

gen aan de sociale academies. Veel heb ik onbesproken moeten laten over ons onderwerp. Te denken is nog aan de contacten met Raden voor Kinderbescherming, delinquentenzorg, maatschappelijk werk voor zwakzinnigen, voorlichting aan het algemeen maatschappelijk werk, enzovoort. Uitwerking van deze deelonderwerpen zou meer tijd vergen dan het bestek van deze voordracht toelaat. Wellicht biedt de nabespreking nog gelegenheid hierop in te gaan.

JEUGDBUREAUS VOOR DE GEESTELIJKE VOLKSGEZONDHEID

door Dr. TH. B. KRAFT, psychiater

(destijds verbonden aan de Stichting voor de Geestelijke Volksgezondheid in Gelderland)

Vele jeugdpsychiaters oefenen heden ten dage hun beroep uit in het verband van een Medisch Opvoedkundig Bureau of een Sociaal Psychiatrische Dienst. Jeugdbureaus voor de Geestelijke Volksgezondheid en Jeugd Psychiatrische Diensten — afgekort JPD's — zijn in de regel afdelingen van laatstgenoemde organisaties. Zij hebben in Nederland een langere historie dan de MOB's. Hierover gaf ik een uitvoerige uiteenzetting in mijn dissertatie: 'De Jeugd Psychiatrische Diensten in Nederland'. In het kort wil ik er thans het volgende uit citeren: In 1919 begon mevr. *Ruemke* (toen nog mej. *Bakker*) met een speciale polikliniek voor de jeugd in de Valerius-kliniek, terwijl in 1922 mevr. *v. Andel-Ripke* in de Universiteitskliniek te Utrecht, een aanvang maakte met kinderpsychiatrisch werk. De aandacht viel hier nog speciaal op kinderen met intelligentie-tekorten. Mevr. *v. Andel*, die enige tijd later direktrice werd van de school voor opleiding van leerkrachten in kinderverzorging en opvoeding te Rotterdam, hield ook daar reeds in 1923 een 'polikliniek voor zielkunde' voor de ouders, terwijl de leerlingen o.a. voor bezoeken aan huis werden uitgezonden, zoals tegenwoordig onze districtverpleegsters en maatschappelijke werkers. Een vermeldenswaardig initiatief vond ook in Rotterdam plaats van pedagogische zijde; daar stichtte in 1911 de onderwijzer *Daniel Zwiep* de vereniging 'Zoekt het Verlorene' ten behoeve van moeilijk opvoedbare kinderen. Een consultatiebureau, hiervan uitgaande, ontstond in 1929. In 1924 werd, na een mislukt initiatief de 'Centrale Vereniging tot behartiging van de maatschappelijke belangen van zenuw- en zielszieken' opgericht (later 'Meyers-vereniging' geheten naar deze belangrijke pionier). In de loop van de volgende jaren werden plaatselijk consultatie-bureaus gesticht, terwijl reeds bestaande instellingen

(zoals de Wilhelminastichting te Apeldoorn) aansluiting zochten. Aanvankelijk stonden de bureaus alleen open voor volwassenden, maar in 1936 e.v. werden er op enkele plaatsen aparte spreekuren voor de jeugd ingesteld (Zutphen, Zaandam, Apeldoorn). Een andere ontwikkeling vond in de grote steden plaats. Het sociaal-psychiatrische werk ging zich daar ontplooiën in navolging van *Kolb* te Erlangen en *Forel* te Zuerich, maar in tegenstelling met het buitenland bouwde men hier vrij spoedig een eigen organisatie op, los van de inrichtingen. Amsterdam gaf het voorbeeld: daar creëerde men de functie van psychiater-neuroloog bij de GGD. In 1917 ging Meyers deze plaats bekleden en deze gebeurtenis is van verstrekkende invloed geweest. Uit de geestelijke-hygiënische 'loot' van de GGD in onze hoofdstad ontstond een tweede spruit: de jeugdafdeling. Maar dit was pas in 1946. Voordien had de 'nazorg BLO' veel van de verstandelijk minder bedeelde jeugd opgevangen. Ik ga terug tot 1928, het jaar, waarin het eerste Medischpedagogisch bureau te Amsterdam werd opgericht naar Amerikaans model. Het zouden er 7 worden bij het begin van de tweede wereldoorlog. Tegen die tijd waren ook veel consultatiebureaus in werking, eveneens voor de jeugd, maar de omvang van hun werkzaamheden was nog maar gering, voornamelijk door onvoldoende subsidie van overheidswege. Voor selectie ten behoeve van het BLO waren in de jaren '36-'38 tevens door enkele Kruisorganisaties pedagogen aangesteld, die o.a. in Gelderland aansluiting kregen met de bestaande jeugdbureaus. In de dertiger jaren had vooral Noord-Brabant dank zij de psychiater *Kortenhorst*, een bloeiende consultatie-bureau-organisatie, (initiatief mede van het Wit-gele Kruis), terwijl elders vooral Joods jeugd-psychiatrisch werk genoemd moet worden (Amsterdam en Apeldoorn). In Groningen ontstond een heel ander type bureau, geleid door een kinderarts (1928 *Scheltema*, later *Koppius*) en in Maastricht maakte zich eveneens een pediater voor de geestelijke volksgezondheid verdienstelijk, nl. *Koenen*.

Na de oorlog kwamen vele zenuwartsen met prachtige organisatie-plannen, o.a. *Querido*, *Barnhoorn*, *Kat* en *Hart de Ruyter*. Gezien de verschillende levensbeschouwelijke richtingen is hiervan weinig terecht gekomen en ontstond overal, afhankelijk van de historische groei en plaatselijke omstandigheden, een afwijkende 'sociale kaart', waarvan de geestelijke gezondheidszorg voor de jeugd een onderdeel vormde. Interessant is het wel, dat op zeer veel plaatsen, met name in Noord-Brabant, jeugdbureaus werden 'omgebouwd' tot MOB's. Men vond de werkingswijze blijkbaar niet intensief genoeg en men wilde bovendien behandelingen gaan doen. Door instelling van het preventie-fonds (1950) werden de financiële mogelijkheden

voor de bureaus bovendien veel groter, terwijl door de coördinerende functie van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, die reeds in 1934 tot stand was gekomen, de samenwerking van de verschillende groeperingen onderling werd bevorderd.

Hoewel de MOB's zich vooral in de vijftiger jaren hebben uitgebreid in aantal, zijn er jeugdbureaus blijven bestaan. De diensten hiervan kunnen verdeeld worden in gemeentelijke en provinciale of regionale. De eerste groep is te vinden in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Haarlem en Utrecht, alle als onderafdeling van een sociaal psychiatrische dienst. In Groningen, Drenthe en Gelderland treft men voorts provinciaal georganiseerde jeugdbureaus aan. Tussen deze twee soorten diensten bestaan vrij grote verschillen, vooral wat betreft hun methodieken. De gemeentelijke diensten hebben daarbij een aantal voordelen, die o.a. beschreven worden in het rapport, uitgaande van de Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid: 'de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen buiten de inrichtingen' uitgebracht in 1962. Genoemd moet worden: de betere bereikbaarheid in de grote steden, de mogelijkheid van één centrum met goede outillage en frequente spreekuren, samenwerking met slechts één dienst voor sociale zaken, één schoolartsendienst, één Raad voor de Kinderbescherming, enz. De *taak* van beide soorten JPD's is echter wel eensluidend. Deze is te formuleren als de zorg voor het geestelijk gehandicapte kind in de maatschappij en de geestelijk 'normale' jeugdige die psychisch-hygiënisch bedreigd wordt. We kunnen hierbij drie karakteristika geven van de opgave, die de JPD's zich stellen, nl.:

1. eerste hulp bij geestelijke moeilijkheden (ongelukken) van kinderen;
2. sociaal-psychiatrische hulp aan oligofrene kinderen in de maatschappij;
3. (niet specifiek) een complete taak op geestelijk hygiënisch gebied, d.w.z. daar, waar geen voorzieningen op dit uitgestrekte terrein getroffen zijn, deze waarnemen. Als voorbeeld noem ik de stad Groningen, waar tot 1958 geen school-psychologische dienst bestond. Het werk van de JPD hield op dit terrein op, toen een school-psycholoog door de gemeente werd aangesteld. Op de vraag, in hoeverre dit werk toch tot het specifieke terrein van een JPD behoort, wil ik nu niet ingaan. Het is een apart probleem, waarover het moeilijk is een principieel oordeel te vellen.

Over de *werkwijze*, zoals deze plaats vindt in mijn eigen provincie Gelderland heb ik reeds in 1957 het een en ander geschreven. In het jeugdbureau ligt het accent op een snelle

diagnostiek en een zo efficiënt mogelijke hulpverlening in de vorm van een advies en een eventuele verdere begeleiding. Uitgebreide behandelingen vinden niet plaats. In Gelderland doet de psychiater de intake en neemt hij de anamnese op, samen met de districtsverpleegster. Deze laatste verricht verder een sociale peiling, o.a. door een huisbezoek. In de staf zit voorts een (ortho) pedagoog, die bij het kind een pedagogisch onderzoek verricht, met o.a. een intelligentiebepaling en een beoordeling van de schoolkennis. De pedagoog bezoekt tevens de school, zowel om diagnostische redenen als — later — voor het verstrekken van didactische adviezen. In een team-bespreking komt men gezamenlijk tot een bepaalde mening over het kind en het gezin, en tot een advies. De psychiater, die het kind zelf heeft onderzocht, is eveneens degene, die het advies bespreekt met de ouders. Aan dit laatste adviesgesprek hecht ik persoonlijk grote betekenis. Over de verdere taakverdeling van de stafleden, welke nooit streng-principieel kan worden doorgevoerd, wil ik nu niet uitweiden. Veel hangt af van persoonlijke bekwaamheden en ambities; naar mijn mening is een goede *harmonie* en teamgeest tussen de stafleden eigenlijk het meest essentiële. Van belang lijkt het me in te gaan op een discutabel punt, nl. dat een pedagoog in ons dagelijkse team een plaats had en niet een psycholoog. Allereerst zij er op gewezen, dat aan de Gelderse dienst wel een psycholoog verbonden is, maar dat deze alleen wordt ingeschakeld in gevallen, waar de diagnostiek ontoereikend was om een duidelijk beeld te krijgen en bij kinderen, waar het om een ingrijpend advies ging (bijv. langdurige uithuisplaatsing). Deze klinische psycholoog heeft een heel andere werkwijze dan een pedagoog. Ons werk moest afgestemd zijn op het verwerken van een veel groter aantal kinderen (in 1957 617 nieuwe aanmeldingen) dan een MOB in behandeling pleegt te nemen. De afwezigheid van school-psychologische diensten in Gelderland gaf onze bureaus bovendien een belangrijke toevloed van kinderen met leer-moeilijkheden. Zeer vele van deze aanmeldingen geschieden door schoolartsen. Natuurlijk kunnen leermoeilijkheden geconditioneerd zijn door neurotische of psychopathische ontwikkelingen, door milieu-omstandigheden enz., maar hieromtrent zal de psychiater vooral zijn oordeel kunnen vellen. De pedagoog, waarmee ik bedoel een deskundige met onderwijservaring en met acties m.o. of universitaire scholing, is een man, die reeds tijdens zijn onderzoek peilt wat voor mogelijkheden er in een kind zitten en op welke wijze zijn intelligentie-ontwikkeling bevorderd kan worden. Het pedagogisch onderzoek is teleologisch (waar moeten we met het kind naar toe), het klinisch-psychologisch onderzoek daarentegen louter descriptief-diagnostisch (*Van Lennep*).

We weten dan misschien zeer veel over de psyche van het patiëntje, maar de klemmende vraag op de jeugdbureaus is 'Wat nu?'

Op een bureau dat 2 à 3 gevallen per week verwerkt, mag de arbeid van de klinisch-psycholoog zin hebben; voor een soort 'Eerste hulp dienst' is deze praktisch onmogelijk. Het zal U trouwens bekend zijn, dat de eisen van de WHO betreffende een schoolpsycholoog 5 jaar onderwijservaring zijn. Onze pedagogen benaderen dit ideaal meer dan vele psychologen in Nederland. Juist eerstgenoemden zijn volkomen op de hoogte van de schoolkennis, die een kind zich in een bepaalde klas moet hebben eigen gemaakt en van didactische hulpmiddelen. Voorts heeft de pedagoog als oud-onderwijsman een belangrijke voorsprong op de psycholoog, omdat zijn entree op de scholen veel gemakkelijker verloopt. Hij wordt beter geaccepteerd door de hoofden want hij heeft immers zelf voor de klas gestaan! De psycholoog 'spreekt bovendien een andere taal' dan de onderwijzer, waardoor het contact bemoeilijkt wordt. Interessant is het, dat in recente Amerikaanse literatuur dezelfde controversen tussen leerkrachten en school-psychologen beschreven worden als hier uiteengezet. Ook daar vinden de onderwijzers de psychologen in de regel te klinisch en te weinig begrijpelijk (*Morse*). Indertijd is in Nederland gepropageerd, dat de opvattingen en werkwijzen van de MOB's de meest ideale waren om moeilijkheden van kinderen op het spoor te komen en te behandelen. Reeds vermeldde ik, dat vooral in Noord-Brabant vele jeugdbureaus na de oorlog metamorfoseerden in MOB's. Men werkt er tot in de perfectie. Het zou onjuist zijn kritiek hierop uit te oefenen. Maar wat is het gevolg van deze ombouw? Er kunnen minder kinderen per week ter behandeling komen, er vormen zich wachtlijsten, zeer lange zelfs. De helft van de ouders, het wachten moe, gaat eigen wegen bewandelen, zoekt hulp bij kennissen, familie, of begint op hun kind te experimenteren ('we hebben het met zachtheid en met hardheid geprobeerd, niets hielp', horen we vaak). Ik haal deze gegevens o.a. uit een recent Amerikaans onderzoek over wachtlijsten (*Morris en Soroker*). Vaak is het zo, dat ouders pas na lange aarzeling een bureau gaan raadplegen, maar dan liefst direct geholpen willen worden. Een wachttijd van $\frac{1}{2}$ —1 jaar of langer, doet hun de moed verliezen en ze gaan intussen een andere — deficiënte — oplossing zoeken. De intake, door een PSW verricht vóór de definitieve aanneming van een geval, kan naar mijn gevoel deze problemen niet wegnemen. Een en ander heeft tot gevolg, — en dit zien we o.a. in Noord-Brabant — dat vele ouders en kinderen van deskundige hulp verstoken blijven. En er is zo enorm veel te doen! Bijna de helft van de schooljeugd,

nog afgezien van de debielen, behoeft pedagogische en psychologische hulp volgens een experimenteel onderzoek van *Wilmink en Van Houte* (1958). Maar het zou van weinig werkelijkheidszin getuigen, wanneer voor *al* deze hulp alleen het MOB zou moeten worden ingeschakeld. Laat deze bureaus de kinderen in behandeling nemen, die, hetzij om diagnostische, hetzij om therapeutische redenen, veel tijd opeisen.

In Noord-Brabant bestaan naast MOB's school-psychologische diensten over de gehele provincie, maar geen JPD's. Deze toestand acht ik niet ideaal, daar door het gemis van deze laatste organisaties de meer acute gevallen van geestelijk-hygiënische nood niet deskundig kunnen worden behandeld, zoals ik zelf mocht waarnemen. Deze kinderen komen nog het meest bij de school-psycholoog terecht, die vaak solitair werkt en geen maatschappelijk werkster in zijn dienst heeft. Soms moeten schoolartsen ingrijpen of weinig deskundige ambtenaren van sociale zaken, o.a. in gevallen van uithuisplaatsing, die mogelijk weer niet goed zijn beoordeeld*. Wegens de grote wachtlijsten vallen de MOB's daar geheel uit als samenwerkende instanties. En coöperatie is juist zo belangrijk op sociaal terrein! Een JPD moet, om goed te kunnen functioneren, o.a. samenwerken met schoolartsen, met justitiële instanties (die vaak op korte termijn een beslissing willen nemen), met de diensten van de BLO nazorg, met kleuterbureaus, met GGD's en diensten van sociale zaken en uiteraard met MOB's. Over de relatie met deze laatste bureaus nog een enkel woord. Aanvankelijk meende ik, dat de jeugdbureaus als selectie-instituut zouden kunnen optreden voor de MOB's, maar dit bleek in de praktijk niet geheel op te gaan. De kinderen, die wij daarheen verwezen, waren vaak geen succes-gevallen. Aan dit ongunstige resultaat zijn o.a. psychologische factoren debet. Ouders laten zich niet zo gemakkelijk doorverwijzen. Ze hebben hun hoop op een bepaalde instantie gericht en zijn teleurgesteld, als de hulp om de een of andere reden afgewezen wordt. Bij het uitgebreide door ons verrichte na-onderzoek over aanmeldingen in 1957, is ons gebleken, dat van de 17 doorverwijzingen naar MOB's 9 (dus meer dan de helft) ouders niet zijn gegaan. Van de overige 8 bleven 2 ouders reeds na een bezoek weg. De vaak grote afstand naar het dichtstbijzijnde MOB speelde hier ook een rol, maar was niet de enige factor. Op zichzelf is dit probleem reeds een omvangrijkere studie waard. Wij hebben geprobeerd hierin verbetering te brengen, door in gevallen, die direct het vermoeden wekten, dat een langere bemoeienis noodzakelijk zou

* Over de samenwerking tussen schoolartsen en schoolpsychologen is overigens ook een goed rapport verschenen, waarheen ik gaarne verwijs.

zijn (o.a. de typische neurotische relatiestoornissen) zo spoedig mogelijk tot doorverwijzing te adviseren. Vele MOB's hebben juist de laatste tijd ingezien, dat een zeer uitgebreid en diepgaand onderzoek niet voor ieder kind noodzakelijk is en hebben zelf een poging gedaan gevallen af te doen met eenvoudige adviezen. Vele hebben ook in allerlei plaatsen voorposten of filialen opgericht, die een selectiefunctie hebben. Meestal is daar de psychiatrisch-sociale werkster (PSW) degene, die de eerste contacten met de ouders legt en die het geval bespreekt met de overige stafleden. Toch blijven de MOB voorposten in hun structuur en 'focussing' op de MOB werkwijze gericht, hoewel zij, zoals in de provincie Utrecht, veel analoog werk kunnen verrichten en zelfs de uitbouw van jeugdbureaus kunnen remmen. De aanwezigheid van een pedagoog vormt hierbij een actueel probleem, waar o.a. mej. *Lekkerkerker* het vorig jaar een studie aan wijdde. Zij en ook *Trimbos* voelen hier echter weinig voor. Het MOB ziet immers speciaal als zijn taak 'het hulp bieden aan kinderen, die bedreigd zijn door gestoorde gezinsrelaties en niet primair aan kinderen met allerlei leer- en schoolproblemen', aldus deze laatste. Om die reden geef ik voor de plattelandsstreken van Nederland de voorkeur aan het jeugdbureau boven het MOB-filiaal. Ook wegens de samenstelling van de staf met psychiater, pedagoog en districtsverpleegster (ik laat hier onbesproken, of deze nog zou moeten uitgroeien tot een soort PSW) en wegens zijn snellere meer doeltreffende werkwijze prefereer ik daar onze jeugdbureaus. Deze plattelandsbevolking vraagt geen grote 'uitdieping'; daar schrikt men maar voor terug. Laten we ons ervoor hoeden *alles* over een gezin te willen weten, maar laten we ons in eerste instantie richten op de vraagstelling, die ons wordt voorgelegd. Ik heb mij hier beperkt tot enkele van de meest discutabele punten betreffende de jeugdbureaus.

Ik hoop erin geslaagd te zijn het belang van de Jeugdbureaus en de JPD's aan U te hebben duidelijk gemaakt en ook de plaats die zij innemen en kunnen innemen in het maatschappelijke bestel. Hun werkingsfeer betreft een veel grotere, maar eenvoudiger gestructureerde bevolkingsgroep dan die der MOB's. Speciaal in Gelderland heb ik in een dergelijke dienst de deskundigheid en aanpak van een (ortho) pedagoog leren waarderen. We moeten, naar het mij voorkomt, voor dit werk in den lande meer orthopedagogen met onderwijservaring zien te krijgen, die liefst naast hun pedagogische kennis, psychologisch nageschoold zijn, psychologische pedagogen dus, zoals o.a. *van Gelder* voorstaat in zijn boek 'ontsporing en correctie'. Met de psychiater en de maatschappelijke werkster kunnen zij een voortreffelijk team vormen, dat vooral in de periferie zeer

vruchtbaar kan werken op het gehele terrein van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen.

Geraadpleegde literatuur

- Gelder, L. van
Kraft, Th. B. *Ontsporing en correctie* (diss). Groningen 1954.
De wenselijkheid van jeugdbureaus voor de Geestelijke Volksgezondheid naar M. O. B.'s. *Mndbl. G. V.* 12, p. 56, 1957.
- Kraft, Th. B. *De Jeugdpsychiatrische Diensten in Nederland*. Diss. Utrecht 1962.
- Lekkerkerker, E. C. De „O” van het M.O.B. *Mndbl. G. V.* 117, p. 6 en 73, 1962.
- Lennepe, D. J. van *Gewogen-bekeken-ontmoet in het psychologisch onderzoek*. Den Haag 1949.
- Morris, D. P. en
E. P. Soroker A Follow-up study of a child-guidance waiting-list. *Journal of mental health*, 37, p. 84, 1953
- Morse, W. C. The mental hygiene dilemma in public education. *Am. Journal of orthopsych.* 61, p. 330, 1961.
- Rapport *Geestelijke Gezondheidszorg voor kinderen buiten de inrichtingen*. Nat. Fed. voor de G. V. 1961.
- Trimbos, C. B. J. B. *De Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland*. Utrecht 1959.
- Wilmink, A. J. en
I. C. van Houte *Opvallende kinderen*. Utrecht 1958.

ENIGE IDEEËN OMTRENT DE BEELDENDE EXPRESSIE IN DE Z.G. CREATIEVE THERAPIE IN „WOLFHEZE”

door Eef. J. VAN MAANEN

(verbonden aan het Psychiatrisch Ziekenhuis 'Wolfheze' te Wolfheze,
geneesheer-directeur Dr. H. van der Drift)

Als een der grootste moeilijkheden bij het onderwijs in de beeldende expressievakken, voel ik nog altijd de weerstand van de conventionele opvattingen ten aanzien van de esthetica en het gebrek aan waardering voor de tegenwoordige beeldende uitingen. Nog altijd is een min of meer realisme het schoonheidsideaal en men houdt nog altijd een algemeen geldende beleving van de ons omringende zichtbare dingen en wereld voor mogelijk. Deze nogal materialistische inslag maakt het moeilijk onze didactiek te verdedigen, die uitgaat van de idee, dat de wereld en de dingen individueel beleefd worden en dat dus ook de vormen waarin wij onze beleving gieten, grote verschillen zullen vertonen, die echter geen kwaliteits-verschillen zijn, maar voortkomen uit een door een ieder anders beleefde wereld.

De doorsnee volwassene is door opvoeding en traditie zozeer