niet toegelaten tot het speciaal onderwijs, omdat hun problemen niet gecodeerd kunnen worden in één van de daartoe vereiste DSM-classificaties. Het gebruik van iets vóór iets waar het niet voor bedoeld is, leidt onvermijdelijk tot ellende. Zoals een ieder kan bevestigen die ooit probeerde een schroef te bevestigen met een ijzerzaagje.

## Ontwikkelingspsychopathologie

Het andere gebied waar ik kort bij stil wil staan is dat van de ontwikkelingspsychopathologie. Daartoe introduceer ik

de derde en laatste 20<sup>e</sup>-eeuwse reus in de kinderpsychiatrie, de Britse kinderpsychiater Michael Rutter. Ik ga hier niet in op zijn wetenschappelijk onderzoek waarvan zowel de omvang als de kwaliteit imposant is. Voor mijn betoog is het door hem ontworpen kader van belang waarbinnen men het ontstaan van psychopathologie kan begrijpen en onderzoeken- een kader waarvoor hij de term ontwikkelingspsychopathologie<sup>5</sup> gebruikte (Sroufe & Rutter, 1984; Rutter & Sroufe, 2000). Daarmee verwijst hij naar een benadering waarin psychopathologie wordt opgevat als het resultaat van transacties tussen het zich ontwikkelende organisme en zijn omgeving. Het ontstaan van kinderpsychiatrische stoornissen kan men maar zelden direct tot een oorzaak herleiden. In werkelijkheid is er sprake van een serie processen in de loop van de tijd, waarin men causale effecten kan onderscheiden. Ontwikkelingspsychopathologen onderzoeken onder andere langs welke weg de genetische aanleg van een individu zich vertaalt in gedrag (Rutter, 2006; Rutter, Moffitt & Caspi, 2006) en welke veranderingen er in een individu plaatsvinden in de levensloop. Als we weten op welke wijze ervaringen bijvoorbeeld de neuro-endocriene processen en de affectregulatie beïnvloeden, kunnen we in de toekomst misschien de factoren identificeren die verantwoordelijk zijn voor het optreden van een depressieve episode en voor het al dan niet optreden van nieuwe episodes.

In de laatste decennia is het inzicht gegroeid in het ontstaan en de continuïteit of discontinuïteit van psychopathologie (Rutter, Kim-Cohen & Maughan, 2006), en daarmee in de relatie tussen psychopathologie op de kinderleeftijd en in de volwassenheid. Het is niet toevallig dat in de klinische praktijk stoornissen die een paar decennia geleden te boek stonden als typisch kinderpsychiatrische stoornissen - bijvoorbeeld ADHD en autismespectrumstoornissen - thans ook bij volwassenen

worden onderkend. Dit gebeurt te pas, maar vaak ook te onpas. Zo zijn in de afgelopen jaren talloze grote kunstenaars en geleerden, van Albert Einstein tot Glenn Gould, en van Eric Satie tot Ludwig Wittgenstein, postuum onderscheiden met een classificatie in het autismespectrum.

## Diagnostiek

Welke gevolgen hebben de ontwikkelingen na 1980 gehad voor de kinderpsychiatrische diagnostiek? Zoals opgemerkt droeg de opkomst van de diagnostische classificatie bij aan verbetering van de kwaliteit van de diagnostiek. Het gebruik van een op de DSM gebaseerd semi-gestructureerd interview kan de kwaliteit van het klinisch werk verbeteren, al mag de diagnostiek daar niet toe beperkt blijven.

Diagnostische classificatie heeft ook het gebruik van psychometrisch deugdelijk instrumentarium bevorderd. Steeds minder vaak worden er conclusies getrokken over de zielenroerselen van kinderen op basis van bijvoorbeeld door hen vervaardigde tekeningen van echte of zelfs gefantaseerde bomen,- al worden deze bomen nog steeds door veel hulpverleners gekoesterd als ging het om tropisch hardhout.<sup>6</sup> Ondanks de vooruitgang op diagnostisch gebied valt er nog wel wat te verbeteren. We weten onvoldoende over de expressie van psychopathologie in de loop van de ontwikkeling van een kind. Het staat bijvoorbeeld niet vast dat een depressie zich bij kinderen in verschillende ontwikkelingsfasen op identieke wijze manifesteert (Weiss & Garber, 2003). Als een stoornis in verschillende leeftijdsfasen op andere wijze tot uitdrukking komt, en als vaststaat dat het over één en dezelfde stoornis gaat, is differentiatie van de criteria voor diagnostische classificatie op geleide van de ontwikkeling nodig. Misschien kan ook de biologische psychiatrie bijdragen aan een verbetering van de diagnostiek. Ik heb die hoop niet

opgegeven, hoewel de inspanningen op dat gebied in de laatste decennia nog niet hebben geresulteerd in één medisch biologische bepaling waarvan men in de psychiatrische diagnostiek zinvol gebruik kan maken. Misschien zijn mijn verwachtingen te hoog gespannen: de stand van de hedendaagse biologische psychiatrie is in veel opzichten vergelijkbaar met die van de psychoanalyse een eeuw geleden. De biologische psychiatrie maakt, net als destijds de psychoanalyse, goeddeels gebruik van fictieve constructen<sup>7</sup>, presenteert veronderstellingen als feiten<sup>8</sup> en afficheert zich als een *general psychiatry*. In overeenstemming met de *Zeitgeist* hechten veel psychiaters minder waarde aan psychologische feiten dan aan medisch biologische veronderstellingen.

### Psychofarmaca

Ook de kinderpsychiatrische behandeling is in de afgelopen decennia veranderd. Ik beperk me tot een enkele opmerking over farmacotherapie en psychotherapie. In de kinderpsychiatrie bestaat bij een deel van de patiënten een indicatie voor het gebruik van psychofarmaca. Kinderpsychiaters kunnen in de dagelijkse praktijk goeddeels volstaan met een stuk of twaalf psychofarmaca - overwegend geneesmiddelen waarop het patent is verlopen en waaraan relatief weinig kosten verbonden zijn. Met die geneesmiddelen is een aantal kinderen en hun gezinnen erg geholpen.<sup>9</sup> Voor zover nieuwe geneesmiddelen meerwaarde hebben is deze over het algemeen minimaal.<sup>10</sup> Maar veel psychiaters bekommeren zich nauwelijks om de werking, de bijwerkingen en de kosten van nieuwe geneesmiddelen. Zij hechten eraan om er recepten voor uit te schrijven, in de veronderstelling dat dit ritueel van hen een echte dokter maakt. Geneesmiddelenproducenten maken effectief gebruik van het gebrek aan kritisch vernuft van de moderne medicijnman. Maar ik zal Uw hopelijk goede luim

niet vergallen met een filippica tegen het moreel cretinisme van de farmaceutische industrie.<sup>11</sup>

### Psychotherapie

Wie van mij nu een lofzang verwacht op de psychotherapie komt van een koude kermis thuis. Vooropgesteld: de integriteit van het onderzoek naar en de publicaties over psychotherapie staat niet ter discussie. Maar dat onderzoek heeft een aantal problemen gemeen met het onderzoek naar de werkzaamheid van psychofarmaca. Zo zijn de populaties waarin de werkzaamheid van de behandeling wordt onderzocht, veelal niet representatief voor de klinische populatie. Voor het samenstellen van onderzoeksgroepen worden kinderen geselecteerd bij wie veel vormen van comorbiditeit op voorhand worden uitgesloten. Zo worden jongeren die naast een depressie een gedragsstoornis hebben vaak niet opgenomen in onderzoek naar de werkzaamheid van cognitieve gedragstherapie bij depressieve adolescenten. Bovendien wordt de werkzaamheid van cognitieve gedragstherapie niet zelden onderzocht bij kinderen die daarvoor vrijwillig zijn aangemeld door ouders of scholen. De problemen van deze kinderen zijn meestal minder ernstig dan de problemen van kinderen voor wie reguliere hulpverlening wordt gezocht. Dit is waarschijnlijk een verklaring voor de bevinding tien jaar geleden dat therapieën, die werden uitgevoerd in het kader van wetenschappelijk onderzoek, bijzonder werkzaam waren (Weisz, Weiss, Han, Granger & Morton, 1995). De werkzaamheid van behandelingen in de reguliere hulpverlening bleek daarentegen gemiddeld nihil (Weisz, Donenberg, Han & Kauneckis, 1995; Weisz, Donenberg, Han & Weiss, 1995). Een veel gehoorde verklaring voor deze laatste, schokkende conclusie is dat goed onderzochte behandelprotocollen in de dagelijkse

praktijk nog maar weinig toepassing vinden: de meerderheid van de therapeuten maakt gebruik van traditionele vormen van psychotherapie. Deze verklaring is mijns inziens onbevredigend. Ze is gebaseerd op een overschatting van het effect van cognitieve gedragstherapie. Zo bleek onlangs bij kritische beschouwing dat het effect van in onderzoekskader uitgevoerde cognitieve gedragstherapie van depressie veel minder groot is dan aanvankelijk werd gedacht (Weisz, McCarty & Valeri, 2006). Daarnaast wordt de gerapporteerde werkzaamheid doorgaans gebaseerd op het percentage kinderen bij wie de stoornis, waarop de behandeling zich richt, na afloop van de behandeling niet meer aanwezig is. Dat effect is doorgaans redelijk tot groot. Maar het effect is veel minder overtuigend, wanneer de afwezigheid van enige stoornis het criterium is. Ik kan dit illustreren met een preliminaire bevinding van een onderzoek dat op initiatief van Robert Ferdinand en mij wordt verricht door medewerkers van Curium en van de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het Erasmus Medisch Centrum.<sup>12</sup> In dit onderzoek werd aan 133 kinderen van 8 tot en met 12 jaar die één of meer angststoornissen hadden een cognitief gedragstherapeutische behandeling geboden. Aan het einde daarvan was 59% van de kinderen vrij van de primaire angststoornis, waarop de behandeling zich richtte. Maar slechts 45% van de kinderen had geen enkele angststoornis meer. We onderzoeken in dit project, anders dan gebruikelijk is in effectonderzoek, ook het resultaat van een geprotocolleerde vervolgbehandeling van kinderen bij wie de therapie niet succesvol is. De verzameling van deze gegevens zal binnenkort worden afgerond. Terug naar het teleurstellende effect van de reguliere hulpverlening. De meest adequate verklaring daarvoor is waarschijnlijk dat de problemen van kinderen en gezinnen maar gedeeltelijk verband houden met de bij het kind

vastgestelde stoornis. Andere factoren, zoals comorbide stoornissen, en spanning in het gezin - bijvoorbeeld in relatie met psychopathologie van de ouders en sociaal-economische omstandigheden - zijn vaak van groter gewicht (Weisz, Huey & Weersing, 1998; Silverman & Treffers, 2004). Niet zelden is een behandeling die zich exclusief richt op één van de problemen van het kind niet meer dan een druppel op een gloeiende plaat.

### Resultaten kinder- en jeugdpsychiatrie

Ik heb er nooit een geheim van gemaakt dat de resultaten van de kinder- en jeugdpsychiatrische behandeling bescheiden zijn, wanneer we genezing als criterium hanteren. Het glas is niet halfvol of halfleeg; het is voor minder dan de helft gevuld. De resultaten van follow-up onderzoek op lange termijn bij kinderen en jeugdigen die een kinder- en jeugdpsychiatrische polikliniek bezochten vormen veeleer een overtuigende illustratie van de persistentie van psychopathologie dan van een effect van de interventie (bijv. Heijmens Visser, van der Ende, Koot & Verhulst, 1999). Op grond van wat ik U eerder voorschotelde zal U dit niet verbazen.

In Uw ogen lees ik de vraag: Wat vermag de kinderpsychiatrie dan wel, professor? Welnu, zij slaagt erin de ernstige problemen van een groot aantal kinderen en jongeren en hun ouders op korte termijn in positieve zin te beïnvloeden. Deze hulp kan variëren van kortdurende poliklinische cognitief gedrags-therapeutische behandeling tot langdurige klinische opname. Een aantal van de verwezen kinderen, ik duid deze aan als groep A, heeft ook op langere termijn baat bij deze hulp; zij zijn in beginsel in staat de problemen die in hun levensloop op hun pad komen te overwinnen. Ik schat de omvang van deze groep op 35% van de verwezen kinderen. Anderen, groep B, zullen in de loop van hun volwassen leven regelmatig hulp nodig hebben. Dit is vermoedelijk de grootste groep, 55%. De

overige 10% van de kinderen, groep C, is duurzaam afhankelijk van hulpverlening. Veel van de kinderen in deze twee laatste groepen B en C kunnen ook als volwassenen een aanvaardbaar tot gelukkig leven leiden. Maar sommige kinderen slagen daar niet in, of maken het leven van anderen ongelukkig, of beide. Als de kinderpsychiatrie elke tien jaar een verschuiving van een paar procent realiseert van groep C naar groep B en van groep B naar groep A, is daarmee een groot aantal kinderen geholpen. Misschien vindt U die doelstelling bescheiden. Maar vergeet niet: het leven zelf is lang niet mals.

Ook op wetenschappelijk gebied is de kinderpsychiatrie in een paar decennia onuitwisbaar geworden. Ik denk daarbij onder andere aan de in Nederland door de onderzoeksgroep van Frank Verhulst uitgevoerde grootschalige, longitudinale onderzoeken bij representatieve groepen in de algemene populatie (bijv. Ferdinand & Verhulst, 1995; Hofstra, Van der Ende & Verhulst, 2000).

### Positie kinder- en jeugdpsychiatrie

Dames en heren, in 1984, een jaar na mijn aantreden, hield ik mijn oratie. Ik schetste daarin een mijns inziens ongewenst toekomstscenario (Treffers, 1984), dat nadien op hoofdlijnen is gerealiseerd. Mijn zorgen waren niet overdreven: er bestaat opvallend weinig enthousiasme over het resultaat van de geldsverslindende operatie die heeft geresulteerd in de bureaus jeugdzorg én over de bureaucratisering in verband daarmee. Mijn vrees dat de financiering van de geestelijke gezondheidszorg van jeugdigen op langere termijn onttrokken zou worden aan de financiering van de gezondheidszorg en ondergebracht zou worden bij de lagere overheden, provincie en gemeente, was niet ongegrond. De discussie daarover zal volgend jaar gevoerd worden. Op de uitkomst ervan ben ik niet gerust. Maak ik het nog mee dat de regering mijn adviezen wél

ter harte neemt? Reken maar! Het ziet er naar uit dat er een minister voor jeugdzaken komt. Dat is méér dan het staatssecretariaat voor kinderkzaken waarvoor ik meer dan tien jaar geleden in De Rode Hoed te Amsterdam een vurig pleidooi hield<sup>13</sup> (Treffers, 1995c). U begrijpt: ik ben beschikbaar!

### Drieëntwintig jaar Curium

Bij mijn komst in 1983 kreeg ik de opdracht de academische kinder- en jeugdpsychiatrie in Leiden gestalte te geven. Daartoe moest eerst de kinder- en jeugdpsychiatrie in Curium gestalte krijgen. Curium stond voor 54 klinische plaatsen, een polikliniek ontbrak. Gebruik makend van het betrekkelijk gunstige politieke klimaat is het in de loop der tijd gelukt met vereende krachten in Curium een breed aanbod te ontwikkelen, dat ik hier niet zal beschrijven. Ik denk dat een grote meerderheid van de patiënten en hun ouders in beginsel tevreden kan zijn over de behandeling die er wordt geboden. De klachtencommissie van Curium heeft al vele jaren geen klacht meer behandeld. Dat is overigens geen reden voor voldoening! Van de Inspectie voor de Volksgezondheid leerde ik dat het ontbreken van klachten alleen maar betekent, dat de weg naar de klachtencommissie niet is geplaveid. Ook stimuleren behandelaars ontevreden patiënten of ouders onvoldoende om zich over hen te beklagen. Nog in de nachten voor dit afscheid werd ik uit de slaap gehouden door de kwellende vraag wat zorgelijker was: klachten of het uitblijven ervan.

### Onderzoek in Curium

De academisering van Curium was en is een geleidelijk proces. Curium was van oorsprong geen academisch instituut. Er zat bij mijn aantreden van alles in de muren van het centrum, zoals anarchie en conflicten, toewijding en durf, maar geen systematiek en empirie. Ik besloot eerst de voorwaarden voor

onderzoek te scheppen door systematisch bij alle patiënten een aantal standaard gegevens te verzamelen. Die keuze droeg ook bij aan de kwaliteit van de zorg en was behulpzaam bij het bepalen van het beleid van het centrum. Eenvoudig was dat niet: ik herinner me levendig de problemen waarvoor we gesteld werden om tot een eenduidige codering van de gezinssamenstelling te komen. Zo bleek ons in de loop van de tijd dat kinderen in beginsel 26 soorten broertjes en zusjes konden hebben, waarvan half-, stief- en adoptiebroertjes en -zusjes de bekendste voorbeelden zijn (Treffers, Goedhart, Waltz & Koudijs, 1990). Het leven bleek bonter dan zelfs een psychiater zich kon voorstellen. Ik weet niet of dat een geruststellende of verontrustende gedachte is. Veel klinisch relevante gegevens konden we niet betrouwbaar verzamelen, omdat adequaat Nederlands instrumentarium daartoe ontbrak. Door een groot aantal buitenlandse instrumenten op geleide van onderzoek te bewerken en door instrumenten te ontwikkelen leverden we een bijdrage aan wat ik maar aanduid als *evidence based* diagnostiek.<sup>14</sup> Daarnaast stimuleerde ik medewerkers en anderen om onderzoek te verrichten. Dat leidde tot een aantal boeiende proefschriften op uiteenlopende gebieden. Arnold Goedhart was in bijna alle gevallen nauw betrokken bij het totstandkomen ervan. Met bijzondere sympathie denk ik terug aan de begeleiding van mijn eerste promovendus, de farmacoloog Fred Verberg, die twintig jaar geleden promoveerde op onderzoek naar wat toen MBD heette.<sup>15</sup>

### Onderzoek naar angststoornissen

Een jaar of twaalf geleden achtte ik de muren van Curium voldoende doordeesemd van empirie om het onderzoeksgebied te beperken. Het accent werd gelegd op onderzoek naar angststoornissen. Het gasthoogleraarschap van de op dit gebied

vooraanstaande Amerikaanse onderzoekster Wendy Silverman in 1997 werkte hierbij als katalysator. In vervolg hierop werd een aantal projecten op het gebied van angststoornissen uitgevoerd. In dat verband doet het me genoeg een door David Heyne geïnitieerd onderzoek op het gebied van schoolweigering aan te kondigen, dat dezer dagen zal starten - een samenwerkingsproject van de afdeling ontwikkelingspsychologie van de Universiteit Leiden en Curium. Zelf werd ik in het wetenschappelijk onderzoek vaak het meest geboeid door resultaten in de marge. Nóg betrap ik me er wel eens op dat ik mijmer over onze bevinding jaren geleden, dat de kans op echtscheiding relatief groot is in gezinnen met uitsluitend één of meer dochtertjes (Treffers, Goedhart & Koudijs, 1998).

### Onderwijs en opleiding

Academisering omvat meer dan onderzoek. Medewerkers van Curium leveren een aanzienlijke bijdrage aan het onderwijs aan studenten geneeskunde en gedragswetenschappen. Samen met de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het Erasmus Medisch Centrum ontwikkelden we een permanente Boerhaave leergang kinder- en jeugdpsychiatrie met het oog op bijscholing van kinder- en jeugdpsychiaters. Met betrekking tot de opleiding van kinder- en jeugdpsychiater heeft het me veel genoeg gedaan dat een aantal begaafde assistenten na het afronden van hun opleiding in Curium, toetrad tot de staf.

### Woorden van dank

Het einde van mijn betoog raakt in zicht. Drieëntwintig jaar is lang. Een medewerker, met wie ik van begin af aan in Curium samenwerkte, bracht het onlangs eigentijds onder woorden: “Ik heb met jou langer samengeleefd dan met mijn ouders en dan met mijn eerste vrouw.”

Twee commissies van het LUMC zeg ik vandaag vaarwel: de Commissie Complexe Behandelbeslissingen onder de inspirerende leiding van Hans Feuth en de Commissie Medische Ethiek. Kort geleden legde ik het voorzitterschap van deze laatste commissie neer. Ik dank de toenmalige leden voor hun inspanningen en voor de constructieve, veelal goed gemutste discussies. Dit geldt in het bijzonder voor het presidium: Gert Jan Lammers, Dick Engberts, Wietske Kool en Ymkje Reidsma. De besluitvorming in de commissie was in de jaren waarvan ik er deel van mocht uitmaken, uitsluitend gebaseerd op de kwaliteit van de onderzoeksprotocollen en de belangen van patiënten, vrijwilligers en LUMC. Ja, zelfs de grote reputatie die een enkele onderzoeker bij zichzelf genoot speelde bij de toetsing geen rol.

Vele mensen waren in de afgelopen jaren van grote betekenis voor Curium en voor mij. Ik kan er slechts enkele noemen. Prof. Schweizer, beste Dolf, je was jong toen je als voorzitter van de directie van het Academisch Ziekenhuis Leiden, mij - zoals jij het noemde - naar Leiden haalde. Je bent jong gebleven: ik ben op je in gelopen. Voor de vriendschap met jou en Ro en voor je wijze adviezen in onrustige dagen zal ik je altijd dankbaar blijven.

De Raad van Bestuur van het LUMC en het bestuur van Divisie 3 dank ik voor de consistent positieve grondhouding ten opzichte van de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het LUMC en Curium. Prof. Buruma, beste Onno, je was bereid met de Raad van Bestuur van het LUMC de bestuurlijke verantwoording voor Curium op je te nemen. Het gewicht daarvan voor Curium, alsook de betekenis van jouw persoonlijke betrokkenheid, kunnen niet gemakkelijk worden overschat. Ik hoop dat onze opvolgers nieuwe, voor de verdere academisering van de kinder- en jeugdpsychiatrie gewenste stappen zullen zetten. Van de talloze medewerkers van het LUMC die inspanningen

verrichtten die de kinderpsychiatrie ten goede kwamen kan ik er slechts één noemen: collega Robert Holl, hoofd van de afdeling kindergeneeskunde. Beste Robert, je realiseerde in een handomdraai waar ik in de voorafgaande achttien jaar tevergeefs voor had geijverd: intensieve samenwerking tussen onze afdelingen. Dankzij jou waren die inspanningen niet voor niets.<sup>16</sup>

De verweving van Curium in het LUMC kreeg onder andere gestalte in de benoeming van een secretaris van de Raad van Bestuur van het LUMC, Rik Boswerger, tot adjunct-directeur, en onlangs tot directeur bedrijfsvoering van Curium. Beste Rik, je hebt met veel élan de bedrijfsvoering van Curium in overeenstemming gebracht met de mogelijkheden van deze tijd. En volgens jou heb je altijd gedaan wat ik zei. Ik benijd mijn opvolger, die met jou en met het voortreffelijke management van Curium, onder auspiciën van het LUMC verder gestalte kan geven aan een centrum met een grote toekomst.

Ik zal mooie herinneringen bewaren aan de contacten met hoogleraren van de Faculteit Sociale Wetenschappen, in het bijzonder Michiel Westenberg en Ina van Berckelaer. En niet dan met omfloerst gelaat zal ik terugdenken aan de ontmoetingen met mijn Rotterdamse collega's Fop Verheij en Frank Verhulst.

## Apotheose

Tenslotte een woord aan wie mij het dierbaarst zijn.

Mijn vrienden, van vroeger en nu, dank ik voor hun kostbare vriendschap.

En tegen mijn kinderen, in volgorde van opkomst Milena, Hedda en Jakob, wil ik dit zeggen. Vaak heb ik in de loop van mijn leven gedacht aan de openingszin van Idee 810 van de grootste schrijver die Nederland heeft gekend, Multatuli: *“Maar ik wist by ervaring dat niets zoo weinig op 'n mens gelykt, als de wyze waarop hy zich voordoet.”* Het maakt me gelukkig dat jullie mensen zijn in de wijze waarop jullie je voordoen en

in de keuzes die jullie maken van jullie geliefden en jullie werk. Mij zullen jullie misschien herkennen in de openingszin van een vroeger idee van Multatuli, idee 213:”*t Is zonderling dat zoveel mensen zich verstouten kinderen te hebben.*”

Lieve Levi, onlangs maakte je korte metten met de door feministen geopperde veronderstelling dat God een vrouw is. Dat kán helemaal niet, stelde je vast, want God is een jongensnaam. Ja, van jou leer ik méér dan opa zijn.

De heftigste emotie heb ik, zoals het hoort, bewaard voor het slot van mijn betoog. Bij herhaling werd me in het afgelopen jaar gevraagd waarom ik op de jeugdige leeftijd van 60 jaar besloot de toga aan de wilgen te hangen. Telkens luidde mijn antwoord dat ik niet meer de energie en inspiratie had die nodig was om leiding te geven aan een centrum met grote ambities. Curium, zo stelde ik, heeft recht op een jonge, vitale hoogleraar/directeur. Zoveel nobelheid,- geloof U het? Natúúrlijk gelooft U het. Maar er is meer. Na 28 jaar leiding gegéven te hebben, waarvan 23 jaar in Leiden, heb ik er behoefte aan leiding te ontvángen. Daarom ga ik met mijn geliefde, Ietje, naar de finis terrae, het einde van de wereld. Alleen met jou, en met jou alleen, durf ik deze avontuurlijke stap te zetten.

## Afscheid

En op dit moment zelf van afscheid rest me slechts met instemming de daaraan gewijde woorden te stamelen van een groot schrijver, die onlangs ons is ontvallen, Gerard Reve:

*Vergeet mij maar. Doe mij maar weg  
uit Uw herinnering.*

*Tot eens, bij toeval nog, gij leest:*

*‘in alle stilte plaatsgevonden’,*

*en schudt het hoofd, en gaat Uws weegs.*

Mahalon, juli 2006

## Bibliografie

- Achenbach, T.M. (1974). *Developmental psychopathology*. New York, Ronald Press.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3<sup>rd</sup> ed. Washington, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4<sup>th</sup> ed. Washington, American Psychiatric Association.
- Angold, A., Costello, E.J. & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 40, 50-87.
- Boer, F. (1990). *Sibling relationships in middle childhood. An empirical study*. Academisch Proefschrift, Universiteit Leiden.
- Bouma, J. (2006). *Slikken. Hoe ziek is de farmaceutische industrie?* Amsterdam/Antwerpen: L.J. Veen.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. I*. New York: Basic Books.
- Caron, C. & Rutter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 32, 1063-1080.
- Crichton-Browne, J. (1860). Psychical diseases of early life. *Journal of Mental Science*, 6, 284-320.
- El-Zein, R.A., Abdel-Rahman, S.Z., Hay, M.J., Lopez, M.S., Bondy, M.L., Morris, D.L. & Legator, M.S. (2005). Cytogenic effects in children treated with methylphenidate. *Cancer Letters*, 230, 284-291.
- Ferdinand, R.F. & Verhulst, F.C. (1995). Psychopathology in Dutch young adults: enduring or changeable? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 60-64.
- Goedhart, A.W. (1996). *De dimensies van een nuttige diagnose. Over de combinatie van wetenschappelijke kennis en ethisch-esthetische ontwikkelingsidealen in de (kinder- en jeugd)psychiatrische diagnostiek*. Academisch Proefschrift, Universiteit Leiden.
- Goedhart, A.W., Treffers, Ph.D.A. & van Widenfelt, B.M. (2003). Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten. De Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 58, 1018-1035.

- de Goei, L., van 't Hof, S. & Hutschemaekers, G. (red.) (1995). *Curium 1955-1995. Bladzijden uit de geschiedenis van de Nederlandse kinder- en jeugdpsychiatrie*. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Heijmens Visser, J., van der Ende, J., Koot, H.M. & Verhulst, F.C. (1999). Continuity of psychopathology in youths referred to mental health services. *J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 38, 1560-1568.
- Hofstra, M.B., Van der Ende, J. & Verhulst, F.C. (2000). Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: a 14-year follow-up study. *J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 39, 850-858.
- Van IJzendoorn, M.H., Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.
- Kazdin, A.E. (1988). *Child psychotherapy. Developing and identifying effective treatments*. New York, Pergamon.
- van Krevelen, D. Arn. (1946). *Het eenige kind*. Academisch Proefschrift, Rijksuniversiteit Leiden.
- van Krevelen, D. Arn. (1957). *Mogelijkheden en onmogelijkheden van de kinderpsychiatrie*. Openbare les gegeven ter gelegenheid van de aanvaarding van het ambt van lector in de kinderpsychiatrie aan de Rijksuniversiteit Leiden, 18 maart 1957. Leiden: H.E. Stenfort Kroese N.V.
- van Krevelen, D. Arn. (1959). Autismus infantum. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 103, 2194-2198.
- van Krevelen, D. Arn. (1963). Iatrogene aandoeningen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 107, 529-533.
- Loevinger, J. (1976). *Ego development: conceptions and theories*. San Francisco: Jossey-Bass
- Loevinger, J. (red.) (1998). *Technical foundations for measuring ego development. The Washington University Sentence Completion Test*. Mahwah, New York: Erlbaum.
- Meijer, M. (1995). *Borderline adolescents*. Academisch Proefschrift, Universiteit Leiden.
- Rutter, M. & Sroufe, L.A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12, 265-296.
- Rutter, M. (2006). *Genes and behavior. Nature-nurture interplay explained*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Rutter, M., Moffitt, T.E. & Caspi, A. (2006). Gene-environment interplay and psychopathology: multiple varieties but real effects. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 47, 226-261.
- Rutter, M., Kim-Cohen, J. & Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 47, 276-295.
- Siebelink, B.M. & Treffers, Ph.D.A. (2001). *Nederlandse versie van het Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV - Child Version (ADIS-C)*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Silverman, W.K. & Treffers, Ph.D.A. (2004). Bridging research and practice: the Miami (United States) and Leiden (Netherlands) experience. In: Th.H. Ollendick & J.S. March (red.) (2004). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents. A Clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological intervention*, pp. 506-529. New York: Oxford University Press.
- Sroufe, L.A. & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.
- Treffers, Ph.D.A. (1984). *Opstaan, plaats vergaan? De positie van de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Treffers, Ph.D.A., Goedhart, A.W., Waltz, J.W. & Koudijs, E. (1990). The systematic collection of patient data in a centre for child and adolescent psychiatry. *Br. J. Psychiatry*, 157, 744-748.
- Treffers, Ph.D.A. (1995a). Een profet in eigen land: enkele thema's in het werk van Dr. D. Arn. Van Krevelen. In: L. de Goei, S. van 't Hof & G. Hutschemaekers (red.). *Curium 1955-1995. Bladzijden uit de geschiedenis van de Nederlandse kinder- en jeugdpsychiatrie*, pp. 71-97. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Treffers, Ph.D.A. (1995b). De bibliografie van Dr. D. Arn. Van Krevelen, 1942-1979. In: L. de Goei, S. van 't Hof & G. Hutschemaekers (red.). *Curium 1955-1995. Bladzijden uit de geschiedenis van de Nederlandse kinder- en jeugdpsychiatrie*, pp. 261-279. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Treffers, Ph.D.A. (1995c). Een staatssecretariaat voor kinderzaken. *Trouw*, 25 november 1995.
- Treffers, Ph.D.A., Goedhart, A.W. & Koudijs, E. (1998). *Gescheiden*

vaders. Bevindingen bij een kinder- en jeugdpsychiatrische populatie. *Kind en Adolescent*, 19, 200-209.

Treffers, Ph.D.A. & Silverman, W.K. (2001). Anxiety and its disorders in children and adolescents before the twentieth century. In: W.K. Silverman & Ph.D.A. Treffers (red.) *Anxiety disorders in children and adolescents: research, assessment and intervention*, pp. 1-22. Cambridge: Cambridge University Press.

Treffers, Ph.D.A. (2001). De geschiedenis van angststoornissen en depressie bij kinderen voor 1900. In: A.H. Schene e.a. (red.) *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2001-2002*, pp. 3-20. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Treffers, Ph.D.A., Goedhart, A.W., Veerman, J.W., van den Bergh, B.R.H., Ackaert, L. & de Rycke, L. (2002). *Competentiebelevingsschaal voor Adolescenten (CBSA)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Treffers, P.E. (1993). Fouten en onzekerheid in de medische praktijk: de visie van een obstetricus. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 137, 1033-1036.

Vandereycken, W. & van Deth, R. (in voorbereiding). *Te koop: Nieuwe ziekten, pillen & psychiaters. Over de invloed van de farmaceutische industrie op het psychiatrisch denken en handelen*. Leuven/Antwerpen: Garant.

Veerman, J.W., Straathof, M.A.E., Treffers, Ph.D.A., van den Bergh, B.R.H. & ten Brink, L.T. (1997). *Competentiebelevingsschaal voor Kinderen (CBSK)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Verberg, G.M. (1986). *The effects of psychopharmacological agents - especially stimulants - in hyperactive children, including some remarks on the MBD concept*. Academisch Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.

Weiss, B. & Garber, J. (2003). Developmental differences in the phenomenology of depression. *Development and Psychopathology*, 15, 403-430.

Weisz, J.R., Donenberg, G.R., Han, S.S. & Kauneckis, D. (1995). Child and adolescent psychotherapy outcomes in experiments versus clinics: Why the disparity? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 83-106.

Weisz, J.R., Donenberg, G.R., Han, S.S. & Weiss, B. (1995). Bridging the gap between lab and clinic in child and adolescents psychotherapy.

*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 688-701.

Weisz, J.R., Weiss, B., Han, S.S., Granger, D.A. & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, 450-468

Weisz, J.R., Huey, S.J. & Weersing, V.R. (1998). Psychotherapy outcome research with children and adolescents. In: Th.H. Ollendick & E.J. Prinz (red.) *Advances in Clinical Psychology*, pp. 49-91. New York: Plenum Press

Weisz, J.R., McCarty, C.A. & Valeri, S.M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 132-149.

Westenberg, P.M., Treffers, Ph.D.A. & Drewes, M.J. (1998). A new version of the WUSCT: the Sentence Completion Test for Children and Youths (SCT-Y). In: J. Loevinger (red.) *Technical foundations for measuring ego development. The Washington University Sentence Completion Test*, pp. 81-89. Nahwah, New York: Lawrence Erlbaum.

Westenberg, P.M., Siebelink, B.M., Warmenhoven, N.J.C. & Treffers, Ph.D.A. (1999). Separation Anxiety and Overanxious Disorders: Relations to age and level of psychosocial maturity. *J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 38, 1000-1007.

Westenberg, P.M., Drewes, M.J., Siebelink, B.M., Treffers, Ph.D.A., Jonckheer, J. & Goedhart, A.W. (2000). *Zinnen Aanvullijst Curium (ZALC). Een instrument voor het meten van ego-ontwikkeling*. Lisse: Swets Test Publishers.

van Widenfelt, B.M., Goedhart, A.W., Treffers, Ph.D.A. & Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 281-289.

van Widenfelt, B.M., Treffers, Ph.D.A., de Beurs, E., Siebelink, B.M. & Koudijs, E. (2005). Translation and cross-cultural adaptation of assessment instruments used in psychological research with children and families. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 135-147.

## Noten

- 1 Met toestemming van professor Mr. Dr. D.P. Engberts geef ik zijn notitie integraal weer:  
In de 15<sup>E</sup> en 16<sup>E</sup> eeuw probeerden de Habsburgers de Nederlanden tot een eenheid te vormen. In wereldlijke zin was dat proces grotendeels voltooid toen Karel V in de 16<sup>E</sup> eeuw de titel Hertog van Gelre wist te verwerven en daarmee landsheer was geworden van alle 17 (Noord- en Zuid-) Nederlandse gewesten. Haaks op dit streven stond de omstandigheid dat kerkelijk gezien de Nederlanden grotendeels onder 'buitenlands' gezag stonden. Vele bisdommen waren onderhorig aan het aartsbisdom Keulen. Het bisdom Luik was weliswaar 'autochtoon', maar onttrok zich aan de nieuwe eenheid doordat niet de landsheer daar wereldlijk gezag uitoefende maar de prins-bisschop. Verder had ook Doornik nog invloed alsmede Münster.  
Pas in 1559 werd door Rome een nieuwe indeling van de bisdommen gemaakt, die recht moest doen aan de gewijzigde geopolitieke verhoudingen in de Nederlanden. Utrecht werd een aartsbisdom en de daarvan afhankelijke bisdommen werden Haarlem, Middelburg, Deventer, Groningen en Leeuwarden. Daarnaast kwam er een aartsbisdom Mechelen, waaronder o.a. de bisdommen Den Bosch en Roermond ressorteerden. (Het derde nieuwe aartsbisdom werd Kamerik). Kort daarna begon de 80-jarige oorlog, zodat sommige bisdommen nauwelijks hebben gefunctioneerd. Er is bijv. slechts één bisschop van Middelburg geweest. Toen de stad in protestante handen kwam, is hij vertrokken en er is nooit een nieuwe benoemd. Vergelijkbaar ging het in Deventer, Leeuwarden en Groningen. De zuidelijke bisdommen Den Bosch en Roermond hielden het wat langer vol, maar uiteindelijk werden ook daar de bisschoppen verdreven. Soms werd ook na hun dood geen opvolger benoemd. Alleen Utrecht en Haarlem bleven nog lang functioneren dankzij de werkzaamheid van de kapittels, de raden van priesters, kanunniken, die aan de bisschopskerk (de kathedraal) waren verbonden en mede het bisdom bestuurden. (Verder was de stad Maastricht een uitzondering: de Staten-Generaal en de prins-bisschop van Luik deelden daar de jurisdictie).

Het centrale ambt van de r.k. kerk is het bisschopsambt (en niet het priesterambt). Die plaats dankt het aan de omstandigheid dat alleen een bisschop priesters kan wijden en dus de bediening van de sacramenten door de priesters indirect afhankelijk is van de aanwezigheid van een bisschop. Bovendien kan, naast de priesterwijding, ook het sacrament van het vormsel - dat alle gelovigen ooit moeten ontvangen - alleen door de bisschop worden uitgereikt. Verder kan uitsluitend een bisschop een kerk inwijden en is de bisschop de centrale persoon in de kerkelijke rechtbanken. Tijdens de Republiek, toen de openbare uitoefening van de r.k. godsdienst officieel niet was toegestaan, was het dan ook een voortdurende zorg voor de r.k. kerk hoe de bisschoppelijke functies konden worden uitgeoefend in het gebied van wat zij noemde de Hollandsche Zending. Wijbisschoppen en titulaire bisschoppen, een soort reizende interim-managers met een formele bisschopswijding zonder dat zij een bisdom bestuurden, reisden regelmatig incognito door de Republiek om (heimelijk) massaal het vormsel toe te dienen en kerken te wijden. Priesters werden opgeleid en gewijd in het buitenland, meestal in Leuven, soms ook in Keulen, Münster of Paderborn.  
Formeel werd de situatie anders in 1795. Vanaf dat moment zouden de bisdommen weer kunnen worden ingesteld, maar vanwege de wisselende staatkundige verhoudingen in Nederland - en ook vanwege allerlei bestuurlijke vetes binnen de r.k. kerk - kwam het niet tot afstemming met het wereldlijk gezag. Na de Franse tijd, toen Willem I koning werd over de gezamenlijke Nederlanden, werd gestreefd naar staatsinvloed in kerkelijke aangelegenheden, zowel waar het de protestantse kerken betrof als inzake de r.k. kerk (o.a. op het punt van de priesteropleiding). De Belgen onderhandelden achter de rug van Willem I om met het Vaticaan over een concordaat, maar dat kwam er in 1827 uiteindelijk niet, mede omdat Willem I zich er op het laatst stevig tegen verzette. Deze kwestie droeg er overigens ook zeer aan bij dat de Belgen zich tegen Willem I begonnen te keren.  
Na de afscheiding van de Belgen in 1830 stemde Willem I toe in een regeling voor alleen de noordelijke Nederlanden. Deze regeling hield voorlopig in dat de bisdommen nog niet zouden worden

hersteld - er was ook nog een grondwetsbepaling die dat lastig maakte -, maar dat de r.k. kerk een Nederlander tot bisschop zou wijden, die openlijk bisschoppelijke taken in Nederland zou kunnen vervullen. Dit werd C.L. baron de Wijckersloot, geboren te Haarlem, woonachtig te Oegstgeest en werkzaam als theologieprofessor aan het groot-seminarie te Warmond, waarvan hij een van de oprichters was. Hij werd gewijd te Münster op titel van het niet meer bestaande bisdom Curium op Cyprus met de toevoeging i.p.i. (in partibus infidelium, want hij zou werkzaam zijn in Nederland, een land dat nog steeds als missiegebied gold). De Wijckersloot heeft het herstel van de bisdommen in 1853 (nadat in 1848 de Grondwet was aangepast) niet meer meegemaakt. Enkele jaren eerder is hij overleden. Zijn Limburgse collega Paredis, die na hem ook tot bisschop i.p.i. werd gewijd op de titel van een niet meer bestaand bisdom, is in 1853 alsnog benoemd tot regulier bisschop van Roermond.

Over het bisdom Curium op Cyprus - waar De Wijckersloot nooit is geweest - is zeer weinig bekend. Het heeft mogelijk meer dan 10 eeuwen bestaan (in de 13<sup>e</sup> eeuw is het opgeheven), maar er zijn slechts twee bisschoppen van Curium van wie de naam bekend is: ene Zeno, die in 431 het concilie van Ephese zou hebben bezocht, en ene Michael die in 1051 wordt genoemd. Verder niets. Het lijkt zeker dat het bisdom Kourion heette, waarvan de naam in het Latijn Curium werd. Na de kerkelijke herindeling op Cyprus in de 13<sup>e</sup> eeuw is er niets meer van gehoord. (NB: het bisdom Kyrenia dat in de 13<sup>e</sup> eeuw werd gesticht, heeft niets te maken met Kourion. Kourion lag in het zuid-westen van Cyprus, Kyrenia in het noorden). Nadat op het einde van de 16<sup>e</sup> eeuw de Venetianen van Cyprus waren verdreven door de Turken, was het snel gedaan met de r.k. kerk aldaar. De Grieks-orthodoxen, die toch al lang in conflict waren met de kerk van Rome, hebben toen met hulp van de Turken de Latijnse kerk voorgoed van het eiland verdreven. De r.k. kerken werden omgebouwd tot moskeeën. Al met al is het bisdom Curium een obscure verschijning in de kerkgeschiedenis. Veel meer dan dat het kennelijk ooit heeft bestaan, althans administratief, is er niet van te zeggen. Cyprus geldt als de oudste vestigingsplaats van het christendom buiten

Palestina. Zoals bekend, wordt in de Handelingen der Apostelen verhaald hoe Paulus Cyprus heeft bezocht. Zijn metgezel Barnabas zou een Cyprioot zijn geweest en de eerste bisschop van het eiland. Het scheelt dus maar heel weinig of we hadden tot de bijbelse grondslagen van Curium kunnen concluderen, maar die gevolgtrekking is net niet haalbaar. Het zou mooi zijn geweest als we via de brave 19<sup>e</sup>-eeuwse theologieprofessor uit Warmond Curium tot een vrucht van Paulus' zendingsreizen hadden kunnen bestempelen, maar dat zat er net niet in.

- 2 In de woorden van Van Krevelen zelf: "Een van de meest krasse voorbeelden van iatrogene aandoeningen wordt door een moderne stroming in de kinderpsychiatrie geleverd. Hun ontstaanswijze houdt verband met de hypothese, die vele aanhangers telt, nl. dat het uitblijven van de bevrediging van affectieve behoeften in de vroege kinderjaren verantwoordelijk is voor de totstandkoming van weliswaar zeer uiteenlopende, maar zonder uitzondering ernstige, psychische stoornissen van het kind. De voortzetting van de hypothese luidt dat het uitblijven van de bevrediging te wijten is aan de moeder, hetzij vanwege haar tekort aan moederlijke kwaliteiten of door haar aandeel in een tijdelijke scheiding tussen haar en haar kind in een periode van zijn leven, waarin het de afwezigheid van zijn moeder nog niet verdragen kon. Volgens deze opvatting wordt de moeder dus aan de ziekte van haar kind schuldig bevonden. Haar iatrogene depressie, neurose, crisis nemen een aanvang wanneer haar de vermeende etiologie wordt gesuggereerd, zij het rechtstreeks of door vermelding van de diagnose. Zoals ik reeds zeide, zijn de stoornissen waarvan deze genese wordt aangenomen, van ernstige aard. Een van de ziekten die in dit verband telkens weer genoemd worden, is het vroege autisme, het "early infantile autisme." (Van Krevelen, 1963, p. 531).
- 3 Met het oog op de geschiedschrijving van Curium (de Goei, van 't Hof & Hutschemaekers, 1955) verdiepte ik me in het leven en werk van Van Krevelen (Treffers, 1995a; 1995b), die ik helaas nooit heb ontmoet.
- 4 Ook psychiaters die uitsluitend op hun oren en ogen vertrouwen zijn bij mij aan het verkeerde adres. Zij kennen een diagnostische classificatie toe, maar verzuimen een diagnose te stellen.

- 5 De term ontwikkelingspsychopathologie is geïntroduceerd door Achenbach (1974).
- 6 De diagnostische mogelijkheden van de bomentekeningen zijn schier onafzienbaar. Zo las ik dezer dagen in een mij toegezonden dossier van een tienjarig meisje in het verslag van een recent verricht psychodiagnostisch onderzoek: “De boom, met uitlopers aan de stam en de kruin, kan verwijzen naar dieperliggende neurologische problematiek”.
- 7 Een voorbeeld hiervan is het zogeheten “limbisch systeem”.
- 8 Een voorbeeld hiervan is de serotoninehypothese over het ontstaan van depressie.
- 9 Ook voor de meeste psychofarmaca die frequent worden voorgeschreven in de kinderpsychiatrie geldt dat er weinig bekend is over de gezondheidsrisico’s op langere termijn. Zo verscheen onlangs een publicatie waarin melding werd gemaakt van de cytogenetische effecten van methylfenidaat (ritalin) (El Zein, Abdel-Rahman, Hay, Lopez, Bondy, Morris & Legator, 2005). Er wordt bij het artikel geen melding gemaakt van eventuele banden van de auteurs met de farmaceutische firma’s. Als het in het genoemde artikel gaat om een serieuze bevinding, verdient deze veel aandacht. Men moet er evenwel rekening mee houden dat het verschijnen van een verontrustend artikel over een geneesmiddel, dat al decennia lang gebruikt wordt, er verband mee houdt dat een farmaceutische firma in deze periode een nieuw geneesmiddel voor de behandeling van ADHD in de pen van huisartsen en kinder- en jeugdpsychiaters probeert te brengen.
- 10 Helaas kan de meerderheid van de publicaties in wat beschouwd wordt als het belangrijkste wetenschappelijke tijdschrift op het gebied van de psychofarmaca bij kinderen en jongeren, het Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, de toets der kritiek niet doorstaan.
- 11 Onderzoek naar de biologische verankering van psychiatrische stoornissen en naar de behandeling daarvan met psychofarmaca is belangrijk. Er bestaat evenwel reden tot zorg over de bedreiging die de farmaceutische industrie in veel opzichten vormt voor de gezondheidszorg. Dit standpunt is niet overdreven of ongenueanceerd. Er is een groeiend aantal artikelen in integere wetenschappelijke tijdschriften aan gewijd. Men vindt er een voortreffelijke toelichting op in een recent verschenen boek van Joop Bouma (2006) en in een binnenkort te verschijnen, geheel aan psychofarmaca gewijd, boek van Walter Vandereycken en Ron van Deth (in voorbereiding). Gevreesd moet worden dat de Universiteit Leiden, met het Top Instituut Farma, waarin het Ministerie van VWS en de farmaceutische industrie gaan samenwerken, een paard van Troje binnen haar muren laat. Aan dit instituut draagt de overheid 220.000.000 bij. De welhaast symbolische bijdrage van de farmaceutische industrie bedraagt 90.000.000, waarvan zij een deel kan terugkrijgen als innovatiesubsidie. Met recht heeft het Centraal Planbureau kritische kanttekeningen bij deze begroting geplaatst (Trouw, 22 augustus 2005). Moet Leiden opnieuw ontzet worden?
- 12 Dit onderzoeksproject, Beren van de Weg, wordt uitgevoerd onder leiding van Robert Ferdinand, Lisbeth Utens, Willemijn van Gestel en mij. Juliette Liber en Adelinde van der Leede verzamelden de hier relevante gegevens.
- 13 Aan deze bijeenkomst op 26 november 1995 namen o.a. de toenmalige CDA fractieleider Enneus Heerma, de Amsterdamse hoogleraar psychotherapie Dries van Dantzig, en de hoogleraar ethiek in Kampen, Gerrit Maneschijn, deel. Helaas was mijn constructieve voorstel aanleiding tot een vinnige woordenwisseling met professor Maneschijn. Hij gaf de voorkeur aan een staatssecretariaat voor gezinszaken en verweet me dat ik een valse tegenstelling creëerde door vast te houden aan kinderkzaken.
- 14 Al eerder maakte ik melding van de Zinnen Aanvullijst Curium (ZALC; Westenberg e.a., 2002). Van de overige instrumenten noem ik hier de Nederlandse bewerking van de Perceived Competence Scale for Children (PCSC) van Susan Harter (Veerman, Straathof, Treffers, Van den Bergh & ten Brink, 1996), de Nederlandse bewerking van het Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV - Child Version (ADIS-C) van Wendy Silverman en Anne Marie Albano (Siebelink & Treffers, 2001), het Self-Perception Profile for Adolescents (SPPA) van Susan Harter (Treffers, Goedhart, Veerman, Van den Bergh, Ackaert & de Rycke, 2002), en de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) van Robert

Goodman (van Widenfelt, Goedhart, Treffers & Goodman, 2003; Goedhart, Treffers & van Widenfelt, 2003). Op geleide van onze ervaringen ontwikkelden we richtlijnen voor het bewerken van instrumenten uit een andere cultuur (van Widenfelt, Treffers, de Beurs, Siebelink & Koudijs, 2005).

- 15 Ook op andere promoties kijk ik met veel plezier terug. Met enkele ervan was ik bijzonder verbonden. Het onderzoek van Frits Boer (1990) naar de relaties tussen broers en zusters kan beschouwd worden als een vervolg op Van Krevelens proefschrift over Het Eenige kind (Van Krevelen, 1946). Martijn Meijer (1995) verrichtte een origineel prospectief follow-up onderzoek bij borderline adolescenten. Arnold Goedhart (1996) illustreerde een even doorwrocht als lucide betoog over psychiatrische diagnostiek met resultaten van de bewerking van in Curium systematisch verzamelde gegevens.
- 16 Met veel plezier denk ik terug aan de besprekingen met Robert Holl, Jan Feenstra en Karin de Witte, het management team van de Psychosociale Sectie.

In deze reeks verschijnen teksten van oraties en afscheidscolleges.

Meer informatie over Leidse hoogleraren:  
[Leidsewetenschappers.Leidenuniv.nl](http://Leidsewetenschappers.Leidenuniv.nl)





## PROF.DR. PH.D.A. TREFFERS



- 1978 benoeming chef de clinique kinderpsychiatrie Wilhelmina Gasthuis (later AMC) te Amsterdam
- 1981 promotie UvA op De voorspelbare glimlach als ontwikkelingsfenomeen
- 1982 benoeming tot hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie en medisch directeur Academisch Centrum kinder- en Jeugdpsychiatrie (Curium)
- 2000 benoeming tot hoofd afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie LUMC
- 2000 lid commissie medische ethiek LUMC en lid commissie complexe behandelbeslissingen LUMC

Ernstige psychiatrische storingen kunnen al optreden in de kindertijd of adolescentie en persisteren vaak in de volwassenheid. Het de moeilijke, maar dankbare taak van de kinder- en jeugdpsychiater zorgvuldige diagnostiek te verrichten en zo mogelijk evidence based behandeling van deze stoornissen te bieden. In het bijzonder in academische centra is het mogelijk wetenschappelijk onderzoek te doen naar de factoren die ten grondslag liggen aan het ontstaan en voortduren van psychiatrische stoornissen. Het was een voorrecht zoveel jaren in Curium werkzaam te zijn. Curium, in 1955 opgericht door de pionier dr. D. Arn. Van Krevelen, lector kinderpsychiatrie te Leiden, is een der oudste kinder- en jeugdpsychiatrische centra in Nederland. Met veel plezier heb ik er gewerkt aan mijn opdracht om, in nauwe samenwerking met het LUMC, een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van de academische kinder- en jeugdpsychiatrie in Leiden.



Universiteit Leiden