

UXH
H II

C.Ch. ter Haar Romeny-Wachter

PROBLEEMKINDEREN, RISIKOKINDEREN IN KINDERCENTRA

een literatuurstudie

© TNO - All rights reserved

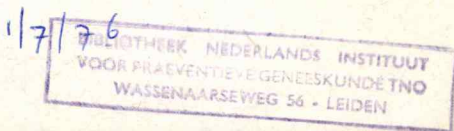
Voor de rechten en verplichtingen van de opdrachtgever met betrekking tot de inhoud van dit rapport wordt verwezen naar de Algemene Voorwaarden van TNO.

Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd, openbaar gemaakt, en/of verspreid op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

NEDERLANDS INSTITUUT VOOR PRAEVENTIEVE GENEESKUNDE TNO

Leiden

mei 1976



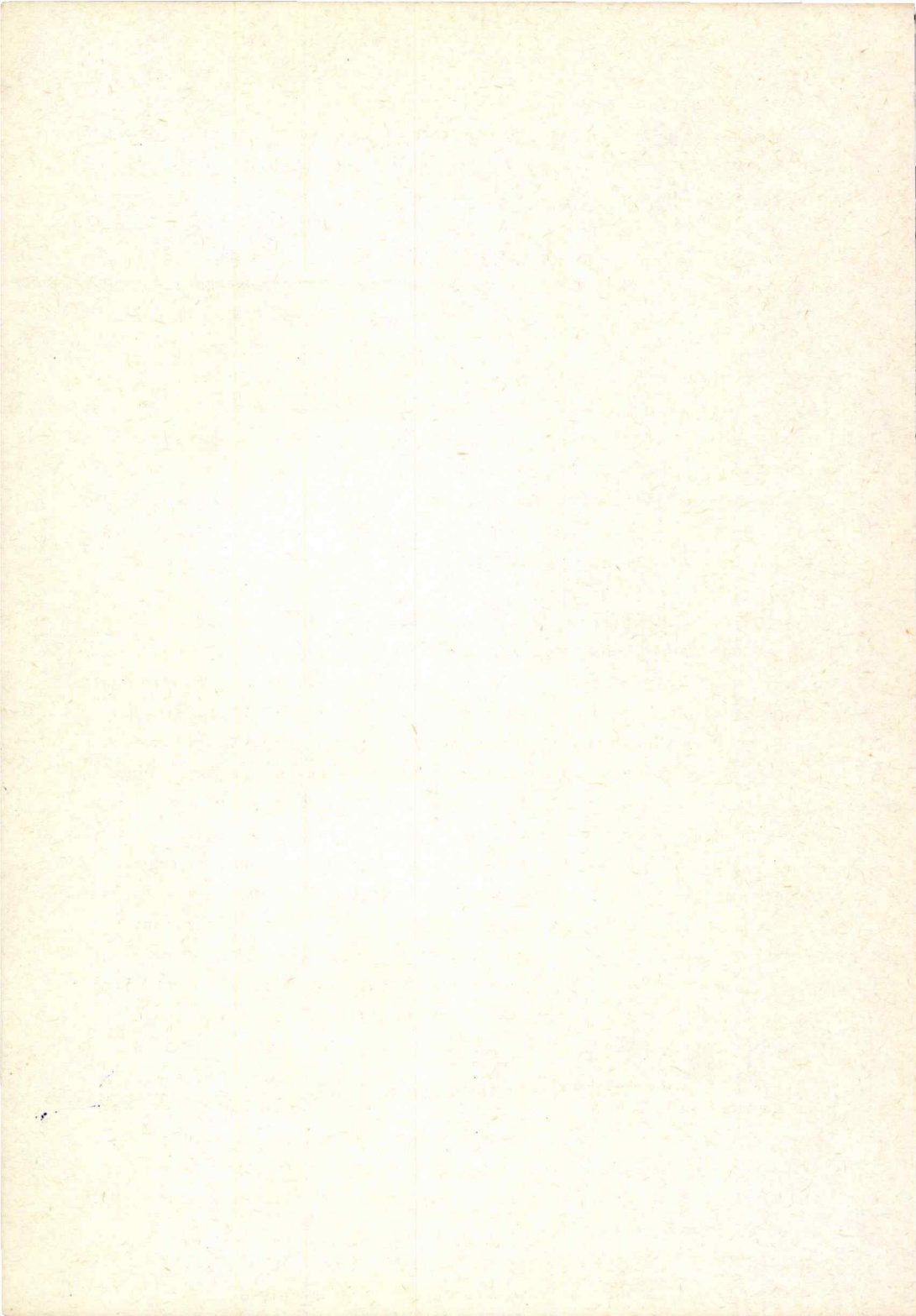
INHOUD

blz.

	VOORWOORD	
1	INLEIDING	1
2	LITERATUURGEGEVENS	3
	2.1 Het kind met een handicap	3
	2.2 Het kind met (gedrags-)stoornissen, met "emotional problems"	8
	2.3 Het kind dat opgroeit onder ongunstige omstandigheden	14
3	DISKUSSIE	17
4	SAMENVATTING	22
	LITERATUUR	23

Hoewel al sedert het eind van de vorige eeuw in de grote steden mogelijkheden in het leven geroepen werden om jonge kinderen op te vangen en te verzorgen wanneer de moeder overdag uit werken ging, is in de laatste tien jaar in Nederland een enorme uitbreiding hiervan ontstaan door het tot stand komen van peuterspeelgroepen. Enigszins verwarrend is, dat voor dit nieuwe type opvangmogelijkheid de term "kindercentra" in gebruik gekomen is. Inhoudelijk is deze term immers ook van toepassing op alle vormen van peuterspeelgroep, crèche, dagverblijf of kindertehuis. Maar het is niet alleen dat deze niet erg gelukkig gekozen term het beeld van de recente ontwikkeling enigszins versluiert, ook de feitelijkheid van de grote toeneming van het aantal peuterspeelgroepen roept een aantal vragen op die om kritische studie en overweging vragen. De Werkgemeenschap Kindercentra Nederland - waarin nadrukkelijk ook de reeds lang bestaande kinderdagverblijven participeren - heeft sedert haar betrekkelijk korte bestaan al een zekere staat van dienst wat betreft de kritische evaluatie van deze ontwikkeling, hoewel veel vragen nog nadere bestudering behoeven.

Heel in het algemeen kan men zich afvragen hoe eigenlijk de recente "explosie" van speelgroepen gewaardeerd moet worden. Nog niet zo heel lang geleden gold in de Westerse landen het algemene oordeel, dat kinderopvang uit noodzaak toelaatbaar was maar zeker niet als ideaal kon gelden. En zelfs in Rusland, waar de moeders in meerderheid in het produktieproces zijn opgenomen en de kinderopvang dan ook sedert de revolutie een normale voorziening is, geldt tot op deze dag dat de bevolking de voorkeur geeft aan het onderbrengen van de kinderen bij burens of grootouders. In feite weten wij niet hoe goed of hoe slecht het samenbrengen van zeer jonge kinderen in groepen is. Is het verantwoord om wat voor sommige gezinnen een noodzaak is, ook te zien als een gunstig opvoedkundig instrument? De schrijfster van deze beknopte literatuurstudie heeft zich afgevraagd of de jonge kinderen in de "kindercentra" veel problemen geven. Oorspronkelijk was deze studie bedoeld als voorbereiding tot een breder opgezet onderzoek door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde naar de vraag of de opvang in kindercentra tot bijzondere gedragsproblemen aanleiding kan geven. Doordat een aantal praktische voorwaarden voor een dergelijk breder onderzoek niet konden worden vervuld, is dit ten slotte (nog) niet in uitvoering genomen. De literatuurstudie leek echter als eerste oriëntatie interessant genoeg om in een afzonderlijk overzicht te worden gepubliceerd.



1 INLEIDING

Het volgende verschijnsel vormt de aanleiding tot deze studie: in de wereld van de kindercentra duiken veelvuldig termen op als "probleemkinderen", "moeilijke kinderen" e.d. Er zijn op het ogenblik in ons land zo'n 2500 kindercentra en hun aantal neemt nog gestadig toe. Deze kindercentra worden opgezet "voor het normale, gezonde kind" (Ministerie CRM, 1975) in de leeftijdskategorie 0-5/6 jaar. Niemand zal zich graag wagen aan een omschrijving van criteria waaraan een kind moet voldoen, wil men het normaal en gezond noemen; minstens even hachelijk is het om aan te geven op grond waarvan een kind niet-gezond, niet-normaal, laat staan een probleemkind zou zijn. Nog een stap verder op deze weg en het probleemkind wordt probleemgeval, waarmee het van kind, van levend wezen tot object, tot ding is geworden.

Wie merken de z.g. probleemkinderen binnen het kindercentrum het eerst op? Meestal is het een leidsters* van de speelgroep die ervaart dat zij bij één of meer kinderen niet uitkomt met de "gewone" zorg en aandacht die zij gewend is aan de kinderen in haar groep te schenken. Een kind kan om méér vragen, maar het kan ook - naar het idee van de leidster - onder de maat blijven in het aksepteren van de beschikbare zorg en aandacht. Het zou interessant zijn na te gaan hoe dikwijls leidsters dit meemaken, van hoeveel kinderen zij menen dat ze niet floreren in de speelgroep.

In beleidskringen wordt de term "risikokinderen" gebruikt. Zo wordt in het COBA**-rapport "Beleidsanalyse Kindercentra" (1975) een eerste aanzet gegeven van wat de leden van de interdepartementale werkgroep die dit rapport opstelden bij de uitdrukking "risikokinderen" voor ogen stond.

Bijvoorbeeld, aldus het rapport:

- kinderen uit onvolledige gezinnen;
- kinderen uit gezinnen met gestoorde relaties;
- kinderen die lichamelijk of gesstelijk licht gehandicapt zijn;
- kinderen uit taalarme gezinnen;
- kinderen met zeer beperkte speelmogelijkheden thuis;
- kinderen die thuis of in de buurt alleen zijn, nakomertjes;
- kinderen die om andere redenen verwaarloosd of slecht opgevangen worden.

Overigens merkt de werkgroep hierbij op, dat niet bekend is in welke mate deze categorieën gebruikmaken van kindercentra.

*Het gebruik van het woord leidstersluit peuterleiders van het mannelijk geslacht niet uit: gelukkig komen er steeds meer!

**COBA = commissie voor de ontwikkeling van beleidsanalyse

Doel van deze studie is na te gaan:

- a) welke aanwijzingen de literatuur oplevert omtrent begrippen als probleemkind, risikokind e.d. voor wat betreft de leeftijdsgroep 0-5/6 jaar;
- b) om welke aantallen kinderen het gaat.

2 LITERATUURGEGEVENS

De eerste vraag is, wat kan zoal ten grondslag liggen aan de waarneming probleemkind, kind dat meer dan gewone zorg en aandacht behoeft. Kortom, wat kan er met een kind aan de hand zijn?

De literatuur levert op dit punt langs tenminste drie ingangen gegevens op. Deze ingangen komen uit in verschillende denkwerelden die ogenschijnlijk geen weet van elkaar hebben. In grove trekken gaat het om

- I. geneeskunde; het kind met een handicap;
- II. geestelijke gezondheidszorg, psychologie, pedagogie: het kind met (gedrags-)stoornissen, het kind met "emotional problems";
- III. maatschappijwetenschappen: het gedepriveerde kind, het kind dat opgroeit onder ongunstige omstandigheden.

Na een presentatie van literatuurgegevens die het volgen van deze drie ingangen oplevert, zal getracht worden deze met elkaar in verband te brengen.

2.1 Het kind met een handicap

Bij een onderzoek in Georgia, USA (Wishik, 1956) zijn twaalf "handicapping conditions" onderscheiden. Teneinde een indruk te krijgen van de omvang van het probleem en van de daarvoor benodigde voorzieningen werd in twee distrikten bij de populatie onder de éénentwintig jaar nagegaan hoe vaak deze handicaps zich voordeden (Tabel 1).

Tabel 1. Prevalence of handicapped children in Clarke-Oconce counties

Diagnoses	Estimated No. per 1,000 children under 21
Cosmetic	43
Mental retardation	40
Personality disturbance	29
Speech	29
Eye and vision	24
Hearing	19
Orthopedic	17
Orthodontic	16
Heart	10
Cerebral palsy	5
Epilepsy	4
Cleft palate and lip	1
Any of above diagnoses	108

Overgenomen uit: Wishik, 1956

De auteur komt tot de konklusie dat 10 pct van de populatie onder de één-entwintig jaar één of meer handicaps heeft: hiervan heeft een derde één handicap, een derde twee en het overige derde gedeelte méér dan twee handicaps. Tenslotte werd nagegaan in hoeverre een "handicapping condition" voor het kind zelf in feite een lichte, matige of ernstige handicap betekende, afhankelijk van de akseptatie door de betrokkene zelf, de familie en de gemeenschap. Ook deze faktor telt mee bij de planning van voorzieningen voor gehandicapten.

Enkele jaren later blijkt er in Amerika nog geen sprake te zijn van een bruikbaar overzicht van het vóórkomen van kinderen met een handicap (Harper, 1962). Gewezen wordt op de moeilijkheid dat de kriteria voor de mate waarin een defekt een handicap oplevert, zeer verschillend kunnen liggen. Een ruwe schatting wordt getoond in Tabel 2; ook hierbij gaat het om de populatie onder de éénentwintig jaar.

Table 2. Estimated prevalence of selected handicaps among children under 21 years of age

Handicap	Estimated prevalence per 1,000 children
Vision	
Blindness (Visual acuity of 20/200 or less in better eye after correction, or visual field less than 20 degrees in widest diameter)	0.2
Partially seeing (Visual acuity of 20/70 to 20/200 in better eye after correction)	2.0
Hearing	
Central impairment (all degrees) } Peripheral impairment } Profound (75 or more decibel loss) } Moderate to severe (more than 30 to less than 70 decibel loss)	1
Speech	7
(Major handicaps only; types include delayed and retarded speech, articulatory disorders, dysphonia, dysarthria)	
Stuttering	10
Orthopedic (includes foot defects)	17
Cerebral palsy	5
Epilepsy	5
Cleft palate or Lip or Both	1.3*
Cardiac (Rheumatic and congenital heart disease, all grades of handicap from mild to severe)	10
Mental retardation	30

* Ratio per 1,000 live births

From various sources. See references in sections and chapters dealing with specific handicaps.

Overgenomen uit: Harper, 1962

In Hawaii vond een longitudinaal onderzoek plaats van 750 in 1955 levendgeborenen (French, 1968). Op de leeftijd van twee jaar vertoonden 38 ernstige en 43 lichte aangeboren gebreken; in totaal 81 kinderen.

Op de leeftijd van tien jaar werd vastgesteld dat van het oorspronkelijke kohort 4.5 pct een handicap had die vanaf de geboorte bestond en 2.1 pct een verworven handicap. Het aantal kinderen die, voor wat hun leervermo-

gen betreft, grensgevallen waren bedroeg 8.5 pct. 1.1 pct had zodanige stoornissen in het horen en 1.6 pct in het zien, dat het leren werd bemoeilijkt. Voor nog eens 39 pct van de kinderen bleek speciale hulp bij het onderwijs nodig te zijn, voor de helft van hen tijdelijk. Bij 13 pct van de kinderen bleek ernstige emotionele problematiek te bestaan. Vooral tussen de beide laatstgenoemde categorieën is sprake van overlap, waardoor het aantal tienjarige kinderen dat op lange termijn speciale voorzieningen behoeft wegens leerstoornissen en/of emotionele problematiek door de onderzoekers wordt geschat op een derde van het totaal, tegen 6.6 pct wegens lichamelijke afwijkingen, 8.5 pct wegens een lage intelligentie en 2.7 pct wegens slecht horen of zien. Vanuit de Bondsrepubliek wordt gemeld dat 7.77 pct van de kinderen die op de leerplichtige leeftijd zijn voor een of andere vorm van buitengewoon onderwijs in aanmerking komt (Bläsigg, 1971). Hierbij wordt uitgegaan van elf op specifieke handicaps gerichte schooltypen (Tabel 3).

Tabel 3.

Schule für	Prozentzahlen der behinderten Kinder im schulpflichtigen Alter
1. Blinde	0.02
2. Gehörlose	0.08
3. Geistigbehinderte	0.6
4. Gemeinschaftsschwierige	1.0
5. Körperbehinderte	0.25
6. Kranke (Langleger)	0.07
7. Lernbehinderte	4.0
8. Schwerhörige	0.15
9. Sehbehinderte	0.1
10. Sprach behinderte	1.5
	Aufnahmefälle 0.7
	Ambulanzfälle 0.8
11. Taubblinde	0.001
	<hr/>
	7.771%

Overgenomen uit: Bläsigg, 1971

Hellbrugge (1973) baseert zijn uitspraak dat het gehandicapte kind vanuit kwantitatief-statistisch oogpunt geen uitzonderingsprobleem is, op

gegevens uit 1962/1963 toen in Duitsland 11.5 pct van de kinderen gebruikmaakte van het buitengewoon onderwijs. Hiervan was 6 pct lernbehindert, 2 pct erziehungsschwierig, 0.5 pct lebenspraktisch-bildungsunfähig en de rest (3 pct) lichamelijk niet in staat aan het gewone onderwijs deel te nemen.

Eenzelfde bezorgdheid blijkt wel uit de uitermate zorgvuldige longitudinale Development Studies die in Groot Brittannië plaats hebben gevonden (Spence, 1954; Douglas, 1958; Miller, 1960, 1974; Pringle, 1966; Davie, 1972). Hierbij is niet alleen gelet op stoornissen in horen, zien, spreken enz. - en dit in allerlei graderingen - maar ook op tal van variabelen in het milieu.

In Nederland ging Hengeveld c.s. (1968) door middel van huisbezoek na hoeveel van 1000 kinderen van de leeftijd van anderhalf jaar in de ontwikkeling bedreigd leken. Hij kwam tot de slotsom dat dit bij ruim 22 pct van de kinderen het geval was. Bij dit onderzoek werd gelet op lichamelijke, psychische en milieufactoren. 343 factoren waren als volgt over de 226 in de ontwikkeling bedreigde kleuters verdeeld:

lichamelijk (aangeboren afwijkingen, veel ziekteperiodes, aandoeningen van de ademhalingswegen, ooraandoeningen, aandoeningen van het bewegingsapparaat enz.)		96
psychisch	ontwikkelingsstoornissen (10) gedragsstoornissen (20)	30
milieu	bedreigende woonsituatie (37) verzorgingstekort (54) pedagogisch onvermogen (42) belastende gezinssituatie (67)	217

Verbrugge (1970) komt tot een schatting van ruim 16000 kinderen per jaargroep die lichamelijk, zintuiglijk of geestelijk min of meer gehandicapt zijn. In totaal konkludeert hij tot een aantal van ruim 250.000 kinderen (van 0-15 jaar) die lichamelijk en/of geestelijk gehandicapt zijn: dit is 6½-7%.

In 1970 maakten in totaal 72310 kinderen gebruik van het buitengewoon onderwijs (Centraal Bureau voor de Statistiek, 1971). Hierbij waren 3559 zevenjarigen (1½ pct): 2053 bezochten scholen voor zwakzinnigen, 319 LOM-scholen en 1187 andere instellingen voor buitengewoon onderwijs, te weten voor: doven, slechthorenden, slechthorenden met ernstige spraakgebreken, blinden, slechtzienden, lichamelijk gebrekkigen, langdurig zieken, ziekelijke kinderen, kinderen die aan toevallen lijden, zeer moeilijk opvoed-

bare kinderen, inrichtingen voor kinderbescherming en pedologische instituten.

2.2 Het kind met (gedrags-)stoornissen, met "emotional problems"

De hierboven aangehaalde studies waren in de eerste plaats gericht op het tellen van kinderen met een handicap. Enkele van de auteurs vonden in het voorbijgaan ook kinderen met leer- en gedragsproblemen. Voor hen die zich op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en daaraan verwante velden bewegen, is het ontdekken van dergelijke problemen het voornaamste onderzoeksdoel. Ook in de psychiatrie en psychologie immers is er dringend behoefte aan epidemiologische gegevens, welke als basis zouden kunnen dienen voor de planning van voorzieningen in het algemeen en van die voor preventie in het bijzonder. Een belangrijke functie van de epidemiologie is het opsporen van aanwijzingen over het ontstaan van ziekte-toestanden, aldus een rapport van de World Health Organization (1960). Helaas is epidemiologie op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg verre van eenvoudig. De voornaamste struikelblokken zijn:

- zowel oorzaken als uitingen van geestelijke ongezondheid zijn veelal sterk individueel bepaald, terwijl de beoordeling ervan door buitenstaanders vaak gekoppeld is aan heersende normen en waarden; hierdoor zijn de gegevens moeilijk kwantificeerbaar;
- de multifaktoriële etiologie die aan geestelijke ongezondheid ten grondslag ligt.

Een duidelijke omschrijving van het begrip geestelijke (on)gezondheid ontbreekt overigens. Scott (1958, a, b) wijdt een beschouwing aan een aantal criteria die soms hiervoor worden gehanteerd, zoals het ondergaan van psychiatrische behandeling, slechte sociale aanpassing, screening door psychiaters, subjectief beleven van niet-gelukkig zijn, "objektieve" psychologische verschijnselen. Het onderlinge verband tussen deze criteria blijkt ver te zoeken, terwijl ze ook op zichzelf genomen niet voldoen. Bij een onderzoek waarbij het ging om geestelijke gezondheid van schoolkinderen, werd gekozen voor een twee-dimensionale benadering van geestelijke gezondheid, namelijk voor zover deze wordt bepaald door de wijze waarop het individu het er in zijn sociale rol van afbrengt (buitenwereld) en door de mate waarin het met zichzelf in vrede leeft (binnenwereld) (Kellam, 1975). Kort weergegeven boekt epidemiologie op het terrein van de geestelijke gezondheid weinig voortgang (Lindemann, 1950; Gruenberg, 1973). Er zijn er dan ook die menen dat deze methode zodanige beperkingen met zich meebrengt,

dat beter naar andere benaderingswijzen kan worden omgezien (Birtchnell, 1974).

Voor het relatief nieuwe terrein van de geestelijke gezondheidszorg van het kind tenslotte, zou nog in het geheel geen klassifikatiesysteem bestaan van ziektebeelden en -oorzaken. Voorheen werd het kind beschouwd als miniatuur volwassene, als volwassene-in-de-dop. We weten nu dat het geen kwestie is van alleen maar "groot worden", maar dat men van pasgeborene tot volwassene een stormachtige ontwikkeling doormaakt: een on-rijp en "on-redelijk" organisme wordt hierbij tot een individu dat baas kan zijn over zichzelf en over zijn lot, voor zover dit hem is gegeven (Senn, 1968). Dit proces verloopt niet vloeiend en geleidelijk, maar met horten en stoten, ook wel aangeduid als ontwikkelingsstadia.

In theorie zou het mogelijk moeten zijn voor een ordening van geestelijke ongezondheid bij het kind uit te gaan van deze verschillende ontwikkelingsfasen. In de praktijk echter blijkt dit niet te werken. Er bestaan namelijk verschillende theorieën omtrent de ontwikkeling van pasgeborene tot volwassene. Deze theorieën kennen geen gemeenschappelijke taal, terwijl ze bovendien op een aantal punten met elkaar in tegenspraak zijn of lijken te zijn (Senn, 1968; Herbert, 1974). In grote lijnen zijn deze theorieën gekenmerkt door de volgende accenten:

- biologisch chronologisch (Gesell e.a.);
- cognitief-sociaal (Piaget e.a.);
- psycho-analytisch (Freud e.a.);
- sociaal-interaktioneel (Erikson e.a.).

Van de onderzoekers die uit deze scholen voortkomen, zal bovendien de één meer kind-gericht te werk gaan en zal de ander zich meer oriënteren op de wederkerigheid, op de uitwisselingsprocessen tussen omgeving en kind. Zo zien we aan de ene kant een onderzoek als dat van Thomas (1968), waarbij in een longitudinale studie 141 kinderen uit 85 gezinnen werden gevolgd. Hierbij werd het verband onderzocht tussen het temperament van het kind en het ontstaan van gedragsstoornissen. Met temperament wordt bedoeld: "behavioral style", namelijk *hoe* doet het kind, in tegenstelling tot *wat* (inhoud) of *waarom* (motief). Aan de andere kant een studie als van Herbert (1974), waarbij voornamelijk wordt uitgegaan van de opdracht tot socialisatie, van "ontwikkelingstaken", zoals voedsel opnemen, uitscheidingsprocessen, zelfstandig worden, enz. Tussen deze twee benaderingswijzen liggen weer enkele andere. Alle hebben ze gemeen het besef, dat hun aanpak niet de enig mogelijke is en trachten zij hun opvattingen in te passen in de verschillende ontwikkelingstheorieën. Vrijwel eensluidend is dan ook

de konklusie, dat een gedragsstoornis of -verschijnsel, een "emotional problem" op zichzelf, een zeer betrekkelijk gegeven is waarvan de betekenis niet los van andere gegevens kan worden uitgelegd.

Hieronder volgen enkele konklusies van deze auteurs:

- Een gedragsstoornis is een symptoom. Dit zegt alleen dat er iets aan de hand is, niet wát en waarom. In feite is het net als met koorts: op het verschijnsel koorts alleen zal men zelden de diagnose stellen, laat staan tot behandeling overgaan (Schulman, 1967);
 - Een gedragsverschijnsel kan betekenen dat het kind bezig is een "normaal" probleem in de ontwikkeling langs "normale" weg op te lossen; het kan ook betekenen dat het kind het probleem negeert, ontkennt of er juist hardnekkig aan vasthoudt (Brody, 1961);
 - Het kan zijn dat het kind een incidentele crisis op zijn weg vindt, zoals verhuizing, ziekenhuisopname, een gebeurtenis binnen het gezin en hierop met een bepaalde vorm van gedrag reageert (Klein, 1961; Wolff, 1969; Ter Haar Romeny, 1973);
 - Het kan een teken zijn van groei: het kind zoekt naar een evenwicht tussen onbewuste, voorbewuste en bewuste processen; deze zijn vaak met elkaar in strijd en het "Ik" is nog niet in staat om daarbij als "politie-agent" te functioneren.
- Ook kan een gedragsafwijking erop wijzen dat de ontwikkeling die de ouders en verzorgers als zodanig doormaken en de ontwikkeling van hun kind op een bepaald moment niet op elkaar zijn afgestemd (Senn, 1968);
- Het kind is bezig de moeilijkheden te overwinnen, die gepaard gaan met het onder de knie krijgen van een nieuwe ontwikkelingsstaak: het zal maar zelden voorkomen dat een kind zich daarbij niet eens onaangepast gedraagt (Herbert, 1974).

De vraag is, volgens Herbert, hoever onaangepast gedrag mag gaan, voordat ouders en verzorgers besluiten hulp van buiten in te roepen. Het feit dat men hulp inroept bij de begeleiding van de ontwikkeling van een kind heeft al lang afgedaan als criterium voor geestelijke ongezondheid. De beschikbaarheid van verwijsinstanties in de nabijheid, opleiding, inkomen en vooral het vermogen van de ouders om frustraties te verwerken, verdraagzaamheid van de direkte omgeving, houding van huisartsen, leerkrachten e.d. ten aanzien van verwijzing, zijn even zovele factoren die het aanmelden van een kind bij een instelling voor geestelijke gezondheidszorg mede bepalen.

Shepherd c.s. (1971) hadden dan ook weinig moeite bij 50 kinderen die een MOB bezochten eenzelfde aantal niet-MOB-bezoekende controlekinderen te

vinden die bij onderzoek een even grote mate van "gestoordheid" bleken te vertonen.

Anderen (Lapouse, 1958) vonden bij 482 doorsnee-schoolkinderen verrassend veel karakteristieke gedragsverschijnselen (Tabel 4).

Tabel 4. The prevalence of some behavior characteristics in a weighted representative sample of 482 children aged 6-12 as reported by mothers

	Per cent
1. Fears and worries, 7 or more present	43
2. Bed wetting within the past year	
All frequencies	17
Once a month or more	8
3. Nightmares	28
4. Food intake	
Less than "normal"	20
More than "normal"	16
5. Temper loss	
Once a month or more	80
Twice a week or more	48
Once a day or more	11
6. Overactivity	49
7. Restlessness	30
8. Stuttering	4
9. Unusual movements, twitching or jerking (tics)	12
10. Biting nails	
All intensities	27
Nails bitten down (more severe)	17
11. Grinding teeth	14
12. Sucking thumb or fingers	
All frequencies	10
"Almost all the time"	2
13. Biting, sucking or chewing clothing or other objects	16
14. Picking nose	26
15. Picking sores	16
16. Chewing or sucking lips or tongue or biting inside of mouth	11

Overgenomen uit: Lapouse & Monk (1958)

Samenvattend: "emotional problems", gedragsstoornissen zijn een veel voorkomend verschijnsel, zowel bij kinderen die een MOB bezoeken als bij doorsnee-kinderen die bij geen enkele instelling voor geestelijke gezondheidszorg zijn aangemeld. Op zichzelf vormen deze problemen geen aanwijzing voor de mate van geestelijke (on)gezondheid van kind of populatie. De in het voorafgaande vermelde auteurs hebben het niet hierbij gelaten. Hun studies tonen aan dat een aantal factoren gewogen dienen te worden, wil men vaststellen of ongerustheid over bepaalde gedragsstoornissen op z'n plaats is. Deze factoren zijn de volgende:

- intensiteit van het verschijnsel: hoe hard wordt gegild, geschopt, trekt het kind zich terug enz.;
- frekwentie: hoe dikwijls treedt het verschijnsel op;
- past het gedragsverschijnsel bij een kind van deze leeftijd, deze sexe;
- gelijktijdig vóórkomen van andere gedragsverschijnselen;
- omstandigheden waaronder het gedrag optreedt;
- duur van het gedragsverschijnsel;
- houding en eigenschappen van degene die het gedrag waarneemt en rapporteert.

Verscheidene onderzoekers hebben aangetoond dat spontane verdwijning of afname van gedragsstoornissen, van "emotional problems", eerder regel dan uitzondering is (Miller, 1960; Shepherd, 1971; Herbert, 1974; Pringle, 1974); vandaar dat de duur, het aanhoudend blijven bestaan van een verschijnsel van betekenis kan zijn.

In het algemeen is een duidelijk verband aantoonbaar tussen het aantal symptomen dat door ouder of leerkracht wordt gerapporteerd en de mate van geestelijke (on)gezondheid (Glidewell, 1957; Wolff, 1969). Vooral Glidewell c.s. komen heel ver in het gebruiken van dit gegeven als screeningsinstrument.

Uit het voorafgaande zou men kunnen afleiden dat het een hachelijke zaak is te schatten hoe groot het aantal kinderen is dat zodanig met "emotional problems" te kampen heeft, dat men van geestelijke ongezondheid moet spreken. In een recent Amerikaans overzicht wordt dan ook opgemerkt dat nagenoeg onbekend is om hoe grote aantallen het gaat, zij het dat het een probleem is van niet geringe omvang (Joint Commission, 1973). Hierbij wordt gerefereerd aan onderzoek in kleuterscholen en kinderdagverblijven waaruit zou zijn gebleken dat een derde deel van de kinderen "mild emotional conditions" vertoont die de ontwikkeling storen, terwijl nog eens een derde deel moeilijkheden heeft van voorbijgaande aard.

Voor Engeland wordt geschat dat er op elk miljoen inwoners (hiervan is 25 pct jonger dan 15 jaar) 17000 kinderen zijn met emotionele stoornissen, dat is ruim 6 pct (Barker, 1973). Deze schatting is onder meer gebaseerd op onderzoek door Rutter. Deze vond bij 10- en 11-jarige schoolkinderen op het eiland Wight psychiatrische stoornissen (gedrags- en neurotische) bij 6 pct van de jongens en bij 2.5 pct van de meisjes (1966, 1970). In een wijk in de binnenstad van Londen waren deze percentages twee keer zo hoog: 12 pct voor jongens, 5 pct voor meisjes (1973). Van het in Newcastle upon Tyne gevolgde kohort van 1000 kinderen vertoonde 6 pct op vijfjarige leeftijd "considerable disturbance of behaviour", terwijl op tienjarige leeftijd 19.4 pct van ditzelfde kohort "maladjusted" was, dat wil zeggen last had van emotionele over-afhankelijkheid, driftbuien, tics, nachtelijke onrust of stelen (Miller, 1960, 1974).

Davidson (1961) presenteert een overzicht van onderzoek naar psychologische stoornissen bij kinderen uit zes landen in Noord-Europa. In Finland en Denemarken zou 85 pct van de kinderen het wel redden zonder speciale hulp, in Zweden 75 pct. In ons land (d.w.z. in Enschede) leverde 70 pct geen bijzondere moeilijkheden op. Volgens dit overzicht had in Engeland (Birmingham) 30 pct van de kinderen hulp nodig volgens de informatie van de ouders, terwijl dit voor 15 pct het geval was volgens de informatie van de leerkrachten. Overigens zijn de gegevens uit de zes landen onvergelijkbaar, vanwege het verschil in de wijze waarop ze werden verzameld, de verschillen tussen stad en platteland en de uiteenlopende leeftijden van de onderzochte kinderen; hiervan behoorden die in Finland tot de jongste categorie, namelijk 5-6-jarigen.

In het begin van dit rapport is gemeld, dat in de wereld van de kindercentra "probleemkinderen" een veel gehoorde term is. De kindercentra beschikken over een eigen blad, "De Kleine Wereld". Het leek interessant na te gaan wat hierin over deze materie wordt opgemerkt. In de jaargangen 1970 tot en met 1975 komen we tegen: stotteren, verlegenheid, stoornissen in de spraakontwikkeling, het in de ontwikkeling bedreigde kind, opvallende kinderen (3 x), kinderen die moeilijkheden geven (2 x), moeilijke kinderen (2 x), verwijzing van kinderen voor wie de thuissituatie moeilijk is en probleemkinderen (3 x). De auteurs zijn afkomstig uit alle vakgebieden: peuter- en kleuterleidster, pedagoog, psycholoog, huisarts, jeugdarts, kinderarts, lerares kinderverzorging en -opvoeding.

Alle mogelijke gedragsverschijnselen worden genoemd, dikwijls met toevoegingen die betrekking hebben op frekwentie en intensiteit. Zo zien we in een checklist voor observatie (Uijen, 1972): afscheid van de moeder geeft

vaak problemen, het kind is *vaak* agressief, *vaak overdreven* uitgelaten, vraagt *voortdurend* de aandacht van de leidster, heeft *zeer* eenzijdige belangstelling voor bepaalde spelactiviteiten, enz.

In één van de artikelen (Becking, 1973) is geschat hoe groot het aantal kinderen met moeilijkheden zou zijn in het kindercentrum:

- 60 pct geen moeilijkheden;
- 10 pct probleemgevallen die verdere bemoeienissen behoeven;
- 30 pct moeilijkheden in de speelzaal in allerlei vormen: agressief gedrag, huilen, niet los kunnen komen van de moeder, teruggetrokken, niet tot spelen komen enz.

Bij een enquête in Leiden in 1975 gaven de leidsters van twaalf kindercentra, bezocht door in totaal 365 kinderen, te kennen dat 66 van deze kinderen meer dan gewone aandacht behoeften, dit is 24 pct (Slats, 1976).

2.3 Het kind dat opgroeit onder ongunstige omstandigheden

Berichten over het kind met een handicap en over het kind met emotionele stoornissen treffen we voornamelijk aan in de vakliteratuur, berichten over het kind dat opgroeit onder ongunstige omstandigheden vinden ook de weg naar de massamedia. Daarbij wordt nogal eens het bijvoeglijk naamwoord "gedepriveerd" gebruikt. Dit zal wel uit het Angelsaksische taalgebied zijn overgewaaid. Daar kent men naast "deprivation" ook "privation", beide van de Latijnse stam *privare* = wegnemen. Rutter (1972) ziet hier een duidelijk onderscheid: *privation* = "lack", tekort en *deprivation* = "loss", verlies. In het eerste geval heeft men iets nooit bezeten, in het tweede geval is men iets kwijtgeraakt. In psychodynamische zin zeker geen onbelangrijk onderscheid. Het lijkt onzuiver taalgebruik om van gedepriveerd te spreken, als we daarmee bijvoorbeeld bedoelen het opgroeien onder sociaal ongunstige omstandigheden: meestal verkeert men daarin immers vanaf de geboorte en heeft men nooit beter gekend. In Van Dale's Groot Nederlands Woordenboek vinden we wél *privatief* = beroving uitdrukkend, terwijl het Groot Woordenboek der Geneeskunde onder *deprivatie* zowel verlies als ontbreken opgeeft, nl. van lichaamsdelen, organen, vermogens of dingen, die men nodig heeft.

Keren we na deze semantische uitwijding terug naar de omstandigheden waaronder een kind opgroeit. Ze worden, voor zover het sociale omstandigheden betreft, in hoofdzaak bepaald door de volgende factoren:

- het wonen: grootte van de woning, de "bewoonbaarheid", verhouding grootte gezin en woning;

- het financieel inkomen;
- opleiding en beroep van de ouders;
- niveau van verzorging en opvoeding, klimaat in het gezin.

Vooraf na de tweede wereldoorlog zijn allerlei studies in deze richting op grote schaal op gang gekomen. De eerdergenoemde longitudinale National Development Study in Engeland en die in Newcastle upon Tyne zijn met name gericht op aan bovenstaande factoren gekoppelde variabelen en combinaties ervan. Studies zijn gevolgd door programma's gericht op het zo goed mogelijk ondervangen van het effect van ongunstige sociale omstandigheden, met vooral het oog op de latere leerprestaties van de kinderen. Head Start in Amerika is daar een voorbeeld van, evenals andere projecten (Chilman, 1968; Joint Commission, 1973). Belangrijke conclusies die uit de nogal teleurstellende resultaten van deze programma's getrokken worden zijn onder meer, dat men nog veel vroeger (= zo vroeg mogelijk) met dit soort bemoeiingen moet beginnen en daarbij vooral de directe omgeving, de ouders intensiever moet betrekken (Pringle, 1974). Ook uit andere bron komt deze observatie (Werner, 1967).

In ons land is op het gebied van "tegemeetkomende" projecten het werk van Grandia (1972/73) en van Van Calcar (1972) het meest bekend.

Pringle gebruikt voor het aanwezig zijn van specifieke, mogelijk schadelijke persoonlijke, familiale of sociale omstandigheden de termen "vulnerable" of "at risk". De nadruk ligt hierbij op *mogelijk*. De terminologie zegt dan ook niets over het welzijn van het kind zelf, alleen over zekere omstandigheden waaronder het moet leven.

Hetzelfde geldt voor de elders gerefereerde *mogelijk* ziekmakende factoren-op-lange-termijn. We kennen die in het bio-fysische, in het psychosociale en in het sociokulturele vlak (Ter Haar Romeny, 1973; Wassen, 1974). Door anderen wordt wel van patotrofe situaties gesproken: situaties in de omgeving van het kind die een potentieel gevaar inhouden voor een gezonde ontwikkeling (Nederlands Instituut voor Kinderstudie, 1974).

De term "at risk" is minder dubbelzinnig dan "vulnerable"; de laatste kan de schijn wekken een attribuut te zijn van het kind zelf, in plaats van een in zijn omgeving gelegen mogelijk ziekmakende *factor*. *Met willekeurige koppelen van kwetsbaarheid, vatbaarheid aan "at risk", zou tot misverstanden kunnen leiden.* Sommige kinderen immers groeien onder uitermate ongunstige omstandigheden op tot gave volwassenen. Een kind at risk, at high risk zelfs, blijkt dan "invulnerable" onkwetsbaar (Anthony, 1974) te zijn. Interessant is in dit verband de "Invulnerability Inventory" van

Murphy (1968).

Omstandigheden, gunstig of ongunstig, behoren dus niet tot de eigen bagage van het kind. Wèl tot de bagage behoort hoe het kind zijn omgeving, zijn omstandigheden weet te beïnvloeden. In het verleden heeft men het kind in dit opzicht beschouwd als uitsluitend passief ontvangend: moeder-kind-relatie en niet kind-moeder-relatie (Van den Berg, 1968). De laatste jaren krijgt men echter steeds meer oog voor het feit dat het ene kind - en dat geldt al op de zuigelingenleeftijd - heel anders door de omgeving wordt ervaren dan het andere. Op de stimuli die van het kind uitgaan volgt weer respons van de direkte verzorgers, enz. (Freud, 1958; Bentovim, 1972; Lewis, 1974).

Keren we terug naar de omstandigheden waaronder het kind opgroeit. Pringle noemt "at risk":

- groot gezin met laag inkomen;
- geestelijke of lichamelijke handicap van het kind;
- opgroeien met slechts één, in plaats van met beide natuurlijke ouders;
- gedurende lange of korte tijd niet in het eigen gezin wonen;
- ouders behorend tot minderheidsgroeperingen.

Sterk in de aandacht is vooral in de Engelse literatuur het kind in een inrichting (Bowlby, 1952, 1965; Pringle, 1958). Eveneens het kind in een "broken home", d.w.z. niet wonend bij beide natuurlijke ouders. De ene auteur ziet dit als een mogelijke verklaring voor psychiatrische stoornissen (Rutter, 1973), de ander ziet geen ongunstig effect - dat wil zeggen: geen vertraagde ontwikkeling! - bij kinderen uit een onvolledig gezin in vergelijking met kinderen in een controlegroep, als tenminste het kind maar bij één van de eigen ouders blijft wonen (Rowntree, 1954/55).

3 DISKUSSIE

Het eerste doel van deze studie was na te gaan welke aanknopingspunten de literatuur oplevert omtrent begrippen als probleemkind, risikokind e.d. voor wat betreft de leeftijd van 0-5 tot 6 jaar. De vraag was: wat kan er zoal aan de hand zijn met kinderen die in de wereld van de kindercentra worden aangeduid als probleemkinderen, moeilijke kinderen e.d. Tweede doel was na te gaan of bekend is om hoe grote aantallen het gaat. In de eerste plaats zijn er literatuurgegevens over *het kind met een handicap*. Alle omschrijvingen van het begrip handicap - en het zijn er heel wat - brengen hun eigen criteria met zich mee en omgekeerd. Zo kan men zich bijvoorbeeld richten op het gegeven dat een aantal kinderen op de leeftijd dat de leerplicht ingaat niet in staat is met vrucht deel te nemen aan "gewoon" onderwijs ten gevolge van chronische ziekte-toestanden, van een defekt in zien, horen, spreken, zich bewegen, in intelligentie of een combinatie hiervan. Naar schatting gaat het hierbij in ons land om zo'n anderhalf procent per jaargroep levendgeborenen. Indien kinderen uit deze categorie een kindercentrum bezoeken zal de waarneming dat zij méér dan gewone aandacht en zorg nodig hebben zeker terecht zijn. Daarmee is nog niet gezegd, dat deze zelfde kinderen niet thuis zouden horen in een kindercentrum.

Op andere plaatsen in de wereld, bijvoorbeeld op Hawaii, vindt men veel hogere percentages, ook als men alleen de zeer ernstig gehandicapten rekent. Dit zou een belangrijk epidemiologisch gegeven kunnen zijn.

In ons land is Hengeveld de enige die een onderzoek heeft ingesteld, gericht op het zeer jonge kind. Hij achtte van 1000 kinderen van anderhalf jaar 226 in de ontwikkeling bedreigd, dit is ruim 22 pct. Uit de resultaten van dit onderzoek valt niet af te leiden hoeveel van deze kinderen lichamelijk en/of geestelijk gehandicapt waren. In het COBA-rapport is één van de voorbeelden van risikokinderen: kinderen die lichamelijk of geestelijk licht gehandicapt zijn. Waarom hier dat "licht" is overigens niet duidelijk. Ook Pringle spreekt bij kinderen met een handicap van kinderen "at risk". Nergens werd voor kinderen met een handicap de term probleemkinderen gevonden.

Deze uitdrukking lijkt in het bijzonder gebruikt te worden voor *kinderen met gedragsstoornissen, met "emotional problems"*. Dit zijn ruime en vooral vage termen: een klassifikatiesysteem van ziektebeelden en -oorzaken voor wat betreft geestelijke ongezondheid van het kind ontbreekt ten enenmale. Ordening van stoornissen en ziektebeelden aan de hand van de verschillende ontwikkelingsfasen blijkt in de praktijk niet mogelijk

doordat de verschillende theorieën omtrent de ontwikkeling van het kind op een aantal punten met elkaar in tegenspraak zijn. Bovendien legt de ene onderzoeker de nadruk op wat er met het kind zelf aan de hand is, de ander op wat zich afspeelt tussen kind en ouders/verzorgers, o.a. bij het onder de knie krijgen van allerlei ontwikkelingstaken. Langs deze verschillende wegen komt men wel algemeen tot de konklusie dat een gedragsverschijnsel of een "emotional problem" nooit los van andere gegevens omtrent de ontwikkeling en de situatie van dit specifieke kind mag worden uitgelegd.

Hoe betrekkelijk de betekenis van een gedragsverschijnsel is, blijkt ook uit die onderzoekingen waarbij kinderen die hiervoor in behandeling waren werden vergeleken met doorsnee kontrolekinderen: de laatsten bleken minstens evenveel gedragsverschijnselen te vertonen als de behandelde kinderen. Kort samengevat hebben gedragsverschijnselen, emotional problems op zich, geen betekenis in kwalitatieve zin. Hoogstens kunnen zij betekenis hebben in kwantitatieve zin indien men nagaat hoe hevig het verschijnsel is, hoe vaak het zich voordoet, of het langdurig en aanhoudend optreedt, met hoeveel andere verschijnselen het gepaard gaat, dit alles afgezet tegen overwegingen als: hoe past het verschijnsel bij dit kind, in deze fase van zijn ontwikkeling, in deze specifieke situatie.

Nog veel meer dan bij kinderen met een handicap lopen tellingen en schattingen van de aantallen kinderen met "emotional problems" uiteen. Ook hier geldt, zij het in nog sterkere mate: welke criteria worden aangelegd, vanuit welk vakgebied en met welk doel wordt het onderzoek gedaan? De één vindt "mild emotional conditions" die storend zijn voor de ontwikkeling bij ruim 30 pct (jonge) kinderen, de ander meldt dat 6 pct van de (wat oudere) kinderen aan psychiatrische stoornissen lijdt. Ook hier, naast andere, plaatselijke verschillen: in oude stadswijken tweemaal zoveel stoornissen, nl. 12 pct.

In het voorgaande werd al melding gemaakt van het onderzoek van Hengeveld waarbij ruim 22 pct van de anderhalfjarige kinderen als in de ontwikkeling bedreigd werd aangemerkt. Verder zou in een aantal peuterspeelzalen 24, respectievelijk 30 pct van de kinderen aanleiding tot bezorgdheid geven en eveneens 30 pct op scholen voor basisonderwijs. Het laatste percentage ligt in de buurt van de aantallen kinderen met diverse soorten problemen die onder meer op Hawaii werden gevonden op de leeftijd van tien jaar. De uitspraak dat nodig iets ondernomen moet worden om het niet zover te laten komen, vindt men wel hier en daar; wat er dan aan gedaan moet worden wordt evenwel niet aangegeven.

De gedachte "er iets aan doen" speelt vooral een rol bij de derde categorie kinderen waarmee iets aan de hand kan zijn: *kinderen die opgroeien onder ongunstige omstandigheden*. Deze omstandigheden worden onder meer bepaald door opleiding, beroep en inkomen van de ouders. Kinderen die op deze punten ongunstig zitten, lopen een gereede kans op blijvende achterstand. Indien men, met het doel een achterstand te voorkomen, met deze kinderen aan het werk gaat zonder de ouders daar nauw bij te betrekken, boekt men weinig - en stellig geen blijvend - resultaat, naar uit verscheidene programma's is gebleken. Ook is hierbij duidelijk geworden, dat men niet vroeg genoeg kan beginnen met er iets aan te doen. De aantallen waar het hier om gaat zijn overigens sterk plaatselijk gebonden. Niet alleen omstandigheden als opleiding en inkomen van de ouders laten hun invloed gelden, maar ook de gezinssituatie op zich. Hierin liggen factoren als: grootte van het gezin, kind kan enig kind zijn, vóórkind, vervangkind (in de plaats van gestorven broertje of zusje) of na-komer, cultuurpatroon van één of van beide ouders verschilt van het Nederlandse cultuurpatroon enz.

Ongunstige omstandigheden op zich behoeven niet fataal te zijn. Ze zijn bovendien geen attribuut van het kind zelf. Ze functioneren als *mogelijk* ziekmakende factoren, waarvoor het ene kind meer gevoelig, meer kwetsbaar zal zijn dan het andere. Het lijkt dan ook niet juist om aan een kind dat opgroeit onder ongunstige omstandigheden, dat zich in een patotrofe situatie bevindt, de term "risikokind" te verbinden.

Op zoek naar aanknopingspunten in de literatuur voor uitdrukkingen als risikokinderen, probleemkinderen e.d., zijn gegevens aangetroffen met betrekking tot:

- kinderen met een handicap,
- kinderen met gedragsstoornissen, met "emotional problems" en
- kinderen die opgroeien onder ongunstige omstandigheden.

De vraag is nu: hoe is één en ander met elkaar in verband te brengen. Zowel voor kinderen met een handicap, als voor kinderen die opgroeien onder ongunstige omstandigheden geldt, dat zij blootgesteld zijn aan op lange termijn werkende *mogelijk* ziekmakende factoren. In vergelijking tot kinderen die geen handicap hebben en kinderen die niet onder ongunstige omstandigheden opgroeien, lopen zij dus een grotere kans niet alleen dat zij in hun ontwikkeling op problemen zullen stuiten, maar ook dat zij meer energie nodig zullen hebben voor het oplossen van de problemen die zich normaliter tijdens de ontwikkeling van een individu voordoen. Het zijn derhalve kinderen die meer weet van problemen zullen hebben dan an-

dere. Daarmee zijn het echter nog geen probleemkinderen. De term: kinderen met een verhoogd risico ("high-risk"), lijkt beter op zijn plaats. Vanuit preventie gedacht leidt dit tot de gevolgtrekking dat zij die tot taak hebben kinderen te begeleiden altijd op de uitkijk zijn naar *mogelijk* ziekmakende factoren, in dit geval naar die op lange termijn. Dit resulteert in het signaleren van kinderen met een verhoogd risico, wat van de begeleiders extra oplettendheid vereist. Factoren op lange termijn zijn o.m. de volgende:

- handicap(s);
- laag gezinsinkomen; bekrompen woonsituatie;
- geringe opleiding en scholing van de ouders; werkloosheid;
- opgroeien met één ouder: de andere ouder is altijd of bijna altijd afwezig;
- opgroeien in een tehuis;
- het kind is vóórkind, vervangkind, enig kind, na-komer;
- ouders één van beiden of allebei afkomstig uit een andere cultuur.

Ook al is er géén sprake van deze of andere patotrofe situaties, zich ontwikkelen en ontplooiën brengt voor elk kind en voor de ouders/verzorgers altijd problemen mee. Kinderen met problemen zijn er dus altijd en overal. Wolff zegt: "with rare exceptions, problemchildren are no different from other children". "Probleemkinderen" lijkt al met al niet een term waar zinnig mee te werken valt. Gezien echter de gevonden aantallen kinderen-met-problemen, kinderen met gedragsstoornissen, is het geen zaak om lichtvaardig overheen te stappen. Het feit dat problemen zo frekwent in de ontwikkelingsgang van ieder individu vóórkomen, wil nog niet zeggen dat problemen uit het niets zouden ontstaan en "vanzelf" weer overgaan en ook niet dat zij geen restverschijnselen kunnen achterlaten.

Wat kan er aan de hand zijn, wat kan de aanleiding zijn tot gedragsverschijnselen? Ook hier komen we weer *mogelijk* ziekmakende factoren tegen, ditmaal op korte termijn. Deze doen zich voor bij zogenaamde krisissituaties, en wel bij:

- Krisen in de ontwikkeling: dit zijn hindernissen die door ieder individu op zijn tijd genomen moeten worden (bijvoorbeeld: van zuigen tot eten, van onzindelijk tot zindelijk, van afhankelijk tot zelfstandig, van asociaal tot sociaal). Het zijn normale stappen in de ontwikkeling, maar wél vragen ze extra energie die tot uiting kan komen in bepaalde gedragsverschijnselen.
- Krisen van incidentele, van toevallige aard: er verandert iets in de levenssituatie (bijvoorbeeld: gescheiden worden van het vertrouwde

huis, van één of van beide ouders, geboorte volgend kind, bezoek aan dokter of ziekenhuis). Ogenschijnlijk gewone gebeurtenissen, die niettemin extra energie vergen.

- Rolcrises: overstappen naar een nieuwe rol in het maatschappelijk bestaan van het kind en van de ouders/verzorgers (bijvoorbeeld: kind-thuis wordt ook kind-in-speelgroep).

Voor een goed verwerken van crises is extra energie nodig, naast begrip van en positieve samenwerking met de betekenisvolle anderen.

Vanuit de preventiegedachte geldt weer dat zij die kinderen begeleiden, behalve op factoren op lange termijn ook altijd verdacht moeten zijn op *mogelijk* ziekmakende factoren op korte termijn. In de eerste plaats dienen zij erop attent te zijn wanneer zich een krisissituatie voor kan doen en in de tweede plaats moeten zij dan extra waakzaam zijn en zo nodig hulp bieden bij het verwerken van die situatie.

Kindercentra, waar blijkbaar zoveel kinderen-met-problemen worden opgemerkt, zouden zeker kunnen fungeren als uitkijkpost van waaruit preventieve zorg wordt bedreven. Wel zal er dan voor het werkelijk toepassen van deze zorg méér nodig zijn dan opmerken alleen: opmerken is nog maar het begin.

4 SAMENVATTING

In kindercentra voor het jonge kind worden dikwijls de uitdrukkingen "probleemkinderen", "risikokinderen" gehoord. Naar aanleiding hiervan is in literatuur uit binnen- en buitenland gezocht naar aanknopingspunten voor de betekenis van deze termen.

Hierbij bleek dat de literatuurgegevens zich langs drie ingangen laten verzamelen: via de geneeskunde (kind met een handicap), via de geestelijke gezondheidszorg, psychologie en pedagogie (kind met gedragsstoornissen, met "emotional problems") en via de maatschappijwetenschappen (het zogenaamd gedepriveerde kind, het kind dat opgroeit onder ongunstige omstandigheden).

In de discussie is getracht deze deels van elkaar verschillende, deels elkaar overlappende gegevens met elkaar in verband te brengen, en wel op zodanige wijze dat voor de uitdrukkingen "probleemkinderen", "risikokinderen" begrippen in de plaats komen die in praktische zin - vooral ten aanzien van preventie - van nut kunnen zijn.

LITERATUUR

- ANTHONY, E.J. The syndrome of the psychologically invulnerable child. In: Anthony, E.J., & C. Koupernik (eds). The child in his family. vol. III. Children at psychiatric risk. New York, Wiley, 1974
- BARKER, P. Care can prevent: child care or child psychiatry? London, N.C.H. printing dept., 1973. (National Children's Home Convocation Lecture 1973)
- BECKING, M. Een jaar speelzaalbegeleiding. De Kleine Wereld nr. 27A (1973) 32-7
- BENTOVIM, A. Handicapped pre-school children and their families: effects on child's early emotional development. Brit. med. J. 3 (1972) 634-7
- BERG, J.H. VAN DEN. Dubieuze liefde in de omgang met het kind. Nijkerk, Callenbach, 1968
- BIRCHNELL, J. Is there a scientifically acceptable alternative to the epidemiological study of familial factors in mental illness? Soc. Sci. Med. 8 (1974) 335-50
- BLÄSIG, W., & I. SCHWIEGER. Gegenwärtige Organisationsformen der Sonderschulen in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West) im Zusammenhang mit Änderungsvorschlägen. Rehabilitation 10 (1971)
- BOWLBY, J. Child care and the growth of love. Z.pl., Pelican Books, 1965
- BOWLBY, J. Maternal care and mental health. Geneva, WHO, 1952. (WHO Monograph series, 2)
- BRODY, S. Preventive intervention in current problems of early childhood. In: Caplan, G. (ed.). Prevention of mental disorders in children. New York, Basic Books, 1961. p. 168-91
- CALCAR, C. VAN. Een jaar innovatie op kleuter- en basisscholen in oude stadswijken van Amsterdam. Amsterdam, R.I.T.P./A.B.C., 1972
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Statistiek van het buitengewoon onderwijs 1970/71. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1971
- CHILMAN, C.S. Poor families and their patterns of child care; some implications for service programs. In: Dittmann, L.L. (ed.). Early child care; the new perspectives. New York, Atherton press, 1968. p. 217-36
- COMMISSIE VOOR DE ONTWIKKELING VAN BELEIDSANALYSE. Beleidsanalyse Kindercentra. Beleidsanalyse 4 (1975) 4-40
- DAVIDSON, M. Einige Untersuchungsergebnisse über psychologische Störungen bei Kindern. Prax. Kinderpsychol. 10 (1961) 273-8
- DAVIE, R., N. BUTLER, H. GOLDSTEIN et al. From birth to seven; a report of the National Child Development Study. London, Longman, 1972
- DITTMANN, L.L. (ed.). Early child care; the new perspectives. New York, Atherton press, 1968

- DOUGLAS, J.W.B., & J.M. BLOMFIELD. Children under five. London, Allen & Unwin, 1958. (Studies in Society)
- FRENCH, F.E., A. CONNOR, J.M. BIERMAN, K.R. SIMONIAN & R.S. SMITH. Congenital and acquired handicaps of ten-year-olds; report of a follow-up study, Kauai, Hawaii. Amer. J. publ. Hlth 58 (1968) 1388-95
- FREUD, A. Child observation and prediction of development; a memorial lecture in honor of Ernst Kris. Psychoanal. study of the Child 13 (1958) 92-116
- GLIDEWELL, J.C., I.N. MENSCH & M.C.L. GILDEA. Behavior symptoms in children and degree of sickness. Amer. J. Psychiat. 114 (1957) 47-53
- GRANDIA, J.H.N. Rondzendbrieven; projekt Onderwijs en Sociaal Milieu. Rotterdam, Schooladviesdienst, 1972/73
- GRUENBERG, E.M. Progress in psychiatric epidemiology. Psychiat. Quart. 47 (1973) 1-11
- HAAR ROMENY-WACHTER, C.Ch. TER, & P.C.J. WASSEN-VAN SCHAVAREN. Op weg naar preventieve geestelijke gezondheidszorg in de eerste levensjaren I. T. soc. Geneesk. 51 (1973) 790-801; 893-8
- HARPER, P.A. Preventive pediatrics; child health and development. New York, Appleton-Century-Crofts, 1962
- HELLBRUGGE, Th. (ed.). Probleme des behinderten Kindes. München etc., Urban & Schwarzenberg, 1973
- HENGEVELD, B. Kleuters, kleuterspeelzalen, bedreigde kleuters, medische kleuterdagverblijven en gezondheidszorg. Katholieke Gezondheidszorg 37 (1968) 426-9
- HERBERT, M. Emotional problems of development in children. London etc., Academic press, 1974
- JOINT COMMISSION ON MENTAL HEALTH OF CHILDREN. Mental health: from infancy through adolescence. New York etc., Harper & Row, 1973
- KELLAM, S.G. et al. Mental health and going to school. Chicago, University of Chicago Press, 1975
- KLEIN, D.C., & E. LINDEMANN. Preventive intervention of individual and family crisis situations. In: Caplan, G. (ed.). Prevention of mental disorders in children. New York, Basic Books, 1961. p. 283-306
- DE KLEINE WERELD; uitg. Werkgemeenschap Kindercentra Nederland, nrs. 10-54 (1970-1975)
- LAPOUSE, R., & M.A. MONK. An epidemiologic study of behavior characteristics in children. Amer. J. publ. Hlth 48 (1958) 1134-44
- LEWIS, M., & L.A. ROSENBLUM (eds). The effect of the infant on its caregiver. New York etc., John Wiley & Sons, 1974. (The origins of Behavior series, vol. I).

- LINDEMANN, E., J.E. GORDON, W.T. VAUGHAN & J. IPSEN. Minor disorders. In: Epidemiology of mental disorders. New York, Milbank Memorial Fund, 1960. p. 11-35
- MILLER, F.J.W., S.D.M. COURT, E.G. KNOX & S. BRANDON. The schoolyears in Newcastle upon Tyne 1952-62; being a further contribution to "the study of a thousand families". London etc., Oxford Univ. Press, 1974
- MILLER, F.J.W., S.D.M. COURT, W.S. WALTON & E.G. KNOX. Growing up in Newcastle upon Tyne; a continuing study of health and illness in young children within their families. London etc., Oxford Univ. press, 1960
- MINISTERIE C.R.M., STAFBURD STATISTIEK. Begeleidend schrijven bij enquête Kindercentra d.d. 5 sept. 1975
- MURPHY, L.B. The vulnerability inventory; appendix A. In: Dittmann, L.L. (ed.). Early child care. New York, Atherton press, 1968. p. 364-72
- NEDERLANDS INSTITUUT VOOR KINDERSTUDIE. N.I.K. Berichten nr. 11 (1974)
- PRINGLE, M.L.K. The needs of children; a personal perspective prepared for the Dept. of Health and Social Security. London, Hutchinson, 1974
- PRINGLE, M.L.K., N.R. BUTLER & R. DAVIE. 11,000 seven-year-olds; first report of the National Child Development Study (1958 Cohort). London, Longmans, 1966. (Studies in Child Development)
- PRINGLE, M.L.K., & V. BOSSIO. A study of deprived children. I. Intellectual, emotional and social development. Vita Humana 1 (1958) 65-92
- ROWNTREE, G. Early childhood in broken families. Pop. Studies 8 (1954-55) 247-63
- RUTTER, M. Maternal deprivation reassessed. Harmondsworth, Middlesex, Penguin Books, 1972. (Penguin Science of Behavior)
- RUTTER, M. Why are London children so disturbed? Proc. roy. Soc. Med. 66 (1973) 1221-5
- RUTTER, M., J. TIZARD & K. Whitmore (eds). Education, health and behavior. London, Longmans Green, 1970
- RUTTER, M., & P. GRAHAM. Psychiatric disorder in 10- and 11-year-old children. Proc. roy. Soc. Med. 59 (1966) 382-7
- SCHULMAN, J.L. Management of emotional disorders in pediatric practice; with a focus on techniques of interviewing. Chicago, Year Book Med. Publ., 1967
- SCOTT, W.A. Research definitions of mental health and mental illness. Psychol. Bull. 55 (1958 A) 29-45
- SCOTT, W.A. Social psychological correlates of mental illness and mental health. Psychol. Bull. 55 (1958 b) 65-87
- SENN, M.J.E., & A.J. SOLNIT. Problems in child behavior and development. Philadelphia, Lea & Febiger, 1968

- SHEPHERD, M., B. OPPENHEIM & S. MITCHELL. Childhood behavior and mental health. London, University Press, 1971
- SLATS, J., & J. SIRAA. Verslag van een onderzoek onder de Kindercentra in Leiden. Leiden, Stichting Welzijnsraad, Stichting Werkgemeenschap Kindercentra, 1976
- SPENCE, J., W.S. WALTON, F.J.W. MILLER & S.D.M. COURT. A thousand families in Newcastle upon Tyne; an approach to the study of health and illness in children. London etc., Oxford Univ. Press, 1954
- THOMAS, A., S. CHESS & H.G. BIRCH. Temperament and behavior disorders in children. New York Univ. Press, 1968
- UIJEN, M. Een checklist uit het veld. De Kleine Wereld nr. 24 (1972) 19-21
- VERBRUGGE, H.P. Kinderen met een handicap; poging tot een epidemiologische benadering. T. Revalidatie 16 (1970) 164-70
- WASSEN-VAN SCHAVAREN, P.C.J., & C.Ch. TER HAAR ROMENY-WACHTER. Op weg naar preventieve geestelijke gezondheidszorg in de eerste levensjaren. T. soc. Geneesk. 52 (1974) 143-7; 182-6; 237-48
- WERNER, E., K. SIMONIAN, J.M. BIERMAN & F.E. FRENCH. Cumulative effect of perinatal complications and deprived environment on physical, intellectual and social development of preschool children. Pediatrics 39 (1967) 490-505
- WISHIK, S.M. Handicapped children in Georgia; a study of prevalence, disability, needs and resources. Amer. J. publ. Hlth 46 (1956) 195-203
- WOLFF, S. Children under stress. London, Allen Lane The Penguin Press, 1969
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Epidemiology of mental disorders; eighth report of the Expert Committee on Mental Health. Geneva, WHO, 1960. [WHO techn. Rep. Ser. no. 185]