

werd aangenomen, hen in de praktijk, bijvoorbeeld tijdens de dansavondjes, geen grotere populariteit bij de jongens op. Ook leek in beide groepen vaderloze meisjes de verhouding tussen moeder en opgroeiende dochter in het algemeen goed geweest te zijn en in grote trekken overeen te komen. Meer dan de moeders van volledige gezinnen hadden beide groepen van er alleen-voorstaande-moeders tegenover hun dochters een overbeschermd houding aangenomen.

Welke verschillen bleven er dan over tussen beide groepen gezinnen zonder vader die de tegengestelde houding van de meisjes tegenover leden van het andere geslacht zou kunnen verklaren? De gescheiden vrouw en de weduwe verschilden in hun houding ten opzichte van zichzelf, van hun huwelijk en van hun leven. De gescheiden vrouw stond negatief tegenover haar ex-man. Zij was er minder zeker van dat zij berekend was voor haar taak als moeder. Haar herinneringen aan haar leven en huwelijk waren vaak niet gelukkig. Als een afspiegeling hiervan had haar dochter geen hoge dunk van haar vader. De dochter van de weduwe daarentegen had wel een hoge dunk van haar vader en leek zelfs een geïdealiseerd beeld van haar vader opgebouwd te hebben. In vergelijking met de dochter van de gescheiden vrouw had zij, evenals de dochter uit een volledig gezin, een groter gevoel van eigenwaarde. De dochter van de gescheiden vrouw had dus dikwijls een lagere dunk van zichzelf en ook een lagere dunk van degene die voor haar het belangrijkste voorbeeld zou moeten zijn bij de keus van een latere levensvriend.

Het is heel goed mogelijk dat de hier beschreven gedragsverschillen bij het ouder worden en bij toenemende omgang met leden van het andere geslacht kleiner zullen worden of zelfs helemaal verdwijnen. Ook zouden gevonden gedragsverschillen mede afhankelijk kunnen zijn van het milieu waarin de meisjes opgroeien. Een beperkter opgezet onderzoek bij vrouwelijke studenten van 17 - 23 jaar in New York, waarbij het niet gelukte om de door Mavis Hetherington geconstateerde gedragsverschillen te bevestigen, zou hiervoor kunnen pleiten⁹.

In het voorgaande hebben we, uiteraard slechts fragmentarisch, het een en ander aangestipt van de betekenis van de vader voor zijn kinderen. De aandacht viel daarbij op de betekenis van de vader als steun in het prille begin via de moeder en als tegenwicht tegen overbescherming. Verder kwam aan de orde de bijdrage van de vader aan de morele ontwikkeling van zijn kinderen en aan hun weerbaarheid tegen groepsinvloeden. Wij zagen hoe de vader zijn zonen behoedt voor pseudomannelijk gedrag, terwijl hij bij zijn dochters de basis helpt leggen voor hun latere zelfvertrouwen als jonge vrouwen.

Uit verschillende onderzoeken tenslotte komt naar voren dat — vergelijkbaar met de enorme betekenis van moeders voor hun kleine kinderen — ook vaders de grootste invloed op hun kinderen uitoefenen wanneer deze nog jong zijn.

Literatuur

1. Meerloo J.A.M.: The father cuts the cord. The role of the father as initial transference figure. *Am. J. Psychother.* 10:471, 1956.
2. Meerloo J.A.M.: De vader bindt de navelstreng af. *Arts en Wereld*, pag. 17, december 1974.
3. Bronfenbrenner U.: Kind in gezin en groep in de Verenigde Staten en de Sovjet Unie. Uitg. L.J. Veen, Wageningen, 1972. Oorspronkelijke titel: *Two worlds of childhood: U.S. and U.S.S.R.* Uitg. Russell Sage Foundation, New York, 1970.
4. Lynn D.B. en W.L. Sawrey: The effects of father-absence on Norwegian boys and girls. *J. abnormal social Psychol.* 59:258, 1959.
5. Lynn D.B.: The father: His role in child development. Uitg. Brooks/Cole Publ. Comp., Monterey, Cal., 1974.
6. Anderson R.E.: Where's dad? Paternal deprivation and delinquency. *Arch. gen. Psychiat.* 18:641, 1968.
7. Bacon M.K., I.L. Child en H. Barry: A cross-cultural study of correlates of crime. *J. abnormal social Psychol.* 66:291, 1963.
8. Hetherington E.M.: Effects of father-absence on personality development in adolescent daughters. *Developm. Psychol.* 7:313, 1972.
9. Hainline L. en E. Feig: The correlation of childhood father-absence in college-aged women. *Child Developm.* 49:37, 1978.

TWEE PASGEBORENEN MET CHT

I. Harms* en G. Derksen-Lubsen**

Reeds eerder werd in dit tijdschrift beschreven^{1,2} dat sedert mei 1978 in het zuidelijk deel van Zuid Holland alle pasgeborenen worden onderzocht op een aangeboren onvoldoende werking van de schildklier (= congenitale hypothyreoidie = CHT). In dit artikel worden ter illustratie van deze vorm van bevolkingsonderzoek (screening) twee kinderen beschreven (toevallig beiden van Surinaamse afkomst) bij wie op grond van de uitslag van deze screening — een CHT werd vastgesteld. In het kort wordt eerst de achtergrond van deze screening belicht.

Congenitale hypothyreoidie is, zoals gezegd, een aangeboren onvoldoende werking van de schildklier. Omdat voldoende aanwezigheid van schildklierhormoon onmisbaar is voor de normale groei en de normale geestelijke ontwikkeling van een kind, leidt een dergelijk aangeboren tekort dikwijls tot een achterstand van de mentale ontwikkeling en ook tot lichamelijke afwijkingen. Wordt een CHT echter tijdig behandeld, dan kunnen deze ernstige gevolgen grotendeels worden voorkómen.

Hoe nu de diagnose CHT op een zodanig tijdstip te stellen, dat behandeling tijdig kan worden begonnen? 'Tijdig' betekent in dit geval een behandeling die reeds in de eerste levensweken begint. Uit de beschrij-

* arts-assistent kindergeneeskunde in het Zuiderziekenhuis te Rotterdam.

** arts verbonden aan het Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg/TNO te Leiden.

ving van deze twee kinderen zal blijken dat een zuigeling met CHT geen enkel ziekteverschijnsel hoeft te hebben; in het algemeen zijn de ziekteverschijnselen in deze periode zelden zodanig dat op grond daarvan de diagnose kan worden gesteld.

De aanwezigheid van één of soms enkele van de volgende kenmerken of symptomen kan bij pasgeborenen de enige aanwijzing voor CHT zijn: icterus (geelzucht, vooral aanhoudende geelzucht), hypothermie (lichaamstemperatuur beneden de 36.5°C), sufheid en hypotonie, voedingsproblemen, ademnoodsyndroom, bradycardie (polsfrequentie minder dan 100 per minuut), obstipatie, bepaalde gelaatstreken, opvallend grote fontanellen, hese stem, grote tong en een navelbreuk.

Hoewel de rij van ziekteverschijnselen die *kunnen* optreden zeker indrukwekkend is, is geen van deze symptomen kenmerkend voor een CHT. Een diagnose alleen op grond van ziekteverschijnselen is in deze periode dan ook zelden mogelijk, maar op grond van laboratoriumonderzoek is dat in de regel wél mogelijk. Hiervoor kan in ons land gebruik worden gemaakt van het bloed dat voor de screening op phenylketonurie (PKU) door middel van een hielprik wordt afgenomen, bij voorkeur op de leeftijd van 6 tot en met 8 dagen. Het is belangrijk dat daarbij alle vier cirkeltjes goed gevuld worden. In een speciaal daartoe uitgerust laboratorium kunnen uit dit bloed het gehalte van het schildklierhormoon (thyroxine = T₄) en het gehalte van het schildklier-stimulerend hormoon (thyreoid stimulerend hormoon = TSH) worden bepaald. Bij een CHT is het T₄-gehalte verlaagd en het TSH-gehalte meestal verhoogd.

Het resultaat van de gecombineerde PKU/CHT screening in Zuid-Holland is bijzonder gunstig. De voorbereiding voor een landelijke invoering op 1 januari 1981 is dan ook in volle gang. De proef in Zuid-Holland

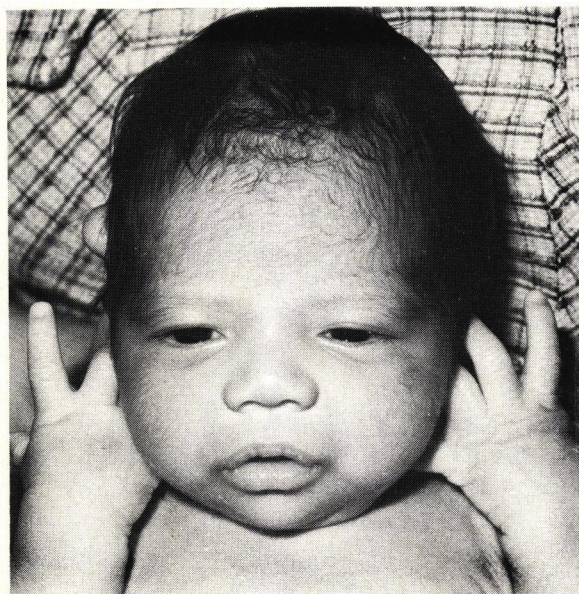


Foto van Roberto op de leeftijd van 17 dagen.

wordt nu ruim twee jaar uitgevoerd. In deze periode werden tot november 1980 circa 66.000 kinderen gescreend; onder hen werd bij 26 kinderen een CHT vastgesteld. De onderstaande beschrijving gaat over de laatste twee ontdekte kinderen met CHT, die toevallig beiden van Surinaamse afkomst zijn.

Suresh

Bij het eerste kind, Suresh, werd de eerste hielprik verricht toen hij 8 dagen oud was. De laboratoriumuitslagen waren maar weinig afwijkend: de T₄ was licht verlaagd en de TSH was licht verhoogd; om meer zekerheid over de diagnose te verkrijgen werd de hielprik herhaald. Toen hierin de hormoongehalten nog verder bleken af te wijken van de normale waarden werd het kind met spoed naar een kinderarts verwezen en nader onderzocht. Hij was toen 16 dagen oud (zie tabel).

leeftijd (dagen)	hielprik		serum	
	T ₄ (s.d.)	TSH (mE/l)	T ₄ (nmol/l)	TSH (mE/l)
Suresh 8	-2.1	70		
16	-2.7	125		
23			80	140
Roberto 7	-3.0	330		
11			33	350
<i>normaal</i>	> -1.8	< 25	> 60-70	< 25

Suresh was het eerste kind van deze ouders. In de familie van de vader en van de moeder zijn schildklierafwijkingen niet bekend. De zwangerschap was vlekkeloos verlopen, en na een amenorrhoe van 38 weken vond thuis een normale bevalling plaats onder leiding van een verloskundige. Het geboortegewicht bedroeg 3050 gram; het kind kreeg volledig borstvoeding en deed het voortreffelijk. Hij woog reeds 3850 gram bij een lengte van 52.8 cm. Hij had een kleine navelbreuk maar toonde overigens geen enkele afwijking – ook de skeletleeftijd bleek normaal. Kortom, bij algemeen onderzoek geen aanwijzingen voor het bestaan van CHT. (zie foto). Daarom werd volstaan met poliklinisch onderzoek en werd bloed voor her-onderzoek afgenomen.

Twee dagen later bleken de hormoongehalten hierin nog verder af te wijken zodat het kind voor opname werd opgeroepen. Opnieuw liet het serumonderzoek een verlaagde T₄- en een verhoogde TSH-waarde zien. Hierop werd besloten een schildklierscan-onderzoek te verrichten, om na te gaan of er sprake was van een afwijking in de grootte en/of in de ligging van de schildklier. Hierbij bleek de schildklier aan de tongbasis te liggen in plaats van in de hals. Omdat bekend is dat een dergelijke schildklier in de regel in toenemende mate onvoldoende functioneert werd besloten tot behandeling met schildklierhormoon. Hierop werden de T₄- en TSH-waarden spoedig nor-

maal. Na twee weken, op de leeftijd van ruim een maand kon Suresh in goede conditie worden ontslagen.

Roberto

Bij Roberto vond de hielprik plaats toen hij 7 dagen oud was. De uitslagen waren sterk afwijkend: de T₄ was zéér laag en de TSH was zeer hoog (zie tabel) Dit was aanleiding om telefonisch (met schriftelijke bevestiging) aan de huisarts te vragen het kind zo spoedig mogelijk te onderzoeken en te verwijzen. Ook hij werd op de leeftijd van 16 dagen voor het eerst op de polikliniek onderzocht Zijn ouders hadden in het geheel geen klachten over hem. Roberto is het tweede kind, in de familie komen geen schildklierafwijkingen voor. Na een ongestoorde zwangerschap was hij à terme geboren met een gewicht van 3060 gram; hij kreeg volledig borstvoeding. Bij onderzoek woog hij 3330 gram, lengte 49 cm. De kleine fontanel was groter dan normaal (d.w.z. het gemiddelde van lengte en breedte was meer dan 0.5 centimeter). De temperatuur bedroeg slechts 36.2°C. Ook dit kind had een navelbreuk, maar overigens geen afwijkingen.

Hij werd direct opgenomen wegens de sterk afwijkende screeningsuitslag, bovendien had hij enkele voor CHT verdachte kenmerken. De dag na opname werd een schildklierscan gemaakt: de schildklier bleek wel op de normale plaats aanwezig, maar afwijkend van vorm; er was slechts een nodus te zien. Nog dezelfde dag werd met de behandeling begonnen. Een week na opname kon hij ontslagen worden; de T₄-waarde was toen al weer normaal. Poliklinisch wordt hij ter controle teruggezien.

Voor deze beide kinderen lijkt de prognose gunstig. Het is onwaarschijnlijk dat zij van hun aangeboren blijvende schildklierafwijking enige schade overhouden. De behandeling met éénmaal daags innemen van een schildklierhormoon-preparaat (bij ontslag kregen zij eenmaal daags 25 microgram L-thyroxine) zal naar verwachting levenslang moeten worden voortgezet. Overigens gaan zij vermoedelijk een normaal leven tegemoet.

Literatuur

1. Derksen-Lubsen, G. & G.A. de Jonge. Aangeboren schildklierstoornis. Informatiebulletin JGZ 10 : 17, 1978.
2. Derksen-Lubsen & G.A. de Jonge. De incidentie van CHT. T.Jeugdgezondheidszorg 11 : 37, 1979

GROEIBOEK

Mevr. W.L. ten Hoopen*

Het groeiboek is een informatie- en notitieboekje voor ouders ter ondersteuning van de opvoeding in het eerste levensjaar.

Sinds 1978 wordt het aan Haagse ouders bij een geboorteaangifte gratis verstrekt als onderdeel van de GVO-actie in deze gemeente. Op het ogenblik maken

ook kruisverenigingen buiten Den Haag er in toenemende mate gebruik van; daarom is het wellicht nuttig het doel van dit boekje hier toe te lichten.

Historie

Het groeiboekje is nog midden in de eigen groei. Als beginfase kunnen we de felicitatiebrief beschouwen, die in 1968 bij de geboorteaangifte in Den Haag werd uitgereikt. In deze brief stonden voedingstips voor moeder en kind. Het was de eerste activiteit van de gemeentelijke Commissie Verbetering Voeding en Tandzorg, waarin naast de kruisverenigingen tal van andere organisaties zitting hadden. In 1972 werd de felicitatiebrief herzien en kwam er een plastic mapje omheen voor het opbergen van allerhande papieren.

In 1975 werd een begin gemaakt met de vertaling van het Franse 'Carnet de Santé' in de verwachting dat een Nederlands notitieboekje voor medische gegevens in een behoefte zou voorzien. Volgens de Commissie Verbetering Voeding en Tandzorg – inmiddels uitgegroeid tot een GVO-orgaan – was deze vertaling echter te medisch. Er moest een boekje komen dat bruikbaar was voor de ouders zélf.

Nadat in 1976 een eerste concept hiervan was geproduceerd, hebben velen zich over de tekst gebogen: zij hebben aanvullingen gegeven en zinnen bijgeschaafd. De informatie werd enige malen opnieuw gegroepeerd en in andere woorden uitgeschreven tot ieder zich met de toon en de inhoud kon verenigen.

De eerste 20.000 exemplaren van 1978 vonden snel hun weg, zowel in als buiten Den Haag. In 1979 volgde een herziene tweede druk van 50.000 exemplaren, die mede dank zij het jaar van het kind als sneeuw voor de zon verdwenen.

Nu zijn er weer 50.000 exemplaren voorhanden als een derde druk die niet wezenlijk van de voorgaande verschilt. Behoudens enige tekstaanvullingen en de toevoeging van vier blanco bladzijden voor aantekeningen bleef de inhoud gelijk.

Deze grote aftrek zou tot het vermoeden kunnen leiden dat het groeiboek in een behoefte voorziet. Maar de makers zijn nog niet tevreden. Het gebruik van het groeiboek in de praktijk valt nog tegen. Er wordt nog te weinig in geschreven door de ouders zelf en door de medewerkers van de consultatiebureaus.

Het doel

Het groeiboek met omslag is bedoeld als notitieboek, informatieverstrekker en opbergmap, kortom als vademecum voor cb-bezoekers. De rechterbladzijden zijn bestemd voor het noteren van gewicht, voedingsadviezen en bijzonderheden. Ook kunnen de ouders zelf aantekeningen maken over groei en ontwikkeling. Bij verhuizing kunnen deze gegevens nuttig zijn voor de arts en wijkverpleegkundige in de nieuwe woonplaats. De linker bladzijden bevatten een mengeling van informatie en tips over de ontwikkeling en opvoeding van zuigelingen.

* adres: Bureau Gezondheidsvoorlichting en opvoeding, Burg. de Monchylein 14, 2585 BD Den Haag.