

# Emotionele stoornissen bij geretarteerde kinderen

door A. Dosen en J. H. P. Mulder

## Inleiding

Aan het begin van dit artikel vragen wij aandacht voor het onderscheid tussen de benamingen 'geretardeerd' en 'zwakzinnig'. De term 'geretardeerd' hanteren wij als een voorlopige aanduiding; deze heeft betrekking op een categorie kinderen die opvallen door hun ontwikkelingsachterstand waarvan echter de oorzaak, de aard en de permanentie nog bepaald moeten worden. Dikwijls is de oorzaak van deze achterstand in de emotionele sfeer gelegen; de achterstand is in veel gevallen niet blijvend. Indien blijkt dat beperkte cognitieve vermogens de belangrijkste oorzaak vormen van de achterstand in de specifieke en andere ontwikkeling, noemen wij deze kinderen zwakzinnig. Hun I.Q. bedraagt 80 of lager. Volgens Chorus (1978) en van Oudenhoven (1969) heeft deze toestand van zwakzinnigheid evenmin in alle gevallen een blijvend karakter: zij hebben laten zien dat een beperkte groep zwakzinnige kinderen (15 tot 20 %) in de leeftijd van 16 tot 20 jaar intellectueel en sociaal tot normale volwassenen uitgroeien.

In het najaar 1976 en in de eerste maanden van 1977 hebben wij in de Hondsborg 140 kinderen kunnen observeren. Al deze kinderen werden ter observatie aangeboden als zijnde zwakzinnig. De vragen waarmee deze kinderen ter observatie werden opgenomen, liepen nogal uiteen: gedragsmoeilijkheden thuis en/of op school; onduidelijkheid omtrent hun niveau en wijze van verstandelijk functioneren; een onvoldoende medische diagnostiek; vragen omtrent schoolkeuze en naar een adequate internaatplaatsing. Bij een evaluatieonderzoek bleek 19 % van deze groep kinderen in verstandelijk opzicht op een normaal of zwakbegaafd niveau te functioneren. Bij 78 % van de kinderen constateerden we gedragsmoeilijkheden en/of een emotionele problematiek. Slechts 22 % van de kinderen konden gewoon of 'ongecompliseerd' zwakzinnig genoemd worden.

---

De schrijvers, resp. psychiater en klinisch psycholoog, zijn als stafmedewerkers verbonden aan 'De Hondsborg', observatiecentrum voor geretardeerde kinderen te Oisterwijk (N.B.).

Met name het onverwacht hoge aantal kinderen dat bij nader onderzoek niet zwakzinnig bleek te zijn en bovendien het zeer frequent voorkomen van emotionele stoornissen bij deze groep van 140 geobserveerde kinderen, was voor ons de aanleiding tot het schrijven van dit artikel. Hierin willen wij een aantal specifieke facetten belichten die een rol spelen bij de existentiële problematiek van het geretardeerde kind. Ook willen wij wijzen op de risico's die een dergelijk kind loopt bij zijn ontwikkeling.

### **Het 'anders-zijn' van een zwakzinnig kind**

Het is niet onze bedoeling om hier nader in te gaan op vragen omtrent de oorzaken van zwakzinnigheid. We veronderstellen als bekend dat bij de meeste zwakzinnige kinderen geen duidelijke oorzaak van hun zwakzinnigheid valt aan te tonen. We constateren het gegeven 'zwakzinnigheid' en brengen voor een beter inzicht in de wijze van functioneren van het zwakzinnige kind enkele psycho-fysiologische en psycho-sociale aspecten naar voren. Doorgaans is de zwakzinnige mens beperkt in zijn vermogens tot leren, abstract denken en verbaliseren. Volgens Winters (1966) zijn zwakzinnige mensen trager in hun percipiëren dan normaal begaafde personen. Op grond van EEG-studies concluderen Baumeister en Hawkins (1967) tot een verminderde respons op externe stimuli in vergelijking met normaal begaafde mensen. Ook is bij zwakzinnigen de reactietijd op stimuli meer afhankelijk van de intensiteit van de stimulus dan bij normalen (Baumeister en Kellas, 1968). Deze bevindingen suggereren dat bij zwakzinnigen het electro-chemisch proces in de cortex trager verloopt. Dientengevolge ontstaat er een verminderde integratiesnelheid bij de verwerking van de sensorische informatie. Bovendien blijken organisch cerebraal beschadigde kinderen dikwijls tekorten te hebben in hun regulatieve en integratieve psychische vermogens. Ondanks het feit dat men het onaangepaste gedrag van een zwakzinnig kind niet mag beschouwen als het specifieke gevolg van een organische hersenbeschadiging (Philips, 1966), dient men toch terdege rekening te houden met bepaalde organische afwijkingen die dikwijls specifieke belemmeringen in de emotionele en sociale ontwikkeling kunnen teweeg brengen. Chess (1977) komt op grond van haar onderzoek bij 52 zwakzinnige kinderen tot de conclusie dat zwakzinnige kinderen met neurologische afwijkingen een verhoogde dispositie hebben voor gedragsstoornissen. Een dergelijk kind eist van zijn opvoeders een aanzienlijk duidelijkere pedagogische structuur en waarschijnlijk ook veel meer onvoorwaardelijke affectieve warmte en ondersteuning dan een gewoon kind.

Het is een bekend gegeven dat moeders van een zwakzinnig kind – vooral bij kinderen met neurologische symptomen – al vrij vroeg na de geboorte merken dat hun kind anders reageert op hun aandacht en affectie dan andere kinderen (Szymanski, 1977). Doorgaans zijn dit zeer trage, weinig vitale kinderen die té weinig aandacht voor zich opeisen, terwijl de moeders soms proeven dat

hun kind haar aandacht niet beantwoordt, soms zelfs afwijst. Het gevolg van een dergelijke situatie kan zijn dat de moeder zich onvoldoende gemotiveerd gaat voelen voor het ontwikkelen van een positieve emotionele binding met het kind en dat de relatie moeder-kind van meet af aan in een andere richting gaat groeien dan bij een gewoon kind.

Hier liggen dan ook de eerste wortels van een sociale deprivatie bij het kind. Volgens Zigler (1977) kan sociale deprivatie het gevolg zijn van een tekort aan continuïteit in de ouderlijke zorg voor het kind, affectieve verwaarlozing, institutionalisatie van het kind, povere economische omstandigheden en een familiegeschiedenis waarin ernstige huwelijksproblemen, geestesziekten, misbruik en/of verwaarlozing voorkomen. Elk van deze factoren bleek relatief onafhankelijk van de andere sociale deprivatie te kunnen veroorzaken. Op zijn beurt kan sociale deprivatie van invloed zijn op een breed scala van gedragingen. Volgens Zigler (1977) is met name een uitgesproken afhankelijkheid van het kind t.o.v. de volwassene een gevolg van sociale deprivatie. Het resulteert in een grote behoefte bij het kind naar aandacht en affectie. Deze grotere afhankelijkheid kan volgens verscheidene auteurs (Zigler, 1958-1961; Weaver e.a. 1971; Balla e.a. 1976) enerzijds leiden tot een verhoogde motivatie om met steun biedende volwassenen om te gaan, anderzijds tot een versterkte negatieve reactie bij ongunstige omstandigheden, tot een zich verder terugtrekken en tot apathie. Ook is aangetoond dat zwakzinnige kinderen meer faalangst vertonen dan het gemiddelde kind (Cromwell, 1963). Zwakzinnige kinderen worden kennelijk vaker met fouten geconfronteerd dan kinderen met een gemiddelde intelligentie.

Harter en Zigler (1974) brengen naar voren dat zwakzinnige kinderen niet alleen minder gevoelig zijn voor niet-tastbare beloningen, maar zich ook minder laten leiden door een gedrevenheid van binnenuit om tot een resultaat te komen. Motivationale factoren spelen een belangrijke rol bij de ontwikkeling van sociaal gedrag. Rigide gedrag en een krampachtige neiging om bij opdrachten altijd dezelfde weg tot oplossing te zoeken worden door bepaalde auteurs (Goodnow, 1955 en Ollendick, 1971) gezien als het gevolg van een verminderde motivatie en niet als een gevolg van cognitieve rigiditeit bij het zwakzinnige kind.

### **Specifieke omgevingsfactoren**

De reactie van de ouders op hun zwakzinnige kind is van wezenlijk belang voor zijn verdere ontwikkeling. Deze reactie speelt ook een grote rol bij het ontstaan van gestoord gedrag. Szymanski (1977) noemt een aantal factoren die bij de ouders bepalend kunnen zijn in de relatie tot een kind: hun opleiding, hun kennis van zwakzinnigheid, hun economische status, hun familie, hun culturele, sociale en religieuze waarden én hun persoonlijke, vroegere ervaringen met geestelijk gehandicapten. Van groot gewicht is ook de discrepantie tussen het niveau van functioneren van hun

kind en de verwachtingen van de ouders, vooral in zoverre zij dit in verband zien en brengen met hun levensstijl. Wolvensberger (1967) spreekt in dit verband van een waarden-crisis en beschouwt deze als een mogelijke aanleiding tot de emotionele verwerping van het zwakzinnige kind door zijn gezin.

Soms treft men in gezinnen met een zwakzinnig kind een situatie aan welke men zou kunnen beschrijven als een chronische depressie (Degen, 1976). Solnit en Stark (1961) vergelijken dit verschijnsel met een rouwproces. De ouders zien de geboorte van een 'defect' kind als een verlies van het ideale beeld van een volmaakt kind, dat zij verwacht hadden. Dikwijls ontwikkelt zich binnen een dergelijke situatie een schuldgevoel bij de ouders, wat nogal eens in verband staat met hun godsdienstige beleving.

De komst van een zwakzinnig kind in het gezin heeft onmiddellijk zijn repercussies, direct of indirect, op alle gezinsleden. Het is dikwijls zelfs van wezenlijke invloed op het sociale functioneren van het hele gezin binnen het grotere verband van hun samenleving. Dikwijls hoort men hulpverleners praten over de acceptatie-problematiek van de ouders, hetgeen nogal eens een verkeerd beeld geeft van de werkelijk levende problemen waarmee men te kampen heeft. Men dient zich bewust te zijn van de krampachtige pogingen welke een gezin moet ondernemen teneinde binnen de normen van de maatschappij gewoon geaccepteerd en aangepast te kunnen blijven. Het is heel wel mogelijk dat zij van hun eigen zwakzinnig kind maximaal houden en het accepteren als een gedeelte van hen zelf, maar de problemen die door de groei en de maatschappelijke relevantie van het kind voor hen ontstaan, zijn van een geheel andere aard dan bij gewone kinderen en confronteren de ouders constant met nieuwe problemen en moeilijkheden, waartegen zij dikwijls niet opgewassen zijn.

Men zou kunnen spreken van crisisperiodes in het gezin met een zwakzinnig kind. De eerste crisis dient zich aan wanneer men moet constateren dat het kind achter is en blijft, en wanneer dit van deskundige zijde bevestigd wordt. Daarna volgt een crisis-moment wanneer het kind de leeftijd bereikt dat het zijn omgeving buitenshuis gaat exploreren. Een zwakzinnig kind wordt nogal eens moeilijk geaccepteerd door normaal begaafde leeftijdsgenootjes. De ouders van een dergelijk kind voelen zich dikwijls als anders gezien en ontvangen in hun onmiddellijke woonomgeving en door kennissen. Hun sociale relaties gaan steeds meer beïnvloed worden door het hebben van een zwakzinnig kind. De schoolleeftijd brengt weer andere zorgen met zich mee, zorgen die doorgaans groter worden naarmate het kind ouder wordt. Welk schooltype zal het kind aan kunnen, zal het kind later een sociaal aanvaardbare plaats en positie kunnen betrekken in de gewone maatschappij? Wanneer dit niet het geval zou blijken te zijn, komt meestal de vraag aan de orde welke voorziening het meest aangewezen is voor de verdere uitgroei en ontplooiing van het kind. Een zwakzinnig kind kan er in veel opzichten aanleiding toe zijn dat een gezin uit balans raakt. Een gezin met een zwakzinnig kind moet

veel kracht kunnen opbrengen om zijn eigen positie binnen zijn directe leefmilieu te kunnen handhaven.

De school is een tweede belangrijke factor in de persoonlijkheidsvorming van het kind. Bij een niet te verwaarlozen groot aantal kinderen die bij ons ter observatie werden aangeboden, bleken de aanwezige gedragsmoeilijkheden thuis en op school grotendeels te zijn ontstaan op basis van een niet-adequate schoolplaatsing. Op grond van het bovenbeschreven 'anders-zijn' van het zwakzinnige kind kan men verwachten dat zij ook met betrekking tot hun cognitieve functies meer afhankelijk zijn van het ageren en reageren van hun omgeving dan het doorsnee-kind. Op basis van zijn bevindingen met een groep geïnstitutionaliseerde zwakzinnige schoolkinderen komt Balla (1966) tot de constatering dat deze kinderen juist de school gebruiken als een ontmoetingsplaats met volwassenen. Hij ziet hierin een poging van hun kant tot compensatie van hun onbevredigende relaties buiten de school. Op grond van experimenteel onderzoek stelt Harter (1967) dat zwakzinnige kinderen de schoolsetting meer gebruiken ter bevrediging van hun behoefte aan sociale interactie dan om te leren.

Naast een goede onderwijzer-kind relatie is ook de aard en presentatie van de didactische opdracht van groot belang. Het is van groot gewicht dat het zwakzinnige kind eerst enige succes-ervaringen opdoet alvorens hem een leeropdracht te geven waarbij hij zou kunnen falen. Gruen e.a. (1974) maken melding van hun bevinding dat zwakzinnige kinderen in een gewone klas grote foutverwachtingen manifesteren, gepaard gaande met faalangst, duidelijk meer dan zwakzinnige kinderen in een speciale klas waarin zij relatief meer succes-ervaringen konden opdoen. Uit een en ander blijkt dat zowel een goed didactisch programma als de pedagogische kwaliteiten van de onderwijzer een belangrijke invloed kunnen hebben, niet alleen op het cognitief functioneren van het kind, maar ook op de vorming van diens sociaal gedrag.

### Gedragsstoornissen en emotinonele stoornissen

Zoals wij in de inleiding reeds naar voren brachten, zagen wij in 1976 en in de eerste maanden van 1977 140 kinderen in de leeftijd van 3 tot 16 jaar bij wie we in 78 % van de gevallen naast een verstandelijk laag niveau van functioneren relationele gedragsmoeilijkheden en/of emotionele stoornissen constateerden (zie tabel 1). Ook andere onderzoekers meldden soortgelijke bevindingen. We noemen de studies van Szymanski (1977), Webster (1970),

Tabel 1: Totaal geobserveerde kinderen:  $N = 140 = 100\%$

	zwakzinnig; IQ < 80		niet - zwakzinnig; IQ > 80	
	N	%	N	%
Gedragstoornissen	45	32	7	5
Emotionele stoornissen	38	27	19	14
„Eenvoudig zwakzinnig”	31	22	—	—
Totaal	114	81	26	19

Menolascino (1965-1966) en Philips (1967).

Het zal de lezer opvallen dat wij in tegenstelling tot de titel van dit artikel nu ook nadrukkelijk spreken van gedragsstoornissen. We zijn ons ervan bewust dat dit onderscheid tussen gedragsstoornissen en emotionele stoornissen op het eerste gezicht erg kunstmatig en onlogisch lijkt. Immers, het begrip gedragsstoornissen in relationele zin is een fenomenologische duiding, terwijl de term emotionele stoornissen een meer intrapsychische inslag heeft. Bovendien: gedragsstoornissen zijn niet te scheiden van de specifieke emotionele situatie van het kind, terwijl men in veel gevallen bij hetzelfde kind een samengaan ziet van diverse symptomen uit beide categorieën. Uit hetgeen volgt zal duidelijk worden, dat naar ons idee de stoornissen welke wij bij onze kinderen constateerden, ontstaan zijn op basis van wrijvingen in het ontmoetingsvlak met hun omgeving. De verschijningsvorm van de stoornis is onder meer afhankelijk van de leeftijd en de ontwikkelingsfase van het kind.

Ondanks de reële bezwaren die tegen dit onderscheid ingebracht kunnen worden, willen wij met nadruk deze indeling handhaven. Wij doen dit omdat in het spreken en schrijven over zwakzinnige kinderen de kreet 'gedragsgestoordheid' zo dikwijls gehanteerd wordt zonder dat er aandacht besteed wordt aan de achtergrond van deze verschijnselen, en omdat er over de intrapsychische problemen van het zwakzinnige kind niet of té weinig wordt nagedacht. Men wekt aldus de indruk dat het hebben van emotionele problemen voorbehouden is aan 'normale' mensen of althans bij zwakzinnige mensen niet voorkomt. Door gedragsstoornissen te onderscheiden van emotionele stoornissen zijn we beter in staat bijzondere aandacht te schenken aan de groep sociaal 'niet-moeilijke' geretardeerde kinderen die dusdanige problemen met zich zelf hebben, dat zij tot een stilstand in hun ontwikkeling komen en onder hun potentiële niveau gaan functioneren. Met de invoering van dit onderscheid sluiten we aan bij de indeling van Achenbach (1966) waar hij spreekt over geëxternaliseerde en geïnternaliseerde intra-psychische problematiek bij het kind. Bij een geëxternaliseerde intra-psychische problematiek lijdt niet alleen het kind, maar ook zijn omgeving. Door middel van een onaangepast, destructief en agressief gedrag, lokt het kind voortdurend nieuwe conflicten uit met zijn omgeving; zijn persoonlijkheidsontwikkeling krijgt een bedreigd en a-sociaal aspect. Kinderen met deze gedragsuitingen rangschikten wij onder de groep *gedragsstoornissen* (38 % van de geobserveerde kinderen, tabel 2 en 3). We onderscheiden: negatief-destructief gedrag, agressieve uitingen en hyper-kinetisch gedrag.

Wanneer er sprake is van een geïnternaliseerde psychische problematiek lijdt het kind zelf, terwijl zijn gedrag geen ongunstige repercussies heeft op zijn omgeving. Het kind wordt in zodanige mate overspoeld door eigen emotionele conflicten, dat er weinig psychische kracht en ruimte overblijft voor een adequate sociale aanpassing, voor een optimaal cognitief functioneren en voor een

Tabel 2: Gedragsstoornissen

	aantal N = 52 = 100 %	gemiddelde leeftijd	neurologische afwijkingen	pedagogische verwaarlozing
Negatief - destructief	23 (44 %)	4;7 jaar	7 (30 %)	17 (74 %)
Agressief	13 (25 %)	11;0 jaar	5 (39 %)	9 (64 %)
Hyperkinetisch	16 (31 %)	6;8 jaar	5 (31 %)	9 (56 %)

Tabel 3: Intelligentieniveau van de kinderen met relationele gedragsstoornissen: N = 52 = 100 %

	IQ < 50		50 — 80		IQ > 80		IQ	s
	N	%	N	%	N	%	$\bar{x}$	
Negatief - destructief	13	25,0	9	17,3	1	1,9	51	17
Agressief	4	7,7	7	13,4	2	3,8	62	15
Hyperkynetisch	3	5,7	9	17,3	4	7,8	68	23
Totaal	20	38,4	25	48,0	7	13,5		

Tabel 4: Emotionele stoornissen

	aantal N = 57 = 100 %	gemiddelde leeftijd	neurologische afwijkingen	pedagogische verwaarlozing
Neurose	28 (49 %)	9;8	11 (39 %)	13 (46 %)
Depressie	10 (17 %)	10;3	1 (10 %)	8 (80 %)
Kontaktstoornis	13 (23 %)	7;0	1 (7 %)	5 (38 %)
Psychose	6 (10 %)	14;0	0 (0 %)	5 (83 %)

Tabel 5: Intelligentieniveau van de kinderen met emotionele stoornissen: N = 57 = 100 %

	IQ < 50		50 — 80		IQ > 80		IQ	s
	N	%	N	%	N	%	$\bar{x}$	
Neurose	2	3,5	12	21,0	14	24,5	75	18
Depressie	3	5,2	3	5,2	4	7,0	69	22
Kontaktstoornis	6	10,5	5	8,8	2	3,5	57	17
Psychose	3	5,2	3	5,2	0	0	50	8
Totaal	14	24,4	23	40,2	20	35,0		

gelijkmatige persoonlijkheidsontwikkeling. Deze kinderen plaatsen wij binnen de groep *emotionele stoornissen* (40 % van de geobserveerde kinderen, tabel 4 en 5). We zien enkele diagnostische differentiaties als: neurotische gedragingen, depressieve toestanden, contactstoornissen en psychotische verschijnselen.

Typische gedragingen van de kinderen die wij rangschikten onder de noemer *negatief en destructief* waren de volgende: uitdagend, negatief, ongeremd tegenover volwassenen, vernielzuchtig, voornamelijk ontstemd, koppig/negatief bij opdrachten, reagerend met driftbuien bij verboden, constant aandacht opeisend, moeilijkheden gevend met eten en slapen, weinig aandacht hebbend voor andere kinderen en geen gevoel tonend voor het groepsgebeuren. Dit was onze jongste diagnostische groep. De gemiddelde leeftijd bedroeg 4,7 jaar. De jongste was 3, de oudste was 10 jaar. Het intel-

ligentieniveau varieerde van imbeciel tot normaal begaafd. Bij 30 % van deze kinderen constateerden we een organische beschadiging of een partieel defect.

Bij 74 % van deze kinderen leek een vermoeden gerechtvaardigd van een inadequate aanpak dan wel van een affectieve verwaarlozing. Volgens mededelingen van de meeste ouders ontstond dit moeilijke gedrag in de leeftijd van 2 tot 4 jaar. Men beluistert dikwijls een grote mate van onzekerheid bij deze ouders in hun pedagogisch optreden. Deze onzekerheid houdt soms verband met hun besef een kind te hebben dat 'anders' is, soms ook met hun eigen persoonlijkheid of hun onderlinge relatie. Van een niet te verwaarlozen aantal ouders met kennelijk goede pedagogische kwaliteiten en een harmonische huwelijksrelatie hoort men dat hun kind op hun 'gewone' benadering vreemd en niet adequaat reageerde.

'Waar de driftopvoeding verwaarloosd wordt, faalt ook de aanpassing van de wilsuiting aan de normen van de gemeenschap,' stelt Hart de Ruyter (1972). In de peuterfase, waarin de wilsontwikkeling plaats vindt, ontstaan toenemende conflicten tussen het kind en de opvoeder. Een zwakzinnig en/of organisch beschadigd kind heeft wat meer moeite met het leerproces dat de acceptatie van verboden en geboden sociale beloningen tot gevolg heeft. Aanvankelijk veroorzaken alle beperkingen van zijn luststreven grote frustraties, welke leiden tot driftbuien die voor de ouders angstwekkend zijn. Zij weten met deze heftige frustratie-uitingen niet goed raad, en gaan de lust van hun kind maar bevredigen. Geleidelijk aan sluipt bij het kind en ook bij zijn ouders de gewoonte in dat op zijn onlustvol signaal 'beloning' volgt. Op een soortgelijke manier leert hij dat hij zich, door constant negatief gedrag te vertonen, kan verzekeren van de permanente aandacht van zijn ouders. Door een bijsturende aanpak binnen ons therapeutisch milieu konden wij bij al deze kinderen een verbetering in sociaal gedrag bereiken.

Bij de groep met overwegend *agressief* gedrag troffen we de volgende gedragskenmerken aan: de agressie richt zich op andere kinderen en volwassenen, andere kinderen worden zonder aanleiding geslagen, de agressie tegen volwassenen breekt los op momenten van verhoogde frustratie, hun frustratietolerantie is laag, ze laten zich over het algemeen in affectief opzicht gemakkelijk, maar oppervlakkig en kortdurend aanspreken. De gemiddelde leeftijd van deze groep kinderen was 11 jaar. Bij 39 % van deze kinderen werd een organisch of partieel defect vastgesteld, 64 % was opgegroeid in moeilijke milieuomstandigheden met een mogelijke pedagogische en affectieve verwaarlozing.

Bij deze kinderen stonden we soms voor de vraag of hun gedrag niet verwees naar een ontwikkelingspsychopathie. Ondanks een eerste psychopathiforme indruk konden wij bij de meeste kinderen vaststellen dat hun agressief optreden in verband stond met een zich zeer bedreigd voelen in bepaalde situaties. Wij verklaarden hun gedrag als een verdedigingsreactie welke door een foutieve



pedagogische benadering en door reacties van hun omgeving in stand gehouden en bekrachtigd werd. Geleidelijk aan werd bij de meesten van deze kinderen duidelijk dat zij zelf evenzeer leden onder hun eigen gedrag als hun omgeving. In de regel constateerden we binnen korte tijd een gedragsverbetering zonder dat een ingrijpende aanpassing van de omgeving en een strak structurerende benadering nodig waren. Al deze kinderen bevonden zich in de schoolleeftijd. Bij de meesten vonden wij anamnestic kenmerken van negatief en destructief gedrag in de kleuterleeftijd.

Bij de groep *hyperkinetische* kinderen zagen we de volgende kenmerkende uitingen: een uitgesproken onrust, gepaard gaande met een overbeweeglijke motoriek; een tekort aan concentratie, aandacht en doelgerichtheid; een vluchtig en vlinderachtig gedrag bij opdrachten; leermoeilijkheden; te geringe aanspreekbaarheid voor correctie, straf of beloning; een oppervlakkige binding met volwassenaan; een toename van onrust in groepsverband; een niet kunnen deelnemen aan het groepsgebeuren. Ook bij deze groep varieerde de intelligentie van imbeciel tot normaal begaafd. Bij 31 % werden neurologische of partiële defecten waargenomen, terwijl 56 % waarschijnlijk in pedagogisch of affectief opzicht tekort was gekomen. De gemiddelde leeftijd was 6,8 jaar.

Ondanks het feit dat hyperkinetisch gedrag dikwijls verklaard wordt door te grijpen naar het syndroom van MBD, konden wij bij een groot aantal van deze kinderen vaststellen dat een tekort aan structuur binnen hun opvoedingsmilieu de belangrijkste factor was bij het ontstaan en het voortduren van hun chaotische gedrag. Door middel van een strak gestructureerd dagprogramma in de leefgroep en op school, aangevuld met concentratieoefeningen, werden deze kinderen in de meeste gevallen rustiger, doelgerichter, meer communicatief en leerbaar. Bij een aantal van deze kinderen zagen we een gunstige reactie op een medicatie met ritaline. Deze medicatie werd toegepast ter ondersteuning van de pedagogische aanpak. Na enkele maanden kon de medicatie gestopt worden zonder dat dit ongunstige gedragsveranderingen met zich mee bracht.

*Neurotisch* noemden wij de groep kinderen die kampten met bijzondere remmingen of die een gedrag vertoonden dat primair gericht was tegen en bovendien ook als hinderlijk werd ervaren door henzelf (Kessler, 1972). Het emotionele conflict wordt geïnternaliseerd, ingebouwd in verschillende structuren van de persoonlijkheid (es, ego, super-ego) hetgeen een verstoring teweeg brengt in de persoonlijkheidsontwikkeling in haar verschillende aspecten. Kinderen van deze groep vertoonden symptomen van dwanghandelingen en dwanggedachten, hadden bepaalde fobieën, leden aan anorexia, encopresis, slaapstoornissen, braken en obstipatie. Ze neigden naar stelen, liegen of zwerven. Basaal bij al deze kinderen was angst. Deze angst kwam in verschillende uitingen naar voren: angst om niet geaccepteerd te zijn, angst om niet goed bevonden te worden, angst om te falen, angst om verlaten te worden, en had in alle gevallen een existentiële betekenis voor het kind in zijn relatie

tot zijn belangrijkste volwassenen en in de leefgroep. De meeste van deze kinderen waren in hun relatie tot volwassenen krampachtig, plakkerig of afwijzend. In het bijzonder in opdrachtsituaties konden zij koppig afwerend of soms paniekerig reageren. De leeftijd van deze kinderen varieerde van 6 tot 15 jaar. Bij 46 % van deze kinderen moesten de ouderlijke milieuomstandigheden als ongunstig bestempeld worden. In 39 % van de gevallen werden neurologische symptomen of partiële defecten geconstateerd. Het intelligentieniveau van deze groep kinderen varieerde van hoog imbeciel tot normaal begaafd.

Bij vele van deze kinderen traden in de schoolleeftijd storende symptomen aan de dag. Het lijkt alsof zij in de voorgaande ontwikkelingsfasen onvoldoende zijn toegerust om zich aan te passen aan een zich aandienend nieuw systeem van competitie en individuele prestatie. Bovendien laten juist in de schoolsituatie de gevolgen van eventueel aanwezige neurologische uitvalsverschijnselen of partiële defecten zich gelden. Dikwijls kampen deze kinderen met een grote faalangst, durven nauwelijks initiatieven te ontplooiën en kunnen niet creatief zijn. Dit alles tezamen kan een ernstige belemmering betekenen voor de leerbaarheid van het kind en de reden zijn van een ondermaats cognitief functioneren.

Onder de diagnose *depressie* rekenden wij de kinderen met een uitgesproken vitaliteitsverlaging, kinderen met een ernstig tekort aan zelfinitiatief, kinderen ook die zich niet durfden verweren, somatische klachten hadden (hoofdpijn, buikpijn), zich angstig terugtrokken bij iedere benadering van buitenaf en een passief bestaan leidden. De stemming van deze kinderen kende weinig variatie en was moeilijk beïnvloedbaar. Binnen deze groep plaatsten wij ook een aantal kinderen die een overbeweeglijk, destructief en agressief gedrag vertoonden, maar bij wie een overduidelijk deprivatiegevoel aanwezig was naast een constante 'affecthonger' en een gedeprimeerde grondstemming. Bij 80 % van deze kinderen waren er aanwijzingen voor een affectieve verwaarlozing en deprivatie. Bij 1 kind van deze groep signaleerden we een degeneratief ziekteproces. Ook bij deze kinderen varieerde het intelligentieniveau in imbeciel tot normaal begaafd.

*Contactgestoord* noemden wij die groep kinderen die in hun relatie tot hun omgeving zodanig gestoord waren dat zij dientengevolge ernstige tekorten vertoonden in hun emotionele, cognitieve en sociale ontwikkeling. Tot deze groep rekenden wij ook die kinderen welke volgens de criteria van Creak (1963) psychotisch genoemd kunnen worden. Hun contactgestoordheid echter was dermate uitgesproken, dat wij hen liever als zodanig benoemden. In de regel waren het kinderen met geringe integratieve vermogens en een zeer lage frustratie-tolerantiedrempel, resulterend in driftbuien, onlustontladingen, auto-agressieve en agressieve uitbarstingen.

De meeste van deze kinderen werden op verdenking van kinderlijk autisme bij ons aangemeld. Bij de meeste van deze kinderen konden wij vaststellen dat hun primaire afwijking bestond uit hun zwakzinnig zijn en dat hinderlijk gedrag voornamelijk ontstaan was

op grond van een niet adequate pedagogische en/of affectieve benadering vanuit hun omgeving (Dosen en Mulder, 1978). Slechts 3 kinderen, 1 normaal begaafd, 2 zwakzinnig, konden wij primair autistisch noemen. Deze kinderen vertoonden verscheidene kenmerken die door Rutter (1976) beschreven zijn als kenmerkend voor autisme. Van deze kinderen kwam 38 % uit een ongunstig milieu. Slechts 1 kind vertoonde neurologische symptomen. De leeftijd varieerde van 3 tot 14 jaar.

Onze groep *psychotische* kinderen bestond uit kinderen die in de lichamelijke puberteit verkeerden of daar vlak voor stonden. Zij vertoonden thuis en/of op school plotseling een ernstig onaangepast gedrag, waarbij zij agressief, auto-agressief, vernielzuchtig reageerden, onrustig werden of gingen zwerven. In de regel leden deze kinderen aan heftige angsten, konden hun eigen persoon niet meer in verband beleven met de realiteit en vertoonden bij de geringste psychische spanning vluchtneigingen of trachtten zich door middel van ernstig agressief gedrag te verdedigen. Qua verschijningsvorm zou men hier van een debiliteits-psychose kunnen spreken. Wanen en hallucinaties werden niet waargenomen.

In de meeste gevallen was de oorzaak van het psychotisch decompenseren gelegen in een samenloop van factoren, enerzijds gelegen in het originaire milieu (men eiste te veel van het kind, had te hoge verwachtingen), anderzijds gelegen in de lichamelijke en intrapsychische veranderingen tengevolge van het intreden van de puberteit. Bij 4 van de 6 kinderen bereikten wij via een milieu-therapie alleen binnen vrij korte tijd een herstel van hun evenwicht. Bij 2 kinderen was gedurende de behandeling een kortdurende ondersteuning met een lichte dosering psychopharmaca nodig. Het intelligentieniveau van deze kinderen varieerde van een imbeciel tot een gemiddeld debiel niveau. Bij 83 % werden ongunstige milieufactoren gesignaleerd. Geen enkel kind vertoonde neurologische symptomen.

### 'Risico'-kinderen

Uit het bovenstaande blijkt dat wij de klinische manifestaties van emotionele stoornissen bij zwakzinnige kinderen hebben gerangschikt onder dezelfde diagnostische categorieën als bij normaal begaafde kinderen gebruikelijk is. Nog steeds komt men de foutieve opvatting tegen dat gedragsstoornissen een essentieel en vanzelfsprekend onderdeel zijn van de zwakzinnigheid als zodanig. Ook moet men nogal eens ondervinden dat men de emotionele problematiek bij zwakzinnige kinderen van een andere aard beschouwt dan die bij normale kinderen van dezelfde ontwikkelingsleeftijd, en dat men bovendien bepaalde symptomen van gestoord gedrag bij zwakzinnige kinderen bij voorbaat meent te kunnen verklaren op basis van hun specifiek organisch cerebrale stoornissen (Philips, 1966).

Het gedrag van een geretardeerd persoon is het product van zowel biologische als socio-culturele en psychologische factoren (Gar-

rard en Richmond, 1965). Volgens Szymanski (1977) moet men bij een geretardeerd kind altijd alert zijn op enerzijds de mogelijke aanwezigheid van een organisch defect, cognitieve gebreken en intra-psychische conflicten, anderzijds ook op de mate van stress vanuit zijn omgeving en op de mogelijkheid van een deprivatie.

Op grond van onze ervaringen, gebaseerd op anamnestiche gegevens, milieuonderzoek en observatie van het kind, alsmede ook op de resultaten van onze exploratieve behandelingen konden wij ieder van onze 'problematische' kinderen onderbrengen in een of ander bepaald ontwikkelingsstadium zoals wij dat onderkennen bij normaal begaafde kinderen. Wij konden dezelfde behandelingsmethodieken toepassen als bij normale kinderen in een bepaalde ontwikkelingsfase. We moeten wel met nadruk naar voren brengen dat het gewicht van de factoren die een stoornis bij zwakzinnige kinderen veroorzaakten anders lagen dan bij normale kinderen. Het feit dat dezelfde factoren bij zwakzinnige kinderen zwaarder wegen, is gemakkelijk te begrijpen vanuit het door ons reeds gememoreerde specifieke functioneren van het zwakzinnige kind en zijn ouderlijk milieu. Het zwakzinnige kind heeft andere behoeften en stelt hogere eisen aan zijn ouders. Dat de ouders niet altijd aan deze bijzondere en 'grotere' eisen kunnen tegemoet komen, staat praktisch altijd in verband met hun niet weten of niet kunnen. Het niet kunnen hangt nogal eens samen met hun eigen emotionele situatie die ontstaat tengevolge van het bewustwordingsproces een gehandicapt kind te hebben.

Bijzondere aandacht willen we hier besteden aan die kinderen, die op het eind van de observatieperiode op een zwakbegaafd of normaal begaafd niveau bleken te functioneren. In het verslag van zijn onderzoek bij geretardeerde kinderen in de ontwikkelingscreenings kliniek te Boston brengt Szymanski (1977) herhaalde keren naar voren dat angst, overbeweeglijkheid, depressie en een verminderde frustratietolerantie er dikwijls de oorzaak van zijn dat een kind onder zijn intellectueel niveau gaat functioneren. Deze niveaudaling kan aanzienlijk zijn, zo zelfs dat een kind met bovenvermelde problemen en gedragingen een reële kans loopt om als zwakzinnig aangemerkt te worden met alle gevolgen van dien. Een klinische observatie is onmisbaar voor een diagnostische evaluatie van enerzijds de mate van de achterstand en de emotionele problematiek van het kind, anderzijds van hun onderlinge afhankelijkheid. 26 oftewel 19 % van de bij ons als zwakzinnig aangemelde kinderen bleken een I.Q. van 80 of hoger te hebben. Van deze groep kinderen was 61 % neurotisch, 15 % was hyperkinetisch, 12 % vertoonde een negatief en destructief gedrag, 4 % was agressief, eveneens 4 % autistisch, terwijl 8 % depressief was. De gemiddelde leeftijd van deze kinderen was 8 jaar. Bij 50 % van deze kinderen troffen we ongunstige omstandigheden aan in hun ouderlijk milieu. Ter illustratie 2 korte observatieverslagen.

Peter, een jongen van 8 jaar, was zo schuw als een vogeltje. Hij durfde bitter weinig en kon zich in de leefgroep nauwelijks verweren. In contact met volwassenen was hij constant doende om de meest uiteenlopende vra-

gen te stellen zonder een antwoord af te wachten. Zelfs bij een uitdrukkelijk verzoek om antwoord van zijn kant reageerde hij steevast met zijn lievelings-thema aan te snijden, nl. het vragen stellen over de dood en alles wat daarmee samen hangt. Toen hij 6 jaar was, werd hij in het kader van een toelatingsonderzoek voor het lager onderwijs getest en bleek hij een I.Q. van 40 te hebben. Dientengevolge werd hij op een ZMLK school geplaatst. Min of meer toevallig werd hij een jaar later overgeplaatst naar een school voor MLK, waar hij geen moeite bleek te hebben met het leerprogramma. In het begin van de observatieperiode behaalde hij een I.Q. van 73; 5 maanden later 86. Door middel van een therapeutisch gerichte aanpak bleken zijn angsten aanzienlijk te verminderen en kreeg zijn contactname de vorm van de dialoog. Niet alleen vertelde hij zelf, hij luisterde ook goed naar wat anderen tegen hem zeiden en reageerde daar adequaat op. Wegens ongunstige milieumomstandigheden werd hij vervolgens in een specifiek behandelingsinstituut geplaatst.

Jan was een 9-jarige jongen, die vanuit het MLK onderwijs – hij functioneerde op een debiel niveau – ter observatie werd aangeboden. Hij werd opgenomen vanwege zijn encopresis die zijn moeder aan de rand van een psychische decompensatie had gebracht. Ook hij was een schuwe en angstige jongen met weinig verweer tegen leeftijdsgenootjes en hij kon bij vlagen extreem koppig zijn, soms uitmondend in driftbuien. Na 6 maanden behandeling was zijn encopresis verdwenen; zijn ouders kregen een echtpaartherapie. De relatie tot zijn moeder was aanzienlijk positiever en minder afhankelijk geworden. Hij bleek een I.Q. van 98 te hebben. Hij kon op een LOM school geplaatst worden.

In een niet te verwaarlozen aantal gevallen moesten we vaststellen dat het testonderzoek, voorafgaand aan de BLO plaatsing, in voor het kind niet optimale omstandigheden en op een niet altijd adequate wijze was verricht. Bij 31 % van deze kinderen werden neurologische afwijkingen of partiële defecten gevonden. Bovendien constateerden we bij veel kinderen uit deze groep constitutioneel bepaalde zwakke psychische integratie- en regulatievermogens. Vanwege hun verminderde 'draagkracht' lopen juist deze kinderen in crisissituaties een verhoogd risico om in moeilijkheden verstrikt te raken. Hart de Ruyter (1970) spreekt dan ook van 'risico'kinderen. Dikwijls registreert het EEG bij deze kinderen diffuse afwijkingen die men nogal eens aangeduid vindt met de term encephalopathie. Deze rand-functionerende kinderen lopen voortdurend het gevaar om bij niet-optimale omgevingscondities stoornissen te vertonen in hun emotioneel, sociaal en cognitief functioneren. Ze stellen bijzonder grote opvoedkundige eisen aan hun ouders die bij hun optreden meestal een ondersteunende begeleiding van deskundigen op dit gebied nodig hebben.

### **Behandelingsmogelijkheden**

In het voorgaande kwam reeds het fasisch verloop van de crisismomenten aan de orde in de ontwikkeling van het geretardeerde kind, waarbij zowel het kind als zijn ouders onder grote emotionele spanning kunnen komen te staan. Elk van deze fasen kan voor de ouders aanleiding zijn om bij de desbetreffende instanties hulp te

gaan zoeken. Doorgaans proberen extramurale diensten (SGAB, SPZ, huisartsen, kinderartsen) eerst op eigen kracht de situatie te normaliseren. Als dat niet lukt en de noodsituatie blijft toenemen, zoekt men hulp bij meer gespecialiseerde voorzieningen. Een dergelijk kind kan dan bij ons instituut aangemeld worden. Onze probleembenadering impliceert doorgaans een tijdelijke uithuisplaatsing van het kind.

Ondanks onze kritische houding tegenover hospitalisatie van het kind moeten wij in de noodsituatie van het kind en ouders de positieve kanten van een dergelijke stap onderkennen. Wij sluiten ons wat dit punt betreft aan bij Donaldson en Menolascino (1977) die stellen dat een psychiatrische begeleiding van geretardeerde kinderen, inclusief een kortdurende hospitalisatie, in veel gevallen een permanente institutionalisering van het kind kan voorkomen. Men moet zich realiseren dat bij aanmelding bij ons centrum het kind en zijn ouders meestal in een ernstige crisissituatie verkeren. In deze situatie betekent een tijdelijke uithuisplaatsing dikwijls een doorbraak van een ingeslepen en vastgeroest leef- en reactiepatroon bij zowel het kind als de andere gezinsleden. Een dergelijke ingreep opent in zeer veel gevallen de toegang tot gedragsverandering bij alle betrokkenen. In die gevallen waar sprake is van emotionele problematiek biedt deze aanpak de reële mogelijkheid dat de betrokkenen psychisch tot rust kunnen komen. Door middel van een deskundige begeleiding kan dit weer leiden tot openheid en ruimte om te komen tot inzicht en verbetering van de onderlinge verhouding van de ouders zelf en van hun relatie tot het kind. Voor het kind impliceert een tijdelijke uithuisplaatsing dat het zich moet aanpassen aan een nieuw leefmilieu. Tijdens deze aanpassing ervaart en leert het kind andere vormen van relaties en krijgt het mogelijkheden aangeboden om in zijn emotionele ontwikkeling verder te groeien.

De benadering en behandeling van het probleemgedrag en de emotionele problematiek rond het geretardeerde kind geschiedt tegelijkertijd op verschillende niveaus. Voor wat het kind betreft, impliceert dit een adequate pedagogische en psychotherapeutische benadering in een therapeutisch georiënteerd leefklimaat met eventueel een pharmaco-therapeutische ondersteuning. In tegenstelling tot vroegere opvattingen en beweringen moet men stellen dat men bij geretardeerde kinderen dezelfde psycho-therapeutische methoden kan aanwenden als bij de verstandelijk normaal begaafde kinderen. Bij farmacologische beïnvloeding moet men voor ogen houden dat kinderen, en met name het kind met neurologische afwijkingen, overgevoelig op psychopharma kunnen reageren (Dosen, 1977) en dat psychopharmaca uitsluitend kunnen en mogen dienen als een ondersteuning van een psychotherapeutische of orthagogische behandeling. Het ouderlijk milieu wordt bij de behandeling van het kind betrokken door te trachten een verbetering te bewerkstelligen in de pedagogische situatie thuis, door het geven van concrete adviezen, door de ouders mee te laten participeren in het therapeutisch leefmilieu van het kind of

door echtpaar- en gezinstherapie. Door het uitwisselen van ervaringen en gegevens kan het extrafamiliale milieu zoals dagverblijf en school bij de behandeling worden betrokken.

Bijzonder goede therapeutische resultaten mochten wij constateren dankzij de intensieve werkzaamheden en de totale inzet van het personeel binnen de leefgroepen waarin onze kinderen opgenomen worden. Bepaalde leefgroepen groeiden in de loop der jaren uit tot therapeutische units, waarin het verplegend en opvoedkundig personeel – nagenoeg allen Z-verpleegkundigen – geleidelijk aan de rol gingen vervullen van therapie-assistenten, begeleid en gesuperviseerd door psychiater en psycholoog (Dosen en Mulder, 1978). Bij de therapeutische benadering van het kind wordt ook de klasseleerkracht betrokken. Nagenoeg ieder kind heeft buiten de 'gewone' groepsactiviteiten een eigen, dagelijks terugkerend behandelingsprogramma. Deze behandeling vindt zowel individueel plaats als in groepsverband.

De voordelen van een beïnvloeding van het kind in een leefgroep zijn groot. De therapeutische beïnvloeding vindt plaats in een gezond pedagogisch klimaat. De behandeling wordt voltrokken door een in de leefgroep altijd aanwezige persoon waardoor de overdrachtssituatie bevorderd wordt. De intensiteit van de behandeling is door de onbeperktheid in de tijd – verscheidene keren per dag – groter dan in een 'klassieke' therapeutische situatie. Door een koppeling van de therapeutische benadering in de leefgroep met de werkwijze en aanpak op school verkeert het kind de gehele dag in een evenwichtig, onderling afgestemd en harmonieus opvoedingsklimaat. Op deze manier kunnen door een gekwalificeerd therapeut via therapie-assistenten in de leefgroepen aanzienlijk meer kinderen individueel behandeld worden. De leefgroepen zijn in de loop der jaren ook plaatsen geworden waar ouders op een concrete en praktische wijze opnieuw leren omgaan met hun kind, nadat zij in gesprekken met de therapeut tot nader inzicht en verwerking van hun eigen problematiek en die van hun kind waren gekomen. Voorwaarde voor een dergelijke benadering en behandeling van de problematiek van het geretardeerde kind en zijn ouders is wel dat deze interdisciplinair en multidimensioneel is (Beckers, Dosen, Mulder, 1977).

In de afgelopen 1½ jaar bereikten we bij 43 % van de kinderen die wegens hun gedragsstoornissen of emotionele problematiek opgenomen werden, binnen de gemiddelde opname-duur van 5,5 maanden dusdanige psychische en gedragsmatige verbeteringen dat zij naar huis konden terugkeren. Tijdens hun opname waren wij, in samenwerking met de verwijzende instanties – meestal een sociaal pedagogische dienst –, in staat het originele milieu positief te beïnvloeden. Na hun ontslag werden deze kinderen met behulp van dezelfde verwijzende instanties, die voor een verdere begeleiding van het gezin zorgdragen, geplaatst op een kinderdagverblijf of een adequate school. We plaatsten 22 % van onze kinderen ter verdere behandeling tijdelijk in specifieke behandelingsinstituten. Bij 35 % van de kinderen was een terugplaatsing naar

huis om verschillende redenen niet mogelijk. We vermelden: zeer slechte sociale omstandigheden, ernstige emotionele conflicten rond het kind, ernstige huwelijksmoeilijkheden waaraan niet meer te werken viel. Deze problemen waren zo groot en dermate schadelijk voor de verdere ontwikkeling van het kind en voor het functioneren van het gezin, dat terugplaatsing naar huis niet meer mogelijk was. Deze kinderen werden in een internaat opgenomen.

## Literatuur

- Achenbach, T. M. (1966), The Classification of children's psychiatric symptoms: a factor analytic study. *Psychological Monographs*, 80, 1-37.
- Balla, D. (1966), *The verbal action of the environment on institutionalized and noninstitutionalized retardates and normal children of two social classes*. Unpublished doctoral dissertation, Yale University.
- Balla, D., Kossan, N. en Zigler, E. (1976), *Effects of preinstitutional history and institutionalization of the behavior of retarded*. Unpublished manuscript, Yale University.
- Baumeister, A. A. en Hawkins, W. F. (1967), Alpha responsiveness to photic stimulation in mental defectives. *Amer. J. Ment. Def.* 71, 783-786.
- Baumeister, A. A. en Kellas, G. (1968), Reaction time and mental retardation; in Ellis, N. R.: *Intern Review of Research in Mental Retardation*. Vol. 3, Academic Press, New York.
- Beckers, G., Došen, A. en Mulder, J. (1977), Een observatiecentrum in de praktijk. *Ts. voor Zwakzinnigheid, autisme en andere ontwikkelingsstoornissen* 14, 33-58.
- Bowlby, J. (1960), Separation Anxiety. *Int. Journal of Psychoanalysis*, 41, 89-113.
- Bowlby, J. (1961), Processes of mourning. *Int. Journal of Psychoanalysis*. 42, 317-340.
- Chess, S. (1977), Evolution of Behavior Disorder in a group of mentally retarded children. *J. Child Psychiatry*. 16, 1-18.
- Chess, S. en Hassibi, M. (1970), Behavior deviations in mentally retarded children. *J. Child Psychiatry*. 9, 282-297.
- Chorus, A. (1978), De puberteit bij debielen. *Ts. v. Zwakzinnigheid, autisme e.a. ontwikkelingsstoornissen*. 15, 3-28.
- Creak, E. M. (1963), Childhood Psychosis. *Brit. Med. Journal*. 109, 84-89.
- Cromwell, R. L. (1963), A social learning approach to mental retardation. In: *Handbook of mental deficiency*, ed. N. R. Ellis, Mc.Graw-Hill, New York, pp. 41-91.
- Degen, H. (1976), *Gedeelde Zorg*. Gooi & Sticht, Hilversum.
- Donaldson, J. Y. en Menolascino, F. J. (1977), Past, current and future roles of child psychiatry in mental retardation. *J. Child Psychiatry*. 16, 38-52.
- Došen, A. (1977), Neuroleptica (en psychochirurgie) bij de behandeling van gedragsgestoorde zwakzinnigen. *Ts. v. Zwakzinnigheid, autisme e.a. ontwikkelingsstoornissen*. 14, 182-198.
- Došen, A. en Mulder, J. (1978), *Contactstoornissen en autisme bij zwakzinnige kinderen*. (Nog niet gepubliceerd manuscript.)
- Garrard, S. D. en Richmond, J. B. (1965), Diagnosis in mental retardation, and mental retardation without biological manifestations. In: *Medical Aspects of Mental Retardation*, ed. C. H. Carter. Charles C. Thomas, Springfield, Ill. pp. 32-72.



- Goodnow, J. J. (1955), Determinants of choice distribution in two-choice situations. *Amer. J. Psychol.* 68, 106-116.
- Gruen, G., Ottinger, D. en Ollendick, T. (1974), Probability learning in retarded children with differing histories of succes and failure in school. *Amer. J. Ment. Def.* 79, 417-423.
- Hart de Ruyter, Th. (1972), De ontwikkeling van de persoonlijkheid in de jeugd. In: *Hoofdpijnen van de kinderspsychiatrie*, uitg. Th. Hart de Ruyter en L. N. J. Kamp, Deventer.
- Hart de Ruyter, Th. (1972), *Ontwikkelingspsychiatrie en preventie van stoornissen in de emotionele ontwikkeling*. Afscheidscollege. Wolters-Noordhoff, Groningen.
- Harter, S. (1967), Mental age, IQ, and motivational factors in the discrimination learning set performance of normal and retarded children. *J. Exp. Child Psychol.* 5, 123-141.
- Harter, D. en Zigler, E. (1974), The assesment of effectance motivation in normal and retarded children. *Developm. Psychol.* 10, 169-180.
- Kessler, J. W. (1972), Neurosis in Childhood. In: *Manual of Child Psychopathology*, ed. B. B. Wolman. Mc.Graw Hill, New York.
- Menolascino, F. J. (1965), Emotional disturbance and mental retardation. *Amer. J. Ment. Def.* 70, 248-256.
- Menolascino, F. J. (1966), The facade of mental retardation. *Amer. J. Psychiat.* 122, 1227-1235.
- Ollendick, T. D. en Zigler, E. (1971), Expectancy of succes and the probability learning of retarded children. *J. Abnorm. Psychol.* 77, 275-281.
- Oudenhoven, N. van (1973), *Debielen zijn gewone mensen*. Amsterdam.
- Philips, I. (1966), Children, mental retardation and emotional disorder. In: *Prevention and treatment of mental retardation*, ed. I. Philips. Basic Books, New York. pp. 111-122.
- Rutter, M. (1976), *Clinical Characteristics of Autism*. International Symposium on Autism. St. Gallen, Switzerland.
- Solnit, A. J. en Stark, M. H. (1961), Mourning and the birth of a defective child. *The Psychoanalytic Study of the Child.* 16, 523-537.
- Szymanski, L. S. (1977), Psychiatric Diagnostic Evaluation of Mentally Retarded Individuals. *J. Child Psychiatry.* 16, 67-87.
- Weaver, T. R. (1946), The incidence of maladjustment among mental defectives in military environment. *Amer. J. Ment. Def.* 51, 238-246.
- Weaver, T. R., Balla, D. en Zigler, E. (1971), Social approach and avoidance tendencies of institutionalized and noninstitutionalized retarded and normal children. *J. Exp. Res. Pers.* 5, 98-110.
- Webster, T. G. (1970), Unique aspects of emotional development in mentally retarded children. In: *Psychiatric Approaches to Mental Retardation*, ed. F. J. Menolascino. Basic Books, New York, pp. 3-54.
- Winters, J. J. (1969), A comparison of normals and retardates on physiological and experiential visual illusions. *Amer. J. Ment. Def.* 73, 956-62.
- Wolfensberger, W. (1967), Counseling the parents of the retarded. In: *Mental Retardation*, ed. A. A. Baumeister. Aldine, Chicago, pp. 359-400.
- Zigler, E. (1958), *The Effect of preinstitutional social deprivation on the performance of feeble-minded children*. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas.
- Zigler, E. en Balla, D. (1977), Personality factors in the performance of the Retarded: Implications for clinical assessment. *J. Child Psychiatry.* 16, 19-37.