

# **DE TOEKOMST VAN HET KIND**

**ORATIE**

**DR. F. C. VERHULST**

**ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM**

## **DE TOEKOMST VAN HET KIND**

Rede uitgesproken bij de aanvaarding  
van het ambt van gewoon hoogleraar in  
de Kinder- en Jeugdpsychiatrie aan de  
Erasmus Universiteit Rotterdam  
op donderdag, 5 november 1987

door

Dr F. C. Verhulst



Mijnheer de Rector Magnificus  
Leden van het College van Bestuur  
Leden van het Ziekenhuisbestuur  
Leden van de Ziekenhuisdirectie  
Leden van de Universitaire Gemeenschap  
Zeer gewaardeerde toehoorders

## **INLEIDING**

Liefde en zorg voor kinderen en aandacht voor de opvoeding zijn thema's die door de eeuwen heen een belangrijke rol hebben gespeeld. De Grieken en Romeinen onderkennen al heel duidelijk de speciale behoeften van kinderen wat betreft bescherming, aandacht, liefde en spel (1). Hoewel kinderen ook in de oudheid beschouwd werden als belangrijke gezinsleden, werd in die tijd vooral waarde gehecht aan het toekomstig belang van het kind voor de maatschappij. De opvoeding stond in dienst van de Gemeenschap. Onze huidige Westerse maatschappij daarentegen kent vooral waarde toe aan de individuele ontplooiing van het kind. Het belang dat de hedendaagse samenleving hecht aan het kind komt onder andere tot uiting in de Verklaring van de Rechten van het Kind in 1959 uitgegeven door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties. Hierin valt bijvoorbeeld te lezen dat de mensheid aan het kind het beste wat zij geven kan verschuldigd is. Verder is als één van de beginselen opgenomen dat het kind dat lichamelijk, geestelijk of maatschappelijk is achtergesteld de bijzondere behandeling, opvoeding en zorg moet krijgen die voor zijn speciale omstandigheden nodig zijn.

## **DE TOEKOMST VAN HET KIND**

De vraag moet gesteld worden of het kind inderdaad het beste krijgt wat wij kunnen geven en of het achtergestelde kind inderdaad die zorg ontvangt die het nodig heeft. Mijn visie in deze inaugurele rede op een aantal essentiële aspecten die de zorg voor zowel het normale als het achtergestelde kind betreffen, geef ik vanuit mijn vak, de Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Het vak dat ik voor deze universiteit vertegenwoordig en dat een rijke hoeveelheid kennis en ervaring herbergt waaruit ik zal putten om mijn standpunten te onderbouwen.

Het is ontegenzeggelijk waar dat er de laatste decennia in ons land veel verbeterd is. Kindersterfte is sterk gedaald (2), het aantal aangeboren afwijkingen is afgenomen (3) en infectieziekten zoals polio en mazelen komen vrijwel niet meer voor bij kinderen. Daartegenover staat dat, ondanks de verbeterde levensstandaard, een aantal problemen zoals jeugddelinquentie, vandalisme en zwangerschappen bij teenagers is toegenomen. Verder is het aantal kinderen dat in onvolledige gezinnen moet opgroeien en het aantal kinderen van verslaafde ouders, sterk gestegen en komen psychiatrische stoornissen zoals suicide en suicidepogingen, alcoholisme, druggebruik en anorexia

nervosa ook vaker dan voorheen onder jonge mensen voor (4). Bovendien zien we dat de behoefte aan speciaal onderwijs sterk is toegenomen (5) en dat demotivatie bij leerling en leerkracht in het secundair onderwijs wijd verbreid is (6). Ook zijn er signalen vanuit de Kinder- en Jeugdpsychiatrie dat het aantal kinderen en jeugdigen voor wie hulp gezocht wordt, evenals de ernst en complexiteit van hun problematiek, toeneemt.

De kinderontwikkeling is zeer complex en onze kennis op welke wijze aanlegfactoren en omgevingsinvloeden de weg bepalen die het kind in z'n verdere leven bewandelt, is nog rudimentair. Het is dan ook moeilijk om aan te geven welke de precieze oorzaken zijn van de zojuist genoemde toename van problemen bij kinderen en jeugdigen. Twee factoren die mijns inziens een grote invloed op deze toename uitoefenen wil ik hier belichten. De eerste is de tendens van de afgelopen jaren dat ouders en andere voor het kind belangrijke volwassenen zich meer en meer terugtrekken uit de wereld van het kind en de tweede is de idealisering van individualiteit en zelfverwerkelijking met als gevolg een toename van eenzaamheid in onze Westerse gemeenschap.

## **DE VOLWASSENE-KIND RELATIE**

Wat betreft de volwassene-kind relatie zien we dat met een zekere gelatenheid en onverschilligheid die tolerantie heet, het meest essentiële van onze samenleving, namelijk de opvoeding van het kind, wordt prijsgegeven. De tolerantie van volwassenen voor bijvoorbeeld het schenden van belangrijke normen en waarden is groot, want de omgeving wil vooral niet de zelfontplooiing van het kind in de weg staan. Een zelfontplooiing die maar al te vaak synoniem is aan de directe bevrediging van een breed scala van verlangens en behoeften van het kind. Echter, een te verwennende houding ontnaemt het kind de mogelijkheid om vaardigheden te ontwikkelen en te oefenen die later juist zo nodig zijn om te kunnen omgaan met de eisen die onherroepelijk aan hem gesteld gaan worden. Via de media wordt sterk ingespeeld op de verlangens van kinderen, want de zelfbewuste jeugdmarkt blijkt goed te zijn voor niet minder dan 5,5 miljard gulden per jaar (7). Nog onlangs maakte een televisieomroep reclame voor een zondagochtendprogramma voor kinderen door beelden te tonen van een kind dat alleen en ongestoord kon kijken, terwijl zijn ouders uitsliepen.

Uit onderzoek blijkt dat televisiekijken op kinderen een negatief effect kan hebben (8). Het verwerven van leesvaardigheid en het vermogen om creatief te denken en actief oplossingen te zoeken, evenals sociale activiteiten zoals sporten, worden belemmerd, terwijl anderzijds agressief gedrag duidelijk versterkt wordt door televisiekijken. In de Verenigde Staten blijken kinderen tot aan het einde van het vervolgonderwijs gemiddeld per kind ongeveer 15.000 uren voor het televisietoestel door te brengen; dit steekt af tegen de slechts 11.000 op school doorgebrachte uren. Tijdens zijn ontwikkeling heeft het Amerikaanse kind ongeveer 18.000 moorden en ontelbare andere agressieve handelingen op de televisie kunnen zien. Volwassenen kunnen echter wel iets doen om deze negatieve invloed van televisiekijken af te zwakken. Ouders door zelf het goede voorbeeld van selectief kijken te geven en door eventueel met hun kinderen op de inhoud van de programma's in te gaan en de overheid, programmamakers en omroepen door zich bewust te zijn van de invloed van

televisieprogramma's op de ontwikkeling van kinderen en jeugdigen en zich daar vervolgens verantwoordelijk voor te achten (9).

Veel moderne ouders missen de overtuiging dat zij iets goeds en zinvolts hebben over te dragen op hun kinderen. Ik merk vaak dat ouders van patiëntjes de grootste moeite hebben om hun kind voldoende structuur te bieden of om duidelijk aan te geven wat wel en wat niet kan. Kinder- en jeugdpsychiatrische patiëntjes missen vaak een innerlijke structuur met als gevolg dat zij symptomen kunnen vertonen als impulsief, agressief en voor zichzelf of anderen gevaarlijk gedrag, of concentratie-, contact- en leerstoornissen. Het is juist bij deze groep patiëntjes dat het ontbreken van duidelijkheid en structuur zo funest is. We zien bij hen als door een vergrootglas wat we bij het gemiddelde kind ook kunnen zien, namelijk de onrust en angst die het tekort aan grenzen stellen met zich meebrengt. Kinderen gedijen het best wanneer zij gevoelens van plezier en competentie kunnen ontwikkelen op basis van de vaardigheden die zij verwerven en wanneer zij de mogelijkheid hebben om hulp in te roepen wanneer zij tegen taken niet opgewassen zijn. Dit kan alleen wanneer de ouders door het geven van aandacht en structuur het kind enerzijds kunnen stimuleren en anderzijds kunnen beschermen, zodat het kind zich waardevol en begrepen kan voelen.

Duidelijkheid is niet alleen van belang in de volwassene-kind relatie. Zo moet de kinder- en jeugdpsychiater niet schromen om in sommige gevallen ouders te confronteren met de realiteit. Niet eerder dan nadat grondig onderzoek is verricht en dan alleen vanuit een begrijpende, niet-beschuldigende houding moet de kinder- en jeugdpsychiater soms tot de conclusie komen dat ouders niet in staat zijn voor hun kind te zorgen. In gevallen van kindermishandeling en/of verwaarlozing, voert een aarzelende houding nogal eens tot een voor het kind letterlijk levensbedreigende situatie. Vaak duurt het lang voordat iemand de volle verantwoording durft te nemen om te besluiten een kind uit deze situatie te halen.

Ook in andere takken van de geneeskunde kunnen we de gevolgen zien van het ontbreken aan duidelijkheid, bijvoorbeeld bij het achterwege blijven van het besluit om in sommige gevallen een kind **niet** in plaats van **wel** te behandelen. Zo worden soms kinderen in leven gehouden voor wie het leven zinloos is en vaak een nodeloos lijden betekent, zowel voor het kind zelf als voor de ouders.

Iedere tijd en cultuur heeft zijn eigen idealen en overtuigingen die overgedragen worden van volwassenen op kinderen. De oude Grieken hadden hun democratie, de kerkvaders hun vroomheid, de 17e eeuw van Locke het rationele en economische, de 18e eeuw van Rousseau het vertrouwen in de goedheid van het kind en wij in het naoorlogse Westen leven onder de suprematie van de consumptie en zijn niet meer in staat, zoals in het verleden, onze kinderen te overtuigen van het nut van de creatieve productiviteit. Het lijkt een verloren gegaan ideaal dat met de huidige jeugdwerkloosheid helaas ook moeilijk te verwezenlijken is. Vanuit een historisch perspectief is het boeiend om te luisteren naar degene wiens naam aan deze universiteit gegeven is, Erasmus, en hoe waar zijn woorden ook nu nog zijn wanneer hij zegt dat een liefdevolle omgang met het kind in de eerste jaren van zijn leven en goed onderwijs meer essentieel zijn voor zijn geluk dan rijkdom, macht en eer (10). Ook zegt hij, dat het niet goed is wanneer kinderen opgroeien in een omgeving waarin het ze aan niets ontbreekt en waarin geen eisen worden gesteld. Zijn ideaal was kinderen te vormen tot humane wezens, verdraagzaam, ridderlijk en hoffelijk en met een groot gevoel van verantwoordelijkheid. De vorming die thans vele kinderen ondergaan lijkt ver verwijderd van dit ideaal.

## INDIVIDUALITEIT EN EENZAAMHEID

Het streven naar individualiteit en zelfverwerkelijking, als ideaal in onze huidige samenleving, eist zijn tol, namelijk de toenemende eenzaamheid in onze samenleving en de afnemende onderlinge betrokkenheid van de leden van een gezin. Hoewel de laatste tijd iets afnemend, is het aantal echtscheidingen de laatste 25 jaar sterk gestegen, namelijk van 22 per 10 duizend gehuwde vrouwen in 1960 naar 99 in 1984 (11). Het aantal kinderen dat geconfronteerd werd met scheidende ouders steeg in deze periode van 7 duizend tot 39 duizend. Hoe zal het in de toekomst gaan met de ontwikkeling van deze nu nog vaak jonge kinderen en hoe zullen hun interpersoonlijke relaties er uitzien? Werd vroeger het gezin voornamelijk bedreigd door biologische risico's zoals voedseltekort en ziekten, tegenwoordig wordt de kwetsbaarheid van het gezin bepaald door de instabiliteit van de affectieve relaties.

Optimisten, zoals Iteke Weeda (12) ten spijt, dient het aantal problemen bij kinderen van gescheiden ouders zeker niet onderschat te worden. Zo bleek uit een onderzoek (13) dat meer dan de helft van de jongens van een LOM-school afkomstig was uit gezinnen waarvan de ouders gescheiden waren. Ook ander onderzoek toont aan dat echtscheiding negatieve gevolgen kan hebben, op korte termijn meer bij jongens dan bij meisjes, terwijl vooral meisjes met een toename van problematiek reageren op het hertrouwen van de moeder (14).

Diverse onderzoeken (15), waaronder ons eigen bevolkingsonderzoek (16, 17), maar ook de klinische ervaring, tonen aan dat psychiatrische stoornissen van kinderen onder andere geassocieerd zijn met instabiliteit van huwelijk en gezin.

Sommigen zijn van mening dat scheiden van de ouders beter is voor het kind dan de spanning die de huwelijksconflicten oproepen. Voor een aantal kinderen kan dat het geval zijn, maar voor de meeste kinderen geldt dat zij niet willen dat ouders scheiden. Inderdaad zijn huwelijksconflicten niet goed voor kinderen, echter scheiding van de ouders heeft meestal een nog ongunstiger effect op het functioneren van het kind (18). Het is begrijpelijk dat ouders geneigd zijn hun schuldgevoelens weg te werken door te loochenen dat hun scheiding bij het kind gevoelens van verlating, waardeloosheid en schuld kan oproepen. Echter, alleen door eerst deze feiten te onderkennen is het mogelijk ouders en kinderen te helpen. Wij zijn wellicht op weg naar een ander soort maatschappij waarin losheid van relaties meer gewoon dan ongewoon zal zijn. Toch moeten we ons goed realiseren dat deze vrijblijvendheid voor de ouder-kind relatie een geheel andere betekenis heeft dan voor de relatie tussen volwassenen. Kinderen zijn nu eenmaal afhankelijk van de ouders en het vertrek van één van de ouders of het opgroeien in een één-ouder gezin zijn risicofactoren in de ontwikkeling van het kind waar we niet omheen kunnen en waar onderzoek naar verricht moet worden.

Samengevat hebt ik getracht u duidelijk te maken dat de toenemende instabiliteit van interpersoonlijke relaties en de onderminning van de ouder-kind relatie, met als gevolg een vermindering van de invloed van volwassenen op het overdragen van normen en waarden, mijns inziens een belangrijke rol spelen in de toename van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen.

# DE TOEKOMST VAN DE KINDER- EN JEUGD-PSYCHIATRIE

## DE BASIS

Wij zijn hiermee weer aangeland bij het aandachtsterrein bij uitstek van de Kinder- en Jeugdpsychiatrie, namelijk de studie van het ontstaan van gestoord gedrag en gestoorde emoties en van de diagnostiek, behandeling, preventie en prognose van deze stoornissen.

Wat kunnen we van de Kinder- en Jeugdpsychiatrie voor de toekomst van het kind in de komende jaren verwachten? Sedert de eerste leerstoel Kinderpsychiatrie in 1955 door Hart de Ruyter in Groningen bekleed werd, is er veel gebeurd. Andere steden volgden: Kamp in Utrecht, Frijling-Schreuder in Amsterdam en nadat patiëntenzorg, opleiding en onderwijs duidelijk gestalte kregen, werd de aandacht vooral de laatste jaren ook gericht op de research. In Rotterdam werd dit laatste krachtig gestimuleerd door mijn voorganger en opleider Sanders-Woudstra. De twee belangrijkste onderzoekslijnen, de ontwikkeling van kinderen met een verhoogd risico, waarbinnen de epidemiologie een belangrijke plaats inneemt, en de neuropsychiatrie, zijn productief gebleken en de eerste resultaten hebben de internationale toets der kritiek doorstaan. Echter, dit is slechts een begin en de komende jaren zal er hard gewerkt moeten worden om deze basis verder uit te bouwen.

De Kinder- en Jeugdpsychiatrie behoort als vak tot de medische discipline en wordt als wetenschap gevoed door biomedische, psychodynamische, psychologische (gedrags en cognitieve), sociologische en systeemtheoretische paradigma's.

De Kinder- en Jeugdpsychiatrie is bekritiseerd om het feit dat zij te weinig medisch is, te weinig oog heeft voor organische factoren en dat zij zich teveel heeft losgemaakt van de volwassenpsychiatrie. De afgelopen jaren echter is er in de Kinder- en Jeugdpsychiatrische literatuur en praktijk een veel grotere plaats ingeruimd voor biologisch-organische verklaringsmodellen, evenals voor de behandeling van kinderpsychiatrische ziektebeelden of symptomen met psychofarmaca. Bij autisme, fenyketonurie en andere vormen van retardatie, evenals bij sommige vormen van hyperactiviteit, concentratiezwakte of tics, zijn zeker of zeer waarschijnlijk organische oorzaken in het spel. In zekere zin was de kritiek dus terecht. Er zijn ook nu nog in ons land teveel kinder- en jeugdpsychiaters die te weinig kennis van en ervaring met het gebruik van psychofarmaca hebben. Symptomatisch voor deze situatie is het feit dat onlangs in een kranteartikel een niet-medicus het nut van het gebruik van medicatie bij sommige hyperactieve, concentratie- en leergestoorde kinderen benadrukte (19). Het is mijn mening dat de komende tijd door de kinder- en jeugdpsychiaters meer aandacht geschonken moet worden aan de indicatiestelling, effectiviteit en bijwerkingen van psychofarmaca op de kinderleeftijd. Patiëntenzorg en research moeten zoveel mogelijk gecombineerd worden. Klinische ervaring en onderzoeksresultaten moeten niet alleen uitgedragen worden in de vorm van publicaties, maar bijvoorbeeld ook in de vorm van postacademisch onderwijs. De nadruk zal dan moeten liggen op een juiste en weloverwogen indicatiestelling.

Gezien de ervaringen in de volwassenpsychiatrie met betrekking tot de risico's van



sommige psychofarmaca, zoals dependentie en extrapyramidale bijwerkingen, is bij toediening van deze middelen aan nog in ontwikkeling zijnde kinderen voorzichtigheid gepast. Het is verleidelijk voor de kinder- en jeugdpsychiater te proberen zich te ontworstelen aan het imago van "zweverige zielkundige" door zich te vereenzelvigen met de veel wetenschappelijker lijkende neurobiologische benadering. Zeker, er valt de komende jaren veel te verwachten van de Genetica, Neurochemie, Endocrinologie, Neurofysiologie en Psychofarmacologie. Echter, ongeacht de grote dingen die ons wellicht te wachten staan op deze gebieden, de psyche zal nooit gereduceerd kunnen worden tot hersenchemie en de Psychiatrie zal altijd zowel biologisch als sociaal als psychologisch zijn (20). Eisenberg wijst in dit verband op de gevaren van zowel "mindlessness" als van "brainlessness" in de Psychiatrie (21).

De ontwikkelingen in de Genetica zullen waarschijnlijk een grote invloed gaan uitoefenen op de Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Het aantonen van chromosoomafwijkingen zoals "fragile-X" chromosoom bij sommige autistische kinderen en de mogelijkheid om de locatie van genen op chromosomen aan te geven zoals bij de ziekte van Huntington, zijn voorbeelden van deze ontwikkeling. De interacties tussen genetische en omgevingsinvloeden zijn echter zeer complex; beide factoren zijn niet onafhankelijk van elkaar. Genetische factoren kunnen voor een deel vormgeven aan de omgeving, hetgeen bijvoorbeeld het geval is bij het geslacht van het kind. Gedrag van jongetjes blijkt vaker reacties van irritatie en vijandigheid bij ouders op te roepen dan dat van meisjes. Verder blijkt dat ouders vaker ruzie maken in aanwezigheid van hun zoontjes dan in aanwezigheid van hun dochtertjes. Deze factoren kunnen weer van invloed zijn op het innerlijk beeld dat het kind opbouwt van zichzelf en van de ander, hetgeen de blauwdruk is voor de aard van de latere relaties.

Hiermee zijn we aangeland bij het belang van de psychologische factoren, met name van onze kennis omtrent de gevoelsmatige en cognitieve aspecten van de kinderontwikkeling. Het gaat hierbij vooral om de **betekenis** die het kind in verschillende fasen van zijn ontwikkeling hecht aan zijn gevoelens en waarnemingen. Dit innerlijk leven van het kind onttrekt zich echter goeddeels aan onze waarneming. Geduld en respect voor het kind, maar ook plezier in de interactie met het kind, zijn naast psychologische kennis en ervaring de belangrijkste ingrediënten om iets over de innerlijke voorstellingswereld van het kind te weten te komen.

Het volgende anecdotische voorbeeld dient om te illustreren hoe de betekenis kan variëren die kinderen van verschillende ontwikkelingsfasen aan een gebeurtenis geven. In een gezin overlijdt plotseling een konijntje dat van één van de kinderen was. De kinderen zijn allen getuige van het doodgaan van het konijntje. Voor het meisje van zeven, van wie het konijntje was, betekende het doodgaan het verlies van iets dat zij lief had en waaraan zij dus innerlijke gevoelens en herinneringen verbonden had. Zij maakte een "mini-rouwproces" door met alle gevoelens van wanhoop, verdriet en woede die zich hierbij voordoende. Zij overwon dit verlies en was hiermee een ervaring rijker. Haar broertje van vier jaar echter beleefde het doodgaan van het konijntje geheel anders. Hij reageerde met huilen en riep wanhopig: "Snel, je moet hem (het konijntje) naar zijn mamma brengen". Even later sprak hij zijn fantasie en wens uit dat de mamma van het konijntje er vast voor zou zorgen dat het weer levend werd. Hij beleefde het doodgaan van het konijntje als een bewijs van het onheil dat je overkomt wanneer je weg bent van degene die jou lief heeft en die je moet beschermen.

Inzicht in de innerlijke wereld van het kind is van groot belang voor de kinder- en

jeugdpsychiater, vooral wanneer het om kinderen gaat die, zoals in ons ziekenhuis, met zoveel traumatische ervaringen te maken hebben door hun ziekte of handicap. Onderzoek naar factoren die de ongunstige invloed van chronische traumatische of storende invloeden afzwakken of bevorderen, is de laatste jaren in omvang toegenomen. Ook hier geldt dat naast gunstige aanlegfactoren, een intact gezin met begrijpende, verantwoordelijke en goed functionerende ouders op den duur van doorslaggevende aard kan zijn.

Naast biomedische en psychologische factoren spelen socioculturele invloeden een belangrijke rol in het gedrag en de ontwikkeling van kinderen. Het niveau van vandalisme bijvoorbeeld is gekoppeld aan de zorg die de volwassenen aan de omgeving geven. Een onverzorgde omgeving met kapot materiaal bijvoorbeeld op school of in de buurt induceert vernielzuchtig gedrag. Uit ons eigen bevolkingsonderzoek komt verder naar voren dat de sociaal economische klasse duidelijk gerelateerd is aan het functioneren van het kind. Kinderen uit lagere sociaal economische klassen vertonen meer probleemgedrag en zijn duidelijk achtergesteld wat betreft hun schools en sociaal functioneren ten opzichte van kinderen uit hogere sociaal economische klassen (16, 17).

Wat betreft de wetenschappelijke georiënteerdheid kent de geschiedenis van de Psychiatrie cyclische accentverschuivingen en wij bewegen ons thans in een richting waar een positivistische, op feiten gebaseerde, wetenschappelijke grondhouding centraal staat. Dit geldt voor zowel de biologische, sociale als psychologische peilers van de Kinder- en Jeugdpsychiatrie, hetgeen duidelijk merkbaar is aan de inhoud van de belangrijkste wetenschappelijke tijdschriften waarin beschouwende zogenaamde "arm-chair" studies hebben plaats gemaakt voor studies gebaseerd op systematisch verzameld feitenmateriaal waarin de interpretaties van de bevindingen de feiten niet overschrijden. Een verarming van de psychiatrie? Ik meen van niet. Wat de wetenschappelijke kant van ons vak betreft wordt het hoog tijd dat de achterstand die, met name in ons land, was opgelopen in zelfs de meest basale voorwaarden voor het verrichten van kinderpsychiatrische research, wordt weggewerkt. Niettemin, in een tijd waarin van wetenschappelijke zijde de druk gevoeld wordt van de eis grensoverschrijdend onderzoek te leveren en te publiceren in tijdschriften met hoge "impact-factoren" is het ook belangrijk te blijven beseffen dat de psychiatrie vooral een humane psychiatrie moet zijn. Dat wil zeggen dat het onderwerp van onze medische zorg en studie, het kind, nooit los gezien mag worden van zijn totale functioneren en dat van zijn gezin. Gebrek aan tijd maakt ons allen slechte artsen, zo citeert Dunning een beroemde Engelse arts (22). Met de Kinder- en Jeugdpsychiatrie mag niet gebeuren wat ik in mijn inleiding schetste ten aanzien van het kind, namelijk dat, ook al hebben we het druk, de zorg voor datgene waar we om geven niet wordt overgelaten aan krachten die we alleen met moeite kunnen beheersen.

## **DE IDENTITEIT: KINDERPSYCHIATRIE ALS ONTWIKKELINGSPSYCHIATRIE**

Het meest kenmerkende element van de Kinder- en Jeugdpsychiatrie is de centrale rol die het ontwikkelingsaspect inneemt. Hierin ligt de grote verwantschap met de Kindergeneeskunde. Vandaar dat veel van de grondleggers van de Kinder- en Jeugdpsychiatrie kinderartsen waren.

De deskundigheid van de kinder- en jeugdpsychiater is gebaseerd op zijn kennis van de gevolgen van complexe interacties van organische en psychosociale factoren op de ontwikkeling. Meer en meer wijzen we het beeld van de psychopathologie als statisch af. Vroeggeboorte, problemen rond de geboorte van het kind, zoals zuurstoftekort kunnen resulteren in een gestoorde hersenfunctie van het jonge kind, zich uitend in bijvoorbeeld een gestoorde concentratie, stoornissen van de motoriek of van de zintuiglijke functie, geheugenfunctie en aandachtsstoornissen. Veel van deze geboortecomplicaties die goed zichtbaar zijn bij het jonge kind vertonen een zogenaamd "wash-out" effect, hetgeen wil zeggen dat later in de ontwikkeling weinig of geen afwijkingen meer waarneembaar zijn. Het blijkt dat de prognose van dergelijke complicaties het slechtst is voor kinderen die in een ongunstige psychosociale omgeving opgroeien (23). Tekortschietende emotionele relaties binnen het gezin en ongunstige socio-economische factoren blijken eveneens van invloed op de verdere ontwikkeling. Affectieve verwaarlozing, met name het verblijf gedurende de eerste levensjaren van kinderen in een tehuis, heeft tot gevolg dat deze kinderen vaak ernstige ontwikkelingsstoornissen vertonen die herkenbaar blijven, ook al wordt het kind geadopteerd in een harmonieus en goed functionerend gezin (24). In de praktijk komen we zulke stoornissen nogal eens tegen bij geadopteerde kinderen die van jongs af aan gedurende enkele jaren onder vaak erbarmelijke omstandigheden in een tehuis hebben gezeten. De teleurstelling en het verdriet bij ouders zijn groot wanneer zij geconfronteerd worden met de diagnose en de boodschap dat de ontwikkeling zo ernstig verstoord is dat hulp nodig is, soms zelfs in een vorm waarin de behandeling in een Kinder- en Jeugdpsychiatrische kliniek moet plaatsvinden. Echter, ook hier moeten we het dynamische aspect van de ontwikkeling niet uit het oog verliezen. Niet alle vroege verwaarlozing leidt tot irreversibele schade (25). Onderzoek toonde aan dat jonge vrouwen die een tehuisverleden hadden en die stabiele partners kozen redelijk goed konden functioneren, terwijl diegenen die een partner kozen met persoonlijkheidsstoornissen een veel slechtere prognose bleken te hebben (26).

Het door ons op dit moment uitgevoerde onderzoek onder ruim 2000 11-14-jarige buitenlandse adoptiekinderen is bedoeld om een indruk te krijgen van de mate van psychische problematiek onder deze groep kinderen en van hiermee samenhangende factoren, zoals de leeftijd waarop het kind naar ons land kwam. Veel van deze kinderen hebben in tehuizen gezeten of zijn anderszins verwaarloosd en/of mishandeld. De vraag is wat de rest van de ontwikkeling heeft kunnen goed maken en waar de schade opgedaan in de vroege kinderjaren zo groot was dat zelfs goede ouders niet konden bereiken waar zij op gehoopt hadden.

## **DE PATIËNTENZORG**

De patiëntenzorg in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie richt zich op de directe of indirecte zorg voor kinderen met ernstige gedrags- en/of emotionele problemen, sociale problemen en ontwikkelingsproblemen en voor kinderen met lichamelijke aandoeningen die gecompliceerd worden door psychiatrische stoornissen. Directe zorg wordt gegeven via het contact met patiëntjes en hun ouders, terwijl de indirecte zorg plaatsvindt door consultatie aan andere deskundigen, zoals kinderartsen, kinderchirurgen, jeugdartsen, maatschappelijk werkers, of spelleiding en door

deelname aan gezamenlijke patiëntenbesprekingen en besprekingen van medisch-ethische problemen. Vooral nu de moderne gespecialiseerde behandeling met zijn intensive-care, niet alleen een verlenging van de levensverwachting, maar ook een verhoogde kans op chroniciteit, blijvende handicaps en invaliditeit en dus een verschuiving van "cure" naar "care" laat zien, moeten we ons soms beperken tot bijstand en troost. Daarom is een interdisciplinaire samenwerking in teamverband van groot belang. Hooggespecialiseerde zorg zoals voor patiëntjes met oncologische aandoeningen, nierdialyse of hartoperaties, om slechts enkele voorbeelden te noemen, strekt zich vaak uit over jaren en betekent voor alle betrokkenen (patiënt, ouders, behandelaren, verpleging) een grote belasting. Een belasting die in de toekomst eerder toe dan af zal nemen. De kinder- en jeugdpsychiater die met dergelijke problemen te maken krijgt, moet over veel ervaring beschikken en redelijkerwijs kunnen garanderen dat hij of zij continuïteit in de zorg biedt. De binnenkort te realiseren nieuwbouw van het Sophia Kinderziekenhuis biedt de unieke mogelijkheid om de integrale behandeling van patiëntjes met vaak ernstige aandoeningen, zowel van lichamelijke als psychische aard, verder gestalte te geven.

Een groeiende categorie patiënten waar onze zorg en ervaring nog te weinig op is toegespitst, zijn de chronisch lichamenlijk zieke adolescenten. Bij de nieuwbouw zal met deze categorie jeugdigen extra rekening gehouden moeten worden. Het feit dat het nieuwe Sophia Kinderziekenhuis vlakbij het Dijkzigtziekenhuis komt, biedt bovendien de mogelijkheid om samen met onze collega's van de volwassenpsychiatrie te werken aan de optimale zorg voor adolescenten met psychische stoornissen.

Wat betreft de kinder- en jeugdpsychiatrische stoornissen in engere zin heb ik al aangegeven dat er een toename in ernst en complexiteit van de problematiek te constateren valt. Wat betreft de huidige omvang van het aantal probleemkinderen, werd in het door ons in Zuid-Holland uitgevoerde bevolkingsonderzoek gevonden dat 7% van de 8- en 11-jarigen een ernstige en 26% een matig of ernstige stoornis vertoont. Dit staat in schril contrast met de slechts 2% die daadwerkelijk professionele hulp ontvangt (16, 17). Niet voor al deze kinderen zal een intensieve psychiatrische behandeling aangewezen zijn. Toch is gebleken dat door de bezuinigingen in de afgelopen jaren op de jeugdhulpverlening, met name op de residentiële zorg, het in toenemende mate voorkomt dat kinderen en jeugdigen met ernstige psychiatrische stoornissen niet tijdig geëigende hulp kunnen krijgen. Een maatschappij die onvoldoende voor zijn kinderen zorgt, ondermijnt mijns inziens zijn eigen toekomst. Bezuinigingen op onderwijs, met name speciaal onderwijs, en bezuinigingen op de jeugdgezondheidszorg verschuiven de problemen onherroepelijk naar later. Ook moeten we er voor waken dat in Nederland niet de fout gemaakt wordt te ontkennen dat residentiële behandeling voor sommige patiënten de beste vorm van zorg is. In Amerika bijvoorbeeld leiden vele chronisch psychiatrische patiënten een zwerfend of anderszins jammerlijk bestaan doordat voor deze patiënten ambulante zorg niet toereikend is.

Diagnostiek heeft in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie altijd al een belangrijke plaats ingenomen. Diagnostiek en classificatie of taxonomie in ons vak worden echter geplaagd door een aantal essentiële handicaps, namelijk: het vrijwel ontbreken van scherp afgrensbare ziektebeelden; de geringe betrouwbaarheid van bestaande classificatiesystemen; een tekort aan methoden om gegevens systematisch te verzamelen; het feit dat gegevens uit meerdere informatiebronnen nodig zijn om een goed beeld van de stoornis te krijgen; en het feit dat door de grote veranderingen die het

kind in zijn ontwikkeling doormaakt, een zelfde symptoom op verschillende leeftijden een totaal andere betekenis kan hebben. De laatste jaren hebben wij op onze afdeling uit Amerika afkomstige instrumenten aangepast en voor de Nederlandse bevolking genormeerd, op grond waarvan op systematische wijze de aard en ernst van psychiatrische problemen in kaart gebracht kan worden. Het gaat er hierbij niet om de kunst van het diagnostiseren en therapie bedrijven te vervangen door scores op vragenlijsten en profielen, maar juist om de handen vrij te maken voor die klinische taken die niet door vragenlijsten of andere gestructureerde instrumenten zijn te vervangen en die bij uitstek het werk van deskundigen zijn. Ook in de toekomst zal op onze afdeling het systematisch verzamelen van gegevens, die zowel voor de praktijk als voor onderzoek van belang zijn, een belangrijke plaats innemen.

Zoals voor iedere medische discipline, is de behandeling en preventie van ziekte of stoornissen uiteraard het belangrijkste doel van de Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Naast biologische methoden zoals de reeds besproken toediening van medicatie, staan ons psychotherapeutische en, vooral in de residentiële setting, sociotherapeutische, didactische en orthopedagogische methoden ter beschikking. De toegenomen erkenning van de biologische psychiatrie zal mijns inziens de waarde en het belang van psychologische therapieën niet doen afnemen. De complexe interactie van aanleg- en omgevingsfactoren speelt ook in de therapie een rol, met name in het feit dat het kind nooit los van het gezin en wijdere omgeving, zoals de school en leeftijdgenoten, gezien mag worden. Deze sferen van functioneren zullen, afhankelijk van de aard van de problemen, ook in de behandeling betrokken moeten worden. Ondanks het belang dat ik hecht aan de aanwezigheid op de afdeling van een ruim arsenaal aan kennis van en ervaring met diverse therapievormen, zodat vooral een pragmatische aanpak mogelijk is, vormt wat betreft de therapie het psychoanalytisch denken de voornaamste peiler. Een grondige psychoanalytische opleiding leidt naar het ontwikkelen van interpersoonlijke vaardigheden en kennis van psychische processen die zich binnen de mens afspelen. Dit is van belang bij het uitvoeren van het vaak zo moeilijke therapeutische werk. Een brede en meestal tijdrovende scholing is nodig om menselijk dysfunctioneren in zijn diverse aspecten te kunnen beoordelen en behandelen. Gespecialiseerde zorg bijvoorbeeld in een centrum voor jeugdige slachtoffers van traumata, zoals incest, of een instituut voor problemen van hoogbegaafde kinderen, lijkt mooi maar brengt het gevaar met zich mee dat de oorzaak-gevolg relatie te snel gelegd wordt en dus de vorm van behandeling te snel gekozen.

In de loop der jaren heeft onze afdeling door haar regionale en supra-regionale consultatieve taken goede banden opgebouwd met diverse instellingen zoals de therapeutische gezinsverpleging, RIAGG's, Medisch Kleuterdagverblijven, Medisch Kindertehuizen, internaten, instellingen voor speciaal onderwijs zoals het Pedologisch Instituut, en vele andere instellingen. Ondanks het toenemend aantal taken waar onze afdeling zich voor geplaatst ziet en de door bezuinigingen gekrompen staf hoop ik dat wij deze goede samenwerking kunnen blijven voortzetten.

## **ONDERZOEK EN ONDERWIJS**

Wil de Kinder- en Jeugdpsychiatrie de academische status waardig zijn, dan zal er wetenschappelijk onderzoek van goede kwaliteit verricht moeten worden. Dit is geen

eenvoudige taak, aangezien historisch gezien de research binnen ons vak een bescheiden plaats inneemt en er nauwelijks van een researchtraditie gesproken kan worden. In de Verenigde Staten met zijn 3000 kinder- en jeugdpsychiaters, blijken er minder dan 30 full-time kinderpsychiatrische onderzoekers te vinden te zijn (27). Toch is er de laatste jaren een duidelijke toename in wetenschappelijke activiteiten te constateren. Het werk van Rutter en zijn medewerkers in Engeland, en van Achenbach en de Yale-groep in de Verenigde Staten is in dit verband toonaangevend.

Het zal waarschijnlijk niet verbazen, gezien het reeds onderstreepte belang van het ontwikkelingsaspect in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie, dat ik vooral het longitudinale onderzoek verder wil uitbreiden, dat wil zeggen het bestuderen in de loop der tijd van het ontstaan en het verdere beloop van psychopathologie op de kinderleeftijd en de factoren die hierop van invloed zijn. Dit soort onderzoek valt onder de term "ontwikkelingspsychopathologie" en is vooral op gang gekomen sinds men onderkende dat psychopathologie op de kinderleeftijd geen miniatuur is van psychopathologie op de volwassenleeftijd. Depressie op de kinderleeftijd of psychosen, zoals autisme, zijn niet zonder meer vergelijkbaar met depressie of schizofrenie op de volwassenleeftijd. Met name bij depressies is het ontwikkelingsaspect illustratief. Het feit dat ernstige stemmingsstoornissen, zoals de manie, voor de puberteit zeldzaam zijn, doet vermoeden dat leeftijdsafhankelijke neuro-endocriene processen een belangrijke rol spelen. Geheel anders is de situatie bij antisociaal gedrag dat juist sterk de neiging vertoont te persisteren (26). De ontwikkelingspsychopathologie richt zich op vragen als **welke** problemen op de kinderleeftijd, op **welke** wijze vastgesteld, gedurende **welke** ontwikkelingsperioden voorlopers zijn voor **welke** stoornissen op de volwassenleeftijd (28).

Een voorbeeld van onderzoek op onze afdeling. Twee jaar nadat we informatie van de ouders van ruim 2000 Zuid-Hollandse kinderen hadden verzameld, hebben we de ouders van deze kinderen wederom gevraagd ons informatie te verschaffen over het functioneren van hun kind. Hieruit bleek dat vooral sociaal minder geaccepteerd gedrag, zoals agressiviteit, impulsiviteit, hyperactiviteit en driftbuien de neiging heeft te persisteren (29). Probleemgedrag bij kinderen uit de lagere sociaal-economische klassen lijkt zich meer voort te zetten dan dat van kinderen uit de hogere sociaal-economische klassen. Van de probleemkinderen bleek 54% na twee jaar nog steeds ernstige problemen te vertonen, terwijl van slechts 5% het probleemgedrag normaliseert. De resterende 41% vertoont na twee jaar weliswaar minder probleemgedrag, doch de hoeveelheid en ernst van deze problemen zijn nog steeds meer dan gemiddeld. De drie symptomen die de prognose het slechtst beïnvloeden zijn: slechte contacten met leeftijdgenoten, driftbuien en concentratiestoornissen.

Nu, vier jaar na de eerste afname zijn wederom gegevens verzameld van deze kinderen. De invloed van stressvolle of traumatische gebeurtenissen op de ontwikkeling van het kind is een belangrijk aspect van dit onderzoek. Het is te hopen dat we nog enige jaren op de bereidwilligheid van de vele ouders mogen rekenen. Tot nu toe heeft dit bevolkingsonderzoek al zijn nut bewezen voor de praktijk, aangezien de instrumenten die voor deze onderzoeken zijn ontwikkeld en met behulp van de onderzoeksgegevens zijn genormeerd, door diverse instellingen en door diverse onderzoekers gebruikt worden. Vooral het basale karakter van dit onderzoek is van belang gebleken, met name door de mate waarin het heeft bijgedragen aan internationale inspanningen om gestandaardiseerde onderzoeksprocedures te

ontwikkelen ten einde psychopathologie op de kinderleeftijd te omschrijven (30, 31,32, 33).

Deze onderzoekslijn, de kinderpsychiatrische epidemiologie, zal zeer binnenkort verder uitgebreid worden. Dit is mogelijk door de subsidie die door de Minister van Onderwijs en Wetenschappen aan zowel de kinderpsychiatrische epidemiologie als de volwassenpsychiatrische epidemiologie toegekend is. Deze nieuwe onderzoeken, die in samenwerking met de afdeling Sociale Psychiatrie in Groningen, de afdeling Epidemiologie van onze faculteit en met de University of Vermont, U.S.A., zullen worden uitgevoerd, gaan zich richten op de follow-up van patientjes die binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg onderzocht of behandeld zijn en op het functioneren van adolescenten in de algemene bevolking.

Verder zijn er op dit moment de volgende onderzoeken gaande: onderzoek naar de associatie van gedrag, levensgebeurtenissen en cardiovasculaire risicofactoren; onderzoek naar de ontwikkeling van residentieel behandelde kinderpsychiatrische patiëntjes en onderzoek naar de ontwikkeling van kinderen met een verhoogd risico zoals kinderen die op jonge leeftijd geopereerd zijn en patientjes met endocrinologische afwijkingen.

Een tweede onderzoekslijn is de neuropsychiatrie van de kinderleeftijd. Dit in Rotterdam door Minderaa opgezet onderzoeksgebied zal door voortzetting van reeds gestarte onderzoeken, en door het opstarten van nieuwe, een belangrijke peiler van het onderzoek op de afdeling blijven. Op deze manier zal ook onze afdeling een bijdrage leveren aan de nieuwe facultaire werkgroep "Pathofysiologie van Gedrag", waar een aantal instituten van onze faculteit in samenwerkt.

De aard van de onderzoeken op onze afdeling uitgevoerd onderstreept het belang dat er gehecht wordt aan de integratie van sociaal-preventieve en curatieve aspecten van de Kinder- en Jeugdpsychiatrie. In deze zin zouden wij de afdeling naar de suggestie van Visser (34) "Department of Child Psychiatry and Child Health" kunnen noemen.

Niet alleen het uitbreiden van onze kennis en vaardigheden, ook de overdracht ervan, onder andere aan medisch studenten en arts-assistenten in opleiding, behoort tot onze taken. Een grote zorg op dit moment en voor de toekomst is het enorme tekort aan Kinder- en Jeugdpsychiaters in ons land terwijl de opleidingscapaciteit te gering is. Wellicht biedt in de toekomst een opleidingsprogramma waarin een stage op een RIAGG is opgenomen de mogelijkheid de opleidingscapaciteit te vergroten. Het grote voordeel hiervan is dat het wetenschappelijk karakter van de universitaire afdeling en de praktijk van het RIAGG te integreren zijn, hetgeen overigens op onderzoeksgebied al heeft plaatsgevonden. Diverse RIAGG's in Rotterdam en omstreken zijn bereid geweest ons gegevens te verschaffen terwijl met het RIAGG-Zuid samenwerking in het binnenkort te starten follow-up onderzoek wordt nagestreefd. Een belangrijke erkennig van de specifieke kennis en vaardigheid nodig voor ons vak is de interne aantekening voor psychiaters die een tweejarige opleiding in de kinder- en jeugdpsychiatrie hebben gevolgd. Dit biedt mogelijkheden de opleiding te verbeteren door het cursorisch onderwijs over twee jaren uit te smeren. Daardoor wordt het mogelijk grondiger wetenschappelijke kennis van de normale ontwikkeling en de psychopathologie, evenals grondiger diagnostische en therapeutische vaardigheden over te dragen. Op dit moment is er behoefte aan enthousiaste mensen die interesse hebben voor dit vak en het willen leren. Tegen hen die zich willen inzetten kennis te verwerven van het

ontwikkelingsproces en van de stoornissen die zich hierbij kunnen voordoen, die geboeid zijn door de belevingswereld van het kind en moeite willen doen hun sensitiviteit voor intrapsychische en interpersoonlijke processen verder te ontwikkelen, die naast de medische verantwoordelijkheid die zij voor het gestoorde of gehandicapte kind voelen ook de noodzaak onderkennen van gedegen kennis van zowel biomedische, psychologische als sociale wetenschappen, tegen hen zou ik willen zeggen: "de Kinder- en Jeugdpsychiatrie is de moeite dubbel en dwars waard".

## **DANKWOORD EN SLOT**

Nu ik vandaag het ambt van hoogleraar in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie in het openbaar aanvaard, wil ik mijn dank betuigen aan degenen die door mijn benoeming te bevorderen blij hebben gegeven vertrouwen in mij te stellen. Uit uw vertrouwen put ik vertrouwen voor de toekomst. Ook al heb ik mij in mijn rede soms kritisch geuit over de zorg die het tegenwoordige kind verkrijgt, niettemin heb ik vertrouwen in het meest kenmerkende van de mens, namelijk zijn vindingrijkheid en enorme aanpassingsvermogen. Echter, deze kwaliteiten kunnen pas aangewend worden nadat onderkend wordt dat er ontwikkelingen gaande zijn die het kind niet ten goede komen. Bovendien is het van belang dat volwassenen bereid zijn de volle verantwoordelijkheid voor de zorg en opvoeding van het kind op zich te nemen. Ik spreek de hoop uit en ik zal mijn uiterste best doen uw vertrouwen in mij niet te beschamen.

Leden van het College van Bestuur van deze Universiteit en van het Bestuur en de Faculteitsraad van de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen. Als geboren Rotterdammer voel ik mij als een vis in het water in deze Universitaire Gemeenschap met haar "no-nonsense" sfeer, maar toch ook haar oog voor menselijke en maatschappelijke aspecten. Ik mag u er wellicht aan herinneren dat de beroemde Engelse Wijsgeer uit de 17e eeuw John Locke niet alleen over rente en de waarde van geld heeft geschreven, maar dat hij ook de eerste was die in de literatuur aandacht schonk aan de zindelijkheidsstraining! Geen wonder dat een kinderpsychiater zich thuis voelt in dit bolwerk van economen.

Leden van het Bestuur en van de Directie van het Academisch Ziekenhuis. Ik dank ook u voor het in mij gestelde vertrouwen, maar ook voor het inwilligen van onze hoog op de prioriteitenlijst staande wens om polikliniek en kliniek Kinder- en Jeugdpsychiatrie, thans van elkaar gescheiden, in het nieuwe ziekenhuis weer onder één dak te brengen. Ik verheug mij op de uitdaging van de nieuwe mogelijkheden die de nieuwbouw met zich meebrengt.

Hooggeleerde Sanders-Woudstra, beste Jannie, van jou heb ik het vak geleerd. Van jou heb ik de ruimte en het vertrouwen gekregen mij te ontplooien. Een ontplooiing die hopelijk nog lange tijd door zal gaan, en waarvan jij, ook al vaar ik nu mijn eigen koers, de wetenschappelijke en klinische basis hebt gelegd. Ik dank je oprecht.

Ook mijn andere klinische leermeesters wil ik graag hier mijn dank betuigen. Hooggeleerden Ladee en Staal, beste George en Arthur, van jullie heb ik respectievelijk de psychiatrie en de neurologie geleerd, maar wat mij vooral is bijgebleven is de geboeidheid door en het belang dat jullie hechten aan de directe patientenzorg. Hooggeleerde Schudel, beste Joost. Ook al heeft de Kinder- en Jeugdpsychiatrie een eigen identiteit, de verbondenheid met de volwassenpsychiatrie zal blijven. Ik hoop dat



deze verbondenheid, naast onderzoek en onderwijs, ook in de klinische praktijk tot uiting kan komen, bijvoorbeeld in de vorm van een gezamenlijke adolescenten-unit.

Hooggeleerden Visser en Molenaar, beste Henk en Jan. Sterke banden met de Kindergeneeskunde en Kinderheeskunde zijn van vitaal belang voor de Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Ik beleef het dan ook als een groot voorrecht dat onze afdeling één van de drie peilers is van het Sophia Kinderziekenhuis, Centrum voor het Zieke Kind.

Hooggeleerden Verhage en Thiel, beste Frans en Jan. De afdelingen Medische Psychologie en Psychotherapie houden zich vooral bezig met volwassenen, doch velen van onze afdeling hebben bij jullie een warm onthaal gevonden voor hun psychotherapeutische vorming of voor ondersteuning of advies op methodologisch gebied. Ik dank jullie hiervoor en ik hoop dat onze afdelingen van de gedeelde interesses kunnen blijven profiteren

Beste medewerkers van de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Een aantal van jullie heeft mij nog gekend als pas aangekomen arts-assistent. Met velen van jullie heb ik een vriendschappelijke samenwerking opgebouwd. Hiervoor mijn oprechte dank, maar vooral wil ik jullie danken voor het vertrouwen, de loyale steun en optimale inzet ook in deze tijden nu we met sterk gereduceerde staf niet alleen onze taken moeten vervullen maar ook vernieuwingen moeten aanpakken.

Dames en heren studenten. Het aardige van het onderwijs dat u van onze afdeling krijgt is het feit dat dit over de studie jaren heen verspreid gegeven wordt. Velen van u zullen later in meerdere of mindere mate verantwoording dragen voor de medische zorg van kinderen. Ik heb de afgelopen weken tijdens het geven van colleges gemerkt dat er bij velen van u spontaan plezier en geboeidheid bestaat wanneer het over de kinderlijke ontwikkeling gaat. Ik verwacht dat u straks ook blij geeft met dezelfde energie kennis opgedaan te hebben, maar nog meer hoop ik dat u in de toekomst als arts de kinderen met wie u te maken krijgt die zorg geeft waar ze recht op hebben en dat u met kennis van zaken oog blijft houden voor wat er in hen omgaat en wat ze nodig hebben.

Tenslotte een woord van dank aan Francien, Susanne en Paul die hun vader naar hun zin wel eens te vaak naar zijn studeerkamer zien gaan en aan mijn vrouw, Mia, die een groot deel van haar leven wijdt aan hun toekomst.

Ik heb gezegd.

## LITERATUUR

1. Borstelmann, L.J. (1983). Children before psychology: ideas about children from antiquity to the late 1800's. In: E.M. Hetherington (Ed.), Vol 1. Mussen's handbook of child psychology (4th edn, pp 1-40). Wiley: New York.
2. Sauer, P.J.J. (1987). Zorg en Wetenschap rond de pasgeborene. Inaugurele rede. Erasmus Universiteit Rotterdam.
3. van Laar, F. (1987). Jeugdgezondheidszorg en leerlingen op scholen voor basisen voortgezet (speciaal) onderwijs. In: Doornbos, K., Stevens, L.M. (Eds.) De groei van het speciaal onderwijs. Staatsuitgeverij: 's Gravenhage.
4. Rutter, M. (1982). Prevention of children's psychosocial disorders: myth and substance. *Pediatrics*. 70, pp 883-894.
5. Doornbos, K., Stevens, L.M. (1987). De groei van het speciaal onderwijs. Staatsuitgeverij: 's Gravenhage.
6. Stalpers, J. A. (1985). De toekomst van het gezin - cultuurpsychologisch gezien. In: Kooy, G. A. et al. De toekomst van het westerse gezin. pp 143-174. Noord-Hollandsche Uitgeversmaatschappij: Amsterdam.
7. van Gelder, H. (1987). NRC Handelsblad, 14 september.
8. Williams, T.M. (Ed.) (1986). The impact of television. Academic Press: New York.
9. Verhulst, F.C. (1987). Is televisie slecht voor kinderen? *Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde*, 131, pp 188-190.
10. Sperna Weiland, J. (1986). Het verre land Utopia - de denkbeelden van Erasmus over opvoeding en onderwijs. In: Jensma, G. Th. et al. Erasmus de actualiteit van zijn denken. (pp 73-92). Uniepers: Amsterdam.
11. Centraal Bureau voor de Statistiek (1987). Maandstatistiek van de bevolking, 6, pp 25-40. Staatsuitgeverij: 's Gravenhage.
12. Weeda, I. Groenewold, J. (1986). Scheiden doet lijden? Unieboek: Houten.
13. Meijnen, G.W. (1987). Sociologische kanttekeningen bij de groei van het speciaal onderwijs. In: Doornbos, K., Stevens, L.M. (Eds.) De groei van het speciaal onderwijs. Staatsuitgeverij: 's Gravenhage.
14. Hetherington, E.M., Cox, M., Cox, R. (1985). Long-term effects of divorce and remarriage on the adjustment of children. *J. Am. Acad. Child Psychiat.* 24, pp 518-530.
15. Wolkind, S., Rutter, M. (1985). Separation, loss and family relationships. In: Rutter, M., Hersov, L. *Child and adolescent psychiatry: modern approaches* (2nd ed. pp 34-57). Blackwell: Oxford.
16. Verhulst, F.C., Akkerhuis, G.W., Althaus, M. (1985). Mental Health in Dutch Children: I a cross cultural comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 323, 72.
17. Verhulst, F.C., Berden, G.F.M.G., Sanders-Woudstra, J.A.R. (1985). Mental Health in Dutch Children: II prevalence of psychiatric disorder and relationships between measures. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 324, 72.
18. Caplan, G. (1987). Prevention of psychological and social disorder in children of divorced parents: conceptual and methodological issues. Voordracht gehouden op het 2nd International Symposium "Prevention and Intervention in Childhood and Youth". Bielefeld, Duitsland.

19. Kohnstamm, R. (1987). NRC Handelsblad, september.
20. Rutter, M. (1986). Child psychiatry: Looking 30 years ahead. *J. Child Psychol. Psychiat*, 27, pp 803-840.
21. Eisenberg, L. (1986). Mindlessness and brainlessness in psychiatry. *Br. J. Psychiat*. 148, pp 497-508.
22. Dunning, A.J. (1981). Broeder ezel: over het onvermogen in de geneeskunde. Meulenhoff: Amsterdam.
23. Werner, E.E., Bierman, J.M., French, F.E. (1971). The children of Kauai: a longitudinal study from the prenatal period to age 10. University of Hawaii Press: Honolulu.
24. Tizard, B., Hodges, J. (1977). The effect of early institutional rearing in the development of eight-year-old children. *J. Child Psychol. Psychiat*. 19, pp 99-118.
25. Emde, R. N. (1982). Anaclitic depression: a follow-up from infancy to adulthood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 37, pp 67-94.
26. Rutter, M. (1986). Child psychiatry: the interface between clinical and developmental research. *Psychol. Med.*, 16, pp 151-169.
27. Child Psychiatry: a plan for the coming decades. (1983). American Academy of Child Psychiatry, Washington.
28. Achenbach, T. M. (1987). What is developmental about developmental psychopathology? (in press).
29. Verhulst, F. C., Althaus, M. (1987). Persistence and change of behavioral/emotional problems reported by parents aged 4-14 (submitted).
30. Verhulst, F. C., Althaus, M., Berden, G. F. M. G. (1987). The Child Assessment Schedule (CAS): Parent-Child agreement and validity measures. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 3, pp 455-466.
31. Achenbach, T. M., Verhulst, F. C., Baron, G. D., Akkerhuis, G. W. (1987). Epidemiologic comparisons of American and Dutch children: I Behavioral/emotional problems and competencies reported by parents for ages 4 to 16. *Journal Amer. Acad. Child Psychiatry*, 26, 3, pp 317-325.
32. Achenbach, T. M., Verhulst, F. C., Edelbrock, C., Baron, G. D., Akkerhuis, G. W. (1987). Epidemiologic comparisons of American and Dutch children: II Behavioral/emotional problems reported by teachers for ages 6 to 11. *Journal Amer. Acad. Child Psychiatry*, 26, 3, pp 326-332.
33. Achenbach, T. M., Verhulst, F. C., Baron, G. D., Althaus, M. (1987). A comparison of syndromes derived from the Child Behavior Checklist for American and Dutch Boys aged 6-11 and 12-16. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 3, pp 437-453.
34. Visser, H. K. A. (1987). De relatie tussen kindergeneeskunde en kinderpsychiatrie. Afscheidssymposium Prof. Dr. J. A. R. Sanders-Woudstra, Rotterdam.



