

dan in het slotwoord het geheel trachten samen te vatten.

In de hal zal een tentoonstelling zijn ingericht van diverse praktische voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten. Verder zijn „disposables” (het instrumentarium voor eenmalig gebruik) geëxposeerd. Voedingsvoorlichting en een beeld van een gedeelte van de activiteit van het N.H.I. completeren deze expositie.

De dames kunnen 's morgens genieten van uiterst fraaie foto's van melkweg, mars en maan. Bovendien zal op levendige wijze en in begrijpelijke taal worden verteld over de resultaten die met de Mariners en de Rangers zijn behaald. Hierbij komen vragen

aan de orde over het voorkomen en de bereikbaarheid van bewoonbare planeten. 's Middags zal met klank, woord en beeld worden getracht de dikwijls niet te begrijpen en soms nauwelijks aan te horen moderne muziek toch „hoorbaar” te maken. Ja, misschien valt dat wel erg mee! Tenslotte wordt de werkelijkheid niet vergeten: de middag eindigt met een voordracht over „Vormen van nu”, waarin schilderkunst, industriële vormgeving en moderne architectuur als een geheel en met elkaar in verband worden behandeld.

Wij hopen dat zeer velen naar Utrecht zullen komen om na een inspirerende uitwisseling van denkbeelden en gedachten verruimd in het dagelijks werk terug te keren.
R. L. Cornelissen

*De taak van de huisarts bij de herkenning van het bedreigde kind**

DOOR PROF. DR. TH. HART DE RUYTER

Inleiding. Er is een tijd geweest dat het vanzelf sprak dat de arts, in casu de huisarts, de adviseur was van de ouders betreffende de opvoeding van hun kinderen. Lichamelijke en psychische zorg waren nog zo verweven en de autoriteit van de arts was nog zo onomstreden, dat zijn adviezen als regel werden opgevolgd. En, ook al zouden wij op dit ogenblik misschien geneigd zijn over deze raadgevingen wat medelijdend de schouders op te halen, dikwijls met succes. Nog in het begin van deze eeuw schreef de kinderarts Czerny zijn beroemde monografie: *Der Arzt als Erzieher des Kindes*. Maar daarna is veel veranderd. Psychologie en pedagogiek ontwikkelden zich en geleidelijk gaan haar beoefenaars zich in de praktijk begeven. Dat hierin een gevaar schuilt wordt langzamerhand duidelijk. Uiteraard is er niets tegen dat niet-medici zich bezinnen over de achtergronden van de opvoeding en dat zij ouders voorlichten over de normale ontwikkeling van normale kinderen, maar gevaarlijk wordt het wanneer zij zich bezig gaan houden met bedreigde, of zelfs gestoorde kinderen, zonder dat deze door een medicus worden gezien. De gevallen blijven natuurlijk niet uit. Er zijn gevallen waarbij regelrecht gesproken kan worden van ernstige fouten: een jongen met snoepzucht, die pedagogisch werd behandeld, terwijl hij aan diabetes leed; erger nog: een meisje met een leukencefalitis, dat voor haar leermoeilijkheden werd geplaagd met bijlessen, concentratie-oefeningen, enzovoort. Maar als wij eerlijk zijn, moeten wij, artsen, erkennen, dat wij het mogelijk hebben gemaakt dat deze toestand ontstond. De medicus heeft dit terrein verwaarloosd

en is het dan een wonder dat het „onkruid” welig tiert?

Er is gelukkig een kentering merkbaar en dit symposion is daarvan een verblijdend teken. Ook elders wordt hard gewerkt om de achterstand in te halen en het verloren terrein te heroveren. Want het bedreigde en zeker het gestoorde kind behoren tot het terrein van de medicus.

Dit betekent echter niet dat wij de klok terug moeten zetten; op het gebied van de psychische gezondheidszorg is samenwerking met andere disciplines een *conditio sine qua non* geworden. De arts moet leren meedenken met psychologen, maatschappelijke werkers en pedagogen. Hij moet op de hoogte zijn van de ontwikkeling en de vlucht welke deze vakgebieden de laatste decennia hebben genomen, en zal dan vruchtbaar kunnen samenwerken. De universiteit heeft hier een belangrijke taak bij de opleiding van de medische student. Ik heb ondervonden hoezeer onze opleiding in dit opzicht faalt. Toen ik als pas afgestudeerd arts praktijken waarnam, ontdekte ik, dat ik niets afwist van de normale psychische ontwikkeling van het kind. Daardoor kon ik het bedreigde en zelfs het reeds gestoorde kind maar nauwelijks onderkennen. Inmiddels is de kinderpsychiatrie uitgegroeid tot een eigen vak met eigen diagnostiek, eigen onderzoeken en behandelingsmethoden en een groot veld van preventieve mogelijkheden. Aan deze preventie werd in 1962 het vijfde Internationale Kinderpsychiatrisch Congres gewijd. De daar gehouden referaten zijn door *Van Krevelen* gebundeld.

Laten wij beginnen met enkele beschouwingen over de preventie in de kinderpsychiatrie. Daarna moet in het kort iets worden gezegd over de normale ontwikkeling en de gemakkelijk herkenbare deviaties in deze ontwikkeling, waarna in verband met het onderwerp huisarts en kinderbescherming,

* Voordracht, gehouden op het door de commissie tot voorbereiding van artsencursussen te Apeldoorn in samenwerking met het centrum Apeldoorn van het N.H.G. georganiseerde symposion Huisarts en Kinderbescherming. Apeldoorn, 19 september 1964.

aan één groep van bedreigde kinderen speciale aandacht zal worden gewijd. Dit is de groep der emotioneel gehandicapten, die wij vroeger psychopaatjes noemden: kinderen die opvallen door een gestoord en zeer dikwijls ook storend gedrag.

Preventie in de kinderpsychiatrie. In het algemeen onderscheidt men in de kinderpsychiatrie drie vormen van preventie: de primaire, secundaire en tertiaire vorm. Onder tertiaire preventie verstaat men de hulp aan en de behandeling van een gehandicapt of gestoord kind met de bedoeling daardoor te voorkomen dat hij als volwassene gehandicapt of gestoord functioneert dan nodig zou zijn. Secundaire preventie is het eigenlijke thema van dit artikel: de herkenning en behandeling van het bedreigde kind; primaire preventie is vergelijkbaar met het preventiebeprijp in de somatische geneeskunde: het voorkómen van een stoornis. Op dit gebied wordt er door medici al zeer veel gedaan. Een typisch voorbeeld is de prenatale zorg, die zich dan echter niet mag beperken tot lichamelijke controle, maar die tevens de aanstaande moeder moet voorbereiden op het geboorteprocess.

In het algemeen is de perinatale periode een belangrijk gebied voor de primaire preventie van kinderpsychiatrische stoornissen: het geboortetrauma, de asfyxie, de kleine bloedingen hebben wij leren kennen als uitermate gevaarlijk voor het jonge kind. Ook lichte, zogenaamde functionele stoornissen, die het gevolg van een moeilijke bevalling kunnen zijn, kunnen het levenslot van het kind bepalen. Wij weten immers dat het kind met een lichte hersenbeschadiging uiterst vatbaar is voor ongunstige milieufactoren; zijn ontwikkeling verloopt als regel iets vertraagd, zij het dikwijls zo weinig dat het alleen maar door de moeder wordt ontdekt. Deze ontdekking vormt voor haar vaak een bron van angst en onzekerheid (*Hart de Ruyter 1961*), waaraan de arts soms wel eens wat te weinig aandacht schenkt.

* * *

Er kan echter nog op een ander gebied door verstandig en deskundig adviseren primair preventief worden gewerkt, namelijk daar waar het de interventie in een „crisoïde” toestand betreft. Crisoïde toestanden komen in de ontwikkeling van elk kind veelvuldig voor, niet ieder kind is echter even bedreigd, anders gezegd: eenzelfde milieusituatie wordt door het ene kind veel gemakkelijker verdragen dan door het andere. Wij moeten dus de psychische vulnerabiliteit kennen van de kinderen over wie ons advies wordt gevraagd. Bijzonder kwetsbaar zijn — dit werd reeds vermeld — kinderen met organische hersenbeschadiging, daarnaast ook de zogenaamde nerveuze kinderen met grote prikkelgevoeligheid en snelle neiging tot angstig reageren.

Het aantal normale crisoïde toestanden is zeer groot. Elke crisoïde toestand is weer een potentiële

bedreiging, maar, zoals gezegd, niet voor elk kind in dezelfde mate. De overgang van borst- naar flesvoeding bijvoorbeeld verdraagt het ene kind beter dan het andere.

Een ander voorbeeld vormt de periode rond de achtste levensmaand, waarin het kind vreemd van eigen kan onderscheiden en dikwijls met grote angst (de „eight-month-anxiety”) reageert op het weggaan van de moeder, op milieu-wisselingen en dergelijke. Voor sommige kinderen kan dit het begin zijn van een separatie-angst die jaren blijft bestaan en die zelfs de basis kan vormen van een angstneurose. Heeft men te maken met een kind met een sterke neiging tot angstig reageren, dan kan men bijvoorbeeld adviseren in deze periode (tweede levenshalfjaar) geen reizen met het kind te maken, men moet de moeder raden het kind niet te lang alleen te laten en niet te veel vreemden bij het kind toe te laten. Is het eenmaal over deze crisoïde periode heen, dan behoeft men niet zo voorzichtig meer te zijn.

Behalve kwetsbare perioden in de normale ontwikkeling kunnen er in elk kinderleven dingen gebeuren die een potentiële bedreiging voor zijn ontwikkeling kunnen inhouden. Ik denk hierbij aan het jonge kind, twee tot vier jaar oud, dat naar een ziekenhuis moet voor een operatieve ingreep en daar op niet is voorbereid. Veel hangt af van de wijze waarop de ingreep gebeurt (tonsillectomie) maar bepaalde ingrepen zijn bijzonder bedreigend zoals operaties aan de genitalia: een phimosis-operatie bij een jongetje van een jaar of zes is kinderpsychiatrisch bezien een zeer hachelijke onderneming.

Het is dus nuttig voor de huisarts om te weten welke kinderen extra gevoelig en kwetsbaar zijn, zodat men als het ware moet werken met een geestelijk-hygiënische paraplu; vervolgens welke perioden in de ontwikkeling een potentiële crisis voor het kind kunnen inhouden en tenslotte welke exogene omstandigheden en gebeurtenissen in een bepaalde periode extra gevaren met zich medebrengen. Houdt men met deze factoren en hun interactie rekening, dan kan men als huisarts veel nuttig werk doen. Misschien past hier nog een opmerking. Het kind, met name het jonge kind, kan men het beste over zijn angst heen helpen door de moeder te helpen. Dit is ook bij een ziekenhuisopname het belangrijkste. Als wij de moeder hebben gerustgesteld, goed hebben voorgelicht en geïnstrueerd, dan zal zij in de regel in staat zijn haar eigen rust en vertrouwen op het kind over te brengen (zie ook *Sanders-Woudstra*).

Er wordt wel eens gezegd dat het kind in deze moderne tijd te veel in de watten wordt gelegd, alles wordt voor hem geëffend, frustraties worden vermeden en op deze wijze zou men zwakkelingen kweken. Naar mijn mening zit in deze redenering zeker een grond van waarheid. Een crisoïde toestand behoeft niet tot een crisis te voeren, maar kan de krachten van het kind ook mobiliseren, waardoor het kan groeien en sterker dus weerbaarder

en gezonder kan worden. Het gaat hier echter om de verhouding tussen de factoren „stress” en „draagkracht”. Pas als wij de draagkracht van een kind kennen, kunnen we iets zeggen over de stress welke het kind kan verdragen. Meestal valt het gelukkig wel mee. Maar als men anderzijds bedenkt hoeveel volwassenen met angsten en andere neurotische moeilijkheden rondlopen, dan moet men toch wel concluderen dat een iets meer gerichte preventie op geestelijk-hygiënisch gebied, geen overdadige luxe zou zijn.

Vroege herkenning van ontwikkelingsstoornissen.

De zuigeling. Hoezeer wij ook de consultatiebureaus voor zuigelingen mogen beschouwen als een aanwinst op het gebied van de lichamelijke hygiëne, in de huidige vorm betekenen zij dikwijls voor de geestelijke gezondheidszorg een verarming. De huisarts ziet de baby's niet meer, tenzij zij ernstig ziek zijn. Toch moet hij, wil hij in staat zijn een wakend oog te houden op de gevaren die de ontwikkeling bedreigen, het kind reeds als baby kennen. Hij kan als hij oog heeft voor de constitutie van het kind, bij de baby al veel voorspellen over de latere opgroei. Het artsenechtpaar *Van Andel/Van Andel-Ripke* heeft ons veel geleerd over het type kind en de consequenties van het type voor de opvoeding. Zij hebben een beschrijving gegeven, onder meer gebaseerd op Sigaud's typologie, van het motorisch actieve kind, het cerebrale type en het digestieve type, in de volksmond bekend als Keesje Kwikzilver, Betje Bijdehand en Joris Goedbloed; zij beschreven de normale ontwikkelingskenmerken en de gevarenczones bij de opvoeding van dergelijke kinderen. Het kindertype is het duidelijkst waarneembaar bij het jonge kind, wanneer omgevingsinvloeden nog nauwelijks hebben kunnen inwerken. Toch zijn deze exogene invloeden ook en misschien wel juist bij het jonge kind van groot belang. De vroege moeder-kind-relatie legt immers de basis voor alle latere relatie-mogelijkheden van de mens. Deze vroege moeder-kind-relatie beslist ook over de vraag of het kind de fundamentele gevoelens zal verwerven, die nodig zijn voor zijn latere emotionele ontwikkeling, de „basic emotional security” en „basic trust”: gevoelens van geborgenheid, veiligheid en vertrouwen.

Een kind dat deze gevoelens niet of onvoldoende verwerft zal zijn gehele leven moeilijkheden geven en de aansluiting aan de gemeenschap missen. Men kan een onderscheid maken tussen stoornissen die hun oorzaak vinden in manco's van het kind zelf — bijvoorbeeld een constitutionele sterke introversie — en stoornissen vanuit de omgeving; meestal betreft het combinaties van deze endogene en exogene factoren. De exogene kan men verdelen in psychodeficiënties in de moederlijke zorg, en psychotoxische invloeden, een gestoordheid van de moeder. Verder is het de ervaring van iedere arts dat basic emotional security moeilijker tot stand komt als het kind veel ziek is; met name voedings-

stoornissen staan letterlijk en figuurlijk in een kwade reuk. Deficiënties in de moederlijke zorg zijn bij het jonge kind in ons land althans gelukkig zeldzaam geworden. Maar zij komen nog voor, met name in ziekenhuizen en tehuizen voor kinderen van ongehuwde moeders, speciaal in de „clandestiene”. Echter, dergelijke tehuizen zijn dankzij de pleegkinderenwet meer en meer tot verdwijnen gedoemd.

* * *

Belangrijker in aantal zijn de psychotoxische invloeden, met name de ambivalentie, welke men bij neurotische — hysterische — moeders dikwijls vindt, en in mindere mate: inconstantie in de aanpak, overbezorgdheid, verwenning. Verwenning en tegelijkertijd verwaarlozing van de kinderen treft men bij werkende moeders nogal eens aan. Zo ontstaan de affectieve relatiestoornissen (Hart de Ruyter 1959): de insufficiëntie in de relatie, de autistische, de ambivalente en de narcistische relatiestoornis. Deze laatstgenoemde vorm ontstaat wanneer een kind bij herhaling van verzorgers wisselt of in de steek wordt gelaten. Het kind trekt dan de libido op zichzelf terug en zal het contact met de buitenwereld slechts gebruiken om zijn zin door te zetten, materiële verwenning te verwerven enzovoort. De nadruk welke deze stoornissen in de affectieve relatie in dit bestek hebben gekregen, heeft een speciale reden: zij zijn namelijk van uitermate groot belang voor de justitiële kinderbeschermingspupillen, van wie velen lijden aan een lichte of ernstige vorm van een op de bodem van een relatiestoornis opgebouwde „ontwikkelingspsychopathie”. Bij de „Hochstapler” en oplichters bijvoorbeeld vindt men de narcistische relatiestoornis. Maar ook voor de geestelijke volksgezondheid en de psychische preventie zijn deze stoornissen van belang: uit de ambivalente relatiestoornis ontwikkelt zich vaak een karakterhysterie.

* * *

Keren wij terug naar het jonge kind en de taak van de huisarts. Hij wordt geroepen als er iets mis gaat. Bij jonge kinderen zijn dat dan heel vaak moeilijkheden met de voeding. In de voedingssituatie valt veel te observeren, bijvoorbeeld de constitutie van het kind: is het een driftige of een trage drinker; de organische componenten: organisch-cerebraal gestoorde kinderen zijn dikwijls zeer luie en onhandige drinkers, en zij zijn vaak ook zeer schrikachtig; verder de moeder-kind-relatie. Het is onjuist onder alle omstandigheden de borstvoeding te willen doorzetten, weliswaar wordt de moeder-kind-relatie als regel door de borstvoeding bevorderd, maar alleen wanneer het voor beide partijen een genoegen is; geharrewar met te weinig voeding, tepelkloven enzovoort, verstoort veeleer de relatie, dan dat deze wordt bevorderd. Men versta mij echter goed: als het goed gaat, is de borstvoedingssituatie ideaal voor de relatie, zodat wij nooit

lichtzinnig op flesvoeding mogen overgaan. Maar als wij flesvoeding adviseren, kunnen wij de moeder instrueren, hoe zij ook in deze situatie het ontstaan van de basic emotional security bij de baby kan bevorderen. Er zullen dan evenwel moeders blijken te zijn, die dit ondanks alle bewuste goede bedoelingen toch niet kunnen opbrengen. Deze moeders hebben hulp nodig, psychotherapie, of casework contacten.

De eerste glimlach is een minder belangrijk diagnostisch criterium dan algemeen wordt aangenomen. Het glimlachen omstreeks de zesde week is een reflex die, afgezien van de zwaar lichamelijk zieke en ernstig oligofrene kinderen, eigenlijk bij iedere zuigeling wordt waargenomen. Veel belangrijker is wat er later gebeurt. Verdwijnt het lachen geheel, zoals bij de ernstig vroeg-verwaarloosde kinderen met een anaclytische depressie of treedt het alleen op als de moeder door kietelen het kind prikkelt? Het emotioneel- en lichamelijk-gezonde kind lacht terug: de reflex is opgenomen in het basispatroon van het menselijk contact. Het uitblijven van deze ontwikkeling bij een baby van een maand of zes is altijd een ernstig teken, maar het kan verschillende redenen hebben: het kan wijzen op het bestaan van een vroeg-kinderlijk autisme, constitutioneel of organisch; het kan een uiting zijn van vitaal onbehagen bij kinderen die ernstig ziek zijn, maar het kan ook het gevolg zijn van affectieve verwaarlozing. Naast het lachen is ook het schreien van het kind van betekenis, maar het niet-schreien is vaak een ernstiger symptoom.

De motorische ontwikkeling is ook al in het eerste levensjaar een belangrijk criterium voor ziekte of gezondheid. Toch moeten wij bij een vertraagde ontwikkeling voorzichtig zijn met de beoordeling: hier is de normale variatie-breedte bijzonder groot. Natuurlijk is het altijd nodig dat het kind neurologisch wordt bekeken als er een duidelijke vertraging aanwezig is, de anamnese een geboortetrauma vermeldt, of de ouders zich ongerust maken. Zijn er tonusverschillen tussen links en rechts of andere lateralisatieverschijnselen, zijn er spastische verschijnselen of is er hypotonie? Bij jonge kinderen komt het laatste verschijnsel frequenter voor, deze hypotonie gaat dan later dikwijls in een hypertonie over. Dikwijls is de motoriek ook een indicator voor het bestaan van emotionele stoornissen; initiatiefloosheid zowel als grote bewegingsonrust moeten wij aantekenen en controleren. Belangrijk zijn ook het ogen-contact en het visuele volgen, de spontane geluidjes en de auto-imitatie, het experimenteren met zichzelf en met zijn directe omgeving.

Peuter en kleuter. De zuigeling groeit op tot peuter en kleuter. Eventuele stoornissen worden duidelijker, maar worden nog al te dikwijls niet herkend of met de mantel der liefde bedekt. Er zijn ouders die met elk lichamelijk wisselwase bij de huisarts komen; dikwijls is dit een bewijs van hun ongerustheid over de psychische ontwikkeling van hun kind.

Zij hopen dat de arts daarover zal spreken omdat zij het zelf niet durven of kunnen.

Vooraf op twee gebieden kunnen zich deze psychische stoornissen uiten: het gebied van de zindelijkheidsstraining en van de spraak. Moeders moeten bij de zindelijkheidsstraining dikwijls worden geadviseerd; sommigen zijn te rigoureuze en te bezorgd, anderen te nonchalant en neigend tot pedagogische verwaarlozing. Als een kind niet op tijd zindelijk wordt dient men dit niet en bagatelle te nemen, maar zonder er een drama van te maken, te proberen de oorzaak hiervan op te sporen. Deze kan bij de moeder liggen en op een teveel, zowel als op een tekort aan training berusten (respectievelijk „high-pressure” en „low-pressure mothers”). Soms is het ook het eerste teken van een affectieve verwaarlozing en dan is het een belangrijk signaal voor de stoornis in de emotionele ontwikkeling. Is een kind zindelijk geweest, maar valt het daarna terug, dan is er altijd iets aan de hand, hetzij lichamelijk, hetzij — zoals meestal — psychisch. Het kan ook zijn dat de normale koppigheidsverschijnselen van de peuter zich in abnormale sterkte demonstreren of zich koppelen aan de zindelijkheidsstraining; maar ook het volledig ontbreken van de koppigheidsfase is een teken aan de wand.

Bij de peuter ontwikkelt zich de spraak. Het uitblijven van de normale spraak kan vele oorzaken hebben: doofheid, slechthorendheid, gestoorde intelligentie, autisme, gestoorde emotionele ontwikkeling. Soms is de differentiaal-diagnostiek gemakkelijk, maar soms is de oorzaak slechts via multidisciplinair specialistisch onderzoek vast te stellen. Stoornissen als stamelen, krom praten, slecht articuleren zijn bij de peuter meestal niet pathologisch, bij de kleuter daarentegen wel.

Bij de peuter is dikwijls al te zien of zijn driftontwikkeling normaal verloopt. Bij het zeer jonge kind zijn de libidineuze en de agressieve impulsen nog ongescheiden; maar al bij de driejarige dient de agressie opgenomen te worden in het gehele driftpatroon onder de hegemonie van de libido, met andere woorden: de agressieve impulsen worden dienstbaar gemaakt aan de libido. Dit betreft dan de primaire agressie; deze behoort bij de oudere peuter vrijwel verdwenen te zijn. Anders staat het echter met de secundaire agressie, die optreedt als reactie op frustratie. Deze wordt pas veel later aan positieve strevingen dienstbaar gemaakt, namelijk als het in de puberteit en volwassenheid tot sublimering komt.

De primaire agressieve impulsen worden geneutraliseerd via de socialisering in het spel of in fusie opgenomen in de libidineuze strevingen. Beide processen vinden hun plaats in de opvoeding: de socialisering via de pedagogische relatie, met name in de spelmogelijkheden; de neutralisering via de affectieve relatie met de ouders. Blijft deze primaire agressie zich onverhuld uiten, dan hebben wij met een gestoord kind te doen dat, als het niet ernstig oligofreen is, bedreigd wordt door een verdere ontwikkeling in psychopathische richting. Daarbij

dienen wij echter te bedenken dat deze neutralisering niet altijd gemakkelijk tot stand komt: de driftbuien, de „temper tantrums” van de driejarige behoeven ons pas te verontrusten wanneer zij meer dan sporadisch optreden en met name wanneer zij zonder duidelijke redenen ontstaan.

Bij de kleuter wordt het langzamerhand steeds duidelijker hoe het met zijn emotionele ontwikkeling is gesteld. De kleuterjaren en met name de jaren tussen drie en een half en vijf jaar, zijn een crisóide fase voor de emotionele ontwikkeling, die nu meer vorm en inhoud moet gaan krijgen, meer differentiatie en diepte. In onze cultuur vindt deze ontwikkeling als regel in het gezin plaats. De verhouding tot vader en moeder beide — en niet uitsluitend meer de relatie tot de moeder — met de kenmerkende „oedipale” voorkeur en ambivalentie, en de jaloezie, de „sibling rivalry”, geven hun spanningen in het gezin. In de regel lossen deze zich geleidelijk op en voltrekt zich de verdere emotionele uitgroei met duidelijke winst voor de persoonlijkheid, daar de gewetensontwikkeling hierdoor vorm krijgt. De drie wortels van 't toekomstige geweten zij in deze leeftijdsperiode al duidelijk te herkennen: de ge- en verboden der ouders gaan de grondslag vormen voor 't gedrag; schuldgevoelens over ambivalentie en jaloezie en de daarmee gepaard gaande angst voor straf en voor liefdesverlies confronteren de kleuter met een „Jenseits des Lustprinzips” (*Freud*); de kleuterperiode draagt bij tot de ideaal-ik vorming, met name wanneer de oudere kleuter de oplossing van de oedipale driehoeksverhouding vindt in de bewondering voor de ouder van het eigen geslacht, en daarmee de strijdbijl, zij het tijdelijk, begraaft. De kleuterperiode beslist dan ook over de vorming van „Ueber-Ich” en „Ich-Ideal”, de beide componenten van het latere volwassen geweten.

* * *

Het is duidelijk dat voor het gezonde beloop van deze processen een redelijk gaaf en stabiel gezinsmilieu noodzakelijk is. Een disharmonisch huwelijk bijvoorbeeld waarin een gedesillusioneerde moeder te sterke banden met de kinderen heeft, een absoluut of relatief vaderloos gezin waarin de moeder tevens de vaderrol moet vervullen, neurotische ouders, die hun ambivalentie niet buiten de relaties kunnen houden, vormen evenvele bedreigingen voor de emotionele ontwikkeling in de kleuterperiode. Natuurlijk behoren tot de bedreigden ook de kinderen van ongehuwde moeders en zij die deze levensperiode moeten doorbrengen in kindertehuizen. Ook hier geldt echter wat reeds eerder werd gesteld: niet al deze ongunstige factoren behoeven per se een ernstige bedreiging te zijn.

Vele kinderen vinden oplossingen voor de onvermiddelijke conflicten die de normale, gezonde ontwikkeling van het gevoelsleven niet in de weg behoeven te staan. Hoe herkennen wij nu de werkelijk

bedreigden? Ten eerste natuurlijk door de potentiële bedreiging vanuit het milieu of vanuit 't kind te kennen en hier dus dubbel waakzaam te zijn. Ten tweede door de normale kleuter te kennen. De normale kleuter is vrolijk en actief, speelt en tekent graag en toont daarbij initiatief en creativiteit. Hij heeft goed contact met leeftijdsgenoten, wat niet betekent dat hij nooit ruzie heeft. Hij is in het contact met volwassenen aanvankelijk verlegen, maar komt gauw los en is dan overwegend extrovert in zijn contact. Het kind op deze leeftijd toont een grote opmerkzaamheid en is emotioneel gedifferentieerd. Hij eet veel en snoept graag, is gehoorzaam maar ook wel eens ondeugend. Op de kleuterschool kan het kind zich aanpassen zonder angstig te zijn, (de eerste weken mag het wel wat angst en onlust vertonen) het heeft belangstelling voor de werkjes en spelletjes, voor vriendjes en vriendinnetjes. Ten derde door te letten op alarmsignalen. Ik wil hier de vier meest voorkomende noemen: ongeremde driftuitingen, somatisering, angsten, pathologische introversie.

Uitingen van gebrekkige impuls- en driftremming zijn meestal aanwijzingen voor een stoornis die zijn aanvang al in vroegere fasen heeft genomen. Zij kunnen zich manifesteren op verschillende gebieden: snoepen, smeren met faeces, excessieve onanie en masturbatie — als dergelijke verschijnselen sporadisch voorkomen zijn zij normaal — zwerfneiging, ongeremde agressieve impulsen enzovoort. Met verschijnselen van somatisering komt de huisarts het meest in aanraking: buikpijnen, eet(lust)stoornissen, astmatische verschijnselen, hoofdpijn; secundaire enuresis enzovoort. Zij zijn meestal de eerste symptomen van een neurotische ontwikkeling.

Bij de oudere kleuters komen nachtelijke angsten, soms in de vorm van pavor nocturnus, zeer vaak voor, zelfs zo vaak dat men wel van fysiologische angsten spreekt. Toch dient men wanneer zij meer dan sporadisch voorkomen op zijn hoede te blijven en de psychische ontwikkeling nauwgezet te volgen. Verder zijn excessieve schoolangsten, angsten voor het lichamelijk onderzoek, voor vreemden, voor heksen, spoken en dergelijke meestal een teken dat er met de basic emotionel security van de kinderen iets niet in orde is. Separatie-angst in ernstige mate is meestal een bewijs dat de relatie met de moeder is gestoord.

* * *

Pathologische introversie, welke wij meestal gepaard aantreffen met ongeremde impuls- en driftuitingen en angsten, moet altijd als een uitermate ernstig verschijnsel worden gezien. Wij vinden dit herhaaldelijk beschreven in de anamnese van onze delinquente pubers. Soms is sterke teruggetrokkenheid het enige verschijnsel dat dan als regel niet in zijn betekenis als alarmsignaal wordt herkend. De ouders komen er niet mee, de school, waar het stille, maar door angst voor de onderwijzeres dikwijls „lieve” kinderen zijn, maakt zich hoogstens zorgen over de geringe creativiteit en belangstel-

ling, maar een en ander wordt niet op zijn waarde getaxeerd. Zij zijn bij het lichamelijke onderzoek braaf en gehoorzaam, alhoewel de geoefende direct ziet dat dit een onnatuurlijke houding is, want alles aan het kind verraadt angstige spanning.

Het is uiterst belangrijk om op dit symptomencomplex te letten. De staf van de Dr. D. Herderschêe school in Amsterdam — een school voor zeer moeilijk opvoedbare meisjes —, heeft dit type de „stille mokker” genoemd. Men vindt het syndroom regelmatig in de anamnese van kinderen die wegens plotselinge ernstige gedragsmoeilijkheden in de prepuberteit werden aangemeld en bij jonge sexueel-ontremde meisjes, die daarvoor nooit door enige moeilijkheid opvielen. Maar de tijdige herkenning is niet eenvoudig, zeker niet voor de huisarts, die het toch juist van de symptomen moet hebben, waarmede de ouders bij hem komen.

De kleuterfase is de periode waarin de huisarts over het algemeen nog het meest met de kinderen in aanraking komt. Vele kinderen maken dan infectieziekten door. Opvoedingsproblemen spelen zich af binnen het gezin.

* * *

In de regel wordt in de daarop volgende periode, de latentie, in de jaren tussen zes en elf, het contact van de huisarts met de kinderen weer minder. De moeilijkheden, zo die er zijn, verplaatsen zich naar de school, leerkrachten en schoolarts worden de belangrijkste adviseurs voor de ouders. De schoolartsen wijzen de kinderen, bij wie zij iets bijzonders opmerken, weliswaar slechts via de huisarts naar de specialisten, maar op een druk spreekuur is er in de regel weinig tijd om zich verder in deze verwijzing te verdiepen en de later binnenkomende antwoorden van de specialisten zijn dikwijls weinig interessant en worden — al of niet gelezen — opgeborgen.

Toch is de latentie interessant genoeg. Het is de periode die zich als een wig inschuift tussen kleuter- en puberteitsfase en waarin de impulsen, onder normale omstandigheden, tot rust komen. Dit tot rust komen is echter betrekkelijk. Er zijn kinderen bij wie nauwelijks of niets hiervan is te merken. Dit is het eerste en belangrijkste attentiesignaal voor wie het bedreigde kind in deze periode wil ontdekken.

Maar ook een al te grote rust kan een alarm-signaal zijn — denken we nog maar eens aan de „stille mokkers”. Want wat gebeurt er eigenlijk in deze latentieperiode? Het kind wordt geconfronteerd met de grote wereld buiten het gezin. Hij moet zich hieraan aanpassen bijvoorbeeld op school en hij moet en wil deze wereld leren kennen en verknennen.

Wij kunnen de latentieperiode weer in drie subfasen verdelen: de suppressiefase, de expansiefase en de integratiefase. In de suppressiefase wint de aanpassing het, maar nog in een passieve vorm. Het kind onderwerpt zich aan geboden en verboden, de

eisen van de buitenwereld. Geen periode waarin het kind zo'n dankbaar opvoedingsobject is als in de jaren tussen zes en acht. Als hij maar weet waar hij aan toe is, „heb je geen kind aan hem”. Men noemt deze periode ook wel de fase van de autoritaire binding: dit uit zich ook in het denken dat overwegend autoritair is gebonden en in zijn doen: „zoals de ouden zongen, piepen de jongen.” Het is een fase waarin inderdaad de opvoedingssituatie van grote betekenis is.

Maar na de suppressie, de onderdrukking, komt het verzet, zij het nog niet in de vorm waarin wij dit later, in de prepuberteit zullen leren kennen. Het komt tot uiting in de poging de wereld te verruimen, in de expansie, de verkenning: het is, zo tussen acht en tien, de verkennerfase. De kinderen willen nu alles weten, alles kunnen, alles zien, zich met alles bemoeien. Naast de magische en autoritair gebonden denkvormen komt nu het zelfstandige, kritische denken: eerst schoorvoetend, maar toch steeds duidelijker kondigt zich de volgende periode aan. De jongen is in deze leeftijd motorisch expansiever dan het meisje. Kattakwaad en kleine straatschenderijtjes zijn aan de orde van de dag — maar alles is nog uiterst onschuldig, het is spel en niets dan spel — en tegen niets of niemand speciaal gericht.

Merkwaardigerwijs zien wij dan zo omstreeks het tiende en elfde jaar bij vele kinderen — met name bij de intelligente en gezonde — een poging om tot een integratie te komen van de suppressie der impulsen enerzijds en de motorische expansiedrift anderzijds. Vermoedelijk is deze laatste subfase van de latentie wel sterk cultureel en sociaal bepaald, dit geldt trouwens min of meer voor de gehele fasen-karakteristiek. De sociabiliteit hangt zeker samen met de mogelijkheid de expansiedrift uit te leven in lezen; het „verslinden” van boeken is in deze periode een gelukkige poging om de wereld te veroveren. Maar nooit is de invloed van het gelezene groter dan in deze periode waarin de kritiek nog zwak en het gevaar van ongunstige beïnvloeding dus groot is. Adviseer de ouders de lectuur van hun kinderen in deze leeftijdsperiode te controleren en te censureren; nu lukt het nog, straks niet meer.

* * *

Hoe herkennen wij het bedreigde kind in de latentie? Er is als het ware een reeks van signalen. De suppressiefase ontbreekt, de impulsieve kleuterfase zet zich voort in de expansiefase, de integratiefase ontbreekt en de expansiefase gaat zonder meer over in de prepuberteitsfase: dit vindt men bijvoorbeeld bij de zogenaamde impuls-psychopaatjes.

De suppressiefase is bijzonder duidelijk en de expansie ontbreekt. Dit zijn dan, dikwijls óf neurotische kinderen, óf pathologische introverten: stille mokkers. Er is een verschil dat differentiaal-diagnostische betekenis heeft: de neurotische kinderen hebben meestal symptomen: angsten, somati-

sering, en dergelijke, bij de andere groep vindt men deze symptomen nauwelijks, maar hun creativiteit is geremd en zij hebben daardoor dikwijls in de hogere klassen leermoeilijkheden, die niet passen bij hun intelligentiequotiënt.

De expansiviteit in de tweede subfase neemt extreme vormen aan, soms bij kinderen die voordien geen moeilijkheden gaven. Let dan op het milieu: daar is wat gaande! Een onderzoek door het Medisch Opvoedkundig Bureau kan dan spanningen in het gezin aan het licht brengen, die in de verste verte niet werden vermoed. Als een kind van een jaar of negen, tien, dat nooit moeilijkheden gaf, gaat gappen, jokken, spijbelen, zet dan dus het licht op rood.

Een apart plaatsje zouden wij willen inruimen voor de seksuele moeilijkheden die nu kunnen optreden. Zij zijn er wel erg vroeg bij, zeggen de ouders dan, of, wat vaker voorkomt, zij zeggen niets. Zij zeggen niets als het niet aan het licht komt, want zij durven er niet over te spreken. Zij hebben er ook nooit met hun kinderen over gesproken, zij hebben vaak niets aan seksuele voorlichting, laat staan aan seksuele opvoeding gedaan. Verstandige ouders komen er mee bij de huisarts, zij het dikwijls te laat: dokter wilt u „het” doen, wilt u „het” vertellen. De arts weet wel wat „het” is, maar wat kan hij doen? In de eerste plaats de ouders op hun taak wijzen, en als zij het echt niet aankunnen of durven dan kan hij door een verstandige voorlichting de kinderen zelf helpen: hun nieuwsgierigheid bevredigen en de angst wegnemen. Want seksuele aberraties in deze levensfase berusten alleen nog maar op angst en nieuwsgierigheid.

Na de latentie komt de puberteit. Eerst soms nog een overgangsfase: de puerale fase, het vervolg van de integratieve periode van de latentie, maar al met doorbraken van echte prepuberteitsrebellie: dan begint de groeispurt en daarmee de prepuberteit. Konden we tot dusverre nog spreken van „het” kind en alleen accentverschuivingen tussen jongens en meisjes constateren, verschuivingen waarvan men zich zelfs mag afvragen of deze niet vrijwel geheel cultureel zijn bepaald, nu wordt dit anders. De prepuberteit van het meisje verloopt in veel opzichten geheel anders dan bij de jongen.

* * *

Het is ondoenlijk in het bestek van dit artikel ook de puberteit te betrekken. Eigenlijk is dit ook niet meer nodig, want in deze levensperiode is er meestal een reeds zo duidelijke pathologie, dat niet meer van bedreiging en ook niet meer van preventie kan worden gesproken. Toch meen ik een uitzondering te moeten maken voor een groep van puberteitsstoornissen, waarbij wel degelijk nog van een crisóide toestand kan worden gesproken en nog niet van pathologie, namelijk daar waar het gaat om stoornissen die een direct gevolg zijn van de levensfase: de zogenaamde primaire of autochthone, specifieke fase-moeilijkheden. Het is ook voor de kin-

derbescherming van groot belang deze fase-moeilijkheden te onderscheiden van de stoornissen die het gevolg zijn van de reactivering van infantiele conflicten, de zogenaamde secundaire, structurele stoornissen. Zo kunnen neurotische verschijnselen in de puberteit het gevolg zijn van een actueel conflict. Wij hebben dan dikwijls nog met een preneurotische toestand te doen, die met tijdige hulp — psychotherapie — als regel vrij snel en afdoende is te verhelpen; dit in tegenstelling tot de neurotische verschijnselen, die het gevolg zijn van de reactivering van een infantiele neurose, doch gekleurd door de puberteit (acting out bijvoorbeeld). De differentiaal-diagnose is dikwijls uiterst moeilijk, maar gezien het feit dat de anamnese en de milieusituatie zo belangrijk zijn, is hier de huisarts die het gezin kent, in een bevoorrechte positie. Het is mij vaak opgevallen dat zijn visie treffend juist was.

Overigens moet men de rol van het gezin bij stoornissen die in de puberteit beginnen niet te hoog aanslaan. Voor de puber is het gezin — zelfs het allerbeste — niet meer dan een „veilige haven”: zijn leven ligt „op zee” en zijn avonturen worden bepaald door school, arbeidsmilieu, straat, club, en voor alles door de leeftijdsgenoten: de „peer-group”. Het is dan ook altijd noodzakelijk bij plotseling dissociaal gedrag in de puberteitsfase — en eigenlijk ook al in de twee of drie jaren daarvoor — in de eerste plaats te denken aan de mogelijkheid van „induced peer-group disorders”. Het gaat echter niet altijd om aperte inductie bij een qua structuur normale puber, het kunnen ook de pathologische introverten zijn die dan coûte que coûte een machtspositie in de peer-group willen veroveren om zich te kunnen handhaven. Op deze grond komen de jongens tot dissociaal gedrag, terwijl de meisjes, als zij zich in de peer-group niet kunnen handhaven, het gedragspatroon gaan vertonen van de pre-prostitutie *).

Zowel bij delinquentie als bij promiscuïteit is het voor alles zaak te differentiëren tussen primair en secundair: is het een tijdelijk verbroken evenwicht of een psychisch-structurele stoornis. Het spreekt wel vanzelf dat de maatregel — de kinderbescherming spreekt van maatregel, waar wij denken in termen van preventie en therapie — die adequaat is in deze gevallen, bij de ene en de andere groep totaal verschillend moet zijn. Ik betwijfel echter ten zeerste of in de praktijk met deze grondregel voldoende rekening wordt gehouden.

Men mag uit het voorgaande niet de conclusie trekken dat deze fase-specifieke stoornissen geen behandeling behoeven: spontane genezing is alleen onder zeer gunstige omstandigheden mogelijk, fixatie, conditionering zijn helaas frequenter en dan is de prognose bijna even somber geworden als bij de secundaire, structurele stoornissen. Preventief is

* Mondelinge mededeling welke ik dank aan Van Dijken. Deze ervaring is geheel in overeenstemming met de mijne.

hier veel te doen, tijdige herkenning is essentieel en therapeutische hulp om de spontane genezingskansen te bevorderen kan meestal niet worden gemist. Hier geldt evenals elders in de geneeskunde: er is geen geëigende therapie mogelijk zonder de diagnose te kennen.

Het psychopathiforme gedrag, in het bijzonder bij de ontwikkelingspsychopathie. Over wat psychopathiform gedrag is, zouden vele artikelen kunnen worden geschreven. Toch is er over de fenomenen weinig verschil van mening: psychopathiform gedrag is ongeremd, onaangepast, vaak agressief, soms delinquent. De aetiologie is echter ondanks een zekere gelijkvormigheid van het gedrag uitermate verschillend. Psychopathiform gedrag is een syndroom, waaraan vele en dikwijls complexe oorzakelijke condities ten grondslag kunnen liggen. Zo kan een neurose zich onder bepaalde omstandigheden in psychopathiform gedrag uiten; wij kennen de psychopathie als gevolg van een hersenletsel bij voorheen volkomen gezonde kinderen; verder bij temporale epilepsie en bij hersentumoren; bij beginnende dementie — bij kinderen zeldzaam —; het hyperesthetisch-emotioneel syndroom, bijvoorbeeld na de ziekte van Pfeiffer, kan tot een psychopathiform gedrag voeren, enzovoort. Aanlegfactoren zijn mijns inziens niet geheel uit te sluiten, maar een echte „criminél-né” heb ik nog nooit gezien; beginnende jeugdpsychosen, bijvoorbeeld schizofrenie, kunnen tot psychopathiform gedrag aanleiding geven; fasische factoren kunnen een rol spelen, in de puberteit kan een innerlijk neurotisch conflict zich uiten in een psychopathiform gedrag (*Friedländer*), omgevingsinvloeden, met name de peer-group in de puberteitsfase, noemde ik reeds als uitermate belangrijk.

Een groot deel der gevallen heeft een polyconditionele genese: zij beginnen vroeg, dit wil zeggen pre-oedipaal, en ontwikkelen zich geleidelijk door de jaren heen tot het gevreesde beeld van de ontwikkelingspsychopathie-hysterie. Het is dit ziektebeeld, waarmede de kinderbescherming en later het gevangeniswezen, de psychopathenzorg en ook de psychiatrische inrichtingen het meest in aanraking komen. Het is ook het ziektebeeld waarbij de huisarts zowel wat betreft de primaire als de secundaire preventie een taak heeft.

De ontwikkeling van het ziektebeeld begint al in de allereerste levensjaren, meestal wanneer door een constellatie van diverse factoren de basic emotional security niet tot stand komt. Hoewel endogene en organische momenten zelden ontbreken is het toch vooral de gestoorde moeder-kind-relatie die meestal hiervoor verantwoordelijk is en aanleiding geeft tot affectieve relatiestoornissen. Een stoornis in de vroege moeder-kind-relatie bepaalt alle volgende relaties, maar bovendien kan de „mastery of reality”, de verkenning van de buitenwereld, welke het kleine kind onderneemt vanuit de veilige moederschoot, niet tot stand komen. Dat betekent

dat het deel van het Ik dat de resultante is van de succesvolle wisselwerking tussen impulsen en behoeften enerzijds, en de eisen van de buitenwereld anderzijds, niet tot stand komt. Een ander gevolg is dat de agressie niet wordt geneutraliseerd en later, dat de seksuele impulsen hun bevrediging blijven zoeken op de meest primitieve wijze zonder objectbinding.

De stoornis groeit met het kind mee, van fase tot fase wordt de deformatie van het gedrag en later van het karakter ernstiger. Ook de gewetensontwikkeling komt niet, of uitermate gestoord, tot stand. Het spreekt wel vanzelf dat een vroegtijdige herkenning hier geboden is. Als het kind, eenmaal in de puberteit, geheel is vastgelopen, is het in de praktijk bijna onmogelijk geworden hem nog te helpen. Herkennen van de bedreiging zal in veel gevallen betekenen: doorverwijzen naar een specialist.

Wat kan de specialist de huisarts bieden? Bitter weinig. Wanneer men aanneemt dat 50 procent der volwassen psychiatrische patiënten en volwassen delinquenten als kind reeds te herkennen en te behandelen zou zijn geweest — en dit is waarschijnlijk een juiste premisse — dan betekent dit, dat het aantal bedden voor de kinderpsychiatrie minstens vertienvoudigd zou moeten worden en dat de ambulante mogelijkheden eveneens aanzienlijk zouden moeten worden uitgebreid. Thans is het zo dat de kinderen die niet meer thuis kunnen worden verzorgd, worden verwezen naar opvoedingsinrichtingen, waaraan als een soort doekje voor het bloeden, dan een part-time kinderpsychiater is verbonden. In een behandelingsinrichting van de kinderbescherming vindt men dan ook een bloemlezing uit de gehele kinderpsychiatrie.

De Medisch Opvoedkundige Bureaus doen veel goed werk, maar zij stellen zeer bepaalde eisen aan de behandelbaarheid van kind en milieu. Zij kunnen ook moeilijk anders.

Op de poliklinieken kan wel onderzoek plaatsvinden maar geen behandeling, wegens tekort aan personeel en gebrekkige outillage. Men loopt hier vooral vast als een klinische observatie of behandeling noodzakelijk is. De medicijnen die op de poliklinieken worden gegeven, kan de huisarts ook wel geven. Het onderzoek neemt vele dagen en vele uren in beslag, doch het uiteindelijk resultaat is pover. Als de huisarts bovendien nog de brief van de specialist aan de moeder voorleest, en zij hoort dan dat er sprake is van een affectieve verwaarlozing, dan is het resultaat niet eens pover, maar negatief.

Kwantitatief de meeste hulp kunnen de Jeugdpsychiatrische Diensten (J.P.D.) bieden. Maar de J.P.D. is een consultatiebureau en kan dus alleen onderzoeken, doorverwijzen en adviseren, doch niet behandelen. De betekenis van deze bureaus voor de geestelijke hygiëne en de kinderbescherming is bijzonder groot (*Kraft*), maar zij zijn beperkt in hun mogelijkheden door de grote aantallen gevallen welke zij moeten verwerken (per jaar passeren er in ons land ongeveer 30.000 deze J. P. Diensten). Ook

voor hen is de grootste handicap het gebrek aan mogelijkheden tot doorverwijzing. Wij kunnen uiterst weinig beginnen als wij geen klinische behandelingsmogelijkheden hebben en niet beschikken over een voldoende equipment en een volwaardige paramedische staf. In Nederland, eigenlijk vrijwel in geheel West-Europa, is 'n grote achterstand wat de kinderpsychiatrie betreft. Vergeleken met de somatische geneeskunde is de kinderpsychiatrie vijftig jaren ten achter.

Huisarts en Kinderbescherming. Ik wil niet in mineur eindigen, door uit te weiden over de zorgen van de kinderpsychiatrie. Gelukkig is dat ook niet nodig. Er is overall belangstelling en groeiend begrip. Maar er is meer. Er is aan deze manco's van voorzieningen zelfs een bijzonder positieve kant. Waar specialistische hulp ontbreekt wordt de huisarts wel gedwongen het zelf te doen. Inderdaad zal hij, zeker voorlopig, op het gebied van de kinderpsychiatrie nog heel veel zelf moeten doen. Mijns inziens is hij degene die voor dit werk, met name in de preventieve sector, bij uitstek geschikt is. Maar er zijn naar mijn mening twee voorwaarden die daartoe moeten worden vervuld. Hij zal op dit gebied beter moeten worden opgeleid gedurende zijn

academische studie en hij zal moeten leren samenwerken met, wat ik de paramedische staf op het gebied van de kinderpsychiatrie, zou willen noemen. Dit betreft met name de deskundig opgeleide maatschappelijk werkers in de kinderbescherming en de leerkrachten van het Buitengewoon Lager Onderwijs. De huisarts zal hen kunnen helpen in hun uiterst moeilijke werk; informatie zullen wederzijds van zeer grote waarde zijn. Als de huisarts hen ziet en behandelt als zijn medewerkers, zullen zij zich ook zo gevoelen en is de kwestie van het medisch beroepsgeheim, in dit verband geen probleem meer.

- Andel-Ripke, O. van (1961) Lichamelijke groei en karakterontwikkeling. Orthopedagogische geschriften I. Wolters, Groningen.
- Freud, S. (1920) *Jenseits des Lustprinzips*. Ges. Geschr. Band VI.
- Friedländer, K. (1947) *The psycho-analytical approach to juvenile delinquency*. Kegan Paul, Londen.
- Hart de Ruyter, Th. (1959) *Maandschr. Kindergeneesk.* 27, 11.
- (1961) *Ned. T. Geneesk.* 105, 745.
- Kraft, Th. B. (1962) *De jeugdpsychiatrische diensten in Nederland*. Bijleveld, Utrecht.
- Krevelen, D. A. van (1964) *Child Psychiatry and Prevention*. Hans Huber, Bern.
- Sanders-Woudstra, J. A. R. (1964) *Het zieke kind*. Callenbach, Nijkerk.

Vormen van gezamenlijk onderzoek*

DOOR DR. J. D. MULDER. HUISARTS TE NOORDWIJK AAN ZEE

Bij het onderwerp gezamenlijk onderzoek kan men de woorden van Eimerl citeren: het onderzoek in de huispraktijk is een vorm van „organised curiosity”. Inderdaad is het vaak nieuwsgierigheid, die ons een bepaald probleem doet kiezen om ons verder in te verdiepen. In de titel van dit artikel staat „gezamenlijk onderzoek”. Er staat met opzet niet „groepsonderzoek”, want de definitie in het woordenboek van Koenen voor groep luidt: „onderscheiden tot een harmonisch geheel bijengeschiedte figuren”. Zonder de collegae met wie men een onderzoek wil doen als figuren te betitelen, is het toch zo, dat wij artsen moeilijk worden „tot een harmonisch geheel, bijengeschiedte figuren”. Ik meen dan ook dat het beter is niet te spreken van groepsonderzoek maar van gezamenlijk onderzoek, namelijk gezamen, dus allen of alles tezamen.

Wanneer men met een groep een onderwerp gaat onderzoeken zullen er, onafhankelijk van het onderwerp, een aantal problemen zijn, dat zich bij ieder onderwerp dat men gaat bestuderen, voordoe. Men moet nagaan op welke wijze en in welke

vorm het onderwerp van studie moet worden benaderd. Ten eerste moet men kiezen tussen een retrospectief en een prospectief onderzoek. Het retrospectieve onderzoek is in de huispraktijk zeer lastig. Wel hebben wij, voorzover wij over een kaartstelsel beschikken, daarin vele notities gemaakt, maar deze lenen zich niet voor een gemakkelijk uitvoerbaar onderzoek. Het is lastig om uit een huisartskaartstelsel de patiënten terug te vinden, die het laatste jaar of de laatste jaren bij hun dokter zijn geweest met een bepaalde klacht of een bepaalde diagnose. Wel is het mogelijk om bepaalde ziekten, die interessant zijn of de persoonlijke interesse hebben van een huisarts, op de rand van de patiëntenkaart te coderen, doch dit is maar voor een beperkt aantal diagnoses mogelijk. Wij moeten er van uitgaan dat ons kaartstelsel in het algemeen niet geschikt is om met terugwerkende kracht patiënten met een bepaald symptoom, syndroom, of een bepaalde diagnose op te sporen. Alleen door het gebruik van bijzondere hulpmiddelen, als het E-book en een leeftijds- en geslachtsregister, is ons kaartstelsel toegankelijk te maken voor wetenschappelijk onderzoek.

In ziekenhuizen gaat dat gemakkelijker. Daar kan men opname- en ontslagdiagnose, overlijdens- of operatiediagnose coderen; zo is een systeem te

* Inleiding, gehouden op de studiedagen wetenschappelijk onderzoek huisartsen te Eindhoven, 1-2 mei 1964. De organisatie berustte bij de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek N.H.G. en het Nederlands Huisartsen Instituut in samenwerking met Philips' Gezondheidscentrum.