

tion had had no consulting-room contact in the preceding year.

— Separate articles will be published on the screening for cervical carcinoma, the use of an anamnestic questionnaire, and psychological and psychiatric aspects of the sorting programme.

*Naschrift.* In alfabetische volgorde willen wij alle personen en instanties danken, die hebben meegeholpen het onderzoek mogelijk te maken, namelijk afdeling Sociale Psychiatrie Rijks Universiteit Groningen; afdeling Vrouwenziekten Rijks Universiteit Utrecht; Comité Bevoekingsonderzoek Stolwijk; Computercentrum Rijks Universiteit Utrecht; Gemeente Stolwijk; Geneeskundige Inspectie Zuid-Holland; Goutudo; Groene Kruis Stolwijk; hoofden van scholen Stol-

wijk; inspectie Lager Onderwijs; Nederlands Huisartsen-Instituut; N.I.P.G. Leiden; schoolarts; wijkverpleegsters; alle andere hulpkrachten en medewerkers.

#### *Geraadpleegde literatuur*

- Dool, C. W. A. van den en W. Spoelstra (1969) huisarts en wetenschap 12, 247-254  
Dool, C. W. A. van den (1970) huisarts en wetenschap 13, 3-10  
Dool, C. W. A. van den (1970) huisarts en wetenschap 13, 59-62  
Oliemans, A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Stenfert Kroese n.v., Leiden, 1969  
Logan, W. P. D. en A. A. Cushion. Morbidity statistics from general practice vol. 1 t/m 3, London, 1958-1962.

## Debiliteit in discussie

DOOR DR. A. J. SWAAK, KINDERHYGIËNIST TE TILBURG

In de laatste jaren is een uitgebreide literatuur verschenen over de debiele medemens. Wie daarvan kennis neemt, onderkent tevens hoe moeilijk het is om de debiele mens vanuit een wetenschappelijk gefundeerd inzicht in de betekenis van het debiel zijn voor het mens-zijn te typeren. Men spreekt wel van lichte, zware en grensdebilen, van lage, hoge en diepe debilen, van harmonische en disharmonische debilen, van agressieve en apathische debilen, van eretische en torpide debilen, van leer- en levensdebilen, van emotioneel labiele en emotioneel stabiele debilen, van functioneel en klinisch abnormale debilen, van sociaal efficiënte en praktisch-technisch efficiënte debilen enzovoort.

Deze differentiëringen zijn even zovele serieuze pogingen om greep en inzicht te verkrijgen op en in het gedrag en de verschijningsvorm van de debiele mens. Ook zegt men wel eens dat de debilen zijn „gemaakt” door de leerplichtwet en zijn „uitgevonden” door Binet-Simon, die hen met behulp van de door hem ontwikkelde testmethodiek „de échelle métrique de l'intelligence”, catalogiseerde.

De debilen worden gerekend tot de categorie van de zwakzinnigen evenals overigens de op idioot- en imbeciel-niveau functionerende mensen. Van de categorie van de zwakzinnigen, hetgeen uiteraard een verzamelbegrip is, rekent men ongeveer 75 procent tot de debilen, 20 procent tot de imbecielen en 5 procent tot de idioten. In plaats van zwakzinnigheid spreekt men ook wel van geestelijk onvolwaardig, geestelijk gehandicapt, oligofreen, geretardeerde ontwikkeling, achterlijkheid, encephalopathieën, intellectuele tekorten of zwakhoofdigheid.

Deze vele benamingen en ook de vele verschillende definities van zwakzinnigheid geven enerzijds iets weer van de inspanning welke men zich heeft getroost om inzicht te verkrijgen in de gedragingen van de afwijkende medemens en ander-

zijds van de ontwikkelingen die hebben plaatsgevonden in de gedachtenvorming over en de beeldvorming van de zwakzinnige medemens. Zo noemde *Herderschee*, schoolarts voor het buitengewoon lager onderwijs te Amsterdam, in 1929 iemand zwakzinnig, wanneer hij op grond van zijn onvoldoende verstandelijke vermogens niet of slechts onder gunstige omstandigheden in staat was zich in een eenvoudige positie in de maatschappij zelfstandig staande te houden. Volgens *Oudkerk* waren zij zwakzinnig, die een ontwikkelingsstoornis vertoonden van het intellect, waaraan een ontoereikendheid van de gehele persoon gepaard ging.

In het in 1969 verschenen boek „Zwakzinnige kinderen” van *Van Gelderen, Speyer en Staal\** worden tot de zwakzinnige kinderen die kinderen gerekend, die door tekorten in aanleg of in ontwikkeling van de intelligentie, al of niet samen gaand met andere gebreken, zich niet zonder steun in de maatschappij kunnen handhaven, terwijl zij het gewone onderwijs niet zullen kunnen volgen.

Bij het „Onderzoek Geestelijk Gehandicapten” daarentegen, dat in de jaren 1966 en 1968 te Amsterdam plaatsvond ter bepaling van de frequentie en van de begeleidings- en verzorgingsbehoeften van geestelijk gehandicapten in de maatschappij, werden als zwakzinnig beschouwd zij, die niet voldoen aan de verwachtingen die de samenleving aan haar leden stelt en die bij het afnemen van de voor dit onderzoek gekozen intelligentietests (Wechsler Intelligence Scale for children en de Wechsler Adult Intelligence Scale) 79 of lager scoren, mits deze tekorten zich bij de betrokkenen op jeugdige leeftijd hebben gemanifesteerd (*Sorel*).

Uit deze enkele en op de praktijk gerichte definities komen de volgende kenmerken naar vo-

\*Nederlandse Bibliotheek der Geneeskunde, Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij n.v., Leiden.

ren: het maatschappelijk onaanangepast zijn zich uitend in maatschappelijke onzelfstandigheid (een sociologisch criterium); het verminderde leervermogen (een pedagogisch criterium); de tekorten in de intelligentie en de ontoereikendheid van de gehele persoon (een psychologisch criterium) en de manifestatie van de subnormale mate van functioneren vanaf de geboorte of vanaf de jeugdige leeftijd (een leeftijds criterium).

Het is opvallend, dat in deze definities met geen woord wordt gesproken over de oorzakelijke biologische factoren zoals gametopathieën, chromosopathieën, infecties, endocrinologische stoornissen, intoxicaties, bloedgroepantagonismen, stofwisselingsziekten, mechanische traumata, neoplasmata en de voedingsdeficiënties die de structuur en het functioneren van het cerebrum kunnen beschadigen en daardoor ontwikkelingsstoornissen, lage intelligentie en sociale insufficiëntie tot gevolg kunnen hebben. Evenmin worden in deze definities aangeduid de invloed van emotionele en/of sociale traumata, ontberingen of ernstige sensorische en/of motorische deprivaties, die in de vroege jeugd aanleiding kunnen zijn tot remmingen of blokkeringen van de intellectuele ontwikkelingen. Wanneer het kind door het gemis van de adequate stimulans niet groeit, kan het zeer goed mogelijk zijn dat bepaalde hersensystemen, zoals bijvoorbeeld de systemen die sterk met de affectieve sfeer samenhangen, niet de groeprikkels krijgen die nodig zijn.

Aangezien tijdens de ontwikkeling alles uiterst nauwkeurig chronologisch samenhangt, is het zeer goed mogelijk dat een systeem, dat in de gevoelige periode niet tot groei werd gestimuleerd, nooit meer geheel normaal uitgroeit (*Rümke*). De term „zwakzinnigheid” of „oligofrenie” staat volgens *Grewel* dan ook op het wetenschappelijke peil van de termen „mankheid”, „kwade koortsen” of „waanzin”.

Het blijkt dat onder de term „zwakzinnigheid” een heerleger van de meest verschillende ziekten en ziekteverschijnselen is samengevat, ziekten door onderling zeer verschillende oorzaken ontstaan. Dit moet voor de medicus aanleiding zijn geen genoegen te nemen met de kwalificatie debiel, achterlijk of zwakzinnig; hij moet intensief blijven zoeken naar de multiple oorzaken voor het subintelligente functioneren van het kind, ondanks de defaitistische opmerking van *Chorus* (1963) die schrijft „oorzaken-kennis is voortreffelijk, maar ze is juist op het terrein van de zwakzinnigheid zo weinig vruchtbaar maar vooral ook zo weinig zeker”. Naar mijn mening heeft hij gelijk op het vlak van de tertiaire preventie waar de centrale beschadiging irreversibel is, maar zeker niet ten aanzien van de primaire en secundaire preventie van zwakzinnigheid.

Juist het intensieve multidisciplinaire onderzoek en de overgang van de unicausale naar de multi-

causale denkwijze heeft het defaitisme ten aanzien van het voorkomen en verbeteren van de zwakzinnigheid overwonnen en de beeldvorming over de debiele mens gewijzigd.

In 1933 schreef *Koenen* nog „Het is niet onwaarschijnlijk dat nagenoeg alle sociale noden tot deze kern (zwakzinnigheid) dienen te worden teruggebracht. Werkeloosheid, armoede, alcohol-misbruik, prostitutie en nog vele andere ellenden, vinden stellig hun oorzaak in zwakzinnigheid. Het komt mij zelfs waarschijnlijk voor dat de huidige maatschappelijke ontwikkeling ten dele is te wijten aan de actieve rol welke zwakzinnigen en de hogere zwakbegaafden in onze samenleving spelen”.

In 1955 was *Herderschee* nog voor segregatie en sterilisatie van debielen op grond van zijn mening dat debiliteit in hoofdzaak berust op een door erfelijkheid gegeven aanleg.

Alleen onvoldoende op wetenschappelijke basis gefundeerde kennis omtrent de multifactoriële aetiologie van zwakzinnigheid en debiliteit en de gevolgen van opvoedkundige, emotionele en intellectuele deprivatie, gebrekkige opleiding en maatschappelijke omstandigheden op kinderen, die op een subnormaal intelligent niveau functioneren, maken zulke uitspraken mogelijk.

In een zeer lezenswaardig artikel heeft *Mulder* zowel vanuit een negatieve als een positieve benadering getracht een differentiatie aan te brengen tussen imbecillitas en debilitas. Als kenmerken van een debiel worden daarin aangegeven: het bereiken van een ontwikkelingsgraad van een acht- tot tienjarig schoolkind; het kunnen volgen van klassikaal onderwijs; de mogelijkheid tot zelfstandig werken en spontane activiteiten; het tot begrip komen van eenvoudige spelsituaties; nauwkeurig kunnen waarnemen hoewel zijn concentratie snel afzakt; zijn uitspraken zijn, hoewel zijn waarnemingsvermogen en het geheugen intact zijn, toch niet te vertrouwen; zijn kleurzin is intact; zijn denken is sterk aan het concrete en aanschouwelijke gebonden; hij kan de vier grondbewerkingen van het rekenen leren; zijn uitdrukkingsbewegingen verdwijnen vaak traag, waardoor de typische debiele grijs zou ontstaan. *Mulder* vindt echter dit beeld, waarmee in de praktijk wordt gewerkt, onbevredigend.

Uit de onderzoeken van de multidisciplinair samengestelde teams van de sociaal-geneeskundige adviesbureaus voor het gehandicapte kind in de provincie Noord-Brabant blijkt, dat het met de beschikbare onderzoeksmethodieken bijzonder moeilijk is om te bepalen wanneer een kind op debiel niveau functioneert; tevens bleek dat het debiele kind een zeer grote gedifferentieerdheid in gedrag vertoont en eveneens dat debiliteit bovendien geen statisch gegeven behoeft te zijn. Het is dan ook moeilijk te spreken van de debiel en van de kenmerken van de debiel.

Generalisaties, stereotyperingen en vooroordelen

omtrent de debiele mens zijn er echter nog te over. *Knijff* deelt hiervan een aantal karakteristieken mede, opgetekend uit de mond van leerkrachten die werkzaam zijn op scholen voor debielen. Zij hebben, werd gezegd, een vertraagde ontwikkeling, moeilijkheden met abstraheren, zij zijn gemakkelijk te verleiden, zij zijn goedgevolvig, kritiekloos, zij passen zich moeilijk aan in de eigen groep, zij zijn ongeremd, zij hebben een labiele persoonlijkheid, zij zijn suggestibel, hun gevoelsleven zou minder ontwikkeld zijn, zij kunnen moeilijker omschakelen, zij zijn minder intelligent vooral inzichtelijk, zij hebben een zwakkere motoriek, bij de een vindt men onderwaardering van de eigen persoon en bij de ander overwaardering.

In een voortreffelijk artikel geeft *Kingma* een samenvattend overzicht omtrent de problematiek rond de debiliteit. Hij deelt mede dat wij nog bijzonder slecht zijn ingelicht omtrent sociale prognose, ontwikkeling, maatschappelijk slagen, beroepsaanpassing, huwelijk en gezin van als debiel gekwalificeerden. Tevens tekent hij aan dat meestal eraan wordt voorbijgegaan wat debiliteit nu en later voor het debiele kind zelf betekent, althans voor het kind dat als zodanig wordt gekwalificeerd.

Ook *Van Oudenhoven* toont aan dat de in onze maatschappij bestaande meestal negatief gekleurde opvattingen over leerlingen van de debielenscholen in schrille tegenstelling zijn met de werkelijkheid. In 1966 en 1967 onderzocht hij 175 mannen en 101 vrouwen in de gemiddelde leeftijd van 25½ jaar, die in 1956 de debielenschool hadden verlaten. Niet na te gaan was, in welke mate zijn onderzoekgroep representatief was voor de kinderen die een debielenschool hadden bezocht. De resultaten van zijn onderzoek, waarop overigens van verschillende zijden wel enige kritiek is gekomen, zijn verbluffend.

Bijna alle onderzochte proefpersonen bleken een zelfstandige baan te hebben. Tijdens de schoolperiode bleek 81 procent op basis van het Binet-Herderschee I.Q. debiel te zijn. (I.Q. < 80). Na tien jaar bleek op basis van het Arseny-Beta I.Q. 44 procent niet meer zwakzinnig te mogen worden genoemd. Reeds eerder had *Chorus* (1967) in navolging van anderen gewezen op de mogelijkheid van narijping van debielen. De op school meer intelligente kinderen en de kinderen die uit de hogestaande milieus afkomstig waren, bleken beter te zijn terechtgekomen in hun beroepsuitoefening;

tevens hadden zij eerder een huwelijkspartner gevonden.

Deze gegevens komen wat de beroepsaanpassing betreft overeen met de gegevens van Drs. K. van 't Zet, die betrekking hebben op de arbeidsinschakeling in 1961 van 1 853 plaatsingen van debiele mannen en 233 plaatsingen van debiele vrouwen via de afdeling „Bijzondere Bemiddeling” van het gewestelijk arbeidsbureau. Van de 1 853 mannen vonden 839 een plaats als personeel in algemene dienst, 274 als bouwvakarbeider, 170 als metaalbewerker, 145 als niet-varend transportpersoneel, 76 als horecapersoneel, 49 in de landbouw, 55 als houtbewerker enzovoort.

Van de vrouwen werkten om enkele voorbeelden te noemen 114 als huishoudelijk personeel, 57 in algemene dienst, 27 als kleding- en reinigingspersoneel. (*Knijff*). Opvallend is dat de meesten waren geschoold in en door het bedrijf omdat voor de als debiel gestigmatiseerden de officiële nijverheidsscholen niet toegankelijk zijn. Het individueel nijverheidsonderwijs voor meisjes (I.N.O.M.) en het individueel technisch onderwijs voor jongens (I.T.O.), twee takken van onderwijs die in Nederland steeds verder worden ontwikkeld zijn voor vele kinderen van de debielenscholen nu haalbare vormen van vervolgonderwijs.

Uit het boven gereleveerde moge blijken dat op het terrein van de debiliteit nog vele onzekerheden zijn en dat nader medisch, psychologisch, sociaal-psychologisch en fenomenologisch onderzoek noodzakelijk is om deze belangrijke groep van de Nederlandse bevolking die mogelijkheden te kunnen bieden die hen in staat stelt om hun mens-zijn tot volledige ontplooiing te doen komen.

- Chorus, A. M. J. (1963) T. Zwakz. en Zwakz.zorg 1, 5-23  
 Chorus, A. M. J. (1967) T. Zwakz. en Zwakz.zorg, 4, 149-158.  
 Grewel, F. (1960) Ned. T. Geneesk. 104, 2649-2653.  
 Herderschee, D. De sociale betekenis van zwakzinnigheid. (1929) T. Soc. Geneesk. 7e jaargang.  
 Herderschee, D. De prophylaxis der oligophrenie. (1955) T. Buitengew. onderwijs 10, nummer 2  
 Kingma, T. (1967) T. Geest. Volksgez. 22, 170-185.  
 Knijff, J. L. L. (1967) T. Orthopaedagog. 6, 85-103.  
 Koenen, J. H. M. Zwakzinnigheid bij kinderen. Academisch proefschrift, Leiden, 1933.  
 Mulder, W. G. (1963) T. Soc. Geneesk. 41, 424-428.  
 Oudenhoven, N. J. A. van. Debielen in de maatschappij, Academisch proefschrift, Amsterdam, 1969.  
 Oudkerk, M. Oligophrenen, Academisch proefschrift, Utrecht, 1942.  
 Rümke, C. H. Psychiatrie I Scheltema en Holkema, Utrecht, 1954  
 Sorel, F. M. Frequentie van zwakzinnigheid, Academisch proefschrift, Tilburg, 1970.