

BIJZONDERE ONDERWERPEN

OVER PSYCHO-SOCIALE ASPECTEN VAN DE ZORG VOOR HET GEHANDICAPTE KIND*

Inleiding

In deze aflevering van het Tijdschrift wordt onder de rubriek Redactionele commentaar aandacht besteed aan de sterk toegenomen belangstelling, die de medische en tandheelkundige verzorging van gehandicapte patiënten – en speciaal kinderen – de laatste 10 jaar ten deel is gevallen. Een verheugende omstandigheid, die o.a. haar weerslag heeft gevonden in het van 21-24 april 1974 gehouden 'Second International Congress for the Handicapped'. Van dit congres nu zijn onlangs de handelingen in de Engelse taal verschenen. Onder de vele lezenswaardige bijdragen trekt al dadelijk de eerste over het in de titel weergegeven onderwerp de aandacht. Zij is van de hand van de Amerikaanse psychologe Lindy Burton en bevat o.a. behartigenswaardige details met betrekking tot de dikwijls niet voldoende begrepen gedragingen van het gehandicapte kind en in het bijzonder van zijn ouders.

De tandarts-practicus, vaak van nature, maar zeker ook krachtens zijn opleiding, meer op de technische aspecten van het beroep ingesteld, zal misschien geneigd zijn tot de vraag of dit onderwerp niet wat ver is gezocht. Het heeft inderdaad ogenschijnlijk weinig aanrakingsvlakken met de praktijk van alledag. Wie echter zo denkt, sluit toch zijn ogen voor een belangrijk probleem. Want een thema als dit heeft veel, zo niet alles, te maken met de relatie tussen (tand)arts en patiënt. Immers een afwijkend gedrag van de ouders slaat allicht op hun gehandicapte kinderen terug en dat kan de betrekkingen tussen hen en de clinicus bemoeilijken. Het is daarom van eminent belang dat deze onder zulke omstandigheden de voor alle partijen gunstigste houding weet aan te nemen. Het wonderlijke is echter dat hij in dergelijke zaken aan de universiteit gewoonlijk volstrekt onvoldoende is onderricht. Gedragswetenschappen zijn in het medisch en tandheelkundig onderwijs lange tijd achtergebleven gebieden geweest. Men kan zeggen: nu ja, deze wetenschappen zijn nog van te jonge datum om hun weg naar die vakken al sinds een reeks van jaren te hebben gevonden. Maar eigenlijk zijn zij tot op heden zelfs nog nauwelijks daartoe doorgedrongen, althans in Nederland.

Medische psychologie

Nog altijd wordt de aandacht van studenten in geneeskunde en tandheelkunde voor het allergrootste deel in beslag genomen door het overbrengen van medisch-biologische kennis en wat de aankomende tandartsen betreft door het verwerven van technische vaardigheden. Problemen aangaande de tegemoetreding van en de omgang met patiënten komen – enkele uitzonderingen daargelaten – pas in een laat

stadium aan de orde. De problemen worden niet diepgaand behandeld, althans niet zo dat de arts of tandarts er voldoende door wordt gemotiveerd. Men is blijkbaar altijd van de stelregel uitgegaan dat op dit terrein de practicus maar door eigen ervaring wijs moest worden. Op zichzelf een aanvaardbaar uitgangspunt, maar er kunnen wel veel kostbare jaren mee gemoeid zijn en menigeen leert het op die wijze nooit. Niet voor niets betoogde de Amsterdamse psychiater Dr. J. A. M. Schouten in zijn rede ter aanvaarding van het hoogleraarschap in de Medische psychologie aan de Universiteit van Amsterdam onlangs nog dat er dikwijls sprake is van een groot gebrek aan communicatie tussen arts en patiënt. Sprekend over de kloof tussen de denkwereld van de een en de belevingswereld van de ander, liet hij zich als volgt uit: . . . 'Als de arts niet geleerd is te ontdekken wat er in de ander omgaat, dan is een goede communicatie uitgesloten. Hij moet attent zijn op ieder signaal uit die andere wereld en daar op ingaan, om te ontdekken wat er speelt. Daar is tot nog toe in de opleiding nauwelijks iets aan gedaan'.

Moelijke situaties in de tandheelkundige praktijk

Dat dit alles voor de tandheelkunde minstens zo sterk geldt als voor de geneeskunde, behoeft nauwelijks betoog. Immers bijna geen mens komt geheel onbevangen ter behandeling. Doen zich in de tandheelkundige praktijk niet dagelijks situaties voor, die een belangrijk beroep doen op de intuïtie en het psychologisch inzicht van de tandarts, ook ten aanzien van de ouders van normale, maar door angst moeilijk behandelbare kinderen? Kent hij niet de panieksituaties, die zich zowel bij ouders als bij kinderen kunnen manifesteren bij een op zichzelf toch niet zo indrukwekkend trauma als een gefractureerde fronttand? Daar komt het in eerste instantie soms zelfs nog meer aan op het geruststellend toespreken van een verontruste moeder, die haar kind geschonden weet, dan op het opvangen van de jeugdige patiënt zelf. Hoeveel te meer reden hebben ouders dan niet om onevenredig gespannen te zijn wanneer bij hun langdurig of zelfs blijvend gehandicapte kind een min of meer ingrijpende tandheelkundige behandeling moet plaatsvinden. Als het dan ook nog zó is, dat de relaties tussen de ouders en het kind een afwijkend karakter dragen – wat dikwijls schijnt voor te komen – dan kunnen daar vreemde en onbegrijpelijk schijnende reacties uit voortvloeien, die op een of andere wijze op ontsporing uitlopen. Dat zulke toestanden zoveel mogelijk dienen te worden voorkómen, spreekt vanzelf.

In aanmerking genomen de geringe scholing die de (tand)artsen in het verleden op dit gebied hebben genoten mag de bespreking van een onderwerp als het onderhavige dan ook worden beschouwd als een vorm van postacademisch onderwijs. Vandaar dat het nuttig leek een vertaling van de tekst van het artikel van Lindy Burton te dezer plaatse af te drukken.

Frustraties van de ouders van gehandicapte kinderen

Verreweg de meeste ouders worden geleid door de natuurlijke behoefte om voor hun kinderen te zorgen en ze gedurende hun gehele ontwikkeling bescherming te bieden. Als deze behoefte wordt gedwarsboomd, door welke oorzaak ook,

*) Zie ook 'Achtergronden van de tandheelkundige dienstverlening aan gehandicapten', rubriek 'Redactionele commentaar', pag. 366, deze aflevering.

worden zij bekropen door gevoelens van onzekerheid, die neerkomen op schuldervaringen en verminderd zelfrespect. Men denkt dan nl. te hebben gefaald in één van de meest fundamentele taken die het leven stelt. Dat is ook het lot van veel ouders van gehandicapte kinderen. Het doet er niet zoveel toe of de afwijking psychisch is dan wel lichamelijk; of het een betrekkelijk licht of een diepgaand defect betreft; of het bij de geboorte al aanwezig was dan wel dat het later is opgetreden: onder al deze omstandigheden zullen veel ouders niet onder een gevoel van verantwoordelijkheid ervoor uitkomen en er dus geestelijk en soms zelfs lichamelijk onder lijden. Daaruit volgt dat de eerste en meest beslissende opgave in de zorg voor het gehandicapte kind hierin bestaat dat zijn ouders het geruststellende gevoel krijgen dat de clinicus hun als een bondgenoot terzijde staat. Dat is de beste manier om hun geschonden zelfvertrouwen te herstellen. Pas wanneer dat is bereikt en hun angst en onzekerheid zoveel mogelijk zijn verlicht, is voor de practicus de weg voldoende vrij gemaakt om zijn aandacht meer specifiek op de noden van het kind te richten.

Het is dus zaak, dat hij er zich van bewust is dat de meeste ouders de afwijking van hun kind van meet af aan als een wezenlijke bedreiging voor henzelf ondervinden. Immers zij staat hun natuurlijke streven in de weg het kind te begeleiden op zijn pad naar zelfstandigheid en volwassenheid. Eigenlijk werkt de handicap van het kind in dubbele zin negatief: hij vormt een rem op hun vermogen een kind groot te brengen en tegelijkertijd zet hij een domper op hun hoop en verwachting ten aanzien van het kind, zo hij ze al niet volkomen tenietdoet. Het is daarom niet zo verwonderlijk dat veel ouders ter wille van hun geestelijk evenwicht pogingen doen om de ernst van het defect van hun kind te verdoezelen of zelfs te ontkennen. In het kader van deze afweerreactie winnen zij advies in bij andere artsen; dikwijls ook speuren zij zelf de medische literatuur na, begeven zich in de randgebieden der geneeskunde of zoeken hun heil bij gebedsgenezers, in een soort van verdediging tegen het aanvaarden van de bedreigende werkelijkheid. Dat laatste kan ook hierin tot uiting komen, dat zij zich als het ware Oost-Indisch doof houden voor hetgeen hun in eerste instantie over de toestand van het kind wordt medegedeeld, in wat voor eenvoudige bewoordingen de arts zijn bevindingen ook inkleedt. Dit mag niet worden uitgelegd als domheid van hun kant: het is eerder te beschouwen als een begrijpelijke afweer tegen het voor hen onaanvaardbare feit, het bestaan van de afwijking te moeten erkennen. Dit moet door de behandelende clinicus – arts of tandarts – worden ingezien, wil hij de ouders efficiënt kunnen bijstaan in hun moeilijkheden, b.v. door geduldig en vriendelijk herhaalde malen uitleg te geven, of wellicht ook door hun geschikte literatuur over de toestand van hun kind ter lezing te geven. Dit laatste geeft hun het nodige houvast bij hun eigen pogingen, zich schriftelijke informatie te verschaffen en bovendien versterkt het hun vertrouwen dat de clinicus hun ook bij deze speurtocht terzijde staat.

Verwerking van het onvermijdelijke door de ouders

Na verloop van tijd – en die kan variëren van enkele dagen tot een aantal jaren – zal bij de ouders de aanvankelijke

ontkenning onvermijdelijk plaats maken voor een zekere mate van aanvaarding van de werkelijkheid. Het gevolg is dikwijls dat zij gaan treuren over het normale kind dat zij hebben verloren. Veel clinicus hebben waargenomen dat met deze smartelijke ervaringen somatische klachten gepaard gaan, zoals verminderde eetlust, onpasselijkheid, slaapproblemen, algemene uitingen van nervositeit en gedeprimeerdheid: zuchten, huilen en gepreoccupeerd zijn door de toestand van het kind, die hun nu duidelijk is geworden. De meeste ouders zullen daarvoor echter geen medische hulp inroepen, wellicht omdat zij bang zijn dat daardoor de aandacht te veel van het kind wordt afgeleid. Toch mogen zulke lichamelijke en emotionele stoornissen door de clinicus niet worden onderschat: zij zijn werkelijk en verdienen dus zijn aandacht.

Een moeilijkheid is ook het in het begin dikwijls bestaande schuldgevoel: de ouders kunnen de gedachte niet van zich afzetten dat zij de oorzaak zijn van de handicap. Zo diepgeworteld is het ouderlijke besef van de persoonlijke verantwoordelijkheid voor het welzijn van het kind, dat – ongeacht hoe de afwijking is ontstaan – de meesten geneigd zijn haar te beschouwen als het resultaat van enigerlei onachtzaamheid van hun kant. Ongelukkigerwijs holt dit schuldgevoel het vermogen uit om de toestand aan te kunnen; dit gaat bij sommige ouders zóver dat ze grote moeite hebben om met het kind ter behandeling te komen. Ook deze gevoelens moeten door de clinicus worden herkend en begrepen: zij behoeven zijn daadwerkelijke geruststelling.

Verbittering en gevoelens van agressie

Hoewel ouders in de reacties op hun tegenspoed aanzienlijk kunnen verschillen, geraken de meesten na de ontdekking van de afwijking toch wel vrij spoedig doordrongen van de noodzaak, hun verwachtingen ten aanzien van de toekomst van hun kind meer of minder drastisch te beperken. Was voordien het kind 'de belichaming van een belofte', na de diagnose ligt die belofte geheel of grotendeels in duigen. De erkenning daarvan roept licht gevoelens van verbittering, zo niet van woede op. Juist omdat ernstige gebreken, als hier bedoeld, betrekkelijk zeldzaam zijn, maakt zich vaak een gevoel van onrechtvaardig door het noodlot getroffen te zijn, van de ouders meester. Zij vragen zich vruchteloos af waarom hún dat nu juist moest overkomen en zij ondergaan hun lot als een soort straf of vervloeking. De verbittering stijgt nog als de behandelende clinicus geen kans zien de toestand te verbeteren. Sommige ouders zullen trachten hun agressieve gevoelens te onderdrukken, anderen daarentegen zullen ze tot uiting brengen, hetzij rechtstreeks tegen de afwijking, hetzij tegen de behandelende arts(en) omdat dezen blijkbaar niet in staat zijn aan een slecht te aanvaarden toestand een gunstige wending te geven.

Ook is het goed te bedenken dat ouders eventueel hun gevoelens van agressie niet op de arts durven te richten, omdat zij voor de behandeling van het kind van hem afhankelijk zijn. In dat geval zullen zij hun vijandigheid wellicht overbrengen op een derde, van wie zij minder hebben te verwachten, b.v. hun tandarts. Zij zullen de neiging tonen om tegen iedereen die op een of andere wijze met de zorg voor het kind te maken heeft, onevenredig

agressief op te treden. Opnieuw een reden om alles in het werk te stellen, hun wankel zelfrespect te versterken en hun aldus de verzekering te geven dat zij vertrouwen kunnen hebben in de wijze waarop het kind wordt behandeld.

Nu en dan keert de ouderlijke agressie zich ook tegen het gehandicapte kind zelf. Zo'n reactie doet onsympathiek aan, maar in wezen is zij normaal en begrijpelijk, want het kind heeft hun in zekere zin beroofd van hun gerechtvaardigde verwachtingen, een gezond individu groot te brengen. Hun teleurstelling en boosheid daarover kan indirect tot uiting komen, b.v. in een onbewust ruwe wijze waarop zij het kind lichamenlijk aanpakken, of in de niets ontziende strengheid, waarmee een voorgeschreven therapeutische maatregel wordt toegepast. Openlijke expressie van zulke rancuneuze gevoelens is natuurlijk nauwelijks mogelijk – want wie kan nu agressief zijn tegen een gebrekkig kind – en dus keert de wrok zich licht tegen andere gezinsleden. Zo kunnen b.v. gezonde kinderen tot zondebok worden waartegen de opgekropte emoties worden afgereageerd. In dat geval ontwikkelt zich gemakkelijk wederkerig een rancune bij deze kinderen, die – ofschoon niet gespeend van intuïtie – toch de oorzaken van deze achteruitzetting niet kunnen begrijpen noch verwerken. Ook kunnen de normale kinderen in het getroffen gezin rancune ontwikkelen tegen de meerdere aandacht, die het gehandicapte kind onwillekeurig ten deel valt: zij reageren daar dan op met toenemende emotionele stoornissen en het resultaat is dat er in menig gezin verschillende kinderen zijn die zorg geven.

Compensatie van negatieve gevoelens

Natuurlijk gaan veel ouders gebukt onder de bovengeschetste negatieve gevoelens ten opzichte van het gehandicapte kind en vaak proberen zij deze te verbergen door een overdreven bescherming ten toon te spreiden. Deze kan eveneens het gevolg zijn van goedbedoelde, doch niettemin misplaatste pogingen om het kind als het ware compensatie te bieden voor wat het in zijn leven tekort komt. Tot op zekere hoogte verlicht dat dan tevens de schuldgevoelens der ouders. Deze overbescherming kan diverse vormen aannemen: een overdreven beperking van de normale lichamenlijke activiteiten en eventueel van de toch gewenste intellectuele prestaties, het nalaten van bestraffing van overtredingen of – als het kind ernstig gehandicapt is – een meer dan gewone toegevendheid en vertroeteling. Zo kunnen de meest elementaire regels van de opvoeding geweld worden aangedaan. Dit manifesteert zich het duidelijkst bij ouders die – door welke oorzaak ook – al eens eerder een kind hebben moeten verliezen. Maar als aan deze overdrijving geen paal en perk wordt gesteld, dan ontstaat onvermijdelijk allerlei verdeeldheid in het gezin, soms ook tussen de ouders onderling en dat heeft weer zijn terugslag op het gehandicapte kind.

Dikwijls worden de problemen nog ingewikkelder doordat de ouders niet over het gebrek wensen te spreken. Reeds werd opgemerkt dat sommigen, zelfs lang na de manifestatie, de ware aard ervan trachten te ontkennen. Ondanks het duidelijke bewijs van het tegendeel doen zij alsof het kind normaal is en behandelen hem dienovereenkomstig. Kenne-

lijk kunnen zij de afwijking in geen enkel opzicht aanvaarden, maar ook kunnen zij hun turbulente gevoelens daarover niet tot uiting brengen. Daarom bewaren zij zowel thuis als elders een waakzaam en gespannen stilzwijgen: dit sluit elk gesprek over het pijnlijke onderwerp uit, ook met het gehandicapte kind zelf. Maar daardoor krijgt geen der betrokken partijen kans zijn problemen goed te verwerken. Aldus wordt het kind tijdens zijn ontwikkeling in een positie gedreven waarin het licht de prooi wordt van fantasieën, zonder dat zijn verbeeldingskracht in juiste banen wordt geleid. Deze ongewenste situaties doen zich volgens Lindy Burton alweer speciaal voor in gezinnen die al eerder van een kind werden beroofd.

Vereiste werkelijkheidszin

Misschien is het meest dringende vraagstuk waarmee de ouders bij hun pogingen tot aanpassing op langere termijn worden geconfronteerd, gelegen in het getuigen van werkelijkheidszin aangaande hun hoop en verwachtingen voor hun kind. Daarbij zijn zij gedwongen rekening te houden met zijn werkelijke lichamenlijke beperkingen en met zijn mogelijkheden tot ontwikkeling. Ofschoon zij natuurlijk zekere verzachtende omstandigheden moeten laten gelden, is het toch zaak dat zij hem zoveel mogelijk stimuleren tot prestaties op een reëel niveau. Voor veel ouders is het een moeilijke opgave, het juiste evenwicht te vinden tussen deze stimulering en hun begrijpelijke behoefte om het kind te beschermen. Niettemin zal, zolang dit evenwicht niet is gevonden, het kind daaronder gebukt gaan. Het moet tenslotte, evenals gezonde kinderen, leren hoe het zijn gaven moet ontplooiën en tegelijkertijd zijn beperkingen moet aanvaarden. In hoeverre het hierin slaagt is in hoge mate afhankelijk van de positieve of negatieve attitude van de ouders. Hier kan zonodig de arts ingrijpen om de ouders de juiste inzichten bij te brengen aangaande de mogelijkheden die nog voor het kind zijn weggelegd. Aldus moet het essentiële doel zijn, een soort van leefregel voor het kind te geven waarbij in het licht wordt gesteld dat zijn gebrek slechts betrekkelijke betekenis heeft. Dat scheidt de mogelijkheden om het kind aan te moedigen, zich geheel te richten op de ontwikkeling van de capaciteiten die hem zijn overgebleven. Deze opvatting brengt aanstonds het probleem met zich mee wat men het kind omtrent de aard van zijn gebrek moet mededelen. Hoewel het natuurlijk verwerpelijk is het te bagatelliseren en een zoveel mogelijk oprechte benadering – en dit geldt voor alle leeftijden – als een essentiële voorwaarde dient te worden beschouwd, is het niettemin zaak zich te onthouden van botte uitspraken, die onnodig ontmoedigend werken of die althans de hoop op verbetering doen verminderen. Het kind moet integendeel worden aangemoedigd om de best mogelijke resultaten na te streven. Vele ouders zijn bang dat hun eigen zorgelijkheid dit streven in de weg staat. De clinicus kan beide partijen te hulp komen door met de ouders hun zorgen te bespreken en het kind blijk te geven dat hij zijn gevoelens van twijfel begrijpt en het aan te moedigen, deze in alle oprechtheid aan hem voor te leggen, zodat hij het nodige tegenspel kan geven. Bijna altijd moet zo'n gesprek echter van de arts uitgaan, want de meeste kinderen zijn gauw bevreesd zich belachelijk te maken, of denken dat zij niet de termen kunnen vinden om hun

bedoelingen duidelijk te formuleren. Evenals hun ouders moeten zij in dit opzicht – zoals trouwens op zoveel gebieden – worden gerustgesteld.

Problemen voor het gezin

Lindy Burton wijdt vervolgens aandacht aan enkele praktische problemen waarvoor een gezin met een gehandicapt kind zich gesteld ziet. In de eerste plaats vergen diverse gebreken de organisatie van een ingewikkeld therapeutisch regime. Niet alleen kan dit overdreven gevoelens van verantwoordelijkheid van de zijde van de ouders voor het welzijn van de patiënt oproepen, resp. versterken, maar het kan ook in andere opzichten de harmonie schaden. Het kan b.v. afbreuk doen aan de opvoeding van de andere kinderen en aan de recreatie-behoefte van het gezin. Veelal zal een zeker compromis nodig zijn, omdat de verzorging van de gehandicapte nu eenmaal extra tijd en energie kost. De normale gang van zaken in het huishouden kan in de war geraken door b.v. een dagelijkse gang naar een ziekenhuis. Verder kan – ondanks de faciliteiten die de sociale gezondheidszorg biedt – de som van alle therapeutische benodigdheden een te zware financiële belasting voor armere gezinnen betekenen. Zulke financiële zorgen, gevoegd bij eventueel andere moeilijkheden (b.v. in het huwelijk of door slechte behuizing) verergeren begrijpelijkerwijs de spanningen die het betrokken gezin tóch al te verduren heeft door de aan het bezit van een gehandicapt kind verbonden lasten. Het spreekt vanzelf dat men onder die cumulatie van moeilijkheden geestelijk wel heel sterk in zijn schoenen moet staan, wil men het optimisme blijven behouden, dat voor een werkelijk adequate zorg voor het kind zo nodig is.

Dat is echter nog niet alles. In gezinnen waar de afwijking erfelijk is, kunnen de ouders nog extra stress ondervinden door hun behoefte de genetische factoren te onderkennen en in verband daarmee hun gezinsplanning aan te passen. Ouders, die om godsdienstige of persoonlijke redenen contraceptie afwijzen, of echtparen die het onderling niet eens zijn over maatregelen inzake gezinsbeperking, zullen wellicht spanningen in hun huwelijksleven kweken en dat betekent dan weer een nieuwe tegenwerkende factor. Deze doet zich in het bijzonder gelden als de huwelijksrelatie vóór de geboorte van het gehandicapte kind al gestoord was.

Ongetwijfeld is de steun die de ouders elkaar kunnen bieden van beslissende betekenis voor het zich op de juiste wijze instellen op het gebrek van hun kind. Ook zal het hun kracht geven als zij in staat zijn, harmonische betrekkingen met hun gezonde kinderen en met hun verdere familie, vrienden en kennissen te blijven onderhouden. Want weliswaar wordt onderkend dat een gezin onder de spanningen die een gebrekkig kind het oplegt, kan uiteenvallen, niettemin is ook het tegenovergestelde vaak geconstateerd: een versterking van de band tussen de gezinsleden ondanks – of juist door – deze tegenspoed. Blijkbaar is bij bepaalde karakters deze toestand bevorderlijk voor ontplooiing en functie van de persoonlijkheid. Dit wordt door de uitkomsten van onderzoekingen bevestigd.

Welke factoren de ouders van gehandicapte kinderen de

vereiste kracht geven, is tot nu toe niet volkomen bekend. Wel kan worden gezegd, dat de mate waarin zij in staat zijn zich tegen pijnlijke emoties te wapenen, in dit opzicht van groot belang is. Dat geldt evenzeer voor de wederzijdse gevoelens van genegenheid, respect en vertrouwen. Verder is te denken aan de vreugden die zij wellicht aan hun andere kinderen beleven, de sterkte van hun religieuze gevoelens en van hun sociale contacten, alsmede de veiligheid van hun financieel-economische status. Openheid en bereidheid tot het geven van onderlinge steun zijn van essentiële betekenis. Gezinnen die aan deze voorwaarden voldoen, zijn gewapend tegen de schokken die het bezit van een gehandicapt kind met zich kan meebrengen. Ook een zeker optimisme ten aanzien van de vooruitzichten van het kind is positief te waarderen. In tegenstelling tot de eerder genoemde weigering, de toestand onder ogen te zien, staat een zekere uiting van optimisme een positief gedrag niet in de weg; het versterkt integendeel de moed, de opgelegde last te aanvaarden. En het is die moed, welke de levenskracht van het kind kan uitmaken.

Ervaringen van het gehandicapte kind zelf

De bespreking van de ervaringen van het gehandicapte kind zelf zijn tot dit stadium bewaard, omdat aangenomen moet worden dat een volledig begrip van zijn toestand alleen mogelijk is, als men zich eerst heeft ingeleefd in de problemen van teleurstelling en afwijzing enerzijds en van moedig aanvaarden anderzijds, waaraan zijn ouders zijn onderworpen. Hun gevoel van onbehagen kan men alleen dan op zijn juiste waarde schatten als men ten volle beseft, hoe groot de bedreiging is die de handicap vormt voor hun vermogen om hun kind tot volwassenheid en onafhankelijkheid op te voeden. Ook kan men de wijze waarop het kind op zijn gebrek reageert, alleen dan verstaan, als men eerst iets over de betekenis van de kinderjaren in het algemeen heeft leren kennen, alsook over de schade die de betrokken afwijking in de zich ontwikkelende persoonlijkheid heeft aangericht.

In feite vormen de kinderjaren een periode waarin het kind zichzelf ontdekt. Het is de fase waarin hij probeert een onnoemelijk aantal lichamelijke, mentale, sociale en emotionele hoedanigheden meester te worden, pogingen waarin hij normaliter ook wel slaagt. Daardoor wordt hij in staat gesteld zijn kinderlijke afhankelijkheid los te laten en een eigen, afzonderlijke persoonlijkheid te verwerven, ten einde later een onafhankelijke plaats in de maatschappij in te kunnen nemen. Dit betekent gewoonlijk een niet al te gemakkelijke strijd. Doorgaans komen veel hindernissen op de weg naar volwassenheid voor; sommige daarvan worden door de omgeving bepaald, andere vloeien weer uit de eigen onrijpheid en de daaraan inherente beperkingen voort. Om deze hindernissen de baas te worden heeft het kind moed en vastberadenheid nodig. Dit betekent dat hij moet kunnen rekenen op de steun en de aanmoediging van degenen die om hem heen zijn, vooral natuurlijk van hen naar wie zijn genegenheid en zijn vertrouwen uitgaan. Daarenboven dient hij voortdurend te worden voorzien van gelegenheden die gunstig zijn om nieuwe hoedanigheden te toetsen, die evenredig zijn aan zijn bekwaamheden. Ook dient hij te

worden beschermd tegen zodanige traumatische omstandigheden dat zijn moed in gevaar zou komen en zijn streven naar zelfexpressie zou worden geremd. Het spreekt dus wel vanzelf dat het bestaan van een gebrek – dat zo dikwijls beknotting van de onafhankelijkheid met zich meebrengt, alsook een gevoel van minderwaardigheid en isolatie – dit natuurlijke streven verijdelt. Daarom wekt het onvermijdelijk vrees en rancune op.

Nu betekent dit niet dat het zelfvertrouwen van het kind daar altijd blijvend door wordt aangetast. Dat blijkt ook duidelijk uit veel schriftelijke mededelingen van zowel ouders als klinici. Inderdaad komen sommige kinderen de vermelde negatieve ervaringen niet alleen emotioneel ongedeed te boven maar zelfs gesterkt. Daaruit kan men afleiden dat een gebrek – evenals vaak ziekte – niet alleen de rijping stimuleert, maar ook andere psychische kwaliteiten: verwijding van de geestelijke horizon, verdieping van het gevoelsleven, een groter vermogen om met anderen mee te leven en beheersing van lagere emoties. Daarom moet bij de beoordeling van de wijze waarop kinderen hun handicap onder ogen zien, ook met bovengenoemde mogelijkheden rekening worden gehouden.

Verblijf in ziekenhuis of verpleeginrichting

Misschien bestaat de meest bedreigende ervaring voor elk jong kind – gehandicapt of niet – in verwijdering van het ouderlijk huis. Sedert de pioniersarbeid in dit opzicht van Bawkin en Spitz hebben veel oplettende klinici waargenomen dat zelfs een kort verblijf in een ziekenhuis, vooral bij kinderen onder vijf jaar, de fysieke toestand wezenlijk kan doen verslechteren. Wanneer dus, zoals bij gebrekkige kinderen dikwijls het geval is, verlamme gevoelens van minderwaardigheid, vervreemding en eenzaamheid worden gecumuleerd, dan wordt het begrijpelijk dat een verblijf in een ziekenhuis of een verpleeginrichting het toch al bestaande leed een extra accent geeft en dat het zelfs de persoonlijkheidsontwikkeling op langere termijn kan schaden. De grondoorzaak van de gekweldheid schijnt te zijn gelegen in de scheiding tussen het jonge kind en zijn moeder, op wier steun het in sociaal en emotioneel opzicht is aangewezen. Men heeft ook de ervaring opgedaan dat de traumatische effecten bij hospitalisatie van het gehandicapte kind geringer zijn, wanneer de moeder dicht in de buurt kan blijven. Om deze reden bepleiten vele klinici thans een situatie, waarbij de ouders, of althans de moeder, deel hebben aan de verzorging van het kind gedurende zijn verblijf in het ziekenhuis, resp. aan de verzorging thuis bij poliklinische behandeling.

Zulke gevoelens van verlatenheid en vervreemding zijn uit de aard van de zaak niet bevorderlijk voor de emotionele ontwikkeling. Dat geldt niet alleen voor het zeer jonge kind. Veel kinderen, ook oudere, voelen zich in een ziekenhuis afgesneden van de buitenwereld, vooral wanneer een grote afstand van huis dagelijks bezoek van familieleden of vriendjes uitsluit. Doktoren zijn meestal te veel op een afstand voor een conversatie op hun niveau en de zusters hebben het te druk voor een spelletje. Bovendien heerst er meestal over de gehele linie weinig bereidheid tot het geven

van antwoord op vragen omtrent de afwijking: men is zich onvoldoende bewust van de behoefte van het kind, over zijn toestand te praten. Dat versterkt nog het gevoel van verlatenheid. Onder zulke omstandigheden wordt bij veel kinderen de angstgevendende gedachte gekweekt dat niemand beseft wat zij ondervinden. Zij gaan dan geloven dat de handicap eigenlijk 'te afschuwelijk' wordt geacht om er in alle eerlijkheid over te praten. Zulke gedachten leiden er natuurlijk gemakkelijk toe dat een kind zich steeds meer in zichzelf keert en ten prooi geraakt aan depressie en vrees.

Passiviteit

Opname in een ziekenhuis of verpleeginrichting kan het kind nog in ander opzicht kwaad doen. Het kan b.v. zijn ontwakend gevoel van onafhankelijkheid bedreigen. In tegenstelling immers tot de volwassene, die tot op zekere hoogte zelf behandeling in een ziekenhuis kiest, wordt het kind eenvoudig door zijn ouders 'naar de dokters gebracht': m.a.w. het heeft geen inspraak in de gang van zaken die hem in een ziekenhuis terecht doen komen. Is hij daar eenmaal, dan wordt hij vaak – zonder uitleg, voorbereiding of periode van gewenning – van een mobiel, actief en zelfbewust persoonetje, met wiens eigen meningen, b.v. over het te gebruiken voedsel, voorheen rekening werd gehouden, tot een passieve ontvanger van medische behandeling. Niet alleen zal het kind zich beledigd voelen door die opgelegde passiviteit, die verlies van identiteit en ook van 'status' betekent, maar tevens wordt hij beroofd van zijn mogelijkheden om de in een vorige paragraaf genoemde fundamentele hoedanigheden meester te worden. Dat gaat juist geheel tegen de natuurlijke ontwikkeling in. Kinderen van alle leeftijden zullen begrijpelijkerwijs tegen een dergelijke vrijheidsbeknotting protesteren, maar speciaal de recent geëmancipeerde 'teenagers' zullen in verzet komen, omdat ze deze restricties vermoedelijk ervaren als een onrechtmatige straf voor vermeende overtredingen.

Wanneer door de een of andere oorzaak immobiliteit is geïndiceerd, dan zal deze geforceerde toestand de ontlading van negatieve gevoelens door het maken van bewegingen in de weg staan. Dit kan dan weer voedsel geven aan gevoelens van frustratie en verbittering, die tot uitbarsting kunnen komen wanneer nieuwe en onverwachte therapeutische maatregelen op het kind worden toegepast. Omgekeerd kunnen deze opgekropte gevoelens, als zij geen uitlaat vinden een zekere apathie en berusting veroorzaken. Om deze ongewenste reacties te bestrijden is het zaak, het kind een meer actieve rol toe te bedelen en het een zeker gevoel van medezeggenschap in de behandeling te verschaffen.

Maximale vrijheid gewenst

Reeds in 1947 legde Sir James Spence de nadruk op het enorme verschil tussen het gemiddelde eigen huis en een kinderafdeling in een ziekenhuis. Van recentere datum is een onderzoek van Britse sociologen, die als hun mening uitspreken dat opname in een dusdanige inrichting het eerste contact van het kind met een 'grote bureaucratische organisatie' betekent. Niet alleen dringt deze hem een geheel nieuwe rol op, nl. die van kind-patiënt, maar ook kan de veranderde situatie door het verschil met zijn meer 'demo-

cratische' eigen huis zijn zelfvertrouwen zodanig ondermijnen, dat hij voortaan meer vreesachtig is in soortgelijke situaties. Hoe jonger het kind is, hoe minder het door zijn nog gering ontwikkeld zelfvertrouwen is opgewassen tegen veranderde sociale omstandigheden, dus hoe groter de kans op aan zijn persoonlijkheid toegebrachte schade. Dit geldt speciaal voor kinderen uit een milieu waar een grote toegeeflijkheid heerst. Het spreekt vanzelf dat deze schade niet zou behoeven op te treden. Ouders kan immers worden toegestaan tijdens het verblijf in het ziekenhuis zoveel mogelijk bij hun kind te blijven. Aan de kinderen kan bovendien een zo groot mogelijke vrijheid worden verleend: daarbij dient zeker ook aan speelmogelijkheden te worden gedacht. Kortom, elke poging moet worden gedaan om aan de behoeften van het kind tegemoet te komen, als betrof het een behandeling op poliklinische basis.

Reacties van het kind op zijn handicap

Het is duidelijk dat de algemeen-lichamelijke conditie van het kind zijn reacties op zijn afwijking zal beïnvloeden. Wanneer het een erg in het oog lopend defect betreft, zal hij wellicht met uitingen van verlegenheid of schaamte reageren. Aanwezigheid van pijn kan rancune of zelfs woede oproepen, maar het is ook mogelijk dat de reactie bestaat in een soort van masochistische onderworpenheid, gemengd met terneergeslagenheid en schuldgevoelens. Bestaat de reactie in woede-aanvallen, kunnen deze verergering van de lichamelijke pijn met zich meebrengen. Betreft het een ongemak van lange duur, dan is er kans dat het kind ongewoon sterk reageert op de meest onbeduidende terugslag of op veranderingen in de omgeving. Alweer geldt dat er voor kan worden gezorgd, zulke gevoelens te vermijden of althans tot een minimum terug te brengen. Geen kind hoeft op deze manier te lijden. Er kan van alles worden gedaan om het verstoorde geestelijke evenwicht van het kind te herstellen. De moderne farmaca maken het mogelijk deze pogingen te ondersteunen; daarom is het zaak altijd analgetica, sedativa en tranquillizers bij de hand te hebben. Al deze maatregelen komen niet alleen het kind ten goede, maar ook de ouders, wier lijden groeit naarmate het kind meer blijkk geeft van lichamenlijk ongemak.

Reacties op therapeutische maatregelen

Een behandeling, die gericht is op vermindering van de handicap, verloopt niet altijd pijnloos. De angst hiervoor kan een negatieve inhoud geven aan de betrekkingen tussen het kind en degene die de behandeling verricht. De reacties zullen verschillend zijn: meisjes hebben de neiging om depressieve gevoelens te ontwikkelen, terwijl jongens – speciaal in de leeftijd tussen 6 en 10 jaar – achterdochtig en angstig worden en dit tot uiting brengen met tekenen van verzet. Veel kinderen spreiden een toenemende weerstand tegen de 'onbillijkheid' van dit alles ten toon. Aldus wordt de behandeling – ongeacht of die door een arts, een tandarts of een fysio-therapeut geschiedt – door het kind verkeerdlijkk als een soort straf opgevat; zo ziet het bepaalde restricties als een vorm van afwijzing. In het algemeen wordt dan de therapie als een aanval op het lichaam beschouwd en de handicap zelf als een misvormende vijand. Zulke vertrokken voorstellingen kunnen de 'abnormale zorg om de lichamenlij-

ke gaafheid' en het 'gevoel van eigen minderwaardigheid' verklaren, die bij sommige gehandicapte kinderen worden waargenomen. De angst dat hun 'beeld' geschonden is en dat dit voor de omgeving onaanvaardbaar is wordt gemakkelijk opgewekt. Dergelijke gevoelens vinden soms hun uitdrukking in tekeningen en in schampere opmerkingen over zichzelf. Daarom is het van belang, het kind te prijzen voor de lichamenlijke kwaliteiten die zich ongestoord hebben kunnen ontplooiën.

Angst voor chirurgisch ingrijpen

De vrees voor blijvende verminking kan worden versterkt wanneer de handicap een operatieve ingreep nodig maakt. Dit is een door vele medici gedane waarneming. Natuurlijk berust die vrees op de geringe kennis van het kind omtrent zijn eigen lichaam: hij kan voorts in verwarring worden gebracht door fragmentarische – en hoogstwaarschijnlijk verkeerde – informatie die hij van andere kinderen oppikt, alsmede door wilde ideeën die hij zich over operaties heeft gevormd, wellicht onder invloed van filmbeelden en televisieshows. Het vooruitzicht van de narcose kan zijn angst voor mutilatie nog versterken: dit kan ten grondslag liggen aan nachtmerries en bang-zijn in het donker, vooral natuurlijk bij zeer jonge kinderen. Dit alles niet alleen vanwege hun heviger reacties op pijn, maar ook door hun nog gebrekkig ontwikkeld begrip voor de situatie en hun nog tekortschietend vermogen om hun angsten te beheersen. Als dan bovendien de ouders al onevenwichtig zijn en er bij de patiënt-zelf reeds neurotische trekken bestonden, dan kan een op zichzelf onbetekenende chirurgische ingreep traumatische effecten hebben, die tot de volwassen leeftijd voortduren.

Evenals het geval is bij de andere behandelingsmethoden, kunnen ook chirurgische ingrepen het beeld, dat het kind van zichzelf heeft gevormd, veranderen. Onder ongunstige omstandigheden zal het zich als minderwaardig gaan beschouwen en dienovereenkomstig ontmoedigd raken. Daar komt nog bij dat het kan worden beïnvloed doordat zijn ouders hem met andere ogen gaan zien.

Zoals reeds gezegd: als de ouders hun gevoel van onbehagen eenmaal hebben trachten te lenigen door een overmatige bezorgdheid voor het kind aan de dag te leggen, dan duurt het niet lang of het voelt aan welke ideeën zij omtrent zijn kwetsbaarheid zijn gaan koesteren en het zal dit vertrokken beeld van zijn toestand overnemen. Verslagenheid en teleurstelling van de zijde der ouders kunnen op subtiele wijze langs allerlei kanalen op het kind worden overgebracht, voornamelijk echter door de stemmingen van de moeder en door de manier waarop zij het een zekere autonomie en onafhankelijkheid toestaat: kennelijk met een angstig voorbehoud.

Deze overbezorgdheid leidt ertoe dat het kind zich meer dan ooit van zijn hachelijke toestand bewust wordt, maar tevens vermindert het zijn vertrouwen in zijn ouders, want het op angst en onzekerheid berustende onvermogen, hem in een periode dat hij daar de meeste behoefte aan heeft, werkelijk bij te staan, treedt dan juist met pijnlijke duidelijkheid aan de dag.

Gedrag bij ongeneeslijke handicaps

De beschreven gevoelens worden uit de aard der zaak nog versterkt, wanneer het kind gaat inzien dat zijn handicap ongeneeslijk is. Dit inzicht krijgt hij door een onfeilbare interpretatie van de meewarige toon van zijn ouders. Ook kan hij de waarheid afleiden uit onvoorzichtige uitlatingen van mensen in zijn omgeving, b.v. van vriendjes of – meer geleidelijk – uit de verhoogde medische aandacht en zorg die hem ten deel valt. In hoe vroeger stadium de afwijking zich ontwikkelt en hoe groter de gespannenheid is, des te eerder zal hij de ware betekenis van zijn gebrek gaan beseffen. In dat stadium gaan zijn ouders met hem praten en hun vermogen om met goed gevolg een beroep op hem te doen, de overgebleven bereikbare doelen zo goed mogelijk uit te buiten, is dan van beslissende waarde. Want het is niet de aanwezigheid van een zekere verontrusting die het kind weerloos maakt, maar wel het om zich heen grijpen ervan, dat tot paniek leidt. Dit moet in elk geval worden voorkómen. Als het kind tot de overtuiging kan worden gebracht, dat er ondanks zijn gebrek toch nog een perspectief bestaat, dan zijn de beste kansen geschapen dat hij het betreffende van zijn invaliditeit gaat inzien en dan wordt zijn toestand beter te verdragen.

Een belangrijke winst voor de zelfontplooiing is het wanneer het kind kans ziet een zeker gevoel voor humor te ontwikkelen. Daartoe moet het dus zoveel mogelijk worden gestimuleerd. Van niet minder belang is het bijbrengen van een zin voor netheid en voor de lichamelijke verzorging. Het is verkeerd om kleine onvolkomenheden in het uiterlijk maar te laten voor wat ze zijn, alleen omdat de voornaamste handicap alle aandacht opeist. Het is altijd van grote betekenis, het gebrekkige kind ook in dit opzicht dezelfde waardigheid te laten als de andere kinderen in het gezin.

Leeftijd, geloof en aanvaarding

Duidelijk blijkt dat ook de leeftijd een relevante factor is voor de aanvaarding van de handicap door het kind. Hoe jonger het is en hoe eerder de symptomen zich kenbaar maken, hoe minder het zich bewust is van hetgeen een normaal bestaan te bieden heeft, dus hoe gemakkelijker het hem valt de aan zijn invaliditeit inherente beperkingen te accepteren. Als daarentegen het gebrek op een wat latere leeftijd ontstaat, heeft het kind nog tamelijk veel herinnering aan een gezond en onbelemmerd bestaan. Dan wordt de handicap veel meer ervaren als iets onbillijks – in de zin van een 'contractbreuk' – en dan betekent de aanvaarding een veel groter beproeving.

Geloof en vertrouwen, vooral als dit wordt geschraagd door de overweging dat het gebrek ergens goed voor is, kan voor sommige kinderen een verlichting van de last betekenen. Op soortgelijke wijze kan de aanwezigheid van andere invalide kinderen troost geven, vooral wanneer de wederzijdse energieën kunnen worden gekanaliseerd in zinvolle en prettige bezigheden. Dit wordt nogal eens waargenomen bij blinde kinderen, die, hetzij op hun bijzondere school, hetzij in een vakantie-oord plezier hebben in elkanders gezelschap.

Invloed van derden

Gehandicapte kinderen behoeven echter niet alleen terug te vallen op hun ouders of op kameraden die zich om hen bekommeren. Ook derden, en in het bijzonder behandelende artsen, tandartsen, verpleegsters en fysio-therapeuten zijn bij hun ontwikkeling betrokken, misschien meer dan het oppervlakkig lijkt. Want zij staan op hun beurt meestal niet onbevangen tegenover deze patiënten. Zij kennen dikwijls een zekere vrees voor de behandeling, al was het alleen maar omdat dan gewoonlijk een extra beroep op hun professionele bekwaamheden wordt gedaan. Dit geldt speciaal voor tandartsen, die ter wille van een goed resultaat van de behandeling zozeer afhankelijk zijn van een omvangrijke apparatuur. Vooral wanneer de gebrekkigheid ernstige en irreversibele vormen heeft aangenomen en de apparatuur daaraan onvoldoende is geadapteerd, wordt behalve extra bekwaamheid ook veel geduld gevergd. De zin voor perfectionisme, die de tandarts in het algemeen zo eigen is, wordt dan gauw geweld aangedaan, dus voelt hij zich tekort schieten, wanneer hij met zulke ernstige patiënten wordt geconfronteerd. Daarom is het goed zich te verdiepen in de psychische problemen van het gehandicapte kind en zijn ouders. Immers juist die ouders zijn – zoals gezegd – vaak onderhevig aan gevoelens van frustratie, schuld en agressie. De behandelende therapeut kan die gevoelens zelf ook krijgen en de neiging tonen zich van het patiëntje af te keren, omdat de behandeling toch niet tot het gewenste resultaat kan leiden. De arts kan immers een irreversibel proces niet ongedaan maken en de tandarts stuit ook meermalen op de onmogelijkheid, de verrichtingen te doen die hij bij een normaal kind met dezelfde momdstandigheden stellig wél zou hebben uitgevoerd. Aldus is de verleiding groot om zich van deze gehandicapte patiëntjes maar zo snel mogelijk te ontdoen en zijn aandacht te richten op kinderen, die wél capabel zijn op therapeutische maatregelen gunstig te reageren. Dat door deze 'discriminatie' het gebrekkige kind geestelijk nog meer achterop dreigt te geraken, behoeft geen betoog.

Uitdaging

Ook in ander opzicht betekent de behandeling van gehandicapte kinderen een uitdaging. Een ieder is nu eenmaal bevreesd af te wijken van de norm, bang om een vreemde indruk te maken en zich daardoor afgezonderd te voelen. Het gebrekkige kind nu kan deze vrees activeren, in die zin dat een primitieve afweerreactie bij de normale persoon wordt opgeroepen, een reactie die natuurlijk in scherpe tegenstelling staat tot het objectieve verlangen naar toenadering en uiting van medeleven. Velen, die zich met de behandeling van gehandicapte kinderen bezighouden, zullen zich van tijd tot tijd door die ambivalentie verontrust hebben gevoeld. Zij zal bij sommigen wellicht een behoefte aan compensatie veroorzaken, zich uitend in pogingen juist extra zijn best te doen. Maar dit kan weer tot gevolg hebben, dat het kind aan allerlei onnodige procedures wordt onderworpen, alleen maar om het eigen geweten te sussen en het aangename gevoel te krijgen dat men al het mogelijke heeft gedaan. Essentieel bij dit soort gewetensconflicten is, dat men deze gemengde gevoelens goed onderkent, opdat het kind zoveel mogelijk als een normale patiënt kan worden tegemoetgetre-

den. Want het gaat natuurlijk niet aan dat men een gebrekkig kind, zij het onbewust, laat voelen dat men het minder waard acht dan zijn gezonde leeftijdgenoten.

V.

BOEKBESPREKINGEN

J. W. Osborn, A. R. Ten Cate: *Advanced dental histology*. Dental Practitioner Handbook No. 6. 3e druk, 168 pag., 96 afb. John Wright & Sons Limited, Bristol 1976. Prijs £ 5,00.

Standaard-leerboeken van de medische en tandheelkundige basisvakken geven als regel een beeld van datgene dat in zo een vak als redelijk zeker wordt ervaren. Al hetgeen aan twijfel onderhevig is, het controversiële, de voorzichtige of stoutmoedige veronderstellingen, dit alles wordt aan de docent voorbehouden die in zijn mondelinge kennisoverdracht aandacht kan besteden aan deze aspecten, die overigens tot het meest wezenlijke in het onderwijs op academisch niveau moeten worden gerekend.

Het boek 'Advanced dental histology' poogt – nu reeds als derde druk – te zijn: 'not an orthodox textbook of dental histology but rather a supplement dealing with the latest, and often most controversial aspects of the subject'.

De schrijvers brengen hun onderwerpen als 'a series of short essays in the least dogmatic manner'. In hun opzet zijn ze in het algemeen goed geslaagd. Boeiend en instructief zijn vooral de hoofdstukken over de recente inzichten omtrent de ultrastructurele bouw van dentine en glazuur, het nog steeds onopgeloste probleem van de pijngevoeligheid van dentine, de hechting van de gingiva aan de tand, het periodontium en de eruptie.

Wat minder geslaagd zijn de onderdelen die beogen basisinformatie te verschaffen nodig om de moderne inzichten in de bouw van de weefsels, met name de verkalkte weefsels, te bevatten. In de hoofdstukken gewijd aan de cel, het collageen en het been zit te veel summier informatie gepropt, zodat ze een enigszins onsamenhangende indruk maken.

Het boek is overigens in een plezierige, losse toon geschreven. Over factoren die de vorm van cellen en macroscopische structuren bepalen, zeggen de auteurs bijvoorbeeld: 'to state that these shapes are genetically determined provides little advance on a theory of divine creation'.

Het boek heeft twee tekortkomingen, waaraan niet al te zwaar getild behoeft te worden. De illustraties – lijncliché's – zijn onbeholpen, vaak bij het slordige af. Bij de hoofdstukken over de cel en de ultrastructuur van glazuur, bijvoorbeeld, vraagt men zich af of enkele representatieve elektronmicroscopische opnamen de lezer niet een veel duidelijker beeld hadden verschaft dan de wel zeer summier schetsjes.

Literatuur:

Lindy Burton (1975): The psycho-social aspects of caring for the handicapped child. Proceedings of the Second International Congress on Dentistry for the Handicapped. International Academy of Dentistry for the Handicapped.

De tweede tekortkoming schijnt de schrijvers blijkens een opmerking in het voorwoord al eerder verweten te zijn. In de tekst staan geen verwijzingen naar de literatuur, die wel in extenso aan het eind van elk hoofdstuk is gegeven. Het standpunt van de auteurs dat dit nu eenmaal zo gewoonte is in 'undergraduate texts' is weinig overtuigend. Het blijft gewoonweg lastig.

Maar al met al: een boekje dat aanbevolen kan worden aan een ieder die zich afvraagt wat er geworden is van de schoolse histologie, waarvan de resten hem – om met Bredero te spreken – nog in het hoofd rammelen.

A. van den Hooff

J. O. Forrest: *Preventive dentistry*. Dental Practitioner Handbook No. 22. 118 pag., 42 afb. John Wright & Sons Limited, Bristol 1976. Prijs £ 3.50

Dit boekje geeft aan hoe een algemeen-practicus de principes van de preventieve tandheelkunde kan toepassen in zijn eigen praktijk. Deze introductie in de moderne preventieve tandheelkunde is opgesteld door iemand die al 27 jaar de preventieve filosofie in zijn eigen praktijk hanteert en naar zijn zeggen er goede resultaten mee heeft geboekt. Het is in een gemakkelijk leesbare stijl geschreven en vormt een verademing naast de zware preventieve 'kost' die we vaak in Amerikaanse leerboeken tegenkomen. De schrijver is goed op de hoogte met de moderne literatuur en geeft voortdurend allerlei praktische informatie, zoals bijvoorbeeld over verschillende borstelmethodes, fluoride-oplossingen, cariësgevoeligheidstests, plaque-indexen, etc. Hij wijst er met nadruk op dat de patiënt op het gebied van de mondhygiëne moet worden getraind in plaats van alleen geïnstrueerd, iets wat maar al te vaak wordt vergeten. In het hoofdstuk over kindertandheelkunde staan nuttige aanwijzingen hoe men kinderen en hun ouders moet benaderen. In dit hoofdstuk constateert Forrest onder meer dat alhoewel 'the public image of the dentist as a bloodthirsty sadist with forceps in hand and knee in chest tugging at a howling patient no longer exists', de kranten en nieuwsmedia helaas nog steeds over tandheelkunde spreken in termen van pijn, boren, extracties, etc. in plaats van de meer positieve kant van ons beroep te benaderen.

Ook een andere opmerking, over tandenborstelen, is zeer sprekend. Patiënten zeggen dikwijls dat hun gebit niet 'vuil' kan zijn omdat ze minstens 20 maal per dag poetsen. Het antwoord volgens de schrijver moet dus luiden: It's like having 20 tickets to a lottery. They are all wasted except the one that wins.