

KINDERMISHANDELING IN HET GEZIN

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR IN DE
GENEESKUNDE
AAN DE ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS
PROF. DR. J. SPERNA WEILAND
EN VOLGENS BESLUIT VAN HET COLLEGE VAN DEKANEN.
DE OPENBARE VERDEDIGING ZAL PLAATSVINDEN OP
VRIJDAG 4 JUNI DES NAMIDDAGS
TE 2.00 UUR

DOOR

JOHANNES JACOBUS PIETERSE

geboren te Amsterdam

1982

druk: davids decor alblasserdam

Medische Bibliotheek
E.U.R.

PROMOTOREN : PROF. DR. H.K.A. VISSER
PROF. DR. J.A.R. SANDERS-WOUDSTRA
CO-REFERENTEN : PROF. DR. F. VERHAGE
PROF. DR. E. VAN DER DOES

Dit proefschrift kwam mede tot stand door financiële steun van de Sophia Stichting Wetenschappelijk Onderzoek en het Ministerie van Justitie, Afd. Wetenschappelijk Onderzoek Kinderbescherming.

To: C. Henry Kempe, M.D.
The spiritual father of this study.

INHOUD

INLEIDING	11
Probleemstelling	11
Praktijkervaring	11
Ingrijpen van de overheid	12
Doelstelling onderzoek	12
Inhoud van het proefschrift	13

HOOFDSTUK I

ENKELE HISTORISCHE BESCHOUWINGEN OVER KINDER- MISHANDELING	15
Algemene beschouwingen	15
Invloed van de maatschappelijke veranderingen	18
Kindermishandeling in het gezin	20
Verdere publikaties uit het buitenland	21
Publikaties uit Nederland	25
Ingrijpen van de overheid in Nederland	29
De werkwijze van het bureau vertrouwensarts in Rotterdam	31

HOOFDSTUK II

OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK	33
Probleemstelling en definitie	33
Samenstelling vragenlijst	34
Procedure van beoordeling	35
Case studies	36
Categorielijst	37

HOOFDSTUK III

DE RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK	39
A. De gemelde kinderen	39
A.1. Het aantal, het geslacht, de leeftijd	39
A.2. De ernst van de door het kind opgelopen schade	40
A.3. De door mishandeling en/of verwaarlozing aan het kind toegebrachte schade	44

B. De plegers, hun rolverdeling en de gevolgen	47
C. Het kind en het gezin	50
C.1. <i>De verblijfplaats van het kind</i>	50
C.2. <i>Het aantal meldingen per gezin</i>	51
C.3. <i>De gezinsgrootte en het rangnummer van het kind</i>	52
C.4. <i>De positie van het kind in het gezin</i>	55
D. De melding	56
D.1. <i>De melders</i>	56
D.2. <i>De melder en de pleger</i>	56
D.3. <i>De melder en de ernst van de opgelopen schade</i>	56
D.4. <i>De melder, de grond van de melding en de eerste indruk</i> <i>van de vertrouwensarts</i>	56
D.5. <i>Meldingsjaar</i>	59
E. Demografische data	61
E.1. <i>Nationaliteit van de ouders</i>	61
E.2. <i>Leeftijd van de ouders</i>	62
E.3. <i>Het huwelijk en het gezin</i>	62
F. De sociaal-economische situatie van het gezin	65
G. Deviaties	69
G.1. <i>Deviaties bij het gemelde kind</i>	69
G.2. <i>Deviaties bij de gezinsleden</i>	70
H. Contact met hulpverlenende personen of instanties	71
H.1. <i>Contact voor de melding</i>	71
H.2. <i>Contact tijdens de melding</i>	71
I. Hulpverlening	71
I. 1. <i>Doel</i>	72
I. 2. <i>Middelen</i>	72
I. 3. <i>Extra maatregelen</i>	72
I. 4. <i>Justitieel ingrijpen. (Stempels 1971)</i>	72
I. 5. <i>Ouders worden hersteld in de ouderlijke macht</i>	74
I. 6. <i>Taak van het bureau vertrouwensarts</i>	74
I. 7. <i>Overzicht hulpverlening</i>	75
J. Nazorg	76
K. Nieuwe meldingen van reeds eerder gemelde gevallen	76
L. Case-studies	81
L. 1. <i>Zuigeling in levensgevaar door mishandeling</i>	81
L. 2. <i>Jongen van 12 jaar; lichamelijk en geestelijk verwaarloosd</i>	85
L. 3. <i>Premature zuigeling; buitenechtelijk kind. Levensgevaarlijk</i> <i>mishandeld</i>	91
L. 4. <i>Kleuter met een aangeboren hartgebrek; levensgevaarlijk</i> <i>mishandeld</i>	99
L. 5. <i>Kleuter, één van een tweeling. Recidiverende mishandeling</i>	104
L. 6. <i>Zuigeling van een ongehuwde moeder. Mishandeling en</i> <i>verwaarlozing</i>	112
L. 7. <i>Mishandeling en verwaarlozing buitenechtelijk geboren</i> <i>peuter</i>	115
L. 8. <i>Stiefdochter in de puberteit</i>	120

<i>L. 9. Twee stiefzonen in de puberteit</i>	123
<i>L. 10. Ernstig mishandelde zuigeling. Ouders 17 jaar</i>	127
<i>L. 11. Lichamelijk en geestelijk mishandelde zuigeling. Moeder psychisch gestoord</i>	130
<i>L. 12. Levensgevaarlijk mishandelde zuigeling. Moeder psychisch gestoord. Vader insufficiënt</i>	136
<i>L. 13. Zuigeling en peuter ernstig mishandeld en verwaarloosd. Moeder debiel. Vader alcoholist</i>	144
<i>L. 14. Kleuter en zuigeling ernstig verwaarloosd. Twee oudere kinderen overleden. Ouders harde werkers, incapabel voor het ouderschap</i>	152
<i>L. 15. Kind van debiele ouders.' Moeder in kraambed overleden. Psychisch gestoorde stiefmoeder. Geretardeerd stiefbroertje. Mishandeling en verwaarlozing</i>	157
<i>L. 16. Zuigeling door vader mishandeld. Ouders "buitenlanders"</i>	167
<i>L. 17. Puber mishandeld door zijn pleegouders</i>	169
<i>L. 18. Kleuter met gedragsmoeilijkheden. Mishandeling door de ouders</i>	172
<i>L. 19. Kleuter in moeilijkheden na de geboorte van een gehandicapt broertje</i>	178
<i>L. 20. Gedwongen huwelijk. Ongewenst kind. Recidiverende mishandeling</i>	180

HOOFDSTUK IV

DISCUSSIE	187
De omvang van kindermishandeling	187
Welke kinderen werden mishandeld?	191
1. hun geslacht	191
2. hun leeftijd	192
3. hun gezondheidstoestand	193
Uit wat voor gezinnen kwamen zij?	196
Wie heeft de mishandeling verricht?	203
Waaruit bestond de mishandeling?	205
Wat is er aan gedaan?	209
Wat is er van geworden?	210
Risicofactoren	210
Het aandeel van de vertrouwensarts en zijn medewerkers	211
Conclusies	214
 SAMENVATTING	 219
 SUMMARY	 227
 LITERATUURLIJST	 234

AANBEVOLEN LITERATUUR	238
APPENDIX 1	242
APPENDIX 2	249
APPENDIX 3	255
NAWOORD	258
CURRICULUM VITAE	260

INLEIDING

Probleemstelling

Waarom worden sommige kinderen door hun ouders mishandeld? Zijn dit speciale kinderen? Zijn dit speciale ouders? Behoren zij tot een bepaalde maatschappelijke klasse? Heeft kindermishandeling iets te maken met een levensovertuiging of een bepaald geloof? Zijn deze mishandelaars psychisch gestoord of kunnen gezonde mensen onder bepaalde omstandigheden ook tot mishandeling van hun kinderen overgaan? Wat is dan eigenlijk kindermishandeling? Treedt het op bij handhaven van discipline, is het een vorm van agressie of soms een uiting van onmacht? Laat dit altijd sporen achter bij het kind of gebeurt dit slechts zelden? Mag een buitenstaander zich hiermee bemoeien of is dit in strijd met het recht op privacy en intimiteit van het gezin? Een antwoord op deze vragen is wellicht te verkrijgen door nader onderzoek. Het in dit proefschrift beschreven onderzoek poogt hiertoe een bijdrage te leveren.

Praktijkervaring

Het merendeel van de artsen in Nederland had tot in de jaren zestig nauwelijks of geen ervaring met kindermishandeling in hun praktijk. De opzienbarende publikatie van Kempe (1962) bracht hierin verandering. In toenemende mate werden ook in ons land gevallen van kindermishandeling vastgesteld. Veel van deze kinderen werden onder het mom van slachtoffer van een ongeval ter behandeling naar de polikliniek van een groot ziekenhuis gebracht. Bij het aan het licht komen van de werkelijke oorzaak bleek al spoedig, dat niet alleen zij maar ook hun ouders dringend behandeling nodig hadden. Een groot deel van deze hulp lag op psychosociaal terrein. Maatschappelijke en juridische problemen eisten hulp van anderen.

In 1969 heeft schrijver dezes in Rotterdam een symposium over dit onderwerp kunnen organiseren. Het was multidisciplinair van opzet. Behalve artsen namen hieraan ook deel vakmensen uit het maatschappelijk werk, de Raad voor de Kinderbescherming en juristen. Samenwerking van verschillende disciplines bleek

dringend nodig. Mede als gevolg van deze conclusie is in het Sophia Kinderziekenhuis te Rotterdam een multidisciplinair team gevormd. Elk geval van kindermishandeling, dat onder behandeling kwam, werd in teamverband besproken. Intensief contact met de huisarts, de wijkverpleging, het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters, het algemeen maatschappelijk werk, de schoolarts en de Raad voor de Kinderbescherming is hieruit voortgevloeid.

Ingrijpen van de overheid

Kort na dit symposium heeft de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid Dr. R.H.J. Kruisinga een landelijke commissie ingesteld om het onderwerp kindermishandeling te bestuderen en vervolgens de regering van advies te dienen. Na kennisneming van haar rapport besloot de regering tot een experiment ter verbetering van de opsporing en de behandeling van gevallen van kindermishandeling. Hiertoe werden op 1 januari 1972 vier artsen benoemd tot vertrouwensarts inzake kindermishandeling. Hun opdracht was zich beschikbaar te stellen voor een ieder die meende een geval van kindermishandeling te hebben waargenomen, zonodig te bemiddelen bij de hulpverlening en vervolgens nazorg bij deze hulpverlening te verrichten. Deze artsen waren gevestigd resp. te Amsterdam, Arnhem, Groningen en Rotterdam. Schrijver dezes werd benoemd in Rotterdam. Zijn verantwoordelijkheid strekte zich uit over Zuid-West Nederland.

Doelstelling onderzoek

Het onderhavige retrospectieve onderzoek heeft betrekking op de gegevens, die aanwezig zijn in het bureau van de vertrouwensarts te Rotterdam, over de aldaar als kindermishandeling gemelde gevallen tussen 1 januari 1972 en 1 januari 1975.

De doelstelling was om met behulp van deze gegevens te trachten de vragen te beantwoorden, die in de probleemstelling zijn genoemd. Wellicht zou het vinden van risicofactoren voor het optreden van kindermishandeling van waarde kunnen zijn voor de preventie.

Ook diende aandacht te worden geschonken aan het werk van het bureau vertrouwensarts.

De gegevens zijn anoniem. Bij de beschrijving is bovendien gezorgd voor onherkenbaarheid van de gevallen.

Inhoud van het proefschrift

Hoofdstuk I bevat een aantal gegevens over kindermishandeling in het verleden. Vervolgens wordt aandacht geschonken aan de bestrijding van kindermishandeling in deze tijd. Het eindigt met een korte beschrijving van de wijze van werken van het bureau vertrouwensarts te Rotterdam.

Hoofdstuk II geeft een uiteenzetting van de methodiek van het onderhavige onderzoek. De gegevens, die uit de dossiers van het bureau vertrouwensarts konden worden verkregen, zijn via daartoe ontworpen formulieren gecodeerd, en met behulp van een computer geanalyseerd. Vervolgens wordt toegelicht op welke wijze aselect twintig gevallen voor het verrichten van case studies zijn verkregen.

Hoofdstuk III vermeldt allereerst de resultaten van het statistisch onderzoek. Een en ander is nader toegelicht met tabellen, grafieken en figuren. Vervolgens is verslag uitgebracht van de case studies. Hierin zijn de gegevens over de levensloop van de kinderen nader uitgewerkt. Daarbij is eerst aandacht geschonken aan de situatie vóór, tijdens en na de mishandeling, vervolgens aan de achtergronden van deze daad en de genomen maatregelen. Een poging is gedaan om het effect van deze maatregelen aan het licht te brengen.

Hoofdstuk IV is gewijd aan een kritische beschouwing van de resultaten van het onderzoek mede gezien in het licht van de gegevens uit de literatuur.

Het proefschrift wordt besloten met een samenvatting in het Nederlands en in het Engels.

HOOFDSTUK I

ENKELE HISTORISCHE BESCHOUWINGEN OVER KINDERMISHANDELING

A. Algemene beschouwingen

Recente onderzoekingen hebben aan het licht gebracht, dat kindermishandeling tot in het verre verleden heeft plaatsgevonden. Radbill (1968) zegt hierover o.a.: "Mishandelen van kinderen is eeuwenlang gerechtvaardigd door het geloof, dat zware lichamelijke bestraffing nodig is om discipline te handhaven, opvoedkundige ideeën over te dragen, bepaalde goden te behagen of boze geesten te verdrijven". Toch heeft hij bij zijn onderzoek enkelen gevonden, die zich tegen lichamelijke bestraffing verzetten. Hij noemt o.a. Plato (400 jr.v.Chr.) als een verdediger van het spel boven het geweld bij het onderwijs en Plutarchus (100 jr.n.Chr.) als één die de gesel heeft veroordeeld. Ook verwijst hij naar Ascham, die in de zestiende eeuw pleitte voor liefde in plaats van angst bij het onderwijs geven en Locke (17e eeuw) die de roe slechts heeft willen laten gebruiken als straf voor morele fouten. Over Roger L'Estrange (1611) vermeldt hij dat deze bij de ouders heeft gepleit voor wat meer toegeefelijkheid tegenover hun kinderen. In Engeland is in 1698 een officieel verzoek gericht tot het parlement, om een eind te maken aan het mishandelen van kinderen op scholen. In Zuid-Amerika heeft Viceroy Toledo (16e eeuw) het deformeren van de schedel bij de indianen als kindermishandeling beschouwd en het verboden. Twee eeuwen later is door Halliday (1891) in New York een fel protest geschreven tegen het onredelijk slaan van kinderen door hun ouders. Radbill wijst verder op het "verminken" van kinderen om velerlei redenen: zoals circumcisie, castreren (eunuchen) en het beschadigen van de voeten van meisjes bij Chinezen. Verder noemt hij het gebruik in Marokko waar de Berbers generaties lang bij pasgeborenen de uvulectomie toepasten om de borstvoeding, de spraak en de gezondheid in het algemeen te verbeteren. Ook noemt hij Seneca die in één van zijn geschriften vermeldt, dat ten tijde van Caesar vele deformiteiten aan kinderen werden toegebracht, om hen daarna met meer succes te kunnen laten bedelen.

Slavernij is een andere vorm van kindermishandeling. De vader had het recht zijn kind als slaaf te verkopen. Meisjes werden meestal gebruikt als prostituées; jongens om onmenselijk hard te werken. Gewezen werd ook op het wrede lot van de Afrikaanse kinderen, toen de slavernij bloeide.

In oude tijden bleek infanticide een dreigend gevaar voor elke pasgeborene. Het kind werd door velen niet als een menselijk wezen beschouwd, alvorens er bepaalde ceremoniën hadden plaatsgevonden.

Zo moest de Egyptische vroedvrouw ervoor bidden, dat de ziel zich met het pasgeboren kind zou verenigen, terwijl de Babylonische vader zijn geest in het kind bracht, door hem in zijn gezicht te blazen, daarna hem een naam te geven en zo hem een ziel te doen krijgen. Op deze wijze was een kind verzekerd van zijn leven.

Bij de Vikingen (8e - 11e eeuw) kon een vader zijn kind van het leven beroven of zich op andere wijze van hem ontdoen, zolang het pasgeboren kind nog geen voedsel tot zich genomen had. Daarna kon het niet meer. Hier was de eerste voeding levensreddend.

In Athene was het gewoonte, dat een baby op zijn vijfde levensdag een ceremonie doormaakte, met het oog op het krijgen van een naam. Als het een ongewenst kind was, had de vader het recht zich voor deze ceremonie van het kind te ontdoen. Infanticide van een pasgeborene had antropologisch gezien een belangrijke betekenis. Het in evenwicht houden van de bevolkingstoename was daarbij een hoofdmotief. Vanzelfsprekend waren oorlogen, hongersnood, ziekten en ongevallen veel effectiever. Een andere manier was het kind te vondeling te leggen of te verkopen. Bij sommige culturen was er een grens van 3 kinderen per familie gesteld; meer kinderen in zo'n familie werden gedood of op andere wijze geëlimineerd (Radbill).

Resnick (1972) vermeldt dat illegimiteit in het verleden ook een oorzaak was van infanticide. Veel van deze kinderen werden prematuur geboren, gewoonlijk door onvoldoende prenatale zorg. De meesten stierven als zuigeling. De overigen bleken vaak te worden verwaarloosd, mishandeld, te vondeling gelegd, aan de zorg van andere mensen of instellingen toevertrouwd of alsnog gedood. Vooral meisjes moesten dit lot ondergaan. Ongehuwde moeders zouden daarbij de nevengeachte hebben gehad, hun dochters hiermee

het lot van zo'n alleenstaande moeder te kunnen besparen. Als de moeder getrouwd was, werd echter ook wel eens een pasgeborene opgeofferd. Problemen tussen man en vrouw speelden daarbij soms een rol. Veel meer kwam het echter, doordat de moeder overbelast was. Veel kinderen stierven ook in tehuizen en pleeggezinnen, vooral als deze onvoldoende geld ontvingen.

Bijgeloof leidde ook vaak tot infanticide met name van kinderen met een aangeboren afwijking. De Romeinse wet van de twaalf tafelen verbood het verzorgen van misvormde kinderen. In de Bijbel komt overigens een duidelijk verbod voor om kinderen te offeren met name aan het daargenoemde idool Moloch. De oude verhalen over de kindermoord in Bethlehem door Herodes en het doden van de pasgeboren Joodse jongetjes door de Farao hebben meer een politieke achtergrond en passen dus niet in de beschouwingen over kindermishandeling in het eigen gezin, maar het zijn wel verhalen die de eeuwen door grote indruk hebben gemaakt. Overigens bestond in de oudheid het bijgeloof dat het doden van kinderen een steriele vrouw vruchtbaar kon maken, ziekten kon genezen en een goede oogst kon teweeg brengen.

Verder is bekend geworden dat ook in Europa tot in de zestiende eeuw kinderen levend werden begraven onder de drempel van monumentale gebouwen. Het aantal vondelingen nam vooral toe tijdens oorlogen en omwentelingen. Voor deze kinderen werd vanaf het begin van onze jaartelling door de Christelijke kerk naar onderdak gezocht. Het eerste moderne "vondelingentehuis" werd gesticht in 787 door Datheus, een vooraanstaand priester in Milaan. Tijdens de Middeleeuwen werd deze hulpverlening krachtig gestimuleerd, vooral ter voorkoming van infanticide. Bekend is het gebruik van mandjes met warme kleren, die dag en nacht klaarstonden voor babies, die men anoniem wilde afstaan.

In de negentiende eeuw beschikte men in Amerika niet over deze tehuizen. Vondelingen gingen daar naar de zgn. armenhuizen. Het ontbreken van goede kunstvoeding voor babies leidde tot een grote behoefte aan minnen. Vaak nam men noodgedwongen zijn toevlucht tot pleegmoeders. In New York bleek echter dat kinderen daar vaak werden verwaarloosd en mishandeld. In verband daarmee is in die plaats The Nursery and Children's Hospital of New York gesticht in 1854. Men maakte in dit instituut gebruik van minnen, wier eigen kinderen daar tevens werden verzorgd. In 1873 werden ondanks

alle tehuizen nog 122 kinderen in New York dood op straat aangetroffen. Meer dan 30 organisaties in deze stad hielden zich in die tijd bezig met kinderen in nood.

Invloed van de maatschappelijke veranderingen

De invloed van de industriële revolutie aan het eind van de achttiende eeuw komt vooral tot uiting in gegevens uit Engeland. Kinderen werden daar op wrede wijze aan het werk gezet in fabrieken. Achttien uur per dag werken was geen uitzondering. Vanaf hun vijfde jaar werden ze al aangenomen. Na heftige protesten van de burgerij nam het Engelse parlement in 1802 een wet aan, waarin de kinderarbeid werd geregeld. Twaalf uur werd de maximum werktijd per dag. Bovendien moesten de ouders eerst toestemming geven. In de praktijk had dit helaas weinig effect. Veel kinderen uit de zogenaamde armenhuizen werden voor deze kinderarbeid gebruikt. Zij hadden geen ouders meer om voor hen op te komen. Hun verzorgers lieten hen in de steek. Maar ook vele ouders lieten hun kinderen werken door toestemming te geven. In feite werd de "machine" de "Moloch" van die tijd. Tiranieke opzichters in het werk mishandelden de kinderen beestachtig. Veel kinderen kwamen om door uitputting of "beroepsziekten". Berucht was daarbij het schoorsteenvegerscarcinoom. Dit leidde er uiteindelijk toe dat in Engeland schoorsteenvegen door kinderen bij de wet werd verboden. Deze "industriële" kindermishandeling werd in feite mogelijk gemaakt door de ouders en verzorgers van de kinderen zelf. Mede onder invloed van deze gebeurtenissen werden zowel in Amerika (1871) als in Engeland (1899) organisaties opgericht tegen kindermishandeling: "The Society for the Prevention of Cruelty to Children". In ons land heeft in diezelfde periode een soortgelijke strijd gewoed. Moeders en kinderen werden uit bittere armoede gedwongen in fabrieken te werken, soms onder mensonterende omstandigheden.

Een van de voorvechters voor de afschaffing van gedwongen kinderarbeid was Dr. Samuel Senior Coronel (Bergink, 1960). Hij deed een belangwekkend onderzoek naar de lengtegroei van jongens tussen de zeven en twaalf jaar. Hij vergeleek daarbij kinderen uit hetzelfde sociale milieu; de ene groep moest overdag in een fabriek werken; de andere niet. Hij constateerde een aanzienlijke achterstand in de lengtegroei bij de tot werken gedwongen kinderen.

Mede onder invloed van Coronel, heeft een dringend verzoek aan de regering, door de Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en de Maatschappij ter bevordering van Nijverheid, ertoe geleid, dat de toenmalige minister van Binnenlandse Zaken, Thorbecke, in 1863 een commissie heeft benoemd, met de opdracht een onderzoek in te stellen naar de toestand der kinderen, die in fabrieken werkten. Zes jaar later verscheen het rapport. Van wettige maatregelen om de kinderarbeid te beperken werd niet veel goeds verwacht. Alleen de voorzitter van de commissie De Vries-Robbé diende een minderheidsrapport in. Hij was van mening dat een wettelijke regeling van de duur van de arbeid in verhouding tot de leeftijd het enige middel was om tot een betere toestand te geraken. De overige commissieleden stelden alleen voor de ouders wettelijk te verplichten hun kinderen gedurende een zekere leeftijd geregeld de school te doen bezoeken.

Uit dit onderzoek kreeg men een indruk over de omvang van de kinderarbeid in Nederland. Van het totaal der fabrieksarbeiders bleek 4 à 7% tot de 6-tot 12-jarigen te behoren. Ook bevestigde een hierbij verricht medisch onderzoek de gegevens van Coronel over het achterblijven in lengtegroei van "fabriekskinderen".

De eerste wet over kinderarbeid van Van Houten (1874) steunt op het werk van deze staatscommissie. In deze wet werd kinderarbeid niet verboden. Wel werd aanbevolen om schoolbezoek van kinderen tussen de zeven en twaalf jaar verplicht te stellen. Het hoofdmotief daarin was het mededogen met het lot der kinderen (Hacke, 1931).

In 1882 diende de toenmalige minister van Justitie Modderman een wetsontwerp in, waarin beoogd werd overmatige arbeid en verwaarlozing van kinderen tegen te gaan. Dit hield in staatstoezicht op de handhaving van de wetsbepaling door speciale ambtenaren "de inspecteurs van de kinderarbeid".

De tweede kamer verwierp echter dit wetsvoorstel uit vrees voor het ontstaan van een leger ambtenaren en de daaraan verbonden kosten (Cannegieter, 1954).

In 1887 verscheen een koninklijke boodschap houdende bepalingen tot tegengaan van overmatige arbeid en verwaarlozing van jeugdige personen.

In 1905 werden in ons land echter de kindervetten van kracht. Deze

dienden om de rechter de bevoegdheid te geven, in het belang van het kind, het gezag van hun ouders te beperken of aan anderen over te dragen. Hiertoe zijn de Voogdijraden gesticht. In 1956 werden deze vervangen door de Raden voor de Kinderbescherming. De Nederlandse Vereniging tegen Kindermishandeling werd eerst in 1970 opgericht.

Onder degenen die zich inzetten tegen het "mishandelen" van kinderen wordt in de literatuur vooral naar voren gebracht Theophile Roussel (1816-1903). Zijn "loi-Roussel" (1874) ter bescherming van kinderen die aan een "min" werden toevertrouwd en zijn wet ter bescherming van vondelingen en mishandelde kinderen (1889) gaven hem de ere naam van "the advocate of abandoned children" (Radbill, 1968). Dit werk is te beschouwen als het begin van de maatschappelijke hervormingen die in de twintigste eeuw tot stand zouden komen ten bate van het kind. Steeds duidelijker gingen ook de regeringen zich hiermee bemoeien. In de U.S.A. werd op de "White House Conference on Child Health and Protection of 1930" een "Children's Charter" aangenomen: "Which among many other ambitions promised every child a home with love and security plus full time public welfare services for protection from abuse, neglect, exploitation, or moral hazard" (Radbill 1968).

Kindermishandeling in het gezin

Ondanks alle boven beschreven maatregelen ter verbetering van het lot van het kind bleek vooral uit waarnemingen van artsen uit de Verenigde Staten, dat ook in onze tijd nog steeds kindermishandeling voorkwam. Het ging hierbij meer om de lichamelijke mishandeling dan om de verwaarlozing. Een en ander geschiedde in het verborgene, in het eigen gezin.

De eerste publikatie over deze gevallen was van de radioloog Caffey (1946). Hij beschreef een door hem niet te verklaren gelijktijdig optreden van beenbreuken en een bloeditstorting onder het harde hersenvlies (subduraal haematoom) bij kinderen, die hij ter beoordeling kreeg. Enkele jaren later suggereerde Astley (1953) dat deze kinderen leden aan een primaire breekbaarheid van de botten (metaphysaire fragiliteit). In dat zelfde jaar veronderstelde Silverman (1953), dat deze fractures te maken hadden met

zorgeloosheid van de ouders. Grote indruk maakte daarna een publikatie van Wooley en Evans (1955). Hierin schreven zij de fracturen bij deze kinderen toe aan doelbewuste handelingen van hun ouders of verzorgers. Een na-onderzoek van Caffey (1957) bij zijn in 1946 beschreven gevallen, bracht hem tot dezelfde conclusie.

De publikatie van Kempe c.a. (1962) kreeg wereldbekendheid. Hierin werd een groot aantal ernstig mishandelde kinderen beschreven. Hij lanceerde daarbij de naam van een nieuw ziektebeeld: "The Battered Child Syndrome". Hij definieerde kindermishandeling in de volgende woorden: "Any child who received non-accidental physical injury (or injuries) as a result of acts (or omissions) on the part of his parents or guardians".

Verdere publikaties uit het buitenland

Sinds de publikatie van bovengenoemde rede van Kempe (1962) zijn vooral in de Verenigde Staten en Engeland veel artikelen over dit onderwerp verschenen. Veel publikaties hadden betrekking op een onderzoek over een beperkt aantal gevallen.

Gil (1970) publiceerde daarentegen een landelijk onderzoek over alle officieel in de Verenigde Staten gemelde gevallen van kindermishandeling in 1967 en 1968. Alleen gevallen van lichamelijke mishandeling (child abuse) werden geteld. In 1967 waren het 5993 gevallen, in 1968 6617. Het aantal jongens was iets groter dan het aantal meisjes. Boven de twaalf jaar was het aantal meisjes sterk in de meerderheid. Kindermishandeling bleek niet beperkt tot de zuigelingen en kleuters. Wel was het aantal ernstige gevallen het grootst bij de kinderen onder de 3 jaar (65%). Opvallend was, dat een derde deel van de gemelde kinderen "niet-blanken" waren. Dit was ruim tweemaal zoveel als de verhouding niet-blanke tegenover blanke kinderen in de gehele bevolking. Gil was van mening dat dit enerzijds te wijten was aan de zeer slechte sociaal-economische omstandigheden van deze gezinnen, anderzijds aan een andere opvatting over het toepassen van geweld bij de opvoeding van kinderen. De verdeling van de verschillende godsdienstige groeperingen kwam overeen met de landelijke gegevens. Een kwart van de mishandelde kinderen had een afwijkend gedrags-

patroon. 13% van de kinderen vertoonde een achterstand in ontwikkeling, een aantal van hen bezocht scholen voor geretardeerde kinderen. 3% had nooit een school bezocht. In veel gezinnen ontbrak een der ouders. 29% van de kinderen misten thuis hun vader; 12% hun moeder, terwijl 2% werden verzorgd door pleegouders. Het aantal nauwelijks volwassen ouders was niet significant. Het aantal meldingen uit gezinnen met meer dan 2 kinderen wel. Dit gold speciaal voor de niet blanke gezinnen.

Het opvoedings-, beroeps- en inkomensniveau van de meeste ouders was laag. Ruim 34% van de gemelde gezinnen ontving ondersteuning van allerlei instanties. Hun huisvesting was vaak zeer slecht; bovendien verhuisden zij herhaaldelijk. 87% van de kinderen werd mishandeld door hun eigen ouders of stiefouders. Hiervan moest 51% worden toegeschreven aan de moeders, 47.8% aan de vaders en 1.2% aan onbekenden. Ongeveer 60% van de kinderen waren tevoren ook mishandeld.

Volgens Gil was zware lichamelijke mishandeling slechts een klein deel van alle mishandelingen. Hij vond verwaarlozing een veel groter maatschappelijk probleem. Dit trad vooral op in gezinnen met grote armoede, rassendiscriminatie, ondervoeding, insufficiënte medische zorg en opvoeding. Gevallen van verwaarlozing waren echter in dit onderzoek niet opgenomen.

Een tweede landelijk onderzoek over de in de Verenigde Staten officieel gemelde gevallen van kindermishandeling en/of verwaarlozing vond plaats over 1978. De publikatie hiervan "The Annual Statistical Report 1978" verscheen in 1979. Hierin werden de gevallen van verwaarlozing wel meegeteld. Om zo verantwoord mogelijk de gegevens te kunnen beoordelen, werd alléén over de meldingen, waarvan de diagnose vaststond, verder onderzoek gedaan. Dit bracht het grote aantal meldingen van 614.291 terug tot 76.804 gevallen. 33.4% bleek veroorzaakt door mishandeling; 60.5% door verwaarlozing en 6.1% door beide. Het aantal jongens was ongeveer gelijk aan het aantal meisjes. Beneden de 12 jaar was het aantal jongens groter; in de puberteit het aantal meisjes. Het aantal gemelde kinderen was in de leeftijdsgroepen 0-3 jaar, 4-7 jaar en 8-12 jaar ongeveer aan elkaar gelijk; in de puberteitsleeftijd was het iets lager. 87.9% van de kinderen bleek tevoren geen lichamelijke of geestelijke handicaps te vertonen. 6.8% was emotioneel gestoord. Het aantal kinderen, dat uit kleine

gezinnen was gemeld, bleek veel groter dan bij het onderzoek van Gil. Ernstige lichamelijke letsels waren bij 1.9% van de kinderen aan te tonen, terwijl bij 86.4% de schade voornamelijk was teweeg gebracht door hen de noodzakelijke welzijnsbehoeften te onthouden. 0.5% van al deze kinderen is aan de gevolgen overleden, 0.2% hield er een ernstige handicap van over. De mishandeling en/of verwaarlozing was in 89.4% verricht door de eigen ouders of de stiefouders. Hieruit concludeerden de samenstellers van dit rapport, dat kindermishandeling een groot probleem is. Verwaarlozing hoorde er volgens hen beslist bij. De maatschappelijke welstand en het beroepsniveau van de ouders was vrij laag. In veel families werden ernstige moeilijkheden geconstateerd in huwelijksaangelegenheden, geïsoleerd zijn van de omgeving, gebrek aan tolerantie, slechte huisvesting, gezondheidsproblemen en misbruik van alcohol en/of drugs.

Sussman en Cohen (1975) schreven een goed gedocumenteerd boek over de meldingsplicht van kindermishandeling en/of verwaarlozing in de Verenigde Staten. Zij meenden, dat de melding beter tot zijn recht kwam wanneer duidelijk werd gedefinieerd wat precies gemeld diende te worden. Zij vonden dat schade toegebracht aan het kind het criterium moest zijn. Tegen deze regel werd, vooral bij de melding van verwaarlozing, vaak gezondigd. Het doel van de melding moest zijn verdere schade te voorkomen. Daartoe diende men te beschikken over ervaren hulpkrachten. Een melding zonder deze hulpkrachten was zinloos. Vandaar dat elke melding kritisch moest worden beoordeeld. Zij pleitten tenslotte voor een goed registratiesysteem. Hiermee is het op het spoor komen van recidieven gediend. Daarbij moest volgens hen wel gezorgd worden voor de geheimhouding van de gegevens. Over de wijze waarop, gaven zij duidelijke adviezen.

Light (1973) kwam - na bestudering van de Amerikaanse literatuur - tot de conclusie dat in de Verenigde Staten één van de honderd kinderen onder 18 jaar lichamenlijk werd mishandeld, seksueel gemolesteerd of ernstig verwaarloosd.

Clegg en Megson (1968) publiceerden een onderzoek bij schoolkinderen uit Yorkshire. Een van de 10 kinderen verkeerde daar in moeilijke omstandigheden in verband met harde en verwaarlozende opvoedingsmethoden thuis.

Hession (1976) schreef een rapport aan het Engelse Lagerhuis over zijn praktijkervaringen als psychiater in Londen. Bij 20% van zijn patiënten was geweld gebruikt door de ouders. Bij meer dan 40% van die gevallen bleek minstens een van de ouders een I.Q. te hebben van minder dan 75. Dit kwam overeen met de ervaringen in Wiltshire van Oliver e.a. (1974).

Trube-Becker (1973) uit Düsseldorf, vermeldde bij een onderzoek over een periode van één jaar in West-Duitsland een getal van 4500 mannen en vrouwen, die waren veroordeeld wegens het in gevaar brengen van het lichamelijk en geestelijk welzijn van 6500 kinderen. De meeste van hen waren 3 jaar of jonger.

Mindlin (1974) constateerde in de Verenigde Staten grote verschillen in de gepubliceerde getallen van mishandeling bij verschillende auteurs: Gil (6000 in 1967 en ongeveer 2.500.000 in 1970), Kempe (60.000 in 1972), Light (500.000 in 1973). Op 67.000.000 kinderen in de Verenigde Staten onder de 18 jaar kwamen zo tot een variatie van 1:10.000 kinderen tot ongeveer 4:100. Deze grote verschillen hielden vooral verband met de wijze van vaststelling en definitie. In verband hiermee raadde Oliver (1974) aan bij de definitie van kindermishandeling terug te keren tot de oorspronkelijke van Kempe: "The Battered Child Syndrome". Kempe zelf beschouwde de definitie van kindermishandeling als wisselend al naar gelang de opvattingen van de maatschappij (1973): "The definition of child abuse and neglect is not what the doctor thinks it should be, or what the social worker thinks it is, but is actually what the Court says it is. The Court is of course influenced by the public and its definition will change from time to time and may be different in different localities, based on the emotional climate of the cities in that area".

Solnit (1978) noemde het binnendringen in de intimiteit van het gezin alleen gerechtvaardigd bij de lichamelijke mishandeling van het kind. Hij stelde: "The dividing line between respecting and intruding into family privacy is child abuse, not child neglect. That is, there is little or no useful agreement on what constitutes emotional and psychological violence or neglect, we have agreement about physical injury, abuse and life-threatening injuries".

Mac Keith (1974) wees op het veel voorkomen van hersenbeschadiging bij kindermishandeling. Hij kwam tot een getal van 400 per jaar in Engeland.

Birrel en Birrel (1968) kwamen tot de conclusie dat minstens een kwart van de zwaar mishandelde jonge kinderen in Australië daardoor intellectueel ernstig waren beschadigd of geestelijk subnormaal waren geworden.

Oliver e.a. (1974) kwamen in Engeland tot een zelfde conclusie. Martin (1975) vond bij een na-onderzoek van mishandelde kinderen na vier jaar nog bij 31% ernstige neurologische dysfuncties. Gegevens over het aantal door mishandeling en/of verwaarlozing overleden kinderen bleken vaak te ontbreken.

Trube-Becker (1973) meldde uit Duitsland 100 doden onder de kinderen beneden de 5 jaar.

De officiële cijfers uit Engeland in 1974 waren 300 doden onder de kinderen beneden de 3 jaar (Oliver).

Alhoewel de getallen onderling erg verschillen, waren alle schrijvers het erover eens, dat de zeer ernstige gevallen meestal kinderen betroffen beneden de 3 jaar.

Publikaties uit Nederland

Clemens Schröner (1956) was vooral onder de indruk van de psychische kindermishandeling. Als juriste was zij ervan overtuigd, dat in het Wetboek van Strafrecht een bepaling daartegen moest worden opgenomen. Zij stelde voor: "Hij, die een minderjarige met misbruik van overwicht herhaaldelijk of bij voortduring opzettelijk kwellend bejegt, wordt indien daarvan ernstig gevaar voor de geestelijke gezondheid van het kind is te duchten, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste 5 jaar". Bij de uitvoering van de opgelegde straf diende men verder te komen tot een therapeutische behandeling van opvoeder en kind tezamen. Zij pleitte daarbij voor de invoering van een gezinsbeschermingsorgaan, waaraan een kinderarts, een psychiater en psychiatrisch geschoolde maatschappelijk werkers verbonden zouden moeten zijn. Dit orgaan zou vooral een preventieve taak moeten worden toebedeeld. Door vroegtijdig ingrijpen zou een strafvervolgning kunnen worden voorkomen.

Van Krevelen (1959) wilde het mishandelde kind niet alleen als slachtoffer zien. In menig geval dient volgens hem de vraag gesteld hoe groot het aandeel van het kind is in de totstandkoming van de door de volwassene bedreven daad. Afstotend op hun omgeving werken volgens hem alle kinderen die geen integrerend

deel van het levensplan van hun ouders uitmaken. Zij lopen gevaar op mishandeling. Als voorbeeld noemt hij: buitenechtelijke kinderen, ongewenste kinderen, stiefkinderen, kinderen die sterk afwijken van het beeld, dat de ouders zich gevormd hadden, o.a. mismaakte, zwakke, lelijke, met een kwaal behepte, zwakzinnige, naar verhouding te weinig begaafde, qua karakter niet aan de ouders beantwoordende, moeilijk opvoedbare kinderen, kortom de tegenvallers. Andere kinderen zouden het slachtoffer zijn van hun aantrekkingskracht op de ouders. Hij wijst daarbij op de incest. Tenslotte pleitte hij voor een betere voorbereiding voor het huwelijk. Ouders moeten zich ervan bewust zijn, dat zij hun kind dienen te aanvaarden "for better and for worse".

Kuipers en van Creveld (1964) bespraken retrospectief een twaalf-tal gevallen van kindermishandeling uit hun praktijk. Alle kinderen waren jonger dan 4 jaar; de verwondingen waren ernstig, veel schedelverwondingen, uitgebreide haematomen, fracturen en vaak een deplorabele algemene toestand. Bij velen werden ook recidieven gezien. De nabehandeling was meestal onvoldoende, daar de ouders het kind hieraan onttrokken. Eén kind stierf als gevolg van de laesies; twee kinderen waren lichamelijk en geestelijk zo beschadigd dat zij verder in een inrichting moesten worden verpleegd. In 5 gevallen werd de mishandeling door de ouder(s) toegegeven. Eén vader werd veroordeeld (zijn kind was overleden); één vader vluchtte naar het buitenland; één moeder werd uit de ouderlijke macht ontzet. In twee gevallen vond echtscheiding plaats. Schrijvers waren vooral onder de indruk van het onvermogen van de artsen om recidieven te voorkomen. Het beroepsgeheim werd als een grote belemmering hiervoor gevoeld. De Amerikaanse oplossing tot verplichte melding bij de autoriteiten wezen zij af uit vrees voor vermindering van vertrouwen in de geneeskundige stand. Zij bepleitten wel, om de arts wettelijk toe te staan in dergelijke gevallen dit te mogen melden aan de Raad voor de Kinderbescherming. Zonder deze wetswijziging zouden anderen de Raad voor de Kinderbescherming moeten inlichten. Wanneer een open gesprek met de ouders mislukte, raadden zij de handelend arts aan, familieleden of kennissen van de ouders te bewegen deze inlichting te geven.

Abbenhuis (1967) was als kinderrechtser onder de indruk van krantenartikelen over kindermishandeling. Hij telde een maand lang

de in de krant vermelde gevallen. Hij kwam tot $\pm$ 12.000 gevallen per jaar. 120 hiervan kwamen daarbij om; 160 hielden er blijvende schade aan over. Hij was ervan overtuigd, dat veel gevallen niet de pers bereikten. Volgens hem moet men aanvaarden, dat kinderen als resultanten van het procreatierecht van de ouders, een zelfstandig recht bezitten op bescherming tegen wie dan ook, ook tegen de eigen ouders.

Cohen-Matthijssen (1970) gaf een indringende beschrijving van drie gevallen van kindermishandeling uit haar kinderpsychiatrische praktijk. Zij ging daarnaast vooral in op de pathogene gedragingen van de betrokken ouders bij de opvoeding en verzorging van hun kinderen. Een en ander had - meende zij - te maken met de karakterstructuur en de achtergronden van die ouders. Om tot een goed behandelingsplan van het kind en gezin te komen, is het volgens haar soms nodig een kinderbeschermende maatregel bij de Raad voor de Kinderbescherming aan te vragen. Dit is niet hetzelfde als een aangifte bij de politie, ook al kan in een enkel geval - gehoord de Raad voor de Kinderbescherming - de officier van justitie toch tot strafvervolgning van de ouders overgaan. Uit angst om voor dit overleg voor de Rechtbank te worden gedaagd mag men dit echter niet laten, daar met een palliatieve behandeling het kind niet is gebaat.

Schuurmans Stekhoven (1970) kwam tot een geheel andere conclusie: volgens hem pleegt de behandelend arts juridisch contractbreuk indien hij het belang van het kind laat prevaleren boven het belang van het gezin (of als men wil van ouders of ouder). Het kan alleen wanneer de wetgever de wet aanvult, door de artsen de vrijheid te geven tot aangifte over te gaan. Dat is niet hetzelfde als tot aangifte verplicht te worden.

Drogendijk (1970) adviseerde evenals Kuipers en van Creveld om de aangifte te doen geschieden bij de Raad voor de Kinderbescherming. De redactie van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (1970) sloot zich in een kritisch commentaar hierbij aan en bepleitte wettelijke maatregelen. Overigens werd door hen geconstateerd dat juist van juridische zijde een al te starre opvatting over het beroepsgeheim van de artsen niet wordt toegejuicht.

Hazewinkel-Suringa (1959) schreef over het beroepsgeheim o.a.:

"Als de arts ziet, dat een kind, dat hij behandelt, het slachtoffer is van wreedheden kan hij vrijelijk spreken; dan mag hij

hiervan ook aangifte doen". Ze haalt daarbij ook een veel oudere uitspraak aan van Perraud-Charmontier (1926): "Le médecin doit soigner et protéger son malade. Il le protège en dénonçant l'acte dont il peut être victime. Nous devons le secret à nos malades, mais non aux auteurs de leur mort".

Pieterse (1970) verwoordde de discussies over kindermishandeling en het beroepsgeheim van de arts, gevoerd door een studiegroep van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Kindermishandeling werd gedefinieerd als het opzettelijk toebrengen van lichamelijk letsel aan een kind door zijn ouders of plaatsvervangers. De behandelend arts diende zich niet te beperken tot het cureren van de letsels, maar zich ook bezig te houden met de achtergronden. Dit vooral met het oog op het voorkomen van recidieven. Steun van een multidisciplinair team leek onmisbaar. Een weloverwogen besluit om - na ampel overleg met zo'n team - een kind in nood tegen de wil van de ouders, met behulp van de Raad voor de Kinderbescherming uit huis te plaatsen, leek volledig verantwoord en niet in strijd met het beroepsgeheim. Een uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege ondersteunde deze opvatting (v.d.Mijn, 1973). Een wettelijk verplichte aangifte, zoals in de V.S. was ingevoerd, leek niet noodzakelijk. Crouchs en Fedder (1970) publiceerden gegevens over drie kinderen uit hun praktijk, die leden aan het door Powell, Brasel en Blizzard (1967) beschreven syndroom van psychogene groei-achterstand gelijkend op idiopathische hypophysaire insufficiëntie. Deze kinderen waren door hun ouders affectief verworpen en lichamelijk mishandeld. Dit bleek uit o.a. bloeduitstortingen en bovenbeenfracturen. Psychiatrisch onderzoek wees op specifieke ontwikkelingsremmingen, zowel in intellectueel als in emotioneel opzicht. In hun gedrag waren ze schuw en angstig. Ze hadden een onstilbare honger en dorst. Dit leidde tot het stelen van voedsel, eten uit vuilnisbakken en bedelen bij de burens. De vaders waren dwangmatig en streng; de moeders kil en afwijzend. Na uithuisplaatsing werd de lengtegroei-achterstand snel ingehaald. De emotionele en geestelijke ontwikkeling van deze kinderen was minder gunstig. Schrijvers konden zich geheel verenigen met de hypothese van Silver en Finkelstein (1967), dat psychogene groei-stoornis een uitingsvorm is van het "battered child syndrome". De ouder-kind-relatie was bij hun patiënten zo diepgaand gestoord, dat

blijvende verwijdering van hen uit hun ouderlijk milieu noodzakelijk was. Zij vonden het dringend gewenst, dat er richtlijnen zouden komen voor maatregelen om blijvende uithuisplaatsing te garanderen in die gevallen, waarin ouders hun medewerking weigerden.

Ingrijpen van de overheid in Nederland

In Medisch Contact (1969) werd een briefwisseling gepubliceerd tussen de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid en het Hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. De staatssecretaris schreef o.a.: "Bij herhaling word ik geconfronteerd met berichten in de pers, die de aandacht vestigen op gevallen van mishandeling van kinderen door ouders of opvoeders. Ik stel mij voor in overleg met mijn ambtgenoten van Onderwijs en Wetenschappen, Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk en Justitie te bezinnen op een procedure tot inschakeling van instanties door artsen, welke bij zich voordoende gevallen kan worden gevolgd. Bij dit overleg zoudt u eveneens betrokken kunnen worden".

Het hoofdbestuur antwoordde o.a.: "Reeds in 1965 heeft het hoofdbestuur in uitgebreide interne discussies aandacht besteed aan dit onderwerp. Tengevolge van de divergenties van meningen en vooral ook in verband met de verschillen in de problematiek, die zich van geval tot geval voordoen, vermocht het hoofdbestuur toen niet een algemeen geldende gedragsregel op te stellen. Het is echter van bijzonder groot belang, dat een mogelijkheid tot inschakelen van andere instanties wordt geboden, waarbij zoveel mogelijk de consequenties ook door de arts overzien kunnen worden. Gaarne wil het hoofdbestuur gebruik maken van uw aanbod om in het overleg met u en uw ambtgenoten te worden betrokken".

Als gevolg van dit contact werd door de staatssecretaris begin 1970 de interdepartementale Commissie Kindermishandeling ingesteld. In deze commissie hadden ambtenaren zitting van 4 verschillende ministeries met name: Sociale Zaken en Volksgezondheid; Cultuur Recreatie en Maatschappelijk Werk, Onderwijs en Wetenschappen en van Justitie. Vanuit de medische kant waren er afgevaardigd drie artsen als vertegenwoordigers van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der

Geneeskunst, drie kinderartsen, onder wie de schrijver van dit proefschrift en twee kinderpsychiaters. De taak van de commissie bestond uit het zoeken naar een regeling, die onder verantwoorde hantering van het beroepsgeheim een betere signalering en behandeling van mishandelde kinderen mogelijk zou maken.

Het rapport van de commissie werd in december 1970 gepubliceerd. Hierin werd geadviseerd bij wijze van proef een vertrouwensarts inzake kindermishandeling in 4 grote plaatsen in Nederland te benoemen met name Amsterdam, Arnhem, Groningen en Rotterdam. Aan deze arts werd drieërlei taak toegedacht:

1. een adviserende taak voor een ieder die met een geval van kindermishandeling te maken meende te hebben en zonodig bemiddelen bij het tot stand komen van hulpverlening.
2. het verzamelen van gegevens hierover, waardoor het mogelijk zou kunnen worden later verder onderzoek over dit onderwerp te doen.
3. het behartigen van de organisatorische nazorg mede om te voorkomen dat op den duur een geval tussen wal en schip terecht zou komen.

Voor het uitoefenen van deze functie, werd de arts een kamer ter beschikking gesteld in het gebouw van de Raad voor de Kinderbescherming. Hij kreeg hierbij een apart telefoonnummer. Voor administratieve hulp werd aan hem een medewerkende van de Raad voor de Kinderbescherming toegewezen. Voor zijn werk was de arts regelrecht verantwoording schuldig aan het Ministerie van Volksgezondheid en het Ministerie van Justitie. De Raad voor de Kinderbescherming gaf hem toegang tot de dossiers die in deze Raad aanwezig waren. Een ieder die zich tot de vertrouwensarts wendde in verband met een mogelijk geval van kindermishandeling kon daarbij rekenen op het beroepsgeheim van de arts zodat de naam van de melder in geen geval, ook niet in een eventuele rechtszaak, zou worden genoemd. Deze maatregel was genomen om de drempelvrees, die bij veel mensen bestaat om zich met deze gevallen te bemoeien, weg te nemen. De kosten van dit werk werden door het Rijk gedragen. De hulp was dus gratis. Het duurde tot 1 januari 1972 voor deze vier eerste vertrouwensartsen met hun werk konden beginnen.

De werkwijze van het bureau vertrouwensarts in Rotterdam

De pas benoemde vertrouwensarts moest deze functie vervullen naast zijn gewone werkzaamheden als hoofd polikliniek kindergeneeskunde van het Sophia Kinderziekenhuis. Zijn kamer in het gebouw van de Raad voor de Kinderbescherming gebruikte hij alleen voor besprekingen. De administratie werd verricht door een administratief medewerker van de Raad voor de Kinderbescherming. Deze nam ook de telefonische boodschappen aan. Meestal gaf hij deze gesprekken direct door aan de vertrouwensarts. Na sluiting van het kantoor werden de telefoongesprekken verwezen naar het huistelefoonnummer van de vertrouwensarts via een antwoordapparaat. Door de grote publiciteit via pers, radio en televisie, kwamen er al vlug na de benoeming vele telefonische meldingen binnen. Tijdelijk werd toen hulp verkregen van een juridische hoofdmedewerkster van de Raad voor de Kinderbescherming. Zij kwam echter al spoedig in tijdnood in verband met haar eigen werk. Na enkele maanden werd een maatschappelijk werkster in een part-time functie als medewerkster van de vertrouwensarts benoemd. Zij was niet afkomstig uit de Raad voor de Kinderbescherming, maar kwam daar wel administratief in dienst. Vanaf dat moment was er pas sprake van een "bureau" vertrouwensarts. Het bureau was nu enkele uren per dag in staat mensen te ontvangen of telefonisch te woord te staan. De administratie werd vanaf dat ogenblik door haar verzorgd. Bij vergaderingen trad zij op als secretaresse. Verder bestond haar werk uit het contact opnemen en onderhouden met hulpverlenende instanties, gesprekken voeren met diverse betrokkenen en het organiseren van gezamenlijke besprekingen.

In het najaar van 1973 werd een tweede medewerkster, een jurist, aan het bureau verbonden. Als coördinator heeft zij de dagelijkse leiding van het bureau op zich genomen. De taken werden verdeeld. De juridische inbreng was zeer welkom. Helaas moest de maatschappelijk werkster enkele maanden later haar functie neerleggen wegens verhuizing naar een andere plaats. Haar opvolgster kwam pas in 1975. Tot die tijd bestond het bureau dus uit twee personen!!

De vertrouwensarts zelf verbleef de meeste tijd in zijn eigen polikliniek. Besprekingen over lopende zaken werden vaak daar

gehouden. De coördinator besteedde veel tijd aan het aannemen van telefoongesprekken. Veel melders bleken nerveus en vaak wat onbegrijpelijk in hun verhaal. Dit was bovendien meestal onvolledig en soms erg kort. De gegevens waren dan ook vol hiaten. Daarna volgde het overleg met de vertrouwensarts. Contacten werden opgenomen met de huisarts, de schoolarts, het consultatiebureau of hulpverlenende organisaties. Daarna volgden vaak met veel van deze contactpersonen besprekingen om tot een efficiënte hulpverlening te kunnen overgaan. In enkele gevallen bleek er acute nood te bestaan. Veelal werd het kind dan met spoed in een ziekenhuis opgenomen. Gewoonlijk verliep dat zonder moeite omdat een ziekenhuisopname geen bedreigende indruk maakte. Wanneer er wel moeilijkheden ontstonden, moest de Raad voor de Kinderbescherming worden ingeschakeld. Het kind werd dan met spoed door de officier van justitie aan de Raad voor de Kinderbescherming toevertrouwd. Op deze wijze werd het kind toch onder medische behandeling genomen, terwijl via maatschappelijk werk de gesprekken met de ouders konden beginnen. Voor het werk was de vertrouwensarts uiteindelijk verantwoordelijk. De beschikbaarheid van deze functionaris dag en nacht, alle dagen van de week was daarbij ingecalculeerd. Dit was in feite voor één man niet haalbaar. Bij de uitbreiding van het aantal bureaus in Nederland is er tevens voor gezorgd, dat aan elk bureau twee vertrouwensartsen verbonden werden. In de eerste experimentele jaren, waarover dit onderzoek is gedaan, was daar nog geen sprake van.

HOOFDSTUK II

OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK

Probleemstelling en definitie

In dit onderzoek gaat het om de beantwoording van de vraag waarin de gemelde kinderen zich naar ernst van mishandeling en/of verwaarlozing laten onderscheiden. Over de oorzaak is in de literatuur geen eensluidend antwoord te vinden. Sommige schrijvers meenden een en ander te moeten toeschrijven aan onmacht of geestelijke stoornissen bij de ouders. Anderen legden meer de nadruk op slechte maatschappelijke omstandigheden waaronder de kinderen verkeerden. Ook zijn er, die de oorzaak bij het kind zochten. Vooral aangeboren afwijkingen en praematuritas werden daarbij genoemd. Daarnaast is gewezen op veel kinderen, die in het desbetreffende gezin als ongewenst werden beschouwd, op stiefkinderen en kinderen die er één van een twee- of meerling waren. Veel publikaties betroffen echter onderzoekingen van tevoren geselecteerde ernstig getroffen kinderen. Een statistisch verantwoorde conclusie kon hieruit niet worden getrokken.

Dit onderzoek is deels descriptief deels explicatief van karakter, hetgeen aansluit bij de probleemstelling van deze studie. Een en ander heeft zich beperkt tot de kinderen van wie door de melders werd gedacht dat zij mishandeld werden. Het betreft alle meldingen aan het bureau vertrouwensarts te Rotterdam gedurende de eerste drie jaren (1972-1975) sinds de vestiging van dit bureau.

Tevoren is van het ministerie van Justitie toestemming verkregen deze gegevens te bewerken, mits de anonimiteit werd gewaarborgd. Op 5 december 1980 werd door het Directoraat-Generaal van de Volksgezondheid de "beschikking bescherming gegevens registratie mishandelde kinderen" afgegeven (nr.237).

De meldingen kwamen uit verschillende bronnen. Over het begrip kindermishandeling bleek geen eenstemmigheid te bestaan. Voor de beoordeling van de gevallen is bij dit onderzoek uitgegaan

van de oorspronkelijke definitie van Kempe c.s.:

1. Ieder kind dat niet bij toeval maar door toedoen van zijn ouder(s) of verzorger(s) letsel(s) oploopt is een mishandeld kind. In de literatuur wordt hiervoor de omschrijving "child abuse" gebruikt.
2. Ieder kind dat niet bij toeval maar door nalatigheid van zijn ouder(s) of verzorger(s) lichamelijk of geestelijk schade oploopt is een verwaarloosd kind. In de literatuur wordt hiervoor de omschrijving "child neglect" gebruikt.

Om het onderzoek zo effectief mogelijk te doen verlopen is een vragenlijst samengesteld. Met behulp hiervan moesten de gegevens uit de dossiers objectief worden geregistreerd en in getallen vastgelegd.

Samenstelling vragenlijst

Daar de dossiers indertijd waren geschreven onder verantwoording van de vertrouwensarts, diende deze, met het oog op de objectiviteit van het onderzoek, zich te distanciëren van de gegevens. Met de samenstelling van de vragenlijst hebben zich de vaste medewerkers aan dit onderzoek belast. Het waren de interviewer, de secretaresse, een a.s. medicus en de adviseur voor de statistische bewerking van de gegevens. Tevoren hadden zij de dossiers niet gezien. Na het doorlezen van een aantal dossiers is door hen eerst een voorlopige vragenlijst opgesteld. Daarbij is getracht zoveel mogelijk informatie te verzamelen. De vragen werden zo geformuleerd, dat zij redelijk te beantwoorden waren. Daar de dossiers indertijd niet met het oog op dit onderzoek waren bijgehouden, werd al spoedig duidelijk, dat een aantal vragen niet konden worden beantwoord. Om de bruikbaarheid te toetsen is de voorlopig samengestelde vragenlijst eerst bij enkele dossiers gebruikt. Na enkele wijzigingen is de vragenlijst vervolgens getoetst bij vijftig dossiers, die aselekt uit het archief waren getrokken. Bij de beoordeling van de antwoorden, bleek er een aantal vragen te moeten worden geschrapt, omdat zij slechts in enkele gevallen waren te beantwoorden. Verder zijn er een paar nieuwe vragen aan toegevoegd. Zo kwam tenslotte de definitieve vragenlijst tot stand (appendix 1).

Voor het invullen van de vragenlijsten is daarna bovendien hulp verkregen van vier studenten in de geneeskunde en twee studenten van een sociale academie. Als laatste voorbereiding tot het eigenlijke onderzoek is de beoordelingsprocedure gezamenlijk besproken. Dit gebeurde aan de hand van enkele door alle onderzoekers ingevulde lijsten.

Procedure van beoordeling

Van elk dossier werd tweemaal een vragenlijst ingevuld door verschillende onderzoekers. Daarna werden de antwoorden met elkaar vergeleken. Wanneer er verschillen waren, werden deze door de desbetreffende onderzoekers, onder raadpleging van het dossier besproken en uit de weg geruimd. Zo kwamen er tenslotte 542 ingevulde antwoordlijsten ter beschikking voor analyse. Hiertoe zijn de cijferantwoorden op codeformulieren ingevuld. Deze zijn op het Centraal Rekeninstituut te Leiden in een computer opgeslagen.

Schema van de werkverdeling van negen onderzoekers over 2 x 542 dossiers. De onderzoekers zijn aangeduid met letters. De getallen geven het aantal dossiers aan.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	totaal
A		20	20	20	20	20	20	10	7	137
B	20		20	20	20	20	20	10	7	137
C	20	20		20	20	20	20	10	7	137
D	20	20	20		20	20	20	10	7	137
E	20	20	20	20		20	20	10	7	137
F	20	20	20	20	20		20	10	7	137
G	20	20	20	20	20	20		10	6	136
H	10	10	10	10	10	10	10		4	74
I	7	7	7	7	7	7	6	4		52
totaal										1084

Om te voorkomen, dat telkens hetzelfde paar onderzoekers een zelfde dossier te beoordelen kreeg, is een schema opgesteld, waarbij regelmatig van partner werd gewisseld.

Vervolgens zijn diverse vragen aan de computer voorgelegd. Dit waren zowel enkelvoudige als gecombineerde vragen. Deze vragen zijn ontleend aan daartoe apart samengestelde rubrieken (appendix 2). De analyse van het hierdoor ter beschikking gekomen materiaal is beschreven in het eerste deel van hoofdstuk III.

Case studies

Het bovenbeschreven onderzoek moest zich beperken tot de in de dossiers opgetekende gegevens. In een case study is het enerzijds mogelijk meer inzicht te verwerven in de achtergronden van de mishandeling c.q. verwaarlozing, de jeugd van de ouders en situatie in het gezin; anderzijds het resultaat te kunnen beoordelen van de bemoeienis met dit gezin door het bureau vertrouwensarts. Vanwege het tijdrovend karakter van case studies werd besloten deze te verrichten bij twintig van de gemelde gevallen. Uiteraard dienden deze gevallen aselekt te worden verkregen. Om de te volgen werkwijze in de praktijk te toetsen zijn er in eerste instantie drie kinderen geselecteerd voor een "proef" case study. Deze zijn door loting bepaald uit drie categorieën: a. ernstige gevallen, b. lichte gevallen, c. voor de tweede keer gemelde gevallen.

Vervolgens is, om ook de overige kinderen aselekt te verkrijgen, een lijst van criteria opgesteld, om daaruit ook met behulp van de computer en door loting, een kind te kunnen doen aanwijzen. Deze criteria bestonden deels uit factoren aangaande de mishandeling en/of verwaarlozing en de directe gevolgen voor het kind; deels uit familie-omstandigheden; deels uit eventuele ziekte van het kind, de ouders of de broers en/of zusters en deels uit de genomen maatregelen na de melding. Daarbij bleek, dat een aantal criteria vaak bij één kind voorkwamen. Toch is het uitgangspunt gebleven, dat een kind werd uitgekozen uit één categorie.

Om inzicht te krijgen in de mate waarin al deze categorieën voorkwamen en bovendien welke kinderen er aan voldeden is de computer ingeschakeld. Het aantal kinderen per categorie bleek sterk te

verschillen (zie categorielijst). Van die categorieën waartoe veel kinderen behoorden is in het algemeen niet meer dan één geval in studie genomen om de diversiteit van de illustraties zo groot mogelijk te houden. Slechts voor één categorie is dat principe prijsgegeven, met name die van de voor (of stief-) kinderen. Dit in verband met het hoge percentage (20.3%) in ons materiaal. Het Centraal Bureau van de Statistiek in Nederland vermeldt voor Nederland vier procent voorkinderen. Van deze kinderen zijn er aanvankelijk drie uitgekozen, met name één kind onder de drie jaar, één kind in de puberteit en één enig kind. Later is er nog een voorkind in de puberteit aan toegevoegd; dit kind was ten onrechte voor een andere categorie in studie genomen.

Uiteindelijk is de volgende lijst ontstaan van de categorieën kinderen waarbij telkens uit elke categorie een case study is verricht. Uit de categorie voorkinderen zijn echter 4 kinderen in studie genomen.

CATEGORIELIJST	AANTAL KINDEREN
1. kind in acute nood door actieve lichamelijke mishandeling opgenomen in een ziekenhuis	21
2. kind in acute nood door verwaarlozing opgenomen in een ziekenhuis	11
3. kind prematuur geboren	12
4. kind met aangeboren afwijkingen	11
5. kind één van een tweeling	9
6. kind jonger dan drie maanden	8
7. voorkind jonger dan drie jaar	18
8. voorkind in de puberteit	8
9. voorkind in de puberteit	8
10. voorkind tevens enig kind	6
11. kind met verworven geestelijke afwijkingen	21
12. kind met psychisch afwijkende ouders	8
13. kind met een ouder verslaafd aan alcohol en/of drugs	28
14. kind van wie een broertje of zusje was overleden	17

15. kind van wie een broertje of zusje lichamelijk afwijkend was	9
16. kind van wie de ouders buitenlanders waren	12
17. kind mishandeld door pleegouders	2
18. kind voor wie geen justitiële maatregel was genomen doch bij wie wel hulp was verleend	166
19. kind bij wie de verwaarlozing op de voorgrond stond	105
20. kind over wie een nieuwe melding was binnengekomen (recidief)	53

Voor elke categorie is het kind over wie de case study is verricht, bij loting aangewezen. De oorspronkelijke opzet was, dat de interviewer met de ouders en zo mogelijk ook met het kind zou gaan praten. Dit bleek niet haalbaar. In 19 van de 20 gevallen was de situatie dermate gecompliceerd of labiel, dat het schadelijk leek om daar voor researchdoeleinden een interviewer heen te laten gaan. Voor al die kinderen zijn de gegevens verkregen uit bestaande rapporten, vaak aangevuld met inlichtingen van de huidige of de laatste hulpverleners. Uit de beschrijvingen van de omstandigheden, waaronder de kinderen zijn opgegroeid en soms nog in verkeren, moge duidelijk worden wat de interviewer van persoonlijk contact met de betrokkenen heeft weerhouden. Wel dient nog een andere factor te worden genoemd, waardoor een gesprek met de ouders een enkele maal niet haalbaar was; het feit, dat veel mensen niet hebben geweten, dat het bureau vertrouwensarts zich destijds met hun "zaak" bemoeid heeft. Het bureau heeft immers in veel gevallen advies gegeven aan de melder of bemiddeld bij de hulpverlening maar niet zelf met de betrokkenen gesproken mede opdat dezen niet nog eens met een instantie te maken zouden krijgen. Velen zullen zich zelf niet eens realiseren, dat er in hun gezin sprake is geweest van kindermishandeling.

Omgekeerd was het opvallend dat in het ene gezin waar wel een contact mogelijk was de betrokkenen het eigenlijk prettig vonden om eens vrijuit te kunnen praten met een onpartijdige "ongevaarlijke" buitenstaander. De case studies zijn beschreven in het tweede deel van hoofdstuk III. Met het oog op het in acht nemen van een strikte anonimiteit is er de uiterste zorg aan besteed de herkenbaarheid onmogelijk te maken.

HOOFDSTUK III

DE RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

A. De gemelde kinderen

A.1. Het aantal, het geslacht, de leeftijd. (fig. 1 en 2)

In de periode 1 januari 1972 tot 1 januari 1975 zijn bij het bureau vertrouwensarts te Rotterdam 542 kinderen gemeld. Zij waren afkomstig uit 376 gezinnen. Het betrof 270 jongens en 271 meisjes. Van één kind was niet vermeld of het een jongen of een meisje was.

De helft van deze kinderen (274) was jonger dan zes jaar. Van hen was het aantal jongens iets groter dan het aantal meisjes. In de leeftijdsgroep van zes tot twaalf jaar was het verschil nog meer uitgesproken.

Bij de ouderen van twaalf jaar tot eenentwintig jaar was het aantal meisjes veel groter dan het aantal jongens.

De meeste meldingen betroffen kinderen onder de drie jaar; boven de achttien jaar waren het er slechts enkelen.

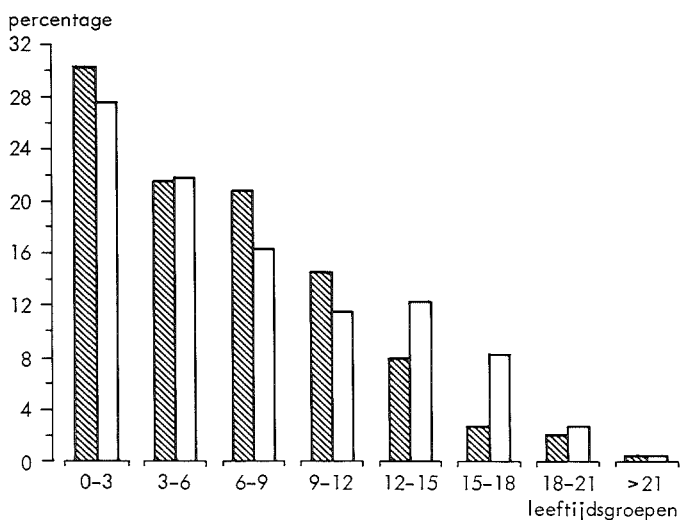


Fig. 1. Percentage van het aantal gemelde kinderen per leeftijdsgroepen van drie jaar. ♂ N = 270. ♀ N = 271.

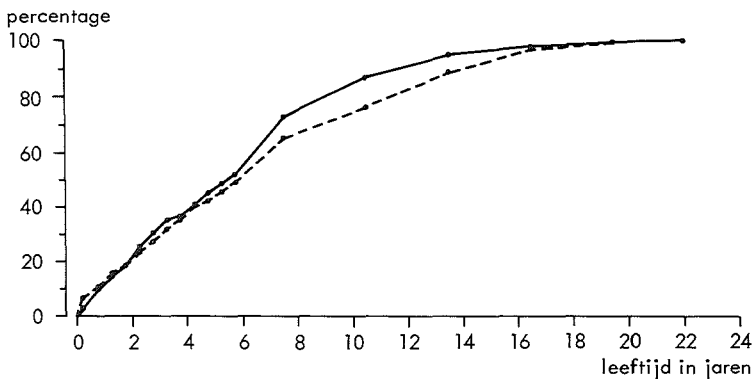


Fig. 2. Cumulatieve leeftijdsverdeling van de gemelde kinderen.
 —♂ N = 270. ---♀ N = 271.

A.2. De ernst van de door het kind opgelopen schade. (fig. 3 en 4; tab. 1a, 1b, 2 en 3)

Bij eenenvijftig kinderen was de opgelopen schade zo groot dat medische hulp dringend nodig was. Voor vijf van hen kwam de melding aan het bureau vertrouwensarts te laat. Zij waren reeds overleden. Het betrof vier meisjes en één jongen, allen beneden de drie jaar. Drie van hen zijn bezweken aan de gevolgen van mishandeling; de twee anderen waren ernstig verwaarloosd en stierven aan een intercurrente infectie. De overigen werden voor acute hulp in het ziekenhuis opgenomen. De voornaamste laesies waren: schedelletsels, fractures, bloeduitstortingen en verwondingen. Een aantal van hen was bovendien of hoofdzakelijk ernstig verwaarloosd.

Eén meisje verkeerde in coma na een schedelletsel. Zij stierf enkele weken later zonder tot bewustzijn te zijn gekomen. Bij twee kinderen was door een stomptrauma een levensgevaarlijke bloeding in de buikholte ontstaan. Snelle chirurgische hulp is levensreddend geweest. Bij een van hen moest de milt worden verwijderd.

Drie kinderen werden opgenomen met een intoxicatie. Een en ander was ontstaan door een onder dwang ingenomen overdosis tranquillizers en een slaapmiddel. Bij een van hen was ook een poging gedaan een polsslagader te openen.

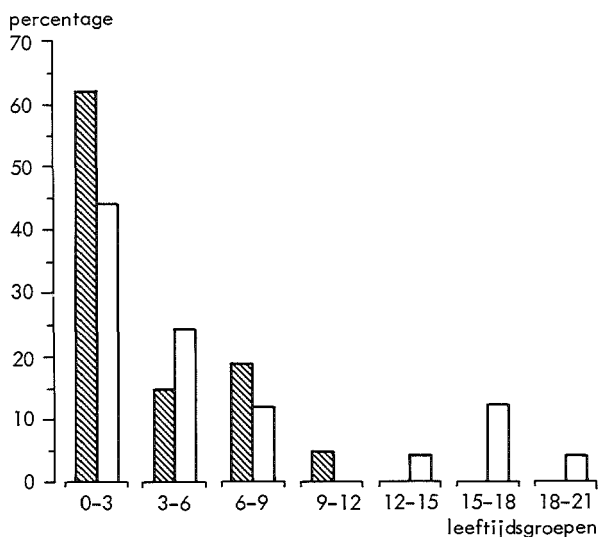


Fig. 3. Percentage van het aantal gemelde kinderen in acute nood per leeftijdsgroepen van drie jaar.
 ▨ ♂ N = 21. □ ♀ N = 25.

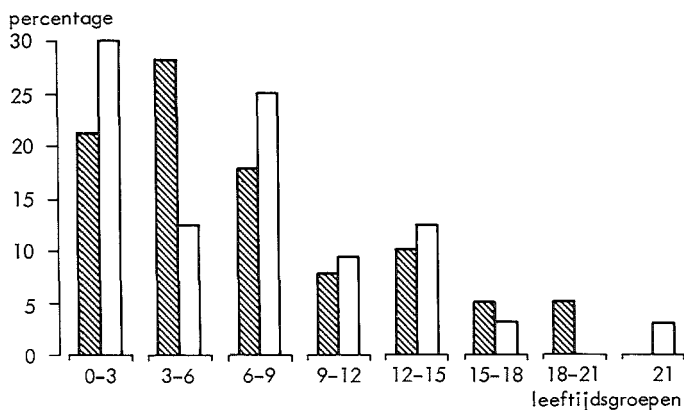


Fig. 4. Percentage van het aantal gemelde kinderen, dat niet mishandeld en/of verwaarloosd was per leeftijdsgroepen van drie jaar.
 ▨ ♂ N = 37. □ ♀ N = 30.

Voor het grootste deel van de gemelde kinderen was de lichamelijk opgelopen schade minder ernstig. De medische behandeling vond meestal poliklinisch plaats; ziekenhuisopname was zelden nodig. Wanneer dit toch gebeurde, was de indicatie hiertoe meer een preventieve maatregel ter voorkoming van een recidief dan een medische noodzaak. Een tijdelijke plaat-

Tabel 1a: Toestand van de kinderen bij de melding.

toestand	N	%
reeds overleden	5	0.9
in acute nood	46	8.7
geen acute nood	413	77.8
niet mishandeld en/of verwaarloosd	67	12.6
totaal	531	100

Onbekend: 11

Conclusie: De toestand was levendbedreigend bij 8,7% van de gemelde kinderen; 0,9 % was reeds overleden.

Tabel 1b: Toestand van de kinderen bij de melding per leeftijdsgroep.

leeftijd jaren	overleden	acute nood	geen acute nood	niet mishandeld en/of verwaarloosd	N	%
0- 2	5	24	106	17	152	28.6
3- 5	-	9	92	15	116	21.8
6- 8	-	7	78	15	100	18.8
9-11	-	1	61	6	68	12.8
12-14	-	1	44	8	53	10.0
15-17	-	3	23	3	29	5.5
18-20	-	1	8	2	11	2.1
21	-	-	1	1	2	0.4
totaal	5	46	413	67	531	100

onbekend: 11

$\chi^2 = 23.8$; $df = 14$; $0.02 < P < 0.05$

χ^2 = chi kwadraat toets

df = vrijheidsgraden (degrees of freedom)

P = significantieniveau

Beschrijving: Het aantal gemelde kinderen was het grootst beneden de zes jaar, daarna volgde dat van de lagere schoolleeftijd en tenslotte dat van de puberteit. Het percentage van de levensbedreigend tot dodelijk getroffen kinderen was 14,2% van de kinderen beneden de zes jaar, 4,8% van de kinderen uit de lagere schooltijdleeftijd en 5,3% van de kinderen uit de puberteitsleeftijd.

Tabel 2: Oorzaak en ernst van de toestand der kinderen bij de melding.

oorzaak	ernst				N
	overleden	acute nood	geen acute nood	niet mishandeld en/of verwaarloosd	
mishandeling	3	30	236	-	269
verwaarlozing	2	9	83	-	94
mishandeling en verwaarlozing	-	6	68	-	74
geen mishandeling en/of verwaarlozing	-	-	-	67	67
totaal N	5	45	387	67	504
totaal %	1	8.9	76.8	13.3	100

Onbekend: 38

Beschrijving: Van de overleden kinderen was de dood bij 60% het gevolg van mishandeling; bij 40% van verwaarlozing. Van de kinderen in acute nood was dit bij 66.7% het gevolg van mishandeling; bij 20% van verwaarlozing en bij 13,3% van mishandeling en verwaarlozing. Van de kinderen die niet in acute nood verkeerden was de schade bij 61,0% het gevolg van mishandeling, bij 21,4% van verwaarlozing en bij 17,6% van mishandeling en verwaarlozing.

Conclusie: In alle graden van ernst van de schade was de mishandeling steeds de meest frequente oorzaak.

Tabel 3 : Toegebrachte schade bij de kinderen in levensgevaar.

verschijnselen	frequentie
schedellletsels	13
beenbreuken	16
weke delen letsels	14
inwendige letsels	3
bloeduitstortingen	8
brandwonden	2
vergiftigingen	3
verwaarlozing	12
neurologische stoornissen	1
psychische stoornissen	2
retardatie	3
groei-achterstand	7
totaal	51

Beschrijving: Er bestond een grote verscheidenheid van schade.

Een aantal kinderen was door meerdere letsels getroffen. Bij de melding waren 5 kinderen al overleden; een kind is later aan de gevolgen overleden. Van deze 51 kinderen zijn er dus zes overleden. (11,8%).

- sing in een tehuis stuitte vaak op verzet van de kant van de ouders. In noodgevallen werd de hulp van de Raad voor de Kinderbescherming ingeroepen.

Bij zevenenzestig kinderen bleek er geen sprake te zijn van mishandeling of verwaarlozing. De redenen van de melding waren van uiteenlopende aard. Vaak waren het echtscheidingsproblemen. Dóórverwijzen naar een meer geëigende instantie was in een aantal gevallen geïndiceerd.

A.3. De door mishandeling en/of verwaarlozing aan het kind toegebrachte schade. (fig. 5, 6 en 7; tab. 4 en 5)

Ruim 60% van de gemaltraiteerde kinderen was lichamelijk mishandeld (abuse); 22% was verwaarloosd (neglect); de overigen waren zowel mishandeld als verwaarloosd. De geestelijke schade, die de kinderen daarbij opliepen, werd in de dossiers maar zelden vermeld.

Bij de mishandeling werd een grote verscheidenheid aan schade toegebracht, zoals ontvellingen, kneuzingen, bloeduitstortingen, inwendige orgaanletsels, open wonden, fractures, ontwrichtingen, verbrandingen, vergiftigingen, bewusteloosheid en in enkele gevallen de dood.

De frequentie was tot de leeftijd van zes jaar bij jongens en meisjes ongeveer aan elkaar gelijk; boven de zes jaar waren meer jongens het slachtoffer maar in de puberteit waren het vooral meisjes.

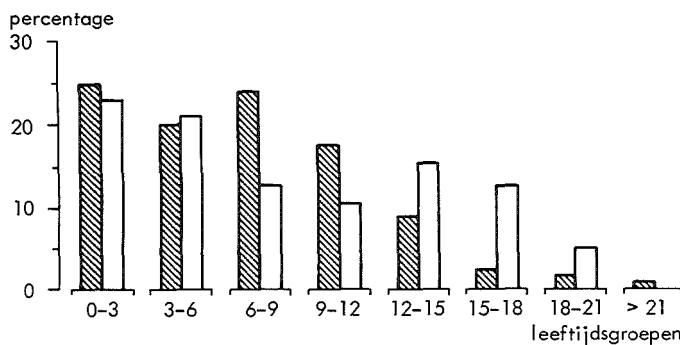


Fig. 5. Percentage van het aantal actief mishandelde kinderen (child abuse) per leeftijdsgroepen van drie jaar. ▨ ♂ N = 125. □ ♀ N = 143.

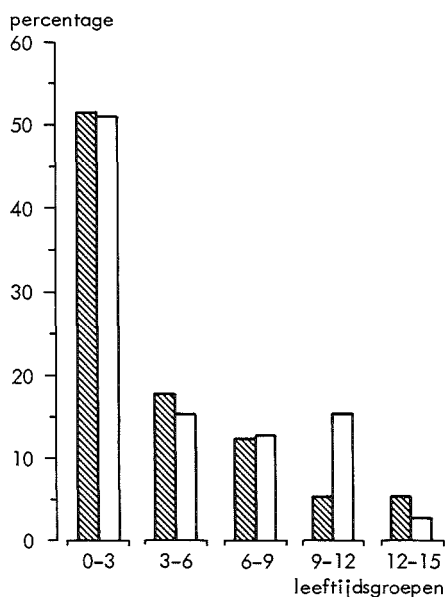


Fig. 6. Percentage van het aantal verwaarloosde kinderen (child neglect) per leeftijdsgroepen van drie jaar. ♂ N = 56. ♀ N = 39.

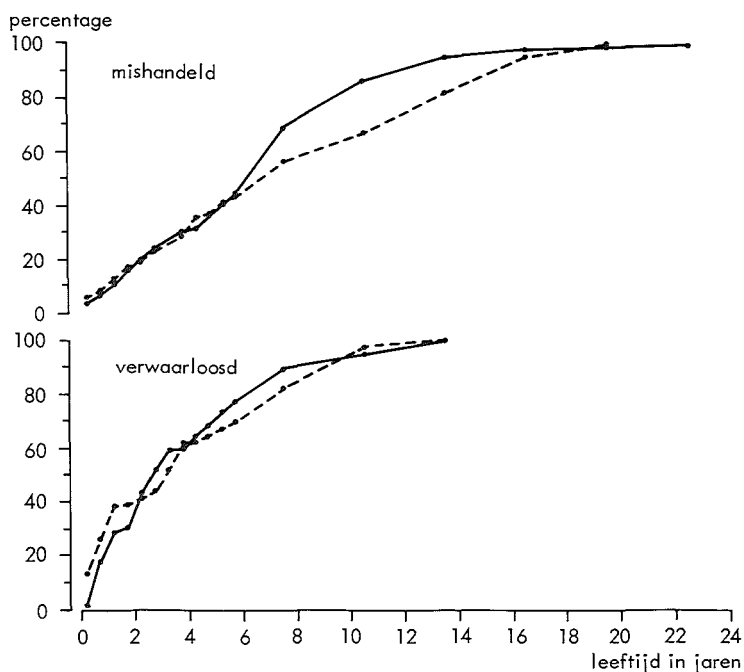


Fig. 7. Cumulatieve leeftijdsverdeling van de mishandelde en de verwaarloosde kinderen.

Mishandeld ♂ N = 125. ♀ N = 143.

Verwaarloosd N = 56. N = 39.

Bij de verwaarlozing werd - al of niet bewust - aan het kind onthouden waar het qua leeftijd en ontwikkeling recht op had. Bij de zuigelingen en peuters bleek er vooral in de voeding en in de lichamelijke en geestelijke verzorging te zijn tekort geschoten.

Bij de oudere kinderen kwamen daar vaak harde opvoedingsmaatregelen bij, zoals het opsluiten in een kast of een kelder, of het isoleren in een kamer. Verder het achterstellen bij broers of zusters, het de omgang verbieden met andere kinderen of het niet toestaan gewoon buiten te mogen spelen. In feite was het kind het zwarte schaap in het gezin. De koesterende ouderliefde ontbrak.

De gevolgen waren veelal zowel van lichamelijke als van geestelijke aard. Bij deze kinderen werd onder andere vastgesteld: ernstige vermagering, het afbuigen van de lengtegroeilijn, apathie en geestelijke achterstand. Medische hulp werd veelal laat ingeroepen, soms te laat.

Deze vorm van mishandeling werd het meest vastgesteld bij jonge kinderen. Ruim de helft van hen was jonger dan drie jaar. Boven de vijftien jaar werd er in de dossiers geen melding van gemaakt. Het aantal hierbij betrokken jongens en meisjes was ongeveer even groot.

Tabel 4: De relatie tussen de pleger en de wijze van maltraiteren.

pleger	wijze van maltraiteren in %*			rijtotaal	
	mishandeling	verwaarlozing	mishandeling en verwaarlozing	%	N
vader	87.8	4.6	7.6	100	131
moeder	53.6	24.6	21.8	100	179
beiden	37.7	40.6	21.7	100	106
anderen	81.8	18.2	-	100	11

Onbekend : 48

Niet mishandeld of verwaarloosd: 67

* Dit percentage geeft aan dat van de 131 door de vader gemaltraiteerde kinderen 87.8% zijn mishandeld; enz.

Conclusie: Mishandeling en of verwaarlozing was bijna uitsluitend het werk van de -functionele- ouders. Bij de verwaarlozing was het aandeel van de moeder het grootst; bij de mishandeling dat van de vader.

$$\chi^2 = 76.64; df = 6; P << 0.001.$$

Tabel 5: De relatie tussen de pleger, de wijze van maltraiteren en de ernst van de schade.

pleger	ernst	mishandeling		verwaarlozing		mishandeling en verwaarlozing		rijtotaal	
		N	%	N	%	N	%	N	%
vader	overleden	2		-		-		2	
	acute nood	8		-		-		8	
	geen acute nood	105		6		10		121	
	kolom totaal	115	44.2	6	6.3	10	13.9	131	30.7
moeder	overleden	1		-		-		1	
	acute nood	11		5		5		21	
	geen acute nood	84		39		34		157	
	kolom totaal	96	36.9	44	46.3	39	54.2	179	41.9
beiden	overleden	-		2		-		2	
	acute nood	4		4		1		9	
	geen acute nood	36		37		22		95	
	kolom totaal	40	15.4	43	45.3	23	31.9	106	24.8
anderen	overleden	-		-		-		-	
	acute nood	2		-		-		2	
	geen acute nood	7		2		-		9	
	kolom totaal	9	3.5	2	2.1	-		11	2.6
kolomtotaal	N	260		95		72		427	
	%	60.9	100	22.2	100	16.9	100	100	100

Onbekend: 48

Niet mishandeld en/of verwaarloosd: 67

Conclusie: Bij het veroorzaken van ernstige schade was het aandeel van de moeders het grootst.

B. De plegers, hun rolverdeling en de gevolgen (fig. 8, 9, 10 en 11; tab. 4 en 5)

In bijna alle gevallen (97.4%) waren de ouder(s) of stiefouder(s) de pleger(s) van de mishandeling en/of verwaarlozing. De overige mishandelaars waren andere huisgenoten of onbekenden in het gezin. De moeders werden het meest aangewezen (41.9%), dan volgden de vaders (30.7%) en daarna kwamen de beide ouders (24.8%). Het aandeel van de overigen speelde bij dit onderzoek nauwelijks een rol.

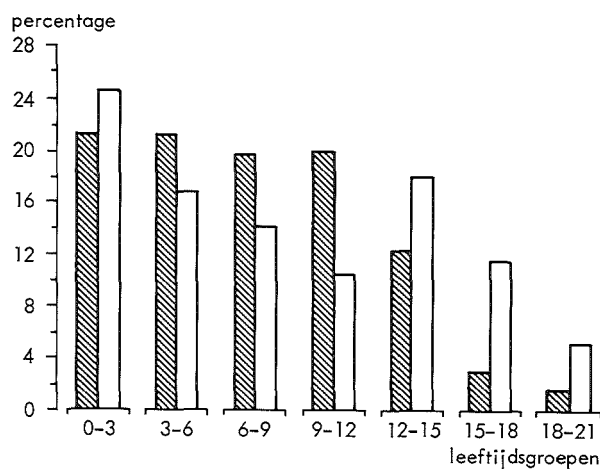


Fig. 8. Percentage van het aantal door de vader mishandelde en/of verwaarloosde kinderen per leeftijdsgroepen van drie jaar. ♂ N = 66. ♀ N = 78.

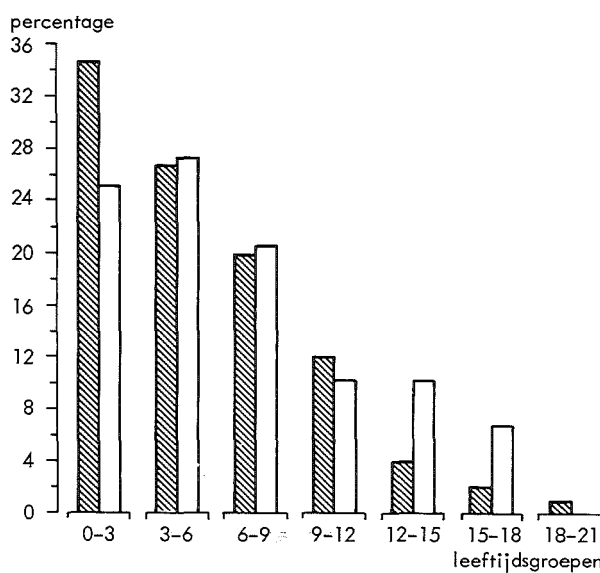


Fig. 9. Percentage van het aantal door de moeder mishandelde en/of verwaarloosde kinderen per leeftijdsgroepen van drie jaar. ♂ N = 101. ♀ N = 88.

De vaders mishandelden meer de oudere kinderen, de moeders meer de jongere kinderen. Bij de vaders waren de meisjes, bij de moeders de jongens meer het slachtoffer.

Van de kinderen in acute nood was de helft het slachtoffer van handelingen van de moeder, een kwart van die van de vader en een kwart van die van beide ouders. Bij de grote groep kinderen met lichtere verwondingen was ook het aandeel van de moeder het grootst, dan kwam het aandeel van de vader en daarna dat van hen beiden.

Van 427 kinderen is vastgesteld door wie ze waren gemaltraiteerd en welk soort schade er was toegebracht. 260 bleken te zijn mishandeld waarvan 44% door de vader, 37% door de moeder en 15% door hen beiden. 95 waren verwaarloosd. 6% werd toegeschreven aan de vader, 46% aan de moeder en 45% aan hen beiden. 72 waren zowel mishandeld als verwaarloosd. 14% was te wijten aan de vader, 54% aan de moeder en 32% aan hen beiden.

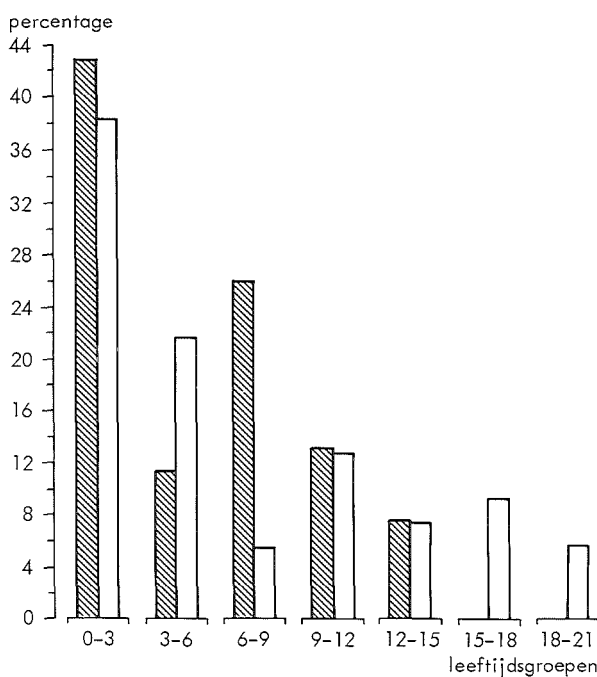


Fig. 10. Percentage van het aantal door de vader en de moeder mishandelde en/of verwaarloosde kinderen per leeftijdsgroepen van drie jaar. ■ ♂ N = 54. □ ♀ N = 55.

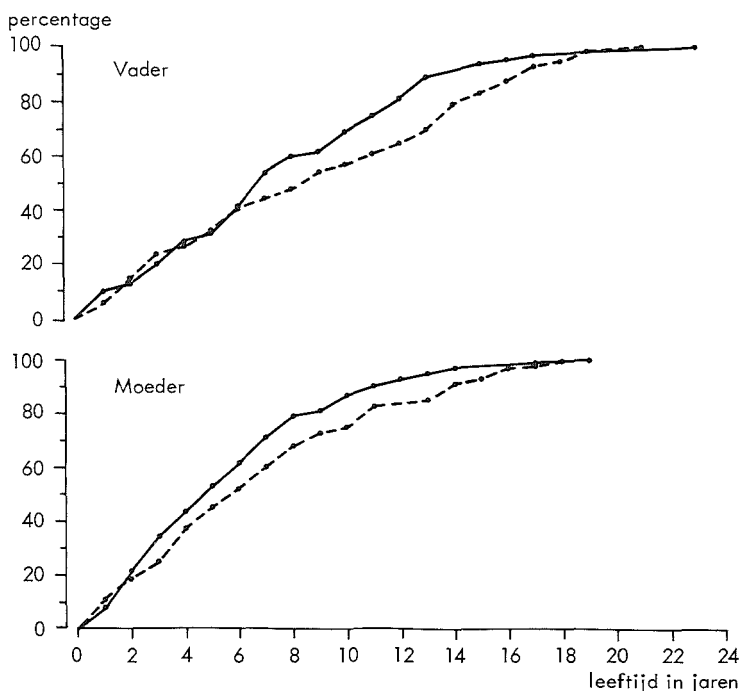


Fig. 11. Cumulatieve leeftijdsverdeling van de door de vader of door de moeder mishandelde en/of verwaarloosde kinderen.

Vader: — ♂ N = 66. --- ♀ N = 78.

Moeder: — ♂ N = 101. --- ♀ N = 88.

C. Het kind en het gezin

C.1. De verblijfplaats van het kind. (tab. 6)

Op het tijdstip van de melding verbleef het grootste deel van de gemelde kinderen thuis. Enkel waren in een ziekenhuis opgenomen. De overigen waren ondergebracht bij familieleden, kennissen, burens of in een tehuis.

Tabel 6: Verblijfplaats van het kind bij de melding.

verblijfplaats	N	%
thuis	416	79.2
ziekenhuis	53	10.1
familie, kennissen en buren	32	6.1
tehuis	24	4.6
kolomtotaal	525	100

Onbekend: 12

Overleden: 5

Conclusie: Bijna 80% van de gemelde kinderen bevond zich op dat moment thuis.

C.2. Het aantal meldingen per gezin. (tab. 7)

Ruim driekwart van de meldingen had betrekking op één kind uit het gemelde gezin. De overige meldingen betroffen gemiddeld twee tot drie kinderen per gezin.

De verhouding tussen de gezinnen waaruit één of meerdere kinderen werden gemeld was ongeveer 3:1; de verhouding tussen het aantal gemelde kinderen echter 1:1.

Tabel 7: Aantal meldingen per gezin.

aantal gemelde kinderen per gezin	gezinnen		kinderen	
	N	%	N	%
1	277	73.7	277	51.1
2	59	15.7	118	21.8
3	23	6.1	69	12.7
4	11	2.9	44	8.1
5	4	1.1	20	3.7
6	2	0.5	14	2.6
kolomtotaal	376	100.0	542	100.0

Conclusie: De helft van de gemelde kinderen is als enige uit het gezin gemeld; de overigen werden als broer en/of zuster gemeld, gemiddeld 2 à 3 kinderen per gezin.

C.3. De gezinsgrootte en het rangnummer van het kind. (fig. 12, 13 en 14; tab. 8)

Het kindertal van de gezinnen, uit welke de gemelde kinderen afkomstig waren, varieerde van één tot vijftien kinderen per gezin. De meeste meldingen kwamen uit gezinnen met één tot vier kinderen (81.5%); daarop volgden die uit gezinnen met vijf tot

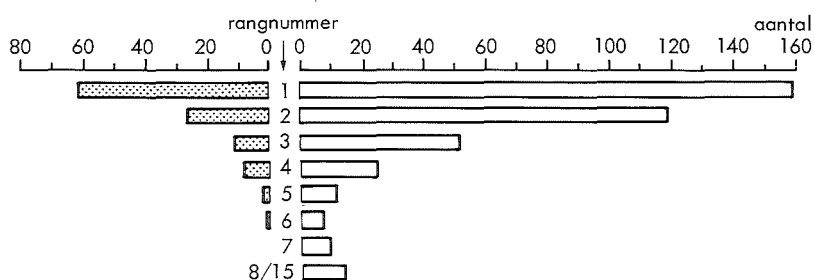


Fig. 12. Rangnummer in het gezin van de vóór (stief) - en van de eigen kinderen. □

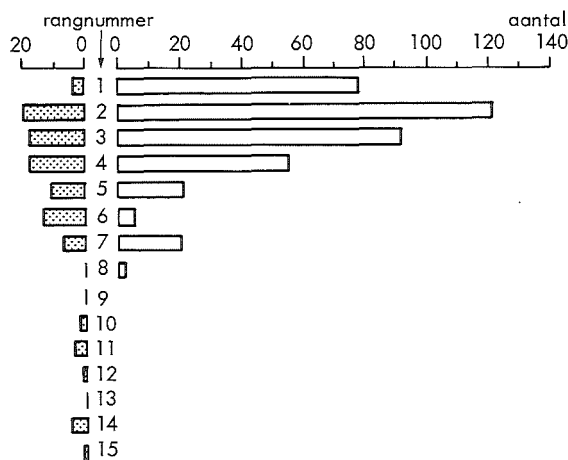


Fig. 13. Rangnummer in het gezin van de kinderen buiten - en binnen het gezinsverband. □

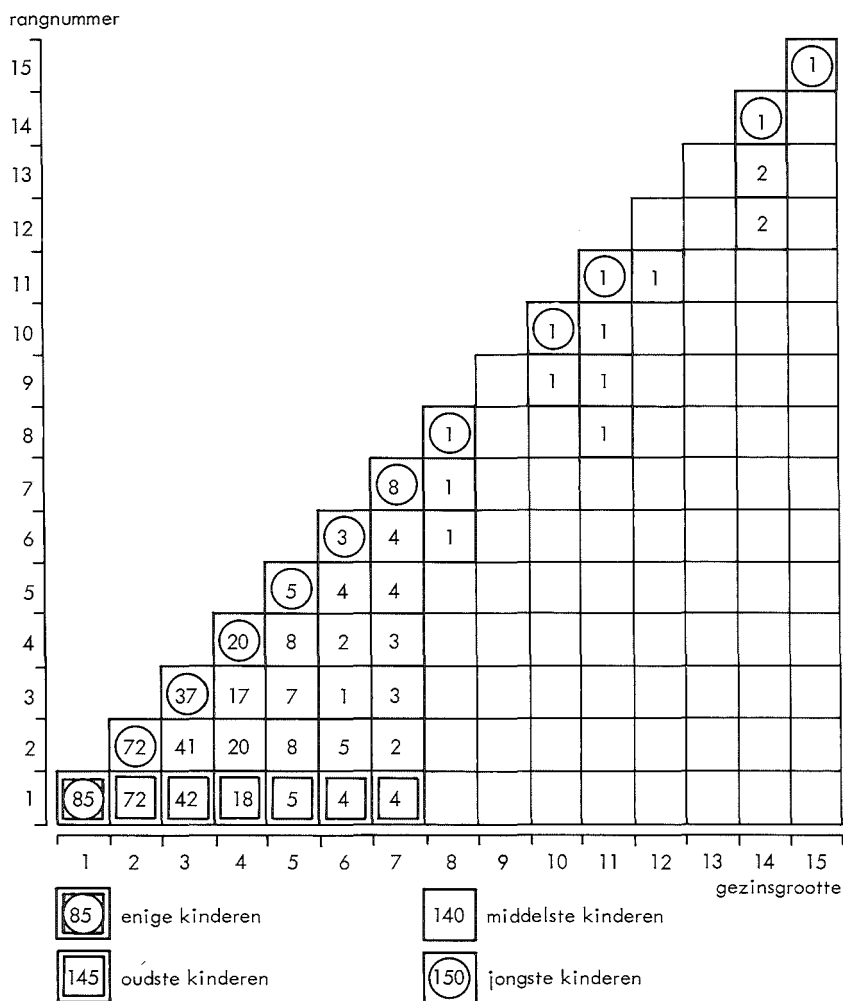


Fig. 14. De plaats van het kind in het gezin.

Conclusie: De aantallen zijn gelijkmatig verdeeld; bij de grote gezinnen zijn het vooral de jongere kinderen.

acht kinderen (16%) en tenslotte die uit grote gezinnen met negen tot vijftien kinderen (2.5%).

Bij een vergelijking met het kindertal van alle gezinnen in Nederland bleken er grote verschillen te bestaan. In Nederland (C.B.S. 1971) was het percentage gezinnen met één en twee kinderen veel hoger dan bij ons onderzoek nl. 65.9% tegenover 44%; daarentegen was het percentage gezinnen met drie en meer kinderen bij ons onderzoek veel hoger nl. 56% tegenover 34.1%.

Dit significante verschil zou kunnen betekenen, dat het risico op kindermishandeling groter wordt als het kindertal stijgt in het gezin.

Het rangnummer van het kind in het gezin is in ons onderzoek min of meer gelijk vertegenwoordigd. 27.9% waren oudste kinderen, 28.9% jongste en 26.9% middelste kinderen. Het aantal enige kinderen was veel kleiner (16.3%). Het hebben van een bepaald rangnummer schijnt dus geen vergroting van het risico op kindermishandeling op te leveren.

Wanneer echter de aantallen enige en oudste kinderen samen worden gevoegd (44.2%) is die groep wel veel groter. Mogelijk dus toch meer risico's voor de eerstgeborenen?

In figuur 13 zijn de rangnummers uitgebeeld van de kinderen die nog thuis waren, naast degenen, die al buiten het gezin vertoefden.

Tabel 8: Percentage gemelde kinderen onderscheiden naar de gezinsgrootte in dit onderzoek in vergelijking met de landelijke cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (1971).

kindertal per gezin	ons onderzoek (%)	landelijke cijfers (%)
1	16.3	31.0
2	27.7	34.9
3	23.1	18.4
4	14.4	8.5
5	6.3	3.8
6	3.7	1.8
7	5.4	0.9
8	0.6	0.5
9	0.0	0.2
10 of meer	2.6	0.2
kolomtotaal	100.0	100.0

Conclusie: Het percentage gemelde kinderen uit kleine gezinnen was significant lager dan het percentage van alle kinderen uit kleine gezinnen in ons land. Bij gezinnen met meer dan twee kinderen was het omgekeerde het geval.

$$X^2 = 344.30; df = 9; P < 0.001$$

C.4. De positie van het kind in het gezin

De positie van het kind in het gezin wordt mede bepaald door de omstandigheden waaronder zijn intree in het gezin plaatsvond. Bij een gedwongen huwelijk neemt het oudste kind soms de positie in van een ongewenst kind. Bij ons onderzoek is deze benaming echter nauwelijks voorgekomen. Wel zijn er vrij veel kinderen (125 d.i. 23%) gemeld als afkomstig uit een gedwongen huwelijk, in totaal uit 86 huwelijken. Dat is dan 23% van alle huwelijken uit ons onderzoek. Dit getal is aanzienlijk hoger dan dat van het landelijk gemiddelde. In 1972 was dat 13% (C.B.S. 1974). Van deze kinderen was het aantal enige en oudste kinderen samen 63 (50.4%). In de vorige paragraaf is meegedeeld, dat het totale aantal van deze kinderen in ons onderzoek 44.2% is. Ook dit geeft een duidelijk verschil aan.

Stiefkinderen worden in het huwelijk meegebracht door een der ouders. Hun positie is in bepaalde opzichten een andere dan die van de later in dit huwelijk geboren kinderen. Ook van deze kinderen komen er veel voor bij ons onderzoek, 110 (20.3%). Zij waren gemeld uit 75 huwelijken. Dat is 20% van alle huwelijken waarover dit onderzoek gaat. Het landelijk percentage huwelijken met stiefkinderen was 4% (C.B.S.1971). Ook hier dus een significant verschil (figuur 12).

Wanneer bij de geboorte van een kind er tot veler verrassing nog een tweede volgt, is die verrassing niet voor iedereen een blijde. In ons materiaal bevinden zich zestien van deze kinderen. Dat is 3% - landelijk is het percentage meerlingen 1.2%. Het als één van een meerling geboren worden impliceert mogelijk een verhoogd risico op kindermishandeling (tabel 19a).

Het percentage te vroeg geboren en dat van kinderen met aangeboren afwijkingen komt ongeveer overeen met dat van het landelijk gemiddelde. Hieruit kunnen echter geen verantwoorde conclusies worden getrokken, daar in ongeveer 90% van de dossiers de gegevens hierover ontbreken (tabel 19a).

D. De melding

D.1. De melders (tab. 9)

De melders waren voornamelijk mensen die op de een of andere wijze contact met het gezin hadden. De grootste groep werd gevormd door de familieleden, de burens en de vrienden. Daarna kwamen de artsen; onder hen namen de ziekenhuisartsen de eerste plaats in. Vervolgens de ambtenaren uit justitiële instellingen als de Raad voor de Kinderbescherming en de kinderpolitie. Ook de leerkrachten uit het kleuter- en lager onderwijs behoorden tot de groep melders. Opvallend was dat een aantal ouders de mishandeling in hun eigen gezin meldde. Twee kinderen kwamen zichzelf aanmelden. Het aantal melders onder de verpleegsters van de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters en die van de wijkverpleging was gering.

D.2. De melder en de pleger

Vanuit het gezin was het meer de vader die de mishandeling door de moeder meldde, dan omgekeerd. De huisartsen meldden meer vaders, de ziekenhuisartsen meer moeders. De onderwijzers en de kinderpolitie wezen weer meer de vader aan; de Raad voor de Kinderbescherming meer de moeder.

D.3. De melder en de ernst van de opgelopen schade. (tab. 10)

Van de overleden kinderen werden er twee gemeld door een ziekenhuisarts, één door een officier van justitie, één door de kinderpolitie en één door de Vereniging tegen Kindermishandeling. Ruim de helft van de kinderen in acute nood werd gemeld door ziekenhuisartsen, 10.9% door huisartsen en de overigen door een heterogene groep mensen. De meest frequente melders: de familie, de burens en de vrienden meldden op één uitzondering na alleen gevallen van kinderen die niet in acute nood verkeerden.

D.4. De melder, de grond van de melding en de eerste indruk van de vertrouwensarts. (fig. 15; tab. 11)

In 60.3% van de gevallen was de melder overtuigd van mishandeling; in 23.2% van de gevallen had de melder een vermoeden van mishandeling en verwaarlozing en in 16.5% van de gevallen was de melder alleen bezorgd over de toestand van de kinderen in het desbetreffende gezin.

Tabel 9: De melders gerubriceerd naar de aard van de relatie.

melders	subtotaal	totaal	%
<u>omgeving</u>		173	31.9
buren en vrienden	111		
familie	57		
werkgever en werknemer	5		
<u>geneeskundigen</u>		122	22.5
huisartsen	36		
ziekenhuisartsen	59		
schoolartsen	15		
andere artsen	10		
verloskundigen	2		
<u>justitiële instellingen</u>		85	15.7
raad voor de kinderscherming	44		
voogdij vereniging etc.	7		
kinderpolitie	33		
officier van justitie	1		
<u>onderwijs</u>		53	9.8
onderwijzer(es)	32		
crèche/peuterschool	4		
schoolpsycholoog	2		
schoolarts	15		
<u>gezin</u>		45	8.3
ouder(s)	43		
kind	2		
vereniging tegen kindermishandeling	35	35	6.5
<u>maatschappelijke zorg</u>		21	3.9
maatschappelijk werk/sociale dienst	21		
<u>gezondheidszorg</u>		14	2.6
consultatiebureau	10		
wijkverpleging/gezinsverzorging	4		
<u>onbekend</u>		9	1.7
anoniem	6		
onbekend	3		

Conclusie: De meeste meldingen kwamen uit de maatschappelijke omgeving van het gezin.

Tabel 10: Melders van acute en niet acute situaties.

acute nood			geen acute nood		
melder	N	%	melder	N	%
ziekenhuisartsen	24	52.2	buren, vrienden en familie	135	32.7
huisartsen	5	10.9	raad voor de kinderbescherming	37	9.0
raad voor de kinderbescherming	4	8.7	de ouder(s)	30	7.3
maatschappelijk werk/ sociale diensten	3	6.6	ziekenhuisartsen	30	7.3
overigen (8)	10	21.7	ver. tegen kindermishandeling	29	7.0
			onderwijzer(s)	28	6.8
			(kinder)politie	28	6.8
			overigen (16)	96	23.2
kolomtotaal	46	100.0		413	100.0

Conclusie: In de acute noodsituaties was de melding vooral afkomstig van ziekenhuisartsen; in de niet dringende gevallen vooral van mensen uit de naaste omgeving van het gezin.

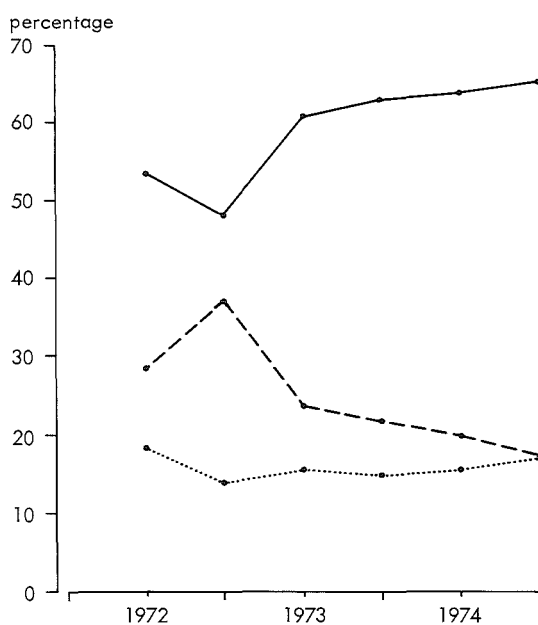


Fig. 15. De meldingsargumentatie van de melders in de loop van zes halve jaren.

— mishandeling
 - - - vermoeden op mishandeling
 overige gronden

Conclusie: De zekerheid van mishandeling is gestegen, het vermoeden is gedaald; de overige gronden zijn constant gebleven.

Tabel 11: Meldingsgrond van de melder beoordeeld door de vertrouwensarts.

vertrouwensarts	melders*							
	mishandeling		vermoeden op mishandeling		overige gronden		N	%
mishandeling	204		10		23		237	44.0
dubieus	105	325*	107	125*	24	89*	236	43.8
geen mishandeling	16		8		42		66	12.2
kolomtotaal	N	325		125		89	539	100.0
	%	60.3		23.2		16.5	100.0	

Alvorens de overeenstemming tussen de meldingsgrond van de melder en de beoordeling van de vertrouwensarts te bepalen is deze "gewogen" naar de mate waarin deze meer c.q. minder met elkaar in overeenstemming waren. Een volledige overeenstemming (b.v. beiden meenden, dat er sprake was van mishandeling) werd "gehonoreerd" met 1; een duidelijk gebrek aan overeenstemming (b.v. melder vond dat er sprake was van mishandeling, terwijl de vertrouwensarts deze mening volstrekt niet was toegedaan) werd "gehonoreerd" met 0; aan een gedeeltelijke overeenstemming werd een gewicht van 0.5 toegekend. De feitelijke (gewogen) overeenstemming tussen de melder en de vertrouwensarts lag op vrij hoog niveau (79%).

Dit is de "observed agreement" (P_o).

De verwachte (gewogen) overeenstemming tussen de melder en de vertrouwensarts was lager (62%).

Dit is de "expected agreement" (P_e). Deze wordt berekend op de aanname, dat de beoordeling door de melder niet gerelateerd is aan die van de vertrouwensarts. De waargenomen overeenstemming ligt 17% hoger dan de verwachte, terwijl $100-62 = 38\%$ haalbaar was. Dit is niet op kansverwachting gebaseerd. De mate van overeenstemming bedraagt dientengevolge $17/38 = 0.45$. Dit is de "gewogen" Kappa (K_w). $X^2 = 241.48$; $df = 4$; $P < 0.001$.

De eerste indruk van de vertrouwensarts over deze meldingen was, dat er in 44.0% daarvan uitsluitend sprake was van lichamelijke mishandeling; dat het in 43.8% vooral verwaarlozing betrof, terwijl het in 12.4% van de meldingen gevallen betrof, die niet als mishandeling of verwaarlozing konden worden aangemerkt. In veel van deze laatste gevallen betrof het gezinsproblemen, samenhangend met echtscheidingsprocedures. Zo nodig werden deze gevallen doorverwezen naar andere instanties. 87.8% van de gemelde gevallen waren dus terecht gemeld, ook al bestond er bij de beoordeling soms wel verschil van mening tussen de melder en de vertrouwensarts.

D.5. Meldingsjaar. (fig. 15; tab. 12 en 13)

Het aantal meldingen is in het 3e jaar sterk gestegen in vergelijking met de twee eerste jaren. Het aantal zeer ernstige

Tabel 12: Ernst van de mishandeling en/of verwaarlozing per jaar.

ernst	in %		
	1972	1973	1974
overleden	-	0.7	1.7
acute nood	12.5	6.2	7.9
geen acute nood	72.9	80.8	78.8
geen mishandeling en/of verwaarlozing	14.6	12.3	11.6
kolomtotaal	100.0	100.0	100.0
% N (531)	144	146	241

Onbekend: 11

Conclusie: Het aantal meldingen in 1974 nam 65 % toe tegenover die van 1972 en 1973. Naar verhouding is de ernst van de mishandeling onveranderd gebleven.

$$\chi^2 = 7.73; df = 6; N = 5.$$

Tabel 13: Verdeling mishandeling en verwaarlozing per jaar.

categorie	in %		
	1972	1973	1974
mishandeling	48.9	71.3	45.1
verwaarlozing	29.6	4.4	20.9
mishandeling en verwaarlozing	5.9	10.3	22.6
geen mishandeling en/of verwaarlozing	15.6	14.0	11.4
kolomtotaal	100.0	100.0	100.0
% N (506)	135	136	235

Onbekend: 36

Conclusie: Uit significantietoetsing blijkt, dat de soort gemelde mishandeling in de loop van de drie jaar een verandering heeft ondergaan in die zin, dat in 1972 en 1973 deze een overwegend gewelddadig karakter had en in 1974 dit overwicht zich wel heeft gehandhaafd, zij het in veel mindere mate.

$$\chi^2 = 55.43; df = 6; P < 0.001.$$

gevallen was echter in het 1e en 3e jaar ongeveer aan elkaar gelijk, resp. achttien en negentien; in het tweede jaar ongeveer de helft, negen. De grote stijging is dus vooral teweegebracht doordat meer niet ernstige gevallen werden gemeld. Toch bleek dat de stijging van het aantal mishandelde kinderen groter was dan dat van de verwaarloosde kinderen. Dit gold ook voor de kinderen die mishandeld en verwaarloosd waren. Mogelijk is een en ander te verklaren doordat men geleidelijk eerder tot een melding is overgegaan. Wel is in 1973 een van de ernstig gelaedeerde kinderen later hieraan overleden. Het totaal aantal doden werd daardoor zes.

E. Demografische data

E.1. Nationaliteit van de ouders. (tab. 14a en 14b)

Verreweg de meeste kinderen bleken Nederlandse ouders te hebben. Ongeveer 10% was afkomstig uit een gemengd Nederlands-buitenlands huwelijk; de overigen waren kinderen van buitenlandse ouders.

In het gemengde huwelijk bleek het aandeel van de moeders in de mishandeling nog groter te zijn dan in het huwelijk tussen twee Nederlanders. Mishandeling door beide ouders werden in deze gemengde huwelijken minder vaak vastgesteld.

Tabel 14^a: Totaal aantal buitenlanders in Nederland op 31 december 1973 op een bevolking van 13.500.000 inwoners (C.B.S. statistisch zakboek 1975).

	N	%
Indonesisch	9000	0.06
Turks	53500	0.4
Spaans	31800	0.2
Marokkaans	29600	0.2

Tabel 14^b: Oorspronkelijke nationaliteit van de ouders van de gemelde kinderen.

	vaders	moeders
Nederlands	72.3	79.2
Surinaams	3.3	4.4
Indonesisch	2.6	2.2
Turks	2.2	1.8
Spaans	1.1	1.3
Marokkaans	0.7	0.7
Overigen	5.9	4.8
Onbekend:	11.8	5.9

Conclusie: Ruim driekwart van de gemelde kinderen was afkomstig uit nederlandse ouders; ongeveer 11 % uit buitenlandse ouders; de overigen waren kinderen uit een gemengd huwelijk.

E.2. Leeftijd van de ouders. (fig. 16)

Het grootste aantal van de desbetreffende ouders was tussen de twintig en de veertig jaar. Toch waren er ook enkelen jonger dan twintig en enkelen ouder dan vijfenzestig jaar. Onder de jongere ouders waren de vrouwen in de meerderheid; bij de ouderen de mannen. Gemiddeld was de man vier jaar ouder dan de vrouw. Hun gemiddelde leeftijd was respectievelijk 36 en 31.6 jaar. Toch was in een aantal huwelijken de vrouw ouder dan de man. Daarentegen bleek in die gevallen waarin de man ouder was het leeftijdsverschil vaak groot, soms meer dan 10 jaar.

E.3. Het huwelijk en het gezin. (fig. 17, tab. 15 en 16)

Het grootste deel van de kinderen vertoefde op het moment van de melding bij hun biologische ouders. Voor ongeveer tweederde van deze ouders was het hun eerste huwelijk. Na een echtscheiding of na het overlijden van een der ouders was het grootste deel van de overgebleven partners een nieuw huwelijk of een nieuwe relatie aangegaan. Ongeveer 20% van de kinderen kreeg zo een stiefvader, 5% een stiefmoeder en 4.4% stiefouders.

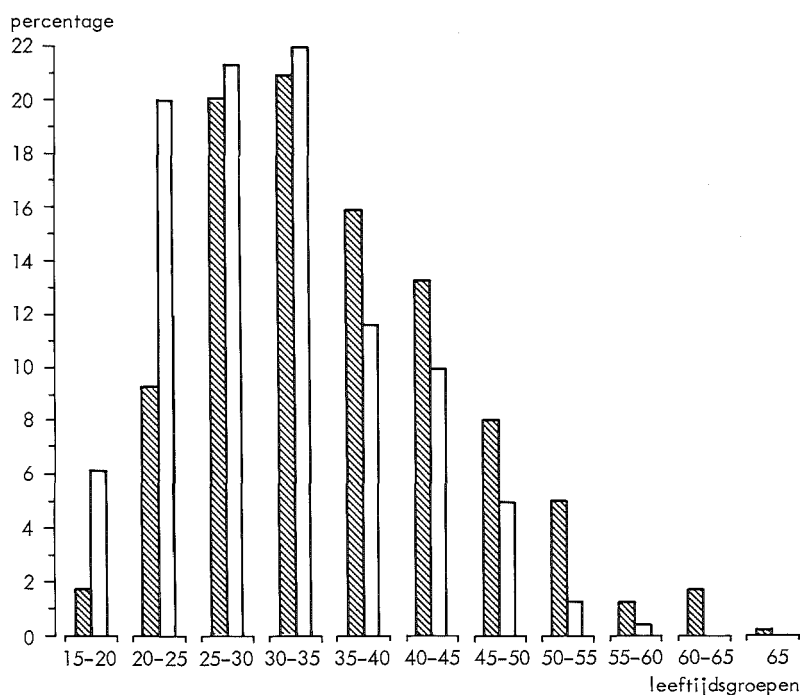


Fig. 16. Percentage kinderen berekend naar de leeftijdsgroepen van de ouders.
 N = 432 (vaders) . N = 492 (moeders) .
 Gemiddelde leeftijd van de vader 36 jaar; van de moeder 31,6 jaar.

Tabel 15: Ouder-kind relatie bij de melding.

	vader	stiefvader	geen vader	rijtotaal
moeder	349	97	8	454
stiefmoeder	25	22	-	47
geen moeder	1	-	-	1
<u>kolomtotaal</u>	<u>375</u>	<u>119</u>	<u>8</u>	<u>502</u>

Onbekend: 40

Conclusie: De overgrote meerderheid van de gemelde kinderen (69.5%) leefde op dat moment samen met hun natuurlijke ouders; een vijfde van de gemelde kinderen had een stiefvader; 5.0 % een stiefmoeder en 4.4 % stiefouders. Het is evident dat deze twee variabelen onderling hoog gerelateerd zijn.

$\chi^2 = 15.34$; $df = 2$; $P < 0.01$.

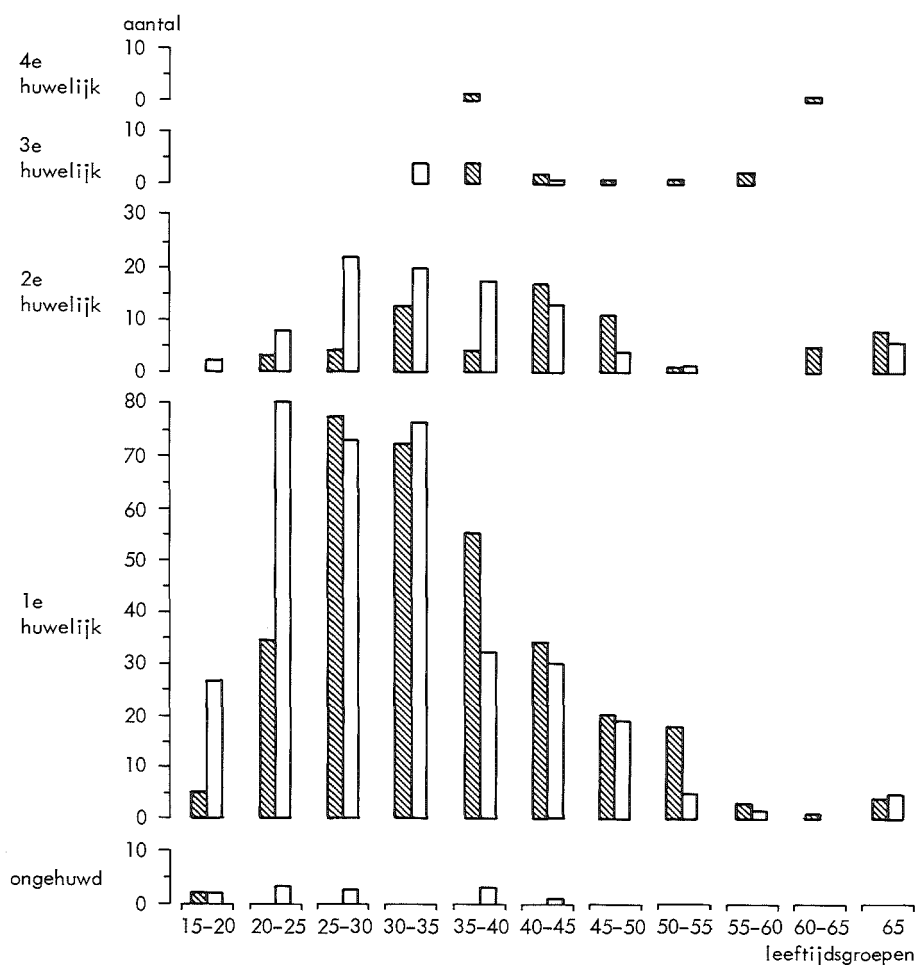


Fig. 17. Verdeling van het aantal kinderen over het 1e, 2e, 3e en 4e huwelijk gezien naar de leeftijdsgroepen van de ouders. ▨ vader, N = 402. □ moeder, N = 456.

Tabel 16: Gezinssituatie tijdens de melding.

huwelijk ouders	aantal kinderen
vader en moeder 1e huwelijk	314
alleen voor moeder 1e huwelijk	36
alleen voor vader 1e huwelijk	35
beide ouders vaker gehuwd	39
ongehuwde ouders	2
kolomtotaal	426

Onbekend: 49

Geen mishandeling en/of verwaarlozing: 67

$\chi^2 = 520.1$; $df = 12$; $P < 0.01$

Conclusie: De meeste meldingen waren afkomstig uit het eerste huwelijk van de ouders.

F. De sociaal-economische situatie van het gezin (fig. 18a, 18b, 19 en 20; tab. 17 en 18)

Om een indruk te krijgen uit welk sociaal milieu de gemelde kinderen afkomstig waren, is gebruik gemaakt van een classificatie van het beroepsniveau van de vader. Daarbij is gebleken dat in ruim 20% van de gevallen het beroep van de vader niet bekend was, terwijl er ook geen kostwinner kon worden aangewezen. In een aantal gevallen was de moeder kostwinner of waren de vader en de moeder het beiden. Voor de beroepenindeling is gebruik gemaakt van de beroepsniveaulijst zoals aangegeven in de beroepenklapper van het Instituut voor toegepaste Sociologie te Nijmegen (1975). Hierbij onderscheidt men zes niveaus: 1. ongeschoolde arbeiders; 2. geschoolde arbeiders; 3. lagere employees; 4. kleine zelfstandigen; 5. middelbare employees; 6. mensen uit hogere beroepen.

Zo kon door gebruik te maken van het in het dossier opgegeven beroep van de vader uitgerekend worden hoeveel kinderen uit elk van deze zes beroepsniveaus afkomstig waren. De meeste kinderen kwamen uit beroepsniveau twee; daarna kwamen de kinderen uit de niveaus één en drie: uit de drie hogere niveaus waren veel minder kinderen afkomstig.

Van vijftien kinderen was opgegeven dat hun moeder een beroep uitoefende. Het beroep van huisvrouw telde daarbij niet mee, hoewel het wellicht het meest universele beroep is. Ook uit deze gegevens blijkt dat het grootste aantal van de gemelde kinderen uit de drie onderste lagen van de beroepsniveaus afkomstig was.

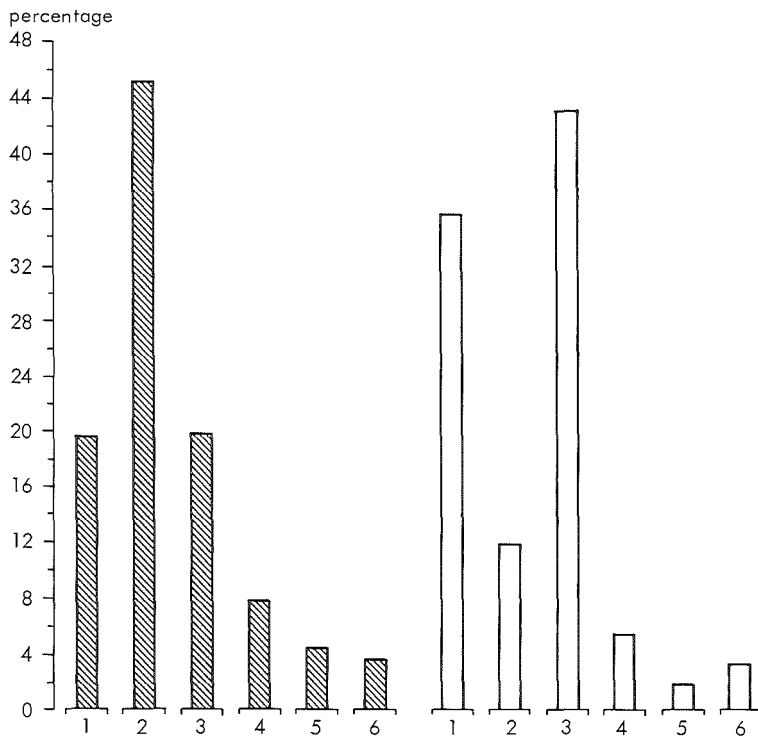


Fig. 18a. Verdeling beroepsniveau's van de vaders, berekend naar het aantal hieruit gemelde kinderen N = 389.

Fig. 18b. Verdeling beroepsniveau's van de moeders, berekend naar het aantal hieruit gemelde kinderen N = 93.

Tabel 17: Kostwinnerschap (N = 542).

kostwinner	%
vader	64.0
moeder	8.3
beiden	6.5
geen	0.7

Onbekend: 20.5

Conclusie: Voor $\pm$ 80 % van de gemelde kinderen zorgden de ouders zelf voor het inkomen.

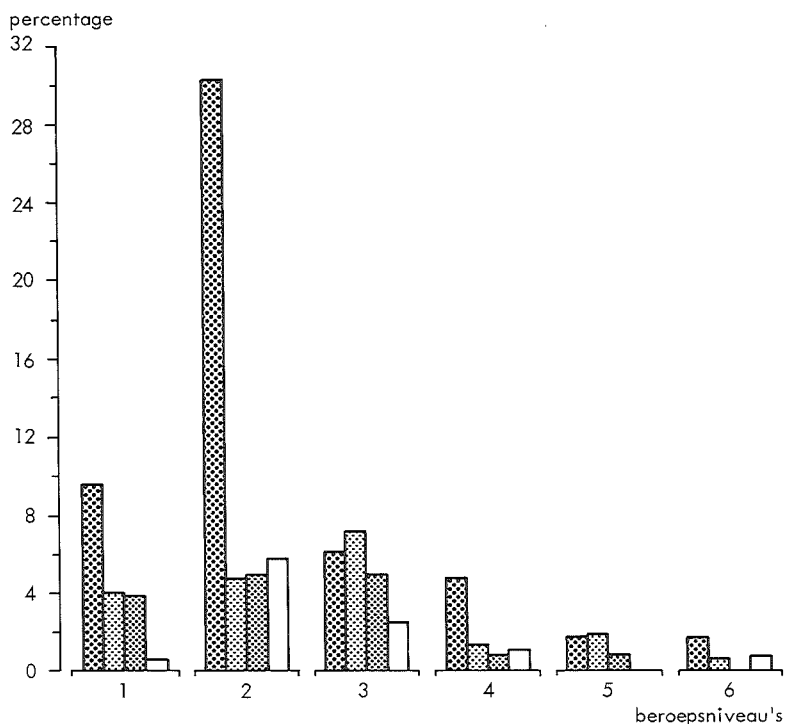


Fig. 19. Percentage en soort mishandeling verdeeld over de beroepsniveau's van de vaders.

■ mishandeld N = 196. ■ verwaarloosd N = 72.
 ■ mishandeld en verwaarloosd N = 39. □ niet mishandeld N = 39.

Tabel 18: Percentage beroepsniveau vader vergeleken met landelijke steekproef. (Instituut Toegepaste Sociologie (1975)).

Beroepsniveau	ons onderzoek	I.T.S.
ongeschoolde arbeiders	19.5	11.1
geschoolde arbeiders	45.0	35.3
lagere employees	19.8	22.1
kleine zelfstandigen	7.7	17.1
middelbare employees	4.4	9.5
hogere beroepen	3.6	5.0
kolomtotaal %	100.0	100.0
N	389	1046

Onbekend: 153

Conclusie: Ruim 80 % van de gemelde kinderen was afkomstig uit de drie onderste beroepsniveaus van de vader. De onderste twee waren significant hoger; de bovenste twee significant lager dan de landelijke percentages (vgl. fig. 23, 24, 25).

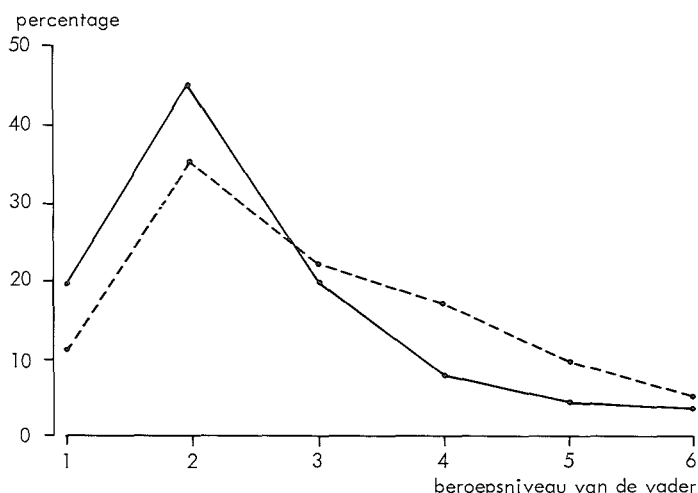


Fig. 20. Percentage kinderen verdeeld over de beroepsniveau's van de vaders.

— eigen onderzoek. ---- landelijke enquête (I.T.S. 1975)
(Instituut voor Toegepaste Sociologie 1975)

Conclusie: significante overheersing van de kinderen uit de twee onderste lagen.

$\chi^2 = 68.59$; $df = 5$; $P < .001$

Overigens oefende slechts de helft van de moeders het opgegeven beroep ook uit.

Informatie over de inkomsten van de ouders uit de verschillende niveaus was zeer wisselend. Ook hier werd veel als onbekend in de dossiers vermeld.

De beoordeling van de gemelde gevallen door de vertrouwensarts was per niveau nogal uiteenlopend. Ruim 80% van de gevallen bleek te zijn mishandeld of verwaarloosd. Daarmee waren in de onderste vier niveaus de verhoudingen tussen mishandelen en verwaarlozen ongeveer aan elkaar gelijk 1:1, maar in de bovenste lagen was het aantal verwaarloosde gevallen ruim het dubbele van het aantal gevallen mishandeling. Niet mishandelde gevallen waren in niveau één slechts enkele, in niveau vijf geen; in de overige niveaus was dat ongeveer 10%.

Uit een vergelijking met de landelijke cijfers (percentages) van deze verschillende beroepsniveaus bleek, dat de percentages van de twee onderste niveaus in ons materiaal veel hoger dan die van de landelijke beroepsbevolking waren (64.5% t.o.v. 46.4%), terwijl bij de twee hoogste niveaus juist de landelijke percentages hoger waren (14% t.o.v. 8%).

Uit deze gegevens blijkt dat gevallen van kindermishandeling en/of verwaarlozing uit alle beroepsniveaus zijn gemeld. Het percentage meldingen uit de twee onderste niveaus was echter significant hoger; dat uit de twee hoogste niveaus significant lager dan dat van de landelijke beroepsbevolking.

G.Deviaties

G.1. Deviaties bij het gemelde kind. (tab. 19a en 19b)

Over bijzonderheden bij de geboorte zijn slechts van achttien kinderen enige gegevens vermeld: twintig waren te vroeg geboren, achttien hadden een aangeboren afwijking en twee leden aan een erfelijke ziekte. Bij deze groep kinderen waren er twee, die meerdere afwijkingen hadden. Van ongeveer 90% van alle gemelde kinderen waren deze gegevens in de dossiers niet vermeld.

Tabel 19a: Bijzonderheden over de gemelde kinderen.

bij de geboorte	ja		nee		onbekend		landelijk gemiddelde
	N	%	N	%	N	%	%
aangeboren afwijkingen	18	3.3	47	8.7	477	88.0	2.5 - 4
erfelijke ziekten	2	0.4	52	9.6	488	90.1	0.9
te vroeg geboren	20	3.7	23	4.2	499	92.1	4.0
één van een tweeling	16	3.0	502	92.6	24	4.4	1.2

Conclusie: Alleen voor de kinderen, die één van een tweeling waren, zijn deze cijfers significant. Bij alle anderen is het aantal onbekenden te groot. Wanneer de cijfers worden vergeleken met het landelijk gemiddelde is het aantal van één van een tweeling meer dan het dubbele - ook dit is significant.

Tabel 19b: Bijzonderheden over de gemelde kinderen.

op latere leeftijd verkregen afwijkingen	ja		nee		onbekend	
	N	%	N	%	N	%
lichamelijk	62	11.4	25	4.6	455	84.0
geestelijk	32	5.9	23	4.2	487	89.9

Conclusie: Van 94 kinderen is bekend dat zij lichamelijke of geestelijke afwijkingen hebben gekregen. Het aantal kinderen waarvan het niet bekend is, is echter te groot om hier een procentueel bruikbare conclusie uit te trekken.

Over later ontstane lichamelijke of geestelijke afwijkingen waren de volgende gegevens in de dossiers aanwezig: tweeënzestig kinderen leden bij de melding aan een lichamelijke ziekte, tweeëndertig kinderen hadden een geestelijke stoornis, terwijl bij zeventien van hen beide problemen zich voordeden. Niet werd vermeld of een en ander het gevolg was van mishandeling. Van ongeveer 85% van alle kinderen ontbrak hierover in de dossiers de nodige informatie.

G.2. Deviaties bij de gezinsleden. (tab. 20a en 20b)

Van ruim een derde deel van de kinderen zijn enkele gegevens bekend over deviaties in het gezin. De meesten hebben betrekking op de ouders: van eenenzeventig kinderen waren de ouders een van beiden of beide ziek; van zevenenzeventig kinderen leden de ouders een van beiden of beide aan een geestelijke stoornis; van achtenveertig kinderen waren de ouders een van beiden of beide verslaafd aan alcohol en/of drugs; van zesendertig kinderen was een der ouders overleden.

Over broers en/of zusters van de gemelde kinderen zijn de volgende gegevens beschikbaar: van zesendertig kinderen werd vermeld dat een der broers en/of zusters ziek was; van negenentwintig kinderen dat er in hun gezin geestelijk gestoorde broers en/of zusters waren en van vierendertig kinderen dat er een broer of zuster in het verleden uit dit gezin was overleden. Negen van deze overleden kinderen waren omgekomen t.g.v. mishandeling.

Tabel 20a: Bijzonderheden over de gezinsleden.

	ja		nee		onbekend	
	N	%	N	%	N	%
afwijkingen of ziekten in het gezin	189	34.9	1	0.2	352	65.0

Tabel 20b: Bijzonderheden over de gezinsleden gespecificeerd.

		een van de ouders		beide ouders		broers en/of zusters	
		N	%	N	%	N	%
<u>lichamelijk ziek</u>							
	ja	63	11.6	9	1.7	36	6.6
	nee	2	0.4	16	3.0	10	1.8
	onbekend	477	88.0	517	95.4	496	91.5
<u>geestelijk ziek</u>							
	ja	68	12.5	9	1.7	29	5.4
	nee	8	1.5	18	3.3	14	2.6
	onbekend	466	86.0	515	95.1	499	92.0
<u>verslaafd aan alcohol/drugs</u>							
	ja	45	8.3	7	1.3		
	nee	10	1.8	19	3.5		
	onbekend	487	89.9	516	95.2		
<u>overleden</u>							
	ja	36	6.6	0	0		
	nee	388	71.6	524	96.7		
	onbekend	118	21.8	18	3.3		

Conclusie: Bij ruim een derde van de gemelde kinderen waren er ziekten en/of afwijkingen in het gezin waaruit ze afkomstig waren. In een aantal gezinnen werden vaak meerdere afwijkingen geconstateerd.

H. Contact met hulpverlenende personen of instanties

H.1. Contact voor de melding

Uit het onderzoek blijkt, dat bij 80.4% van de gemelde kinderen, de gezinnen waaruit ze afkomstig waren, tevoren al contact hadden met hulpverlenende personen of instanties. Dit waren voornamelijk de (geestelijke) gezondheidszorg, de kinderbescherming en het maatschappelijk werk.

H.2. Contact tijdens de melding

Tijdens de melding bestond bij 79.3% van de gemelde kinderen ook al contact tussen de gezinnen waaruit ze afkomstig waren en hulpverlenende personen of instanties. Deze hulp heeft blijkbaar de mishandeling en/of verwaarlozing niet kunnen voorkomen.

I. Hulpverlening. (tab. 21, 22 en appendix 3)

I.1. Doel

In de allereerste plaats wordt er gestreefd naar een volledig herstel van het getroffen kind. Daarnaast is het oogmerk door een intensieve begeleiding van het gezin een herhaling van de mishandeling en/of verwaarlozing te voorkomen en het verdere verblijf van het kind in het ouderlijk gezin mogelijk te maken. Wanneer hulpverlening aan het gezin uitzichtloos is, zal op korte termijn voor het kind een plaats dienen te worden gezocht in een harmonieus pleeggezin.

I.2. Middelen

De hulpverlening wordt multidisciplinair verricht. Voor het kind valt de nadruk op medische en psychologische hulp; voor het gezin op maatschappelijke en psycho-sociale hulp. Ook juridische hulp is soms nodig.

I.3. Extra maatregelen

In bepaalde gevallen is hulp thuis niet afdoende. De hulpverlening moet dan buitenshuis plaats vinden. Voor het kind kan dat o.a. betekenen opneming in een ziekenhuis, plaatsing in een medisch kleuterdagverblijf, in een tehuis of in een pleeggezin. Soms is het nodig, dat één van de ouders in een ziekenhuis wordt opgenomen of in een psychiatrische inrichting. Ook het bemiddelen voor een andere woongelegenheden of in noodgevallen het onderbrengen van de moeder met de kinderen in een tehuis komt voor. Bij deze handelingen is vaak justitieel ingrijpen nodig.

I.4. Justitieel ingrijpen. (Stempels 1971)

Wanneer het kind in acute nood verkeert is onmiddellijke hulp vereist. Weigering van de ouders betekent voortbestaan van de noodtoestand. In zo'n geval moet door ingrijpen van de justitie de ouderlijke macht aan een ander worden overgedragen. Dit vereist echter een uitvoerig onderzoek en een officiële rechtszitting. Hierop vooruitlopend kan dan, als voorlopige maatregel, de officier van justitie het kind toevertrouwen aan de Raad voor de Kinderbescherming. De ouders verliezen daarbij de zeggenschap over hun kind. Een voogdijvereniging wordt dan door de Raad voor de Kinderbescherming uitgenodigd deze tij-

delijk over te nemen. Het kind kan dan elders worden ondergebracht en de noodzakelijke hulp verkrijgen.

In een aantal gevallen kan er in korte tijd een dusdanige verbetering zijn opgetreden in de houding van de ouders, dat deze voorlopige maatregel weer wordt opgeheven. Als de toestand echter niet verandert, volgt er een rechtszitting. Wanneer de ouders zich ermee accoord verkaren worden zij door de rechter van hun ouderlijke macht ontheven; als ze zich daartegen verzetten, worden zij door de rechter uit de ouderlijke macht onttrokken. Voor het kind wordt daarna door de voogdijvereniging een pleeggezin gezocht. Tot zo'n gezin is gevonden, verblijft het kind gewoonlijk in een tehuis, soms in een ziekenhuis.

In gevallen waarin de hulpverlening geen effect heeft door onvoldoende medewerking van de ouders en er gevaar dreigt voor het kind, kan door de kinderrechter het kind onder toezicht worden gesteld. Daarbij benoemt hij een gezinsvoogd, die onder leiding van de kinderrechter de hulpverlening ondersteunt. De ouders moeten zich in zo'n geval bij de verzorging en opvoeding van hun kind gedragen naar de aanwijzingen van de gezinsvoogd. De ondertoezichtstelling duurt niet langer dan een jaar. De kinderrechter kan de duur echter verlengen maar de maatregel ook eerder opheffen. Bij meerderjarigheid van het kind eindigt altijd de ondertoezichtstelling.

Tabel 21: Localisatie van de eerste hulp.

plaats eerste hulp	N	%
thuis	326	60.1
ziekenhuis	62	11.4
tehuis	26	4.8
pleeggezin	22	4.1
geen hulp nodig	18	3.3
onbekend	16	3.0
niet mishandeld en/of mishandeld	67	12.4
overleden	5	0.9
totaal	542	100.0

Conclusie: Driekwart van de kinderen, die hulp nodig hadden, kregen die thuis.

Tabel 22: Ingrijpen van de justitie bij eerste hulp.

justitiële maatregel bij eerste hulp	N	%
toevertrouwing raad voor de kindbescherming	10	1.8
onder toezichtstelling kinderrechter	6	1.1
ontzetting uit de ouderlijke macht	1	0.2
onbekend	7	1.3
geen maatregel	513	94.7
geen maatregel - overleden	5	0.9
totaal	542	100.0

Conclusie: Bij de eerste hulp werd in 3.1% van de gevallen een justitieel ingrijpen nodig geacht.

1.5. Ouders worden hersteld in de ouderlijke macht

Wanneer de ouders in een met redenen omkleed rekest herstel van de oudermacht over hun kind verzoeken, kan in een rechtszitting daartoe door de rechter worden besloten. In zo'n geval zal het kind de pleegouders moeten verlaten en weer terugkeren naar zijn ouders. In sommige gevallen betreft dit één der ouders. Vaak heeft er dan een echtscheiding plaatsgevonden en is er een nieuw huwelijk gesloten.

1.6. Taak van het bureau vertrouwensarts

Het bureau vertrouwensarts is dag en nacht bereikbaar voor meldingen. Dit zijn vaak verzoeken om hulp. Wanneer uit zo'n melding blijkt, dat het kind zich in acute nood bevindt, moet er door het bureau vertrouwensarts onmiddellijk op worden gereageerd. Gewoonlijk wordt, met behulp van de huisarts, als eerste hulp, het kind in een ziekenhuis opgenomen. Soms is daarbij de steun van de Raad voor de Kinderbescherming nodig. Daarna worden door het bureau vertrouwensarts, evenals bij de niet acute gevallen, gegevens over het kind en het gezin verzameld. Vervolgens wordt er een multidisciplinair overleg gevoerd, onder voorzitterschap van de vertrouwensarts. Daarbij worden de problemen van het gezin besproken en wordt een hulpverleningsplan ontworpen. In de eerste fase van de hulpverlening wordt dit overleg met korte tussenpozen herhaald. Als de hulpverlening eenmaal goed op gang is gekomen, beperkt het bureau zich tot periodieke in-

formatie bij de hulpverleners over het desbetreffende kind en het gezin. Bij eventuele nieuwe problemen wordt het multidisciplinaire overleg hervat. Zonodig worden dan nieuwe maatregelen voorgesteld en andere hulpverleners uitgenodigd. Als hulpverlening niet meer nodig lijkt, worden de bemoeienissen van het bureau vertrouwensarts gestaakt.

Wanneer het gezin tijdens de hulpverlening gaat verhuizen naar een ander deel van het land, worden de gegevens over dit gezin doorgegeven aan het bureau vertrouwensarts in de regio, waarheen het gezin is verhuisd.

1.7. Overzicht hulpverlening

De medische hulpverlening vond in de ernstige gevallen in een ziekenhuis plaats. Vaak waren daar meerdere specialisten bij betrokken. De niet ernstig gewonde kinderen werden veelal poliklinisch behandeld.

Naast de medisch/technische behandeling bleken veel kinderen hulp nodig te hebben van een psycholoog; sommigen van een kinderpсихиater. Voor sommige kinderen bleek behandeling in een medisch kleuterdagverblijf van grote waarde. Bij enkelen was de medewerking van de ouders zo groot, dat de hulp van een medisch opvoedkundig bureau kon worden verkregen. Voor anderen was uithuisplaatsing noodzakelijk. Sommigen werden in een tehuis geplaatst, anderen in een pleeggezin.

Bij 326 kinderen werd hulp thuis geboden, één van deze kinderen werd onder toezicht gesteld. 25 kinderen werden direct na de melding in een ziekenhuis opgenomen. Vijf van hen werden aan de Raad voor de Kinderbescherming toevertrouwd en één werd onder toezicht gesteld.

37 kinderen bevonden zich bij de melding al in een ziekenhuis. Twee van hen werden aan de Raad voor de Kinderbescherming toevertrouwd en één werd onder toezicht gesteld. 26 kinderen werden direct na de melding in een tehuis geplaatst. Drie van hen werden aan de Raad voor de Kinderbescherming toevertrouwd; drie anderen werden onder toezicht gesteld. Van één kind werden de ouders uit de ouderlijke macht ontzet.

22 kinderen werden in een pleeggezin geplaatst. Bij de overige kinderen werden geen speciale maatregelen beschreven. Hieronder

vielen vanzelfsprekend de 67 ten onrechte gemelde kinderen en de vijf overleden kinderen.

De hulpverlening na de melding ging bij 17 kinderen gepaard met een justitiële maatregel.

J. Nazorg. (tab. 23, 24, 25 en 26)

Ook bij de nazorg zijn de meeste kinderen (334) thuis begeleid; 65 kinderen zijn ondergebracht in een tehuis, 35 in een pleeggezin en 1 elders.

Totaal strekte de nazorg zich dus uit over 435 kinderen, dat is 80.3% van alle gemelde kinderen. Deze nazorg heeft in vele gevallen veel van de tijd en de energie van de hulpverleners gevraagd, terwijl de resultaten daarmee niet altijd in overeenstemming waren.

Zo bleken tijdens de nazorg meer justitiële maatregelen nodig, dan tijdens de eerste hulp. Veertien maal werd besloten één van de kinderen aan de Raad voor de Kinderbescherming toe te vertrouwen; zesenvijftig maal besloot de kinderrechter tot een ondertoezichstelling; acht ouderparen werden van de ouderlijke macht ontheven, terwijl twee ouderparen uit de ouderlijke macht zijn ontzet.

De vraag dringt zich op, of bij de eerste hulpverlening de beoordeling van de verschillende gevallen niet te mild is geweest.

Toch lijkt het veel waarschijnlijker, dat voor een goede beoordeling van deze gevallen vaak een langdurige observatie nodig is.

De voornaamste instanties, die zich met deze gevallen hebben beziggehouden, waren de algemene gezondheidszorg-organen, het maatschappelijk werk in al zijn schakeringen en de organisaties voor kinderbescherming. Vaak kreeg één gezin hulp van verschillende instanties. Een en ander is overzichtelijk uitgebeeld in de tabellen 25 en 26.

K. Nieuwe meldingen van reeds eerder gemelde gevallen. (tab. 27)

Drieënvijftig kinderen zijn bij het bureau vertrouwensarts voor de tweede maal gemeld. De melding bleek bij de helft van die kinderen nodig te zijn. Eënderde van hen is in een ziekenhuis opgenomen; éënderde is in een tehuis geplaatst; één kind is in een pleeggezin opgenomen; voor de overige kinderen kon de hulp-

verlening thuis worden gegeven. Voor twaalf van deze kinderen was bovendien een justitiële maatregel nodig. De overbodige meldingen betroffen gezinnen, waar de hulpverlening wel degelijk effectief was.

Tabel 23: Localisatie nazorg

plaats nazorg	N	%
thuis	334	61.6
tehuis	65	12.0
pleeggezin	35	6.5
elders	1	0.2
geen nazorg	11	2.0
onbekend	23	4.2
overleden	6	1.1
geen nazorg, niet mishandeld en/of verwaarloosd	67	12.4
<u>totaal</u>	<u>542</u>	<u>100.0</u>

Conclusie: Driekwart van de kinderen, die nazorg nodig hadden, kregen die thuis.

Tabel 24: Ingrijpen van de justitie bij nazorg.

justitiële maatregel bij nazorg	N	%
toevertrouwing raad voor de kinderbescherming	14	2.6
onder toezichtstelling kinderrechter	56	10.3
onthefing van de ouderlijke macht	8	1.5
ontzetting uit de ouderlijke macht	2	0.4
onbekend	32	5.9
geen maatregel	424	78.2
geen maatregel – overleden	6	1.1
<u>totaal</u>	<u>542</u>	<u>100.0</u>

Conclusie: Bij de nazorg werd in 14.8% van de gevallen een justitieel ingrijpen nodig geacht.

Tabel 25: Plaats van nazorg

instantie van nazorg	thuis	tehuis	pleeggezin	elders	rijtotaal
algemene gezondheidszorg	224	18	15	3	260
maatschappelijk werk	65	4	5	1	75
kinderbescherming	124	53	25	2	204
overigen	58	5	4	1	68
kolomtotaal	471	80	49	7	607

Toelichting: Verschillende gezinnen kregen hulp van meerdere instanties.

Tabel 26^a: Instanties van nazorg bij de gemelde kinderen.

Instantievorm	N	%
algemene gezondheidszorg (A.G.Z.)	260	42.8
algemeen maatschappelijk werk (A.M.W.)	75	12.4
kinderbeschermingsorganisaties (K.B. org.)	204	33.6
diverse andere organisaties	68	11.2
totaal	607	100.0

Conclusie: De algemene gezondheidszorg en de kinderbeschermingsorganisaties hebben het grootste aandeel in de nazorg gehad.

Tabel 26b: Nazorg bij de gemelde kinderen onderverdeeld naar instantievorm.

algemene gezondheidszorgaandeel	N	%
algemene gezondheidszorg alleen	126	48.5
algemene gezondheidszorg met A.M.W.	42	16.1
algemene gezondheidszorg met K.B. organisaties	66	25.4
algemene gezondheidszorg met overige organisaties	26	10.0
<u>totaal</u>	<u>260</u>	<u>100.0</u>
algemeen maatschappelijk werk aandeel	N	%
algemeen maatschappelijk werk alleen	14	18.7
algemeen maatschappelijk werk met A.G.Z.	42	56.0
algemeen maatschappelijk werk met K.B. organisaties	18	24.0
algemeen maatschappelijk werk met overige organisaties	1	1.3
<u>totaal</u>	<u>75</u>	<u>100.0</u>
kinderbeschermingsorganisatiesaandeel	N	%
kinderbeschermingsorganisaties alleen	104	51.0
kinderbeschermingsorganisaties met A.G.Z.	66	32.4/
kinderbeschermingsorganisaties met A.M.W.	18	8.8
kinderbeschermingsorganisaties met overige organisaties	16	7.8
<u>totaal</u>	<u>204</u>	<u>100.0</u>
diverse andere organisatiesaandeel	N	%
diverse andere organisaties alleen	25	36.8
diverse andere organisaties met A.G.Z.	26	38.2
diverse andere organisaties met A.M.W.	1	1.3
diverse andere organisaties met K.B. organisaties	16	23.5
<u>totaal</u>	<u>68</u>	<u>100.0</u>

Tabel 27: Nieuwe meldingen van reeds eerder gemelde gevallen.

	N	%
nieuwe meldingen	53	9.8
geen nieuwe meldingen	483	89.1
niet van toepassing – overleden	6	1.1
totaal	542	100.0

beoordeling nieuwe meldingen	N	%
melding juist	27	50.9
melding onjuist	26	49.1
totaal	53	100.0

maatregelen	N	%
ziekenhuisopneming	9	33.3
plaatsing in tehuis	9	33.3
plaatsing in pleeggezin	1	3.7
hulpverlening thuis	8	29.7
totaal	27	100.0

justitiële maatregelen	N	%
toevertrouwing raad voor de kinderbescherming	1	3.7
onder toezichtstelling kinderrechter	10	37.0
onthefing van de ouderlijke macht	1	3.7
geen maatregelen	15	55.6
totaal	27	100.0

Conclusie: De helft van deze meldingen was terecht. De hulpverlening werd vergroot. Bij 44 % van de kinderen was bovendien een justitiële maatregel nodig.

L. Case-studies

L.1. Zuigeling in levensgevaar door mishandeling

De geboorte van Klaartje verliep normaal, thuis, onder leiding van een verloskundige. Het geboortegewicht van het kind was 2900 gram. Zij was bijna 4 weken oud, toen zij via het consultatiebureau voor zuigelingen in het plaatselijk ziekenhuis werd opgenomen met een onderbeensfractuur. In het ziekenhuis bleek ook de algemene toestand van het kind slecht. Er bestond een sterke dystrofie (gewicht 2900 gram). De temperatuur was 33°C. De grote fontanel was gespannen, de venen van de schedel waren uitgezet. Op de röntgenfoto van de schedel waren verschillende fracturen te zien.

Twee anonieme telefoontjes meldden vervolgens de kinderarts dat het kindje thuis was mishandeld. In verband hiermee werd de vertrouwensarts in consult geroepen. Gezien de levensgevaarlijke toestand van de baby, liet deze haar overplaatsen naar een groot medisch centrum. Behalve de reeds beschreven beschadigingen werden daar bovendien twee subdurale haematomen gevonden, een arachnoidale bloeding en eenzijdig praeretinale bloedingen.

De jonge ouders ontkenden aanvankelijk enig aandeel hunnerzijds in het ontstaan van deze letsels. Later gaf de vader wel toe dat hij - na alcoholgebruik - ruw met de baby kon omgaan, net zoals hij trouwens deed met een jongetje van anderhalf jaar, een voorkind van zijn vrouw. Toch had hij met dit knaapje (over wie hij het ouderschap aanvaardde bij zijn huwelijk met de moeder van beide kinderen) een duidelijke, zij het vreemde band. De vader komt uit een milieu, waarin veel geslagen werd, zij het dat vooral zijn moeder door haar man mishandeld werd. Toch moet ook zij soms in hoge mate agressief opgetreden zijn. Het echtpaar scheidde toen Klaartje's vader in de puberteit was; zijn moeder kreeg de voogdij. Zij heeft de jongen altijd erg kort gehouden. Hij heeft een b.l.o. school bezocht. Er wordt in een rapport melding gemaakt van het feit, dat deze beide (groot)-ouders alcoholisten waren. Ook Klaartje's ouders dronken stevig, al deed de vader zijn best maat te houden. Dit was ook belangrijk in verband met zijn beroep. In de eerste maanden van

Klaartje's leven maakte hij een labiele, nerveuze en soms (bij de bevalling!) agressieve indruk.

Klaartje's moeder moest toen zij 2½ maand oud was in een ziekenhuis opgenomen worden met een hardnekkige bovenste luchtweg-infectie; zij bleef er 3 maanden. Later bezocht het kind een b.l.o. school. Zij trouwde op haar 17de, was op haar 19de gescheiden en hertrouwde met Klaartje's vader ook nog vóór haar 20ste. Het kindje was toen al "onderweg". Tijdens haar beide zwangerschappen was het vrouwtje karakterologisch veranderd; zij was onaangenaam voor anderen, lelijk tegen haar man. Zij was bang om zwanger te worden en te baren. Tijdens haar graviditeit van Klaartje hadden haar man en zij herhaaldelijk slaande ruzie en ook al wordt zij in dit verband een furie genoemd, toch moet zij zich wel hebben laten mishandelen door haar man (zij lokte dat zelfs uit), net zoals zij zich dat door haar eerste man had laten doen.

Klaartje reageerde goed op de zorg in het ziekenhuis en het gelukte door gezamenlijke behandeling door verschillende specialisten het kind lichamelijk volledig te doen herstellen. Na 8 dagen hield het spugen op, het beentje heelde goed, en na 3 maanden waren er bij een e.e.g. geen duidelijke afwijkingen meer te zien. Zij was een lief, vrolijk en "sociaal" kindje geworden.

Zij kon toen ontslagen worden, maar het was duidelijk dat zij niet naar huis kon: afgezien van de mentaliteit en de capaciteiten van de ouders was de huisvesting ten enen male onvoldoende, om niet te zeggen erbarmelijk. Klaartje werd daarom overgeplaatst naar een kinderkuis, waar men al snel concludeerde dat zij op normaal niveau leek te zijn, zowel lichamelijk als geestelijk. Zij is dan ruim 4½ maand oud. Een 5 maanden later worden de ouders ontzet uit de ouderlijke macht en krijgt een voogdijvereniging het gezag over het kind.

Klaartje deed het in het kinderkuis goed. Zij was eerst wat krampachtig en gespannen, maar dat ging geleidelijk beter. Op den duur stelt men dat zij kennelijk de slechte start van haar leven te boven is gekomen en dat er geen reden is om te veronderstellen dat zij blijvend beschadigd was.

Als Klaartje 1 jaar en 9½ maand oud is doet zij haar intrede in een pleeggezin, met twee eigen zoontjes, die iets ouder zijn dan zij. Dit gaat in wezen goed: Klaartje is een bijdehandje en kan

zich handhaven naast de jongetjes. Jammergenoeg loopt het dan toch mis om redenen buiten het kind om: de pleegmoeder moet zich onder psychiatrische behandeling stellen. Als Klaartje er anderhalf jaar is loopt het huwelijk van de pleegouders stuk en volgt er een echtscheiding. In die periode van ziekte en scheiding blijft de pleegvader voor de kinderen zorgen.

Klaartje's eigen ouders zijn intussen gescheiden (zij zijn ook ontzet over het jongetje, dat eveneens in een pleeggezin verblijft) en zijn beiden hertrouwd. Het is vooral de vader, die - na aanvankelijke terugtrekking van zijn belangstelling voor zijn dochtertje - zich meer en meer op dit kind gaat richten. Als de omstandigheden in het pleeggezin problematisch worden doet hij het voorstel dat Klaartje bij hem en zijn (jonge) tweede vrouw zal komen. Hij heeft goed werk, hij drinkt niet meer en hij lijkt zich gunstig ontwikkeld te hebben. De voogdijvereniging pakt het voorzichtig aan: men brengt het kind in contact met het vaderlijk gezin, er zijn bezoeken, dan ook eens slapen, logeren, tot na ongeveer een jaar de stap gezet wordt: als Klaartje 4 jaar en 10 maanden oud is komt zij "thuis" bij haar vader en stiefmoeder. Deze situatie bestaat nu anderhalf jaar en er zijn concrete plannen voor een herstel-in-de-voogdij van de vader. Het is een goede zaak dat het contact met de (gewezen) pleegvader (die ook hertrouwd is) gehandhaafd is. Beide families komen wederzijds bij elkaar.

Klaartje is een levenslustig kind, een goede eter, met een goede gezondheid. Vanzelfsprekend heeft zij aanvankelijk in dit gezin geprobeerd hoe ver zij gaan kon, was er een periode van uitdagen. Net zoals het kind echter haar plaatsje en haar houding heeft gevonden zo zijn ook de vader en de stiefmoeder ingegroeid in hun rol van ouders. Met name de stiefmoeder heeft een sterke ontwikkeling doorgemaakt, hetgeen onder meer tot uiting komt in de manier waarop zij met Klaartje omgaat. De vader heeft duidelijk de leiding, zijn vrouw doet alles wat hij zegt en ook Klaartje luistert naar hem. Voor haar stiefmoeder heeft zij minder onzag. Zij is op de kleuterschool en men constateert daar dat zij geen hoogvlieger is. Zij lijkt matig intelligent, al gaat zij in het a.s. schooljaar wel naar de gewone basis-school. Men krijgt op de kleuterschool de indruk dat het kind toch wel wat ontwikkelingsachterstand heeft, maar tegelijkertijd heeft men alle

vertrouwen dat zij dit zal kunnen inlopen. In het gezin en de wederzijdse familie, op school en in de buurt is Klaartje geheel opgenomen; zij hoort er helemaal bij. Zij heeft een vriendinnetje. Het meisje is een levenslustige kleine dondersteen, brutaal, een echt volkskind.

Op het moment dat wij dit schrijven is Klaartje 6 jaar en haar mishandeling - met alle gevolgen destijds van dien - heeft ook 6 jaar geleden plaats gevonden. Als wij de grote lijnen aanhouden kunnen wij stellen dat het lichamelijk effect van de kindermishandeling (schedelletsel, beenbreuk etc.) na enkele maanden verdwenen was. Eventuele psychische gevolgen zijn moeilijk vast te stellen, temeer daar het kind in de eerste 5 jaar van haar leven duidelijk een tekort heeft gehad aan een doorlopende, vanzelfsprekende veiligheid. Het is heel goed mogelijk dat de (overigens geringe) ontwikkelingsachterstand daar uit te verklaren is en niet gezien hoeft te worden als een effect van de mishandeling. Want wat dit kleine meisje als achterstand heeft gehad is geen kleinigheid. Zij heeft niet alleen in de eerste paar weken van haar leven ernstig fysiek letsel opgelopen (en dat nog wel toegebracht door haar ouders - het omgekeerde van de voor iedere baby onontbeerlijke liefdevolle en strelende ouderlijke zorg), maar zij heeft daarna in twee verschillende ziekenhuizen gelegen, was vervolgens geruime tijd (in de zo gevoelige leeftijd!) in een tehuis, en is toen in een pleeggezin geweest waar relationele moeilijkheden tussen de pleegouders ontstonden (d.w.z. de mensen, die voor haar de wereld vormden, bij wie zij haar steun en identificatie vond, nadat alle vorige verzorgers wisselend en tijdelijk geweest waren!). In die wisselvallige periode heeft zij toen "nieuwe" ouders gekregen, in de persoon van haar eigen vader (gelukkig maar dat zij niet kan weten dat hij haar vroeger mishandeld heeft) en diens jonge tweede vrouw. Wat dit alles een kind aandoet, kan alleen bevroed worden, dat is natuurlijk nooit vast te stellen. Wij kunnen slechts blij zijn dat de nieuwe basis bij haar vader zo hecht en betrouwbaar lijkt te zijn, dat de vroegere schade wellicht hersteld kan worden. Klaartje zal nog heel veel warmte en affectie nodig hebben!

Als men wil bezien welke factoren eventueel tot deze kindermishandeling geleid hebben, dan zou het volgende een rol gespeeld kunnen hebben. Twee heel jonge ouders, die geen van beiden in hun jeugd een stabiele omgeving gekend hebben, terwijl in het ouderlijk gezin van de vader slaan en andere vormen van agressiviteit schering en inslag waren. Mogelijk is hun keuze van elkaar als partners tot stand gekomen mede op grond van deze jeugd-ervaringen. Niet alleen waren zij beiden van b.l.o.-niveau maar zij waren nog te zeer met zichzelf en met elkaar bezig, hadden te weinig (levens) ervaring, waren te weinig menselijk ontwikkeld, om te kunnen omgaan met zo iets teers als een baby. De moeder had zelf voor zij een half jaar oud was al 3 maanden in een ziekenhuis doorgebracht. Het lijkt ons zeer de vraag of zij ooit een wezenlijke band met een ander heeft kunnen vormen. Daar komt bij dat zij tijdens haar zwangerschap van Klaartje uit haar doen was, niet zichzelf was (onaangenaam voor anderen, voor haar man in de eerste plaats). Mogelijk kan men dit zelf interpreteren als angst voor de bevalling en in wezen het geen-kinderen-willen-krijgen. Hier ziet men al de eerste tekenen van een bedreigde moeder-kind relatie. Doorredenerend kan men stellen dat Klaartje een ongewenst kind was, waarmee deze ouders - mede op grond van hun aard en vermogens - geen raad wisten. Voegt men daar bij dat beide ouders dan misschien wel geen echte alcoholisten waren, zij dronken wel stevig en met name de vader zou juist onder invloed daarvan tot extra agressie hebben kunnen komen. Dat het resultaat van dit alles kindermishandeling is behoeft dan eigenlijk geen verbazing meer te wekken.

L. 2. Jongen van 12 jaar; lichamelijk en geestelijk verwaarloosd

Geert was 12 jaar toen de vertrouwensarts met hem te maken kreeg: de jongen werd acuut in een ziekenhuis opgenomen wegens ernstige obstipatie. Deze bleek van psychogene aard te zijn en heeft als een rode draad door Geerts leven gelopen. De constellatie, die dit verschijnsel teweeg bracht en in stand hield, werd door medici en maatschappelijk werkers gezien als een vorm van verwaarlozing.

Geert was het derde kind van zijn ouders. De zwangerschaps-

periode was normaal verlopen. De geboorte (thuis) was langdurig en moeizaam: de navelstreng zat om het hoofd en de nek en de baby zag blauw toen hij ter wereld kwam. Het is waarschijnlijk dat er tengevolge van deze perinatale complicaties prikkelverwerkingsmoeilijkheden ontstaan zijn, hetgeen blijkt uit een later opgenomen e.e.g.: dit wijst op symptomen, die zeer waarschijnlijk samenhangen met een anomalie, die past in het kader van een encephalopathische resttoestand, resp. lichte atrofie van de hersenschors.

De moeder van Geert "onderging" als klein kind eerst de echtscheiding van haar ouders en vervolgens de dood van haar moeder. Zij werd hoofdzakelijk opgevoed door haar grootmoeder. Zij heeft weinig vriendschappen en zou die ook nooit gehad hebben. Haar denkwijze is star, waarbij zij de ander geen kans geeft voor een werkelijke communicatie. Emoties zijn voor de vrouw slechts mogelijk voor zover het om haar zelf gaat, al schrijft zij haar gevoelens dan bij voorkeur toe aan iemand uit haar omgeving, met name aan Geert. Ook dit maakt haar relationeel onbereikbaar. Desondanks was het huwelijk met Geerts vader aanvankelijk wel goed. Toen de jongen ruim één jaar oud was kreeg zijn vader een ongeluk, dat hem invalide maakte. Mede hierdoor ontstonden er in het gezin problemen op alle fronten. Het huwelijk ging achteruit. De man - slap maar goedwillend - tolereerde de vrijheden, die zijn vrouw zich aanmat, tot dit de spuigaten uit liep. Ruzie had men nooit, de man wilde dat niet en de vrouw kon haar gang gaan. Hij trok zich tenslotte terug en een echtscheiding volgde. Na verloop van tijd kreeg de vader de voogdij over de twee oudste kinderen, de moeder over Geert.

De moeder heeft altijd in een vreemde verhouding tot één van haar kinderen gestaan. Lange tijd heeft er een (te) nauwe band bestaan met het oudste kind, dat vanaf de lagere school-tijd en tot ver in de puberteit haar steun en toeverlaat was, en dat zij (de moeder) geheel had ingekapseld. Vanaf het moment dat het meisje zich hieruit ging losmaken en zelfs het huis uit ging, is de moeder zich op Geert gaan richten, in die zin dat zij dezelfde inkapseling op hem ging toepassen, met bedenkelijk veel succes. Dit was des te frappanter (en verwarrender!) waar zij tevoren een bijna diametraal tegenovergestelde houding en mentaliteit t.a.v. de jongen had gehad. Toen de vertrouwensarts op

het tapijt kwam, demonstreerde de moeder angstwekkend duidelijk en geheel openlijk haar afwijzing van haar zoontje. Zij sprak heel negatief over hem, ook in zijn bijzijn. Zelfs liet zij hem beamen dat hij maar weg moest, hetgeen het terneergeslagen knulletje gedwee deed. Deze situatie moet jarenlang bestaan hebben.

Hierboven hebben wij opgemerkt dat de gezinssituatie op alle fronten problemen ging geven na het invalide-worden van de vader. Wat Geert betreft, betekende dit dat zijn speciale manier van somatisch reageren op psychische spanningen - nl. via zijn ontlasting - steeds sterker werd. Als baby had hij al slechts om de 2 of 3 dagen ontlasting, nadien werden de perioden van verstopping steeds langer, tot hij soms zelfs meer dan drie weken niet "ging". Dit alles ging gepaard met encopresis, zowel thuis als op school. De jongen geneerde zich hiervoor en dit ging een rol spelen bij zijn verhouding tot school- en leeftijdsgenootjes. Daar kwam nog bij dat hij opvallend klein was, wat geringschatting door andere kinderen met zich meebracht. Het pleit voor zijn stheniciteit - die hij ook wel degelijk bezat! - dat Geert zich hier op den duur toch bovenuit kon werken. Zelf heeft de jongen zijn verstoppingen altijd als vanzelfsprekend in verband gebracht met zijn "zenuwen". En voor die zenuwen was er maar al te zeer aanleiding..... Tot zelfs in het ziekenhuis, waar hij het heerlijk vond (hij wilde blijven!) blij als hij was even uit de conflicten te zijn, moest hij zijns ondanks nog bemiddelen tussen zijn ouders. Na zijn ontslag uit het ziekenhuis (waar hij overigens in één jaar tijds 3 maal opgenomen is geweest, resp. 4 weken, 3 weken en 3 dagen, telkens voor obstipatie) bleek ook praktisch dat geen van beide ouders de jongen iets te bieden had: de moeder wenste hem niet en de vader, bij wie Geert toen enige tijd ging wonen, gaf hem zo weinig houvast dat de jongen in arren moede de wens te kennen gaf weer naar zijn moeder terug te gaan, waarin de vader hem onmiddellijk toegaf. De moeder zorgde echter slecht voor het kind, zij hield zich niet aan de controle-afspraken bij het ziekenhuis en gaf hem lang niet altijd de voor hem zo nodige medicijnen. Met het gevolg dat hij 3 maanden na de eerste keer opnieuw opgenomen moest worden.

Ondanks de slechte feitelijke zorg begint de moeder echter in die periode met de inkapseling van de jongen. Dit geeft op den

duur een zodanige symbiose tussen de twee, dat een kinderpsychiater er van zegt "dat Geert als het ware nog in de moeder leeft en via haar mond en gedachten spreekt". En: "Het kind zelf is in deze bijna niet meer te vinden. Het is een patiëntje, dat zich dankzij zijn patiënt-zijn kan handhaven, omdat hij daarin altijd een excuus bij de hand heeft".

De hulp aan de jongen is steeds afhankelijk geweest van de mate waarin de moeder dit toeliet, hetgeen gelijk staat met wat Geert wilde. D.w.z. Geert heeft immers geen eigen wil meer en hij volgt zijn moeders wil. In het begin van de periode dat de moeder met Geert alleen woonde heeft de jongen bij herhaling gevraagd of hij "voor zijn gezondheid"(!) een poosje naar een internaat mocht. Dit is gelukt en Geert heeft genoten! Hij werd merkbaar speelser en actiever, de stoelgang verliep beter en zelfs de encopresis kon op den duur wat teruggebracht worden. Het was wel opvallend dat de stoelgang-moeilijkheden tijdens en na de weekends thuis weer de kop op staken, waarmee dit - volgens de psycholoog - tot een neurotisch symptoom geworden is. Geerts intelligentie blijkt - zowel op de school als via de psychologische tests - redelijk tot goed te zijn. De psycholoog stelt echter: "Het zal duidelijk zijn dat het belangrijkste probleem bij Geert de verneurotiserende relatie met zijn moeder is. Hij krijgt binnen deze relatie geen enkele kans zichzelf te zijn of te voelen. Uiteraard heeft dit een sterk verkrampend effect op zijn persoonlijkheid..... De identificatie van Geert is en zal gebrekkig verlopen, omdat vader een gebrekkige identificatie-figuur is en moeder zijn volledige identificatie opeist. In de toekomst kan dit tot verdere complicaties leiden, waarbij we denken in de richting van een neurotische homofilie".

Op het moment dat de staf van het tehuis het onderzoek van de jongen bijna had afgerond vond de moeder dat zij het niet langer kon stellen zonder haar kleine "partner", zodat zij hem na een weekend thuis hield (hij was toen ruim 4 maanden weggeweest). Geert is - met zijn moeder - nog een dag terug geweest, om zijn spulletjes te halen en om het onderzoek te laten afmaken, maar van een overplaatsing en behandeling was - gezien hun beider houding - geen sprake. In het nadien uitgebrachte rapport stelt de directie van het tehuis: "de mogelijkheden om zich in een goede richting te ontwikkelen zijn er slechts voor zover moeder

hem dit toestaat. Komt moeder ter sprake, dan conformeert hij zich volledig en zonder enige reserve aan haar inzichten en standpunten. Haar emoties zijn bovendien ook de zijne. Zo verlangt hij wel naar contact met zijn vader, maar het is voor hem een vanzelfsprekende zaak dat dit niet plaats vindt, nu moeder het niet wil. Aan het eind van de observatie-periode verstevigde moeder haar greep op hem weer. Mogelijk dat juist de positieve ontwikkeling van Geert tot enige zelfstandigheid door haar als een bedreiging werd beleefd. Onder moeders invloed werd toen voor Geert de uithuisplaatsing onaanvaardbaar". Dit maakte het voor alle hulpverleners onmogelijk om het advies op te volgen en Geert over te plaatsen naar een tehuis, waar hij een orthopaedagogische en psychotherapeutische behandeling kon krijgen. Terwille van Geert had men nog hoop dat moeder en zoon zodanig beïnvloed konden worden, dat zij het belang van een dergelijke maatregel zouden inzien en er aan zouden medewerken. Dit bleek een illusie: beiden sloten zich af voor iedere inmenging, gaven feitelijk zowel als gevoelsmatig "niet-thuis" bij iedere poging om contact met hen te krijgen. Aanvankelijk was het slechts de behandelend arts op de polikliniek van het ziekenhuis, die nog te maken kreeg met Geert, terwijl ook via de school inlichtingen over zijn ontwikkeling verkregen konden worden. Op beide terreinen ging het goed, maar na enkele jaren was noch het ziekenhuis noch de school meer op de hoogte, daar Geert (of zijn moeder?) het contact met het ziekenhuis had verbroken en hij van school gegaan was (vóór het einde van zijn leerplicht-tijd). Op school was hij geen opvallende leerling geweest; hij haalde redelijke cijfers en had een bevredigend contact met docenten en leerlingen. Hij was van school gegaan om te gaan werken. Met het wegvallen van deze laatste inlichtingenbronnen en de blijvende onwil van moeder en zoon om ook maar de geringste medewerking aan een gesprek te geven, stonden de hulpverleners voor het blok: hier was geen hulp te verlenen. Onbevredigend als het is zag men zich genoodzaakt zich terug te trekken.

Als wij wat bespiegelend willen nadenken over deze melding van kindermishandeling, blijft alles enigszins vaag en onduidelijk. Ook al was destijds het oordeel van de vertrouwensarts dat het

hier om een vorm van verwaarlozing ging, toch zal geen der direct betrokkenen (ouders en Geert) van hun leven aan deze qualificatie gedacht hebben. Zelfs zal men dit vermoedelijk achteraf nooit als zodanig kunnen herkennen. Niet dat dit laatste een voorwaarde is voor de diagnose kindermishandeling, maar wij zijn hier wel beland in een grensgebied.

Als oorzaken voor het optreden van de ouders kunnen genoemd worden: de jeugd van de moeder (vroeg verlies van beide ouders) en haar al of niet daar mee samenhangende aard zich af te sluiten voor anderen, waardoor zij onbereikbaar is. Dan heeft wellicht de moeizame bevalling de houding van de moeder tegenover haar zoontje een bepaalde richting gegeven, terwijl voor het kind de in het e.e.g. geconstateerde moeilijkheden met het werken van prikkels van belang kunnen zijn geweest. Het ongeluk en de daar op volgende invaliditeit van de vader heeft vermoedelijk wel een rol gespeeld, maar voornamelijk omdat de man een wat slappe, laisser-aller mentaliteit had, en de vrouw niet de kracht of geestesgesteldheid bezat om steunend en dragend naast hem te staan, waardoor zij haar heil elders zocht, wat door de man - tot een bepaald punt - getolereerd werd. Na jarenlang enerzijds een afwijzing door de moeder en een daarbij behorend gebrek aan verzorging (tot in het negatieve toe, in de vorm van onthouden van medicijnen en niet-laten-controleren in het ziekenhuis), en anderzijds een gebrek aan steun bij de vader komt Geert dan in een omgekeerde positie terecht: zijn moeder kapselt hem in tot haar tweede ik. Waar hij eerst geen eigen identiteit had door de afwijzing, had hij het nadien niet door zijn over-identificatie met haar, hetgeen logischerwijs een breuk met de vader inhield.

De melding aan de vertrouwensarts was het gevolg van de ernstige obstipatie, die een ziekenhuisopname noodzakelijk maakte. Verwaarlozing werd daarbij als oorzaak opgegeven. De obstipatie was voor Geert de somatische reactie op de onderliggende relationele problemen. Dat de moeder daar slecht op reageert is dan nog weer een bijkomende factor, die de situatie alleen maar verergert. In grote lijnen bestaat de verwaarlozing uit een afwijzing van het kind door de moeder gedurende de eerste 12 of 13 jaar van zijn leven, en daarna uit het omgekeerde: haar inkapseling van de jongen. Dit alles heeft voor hem psychisch/

emotionele problemen tot gevolg, die op hun beurt een fysiek te constateren effect hebben in de vorm van obstipatie. Dus eigenlijk een getrapte aangelegenheid! Een prognose is moeilijk te geven. Enerzijds lijkt Geert met het ouder worden toch wel gebruik te kunnen maken van zijn natuurlijke stheniciteit, anderzijds zal hij zich pas werkelijk kunnen gaan ontplooien en ontwikkelen als hij zich van zijn moeder heeft losgemaakt. Het zal er dus om gaan of zijn innerlijke kracht op den duur groot genoeg is om de stap naar de vrijheid te zetten, dat is niet te voorspellen - wij kunnen het alleen maar hopen. Het feit dat hij op geen enkele wijze gehoor heeft gegeven aan ons verzoek eens te komen praten geeft echter wel te denken. Geert is thans 17 - de tijd dringt wel voor hem!

L.3. Premature zuigeling; buitenechtelijk kind. Levensgevaarlijk mishandeld

Thea werd geboren in 1974. Zij is door een instelling van maatschappelijk werk gemeld bij de vertrouwensarts toen zij 6 maanden oud was. Zij komt uit een problematisch gezin.

Op het moment van de melding is haar vader rond de 30. Hij is dan magazijnbediende, maar zou ook wel in een ander vak gewerkt hebben. Hij wordt een vreemde, onaangename man genoemd, die zeer agressief kan zijn. Daar staat tegenover dat hij - als hij zijn gal gespuugd heeft - redelijk kan zijn. Men krijgt weleens de indruk dat hij zich agressief voordoet, omdat hij zich in wezen machteloos voelt. Hij ziet zichzelf als de goede, flinke man, die het niet zo getroffen heeft met zijn vrouw en met zijn bestaan in het algemeen. Het zit hem tegen, vindt hij, en hij meent zich te moeten verzetten om er niet "onder" gewerkt te worden. Zijn moeder, die omstreeks de melding van Thea bij de vertrouwensarts, is overleden, heeft een dominante en zelfs kwalijke rol gespeeld in het jonge gezin. Haar zoon lijkt zijn onbehagen daarover nu bot te vieren op zijn vrouw, als een soort wraak-nemen. Hij heeft een normaal intellect.

Al is de moeder van Thea ruim 10 jaar ouder dan haar man, in wezen is zij bepaald nog niet volwassen. Zij is niet alleen debiel, maar ook duidelijk gestoord. Zij is ettelijke malen opgenomen geweest in psychiatrische inrichtingen. Ook in de tijd van

de melding was zij onder behandeling van een psychiater. Het is moeilijk om een gesprek met haar te voeren en alle agogische of sociale hulp glijdt bij haar af. Het lijkt allemaal niet tot haar door te dringen en haar denken is oninvoerbaar en chaotisch. Zij heeft praktisch geen mogelijkheden om contact te leggen, waardoor zij erg eenzaam is. Dit maakt dat zij soms wanhopige pogingen doet om aandacht te krijgen. Zij maakt ruzie met de buurvrouwen, plaagt hen door herrie te maken en plaatst zichzelf op die manier in een geïsoleerde positie. Sinds enige tijd werkt zij halve dagen op een sociale werkplaats, hetgeen haar wat afleiding bezorgt en waar zij de kans heeft om contacten te maken. Haar houding tegenover haar man is dociel. Zij heeft nu eenmaal geen eigen mening en zij valt hem daarom grif bij. Zij is ook wat bang voor hem, wat voor een deel veroorzaakt wordt door haar vrees hem - haar enige houvast - te verliezen. De man dreigt zijn vrouw ook wel eens met een scheiding, maar kennelijk durft hij dat toch niet door te zetten. Eigenlijk is ook hij eenzaam - van zijn vrouw heeft hij niets te verwachten, hij kan niet eens met haar praten!

Dit ouderpaar had 6 jaar lang slechts één kind: Peter. Dat zijn opvoeding (voor zover daar zelfs maar van gesproken kan worden) bepaald niet voorbeeldig is geweest, blijkt onder meer uit het feit dat hij op zijn vijfde jaar al zware shag rookte. Volgens burens zou hij mishandeld zijn en de moeder geeft toe dat zij dat ook inderdaad gedaan heeft toen hij klein was.

Toen Peter 6 jaar was beschreef men hem als een fragiel, bleek jongetje, dat echter nooit ziek is en weerstand en energie genoeg lijkt te hebben. Hij is een intelligent kind en er ontgaat hem weinig. Op zijn 7e constateerde men dat hij in de meeste dingen zijn moeder de baas is en dat hij haar dat flink laat merken. Als de moeder hem dreigt met een pak slaag, dreigt Peter even hard terug en het is de moeder die dan tenslotte capituleert. Toch gebeurde het wel dat de moeder haar Peter zo hard afroste, dat de burens hem te hulp kwamen. Mede om die reden is er een gezinsverzorgster in het gezin tewerk gesteld. In het begin leek Peter een wild beest: hij sprong op de tafel en ging hevig te keer. Dat is op den duur veel beter geworden, de gezinsverzorgster heeft veel goed kunnen doen. Toen Peter 9 jaar oud was vertelde de moeder echter aan deze vertrouwensfiguur dat zij - als

haar man naar zijn werk was - Peter bij zich in bed nam voor een bepaalde sexuele benadering; zij gaf hem daar geld voor en bezwoer de jongen over dat alles te zwijgen. Daar heeft Peter zich ook steeds aan gehouden. Een melding aan de vertrouwensarts is wel gedaan, maar door gebrek aan bewijs kon niemand ingrijpen. Een van de mensen, die geregeld in het gezin werkt, merkt echter op: "In haar gestoordheid zegt de moeder dingen die wel kloppen".....

Thans - Peter is nu 10 jaar oud - is de situatie voor de jongen toch allesbehalve rooskleurig. Hij schaamt zich voor zijn moeder, slaat haar terug en is agressief en ongehoorzaam. In een crisis-situatie (als de moeder hem echt "afrost") is hij echter wel degelijk bang voor haar; hij gaat terrein verliezen, zeker waar hij fysiek het onderspit moet delven. Hij heeft wel vriendjes, maar mag hen nooit mee naar huis brengen. Hij is dan ook meer op straat te vinden dan thuis, behalve in de avond, als hij - tot laat! - naar de televisie kijkt, die altijd aan staat. Hij heeft het op school tot voor kort altijd goed gedaan, - hij is nu eenmaal pienter - en de onderwijzer heeft vrij intensief contact met de ouders onderhouden. Peters laatste rapport was echter heel slecht, hetgeen vermoedelijk onder meer samenhangt met de toestand van zijn moeder. Zij is weer erg in de war. Wel is het zo dat de verhouding van vader en zoon beter is dan die van Peter tot zijn moeder. Peter luistert beter naar zijn vader, maar het is te vrezen dat diens optreden niet de tekorten kan opheffen waaronder het jongetje te lijden heeft. De man is dan wel trots op dit intelligente kind (uit angst hem te verliezen gaat hij niet van zijn vrouw scheiden) en hij doet op zijn manier zijn best de jongen goed op te voeden, maar ten eerste zijn zijn methodes niet altijd even pedagogisch verantwoord en ten tweede - en dat is essentiëler - geeft hij zijn Peter niet werkelijk warmte of affectie. Met dat al komt de jongen wel heel veel tekort, van de kant van beide ouders.

De problemen rond Thea begonnen al vóór haar geboorte. De moeder vertelde dat het kindje vermoedelijk door een gastarbeider verwekt was en de vrouw wilde het eigenlijk niet hebben. Haar man heeft dan wel geen stappen gedaan om het kind te ontkennen, maar hij accepteerde de baby in wezen niet. Hij verweet zijn

vrouw haar misstap en heeft haar dat dagelijks laten voelen. In de zwangerschapstijd moet hij bovendien agressief tegen haar opgetreden zijn. De vrouw was in die tijd erg nerveus, kreeg driftaanvallen en sloeg haar zoontje Peter. De woede van de vader moet overigens eerder het feit van de zwangerschap gegolden hebben dan de samenleving met de gastarbeider, want hij schijnt bij herhaling min of meer als souteneur voor zijn vrouw opgetreden te zijn: hij stond toe, c.q. stimuleerde dat zij met andere mannen omging; het geldt dat zij daarvoor toucheerde streek hij op.

De geboorte van Thea was prematuur: na een graviditeit van 34 weken. Zij verbleef een kleine 4 weken op de couveuse-afdeling van een ziekenhuis en mocht naar huis toen zij 3050 gram woog. Dat gaf prompt problemen. Vier weken later moest zij weer opgenomen worden in verband met een ernstige voedingsstoornis. In het ziekenhuis kreeg men een slecht uitzijende baby, die explosief braakte en strabeerde. Na verloop van enige dagen werd zij rustiger, braakte niet meer en de strabismus verdween. Mede in verband met het aantrekken van hulpkrachten bij de opvang in het gezin hield men Thea meer dan 3 maanden in het ziekenhuis.

Twee dagen na haar thuiskomst moest Thea opnieuw opgenomen worden. Zij huilde krijsend, dronk niet, spuugde veel, had haematomen op het hoofd en op beide handjes, en de grote fontanel bombeerde. Men stelde de diagnose "subarachnoidale bloeding bij kindermishandeling". Een nadere neurochirurgische exploratie gaf als algemene diagnose: "battered child syndrome". Na enkele weken was de fontanel nog wat bomberend. Ook bestond er nog een strabismus convergens en een lichte motorische retardatie links. Het dubbelzijdige subdurale haematoom kon met goed gevolg gepuncteerd worden.

Het was pas op 't moment waarop Thea in deze ernstige toestand in het ziekenhuis werd opgenomen, dat er een melding binnen kwam bij het bureau vertrouwensarts. Daarop is het overleg begonnen met vertegenwoordigers van alle instanties, die zich tot dan met Thea hadden beziggehouden of dat vanaf dat ogenblik gingen doen. Deze bespreking van medici en kinderbeschermers resulteerde allereerst in het besluit dat het kindje niet naar huis moest. Zij werd (bijna 8 maanden oud) toevertrouwd aan de Raad voor de Kinderbescherming en werd opgenomen in een kinderkuis. Een half jaar later werden de ouders ontheven van de ouderlijke macht

over Thea. De voogdij werd opgedragen aan een voogdijvereniging, die op zoek ging naar een pleeggezin. Dat werd gevonden: toen het kindje 2½ jaar oud was kwam zij in een normaal gezin (een echtpaar met een zoontje dat iets ouder is dan Thea). Van die eerste 2½ jaar van haar leven had zij éénmaal 4 weken en éénmaal 2 dagen doorgebracht in haar ouderlijk gezin (voor zover de moeder haar niet bij de burens onderbracht.....), was 5 maal in 3 verschillende ziekenhuizen opgenomen geweest (samen 4 à 5 maanden) en was 1 jaar en 10 maanden in een kinderkuis geweest. Dat wil zeggen 8 wisselingen. Die naar het pleeggezin is de 9e.

Als men Thea's verdere ontwikkeling wil bezien in het licht van de op haar gepleegde kindermishandeling (met ± 8 weken en met ruim 6 maanden), dan zal het heel moeilijk - zo niet ondoenlijk - zijn de gevolgen van deze "battering" te scheiden van het effect van zoveel en zo verschillende ziekenhuis-verblijven. Zoals hierboven opgemerkt is er ook nauwelijks een scheiding te maken tussen mogelijke hereditaire eigenschappen (van de buitenlandse vader is niets bekend) en de psychische gevolgen van de bejegening door de ouders, voor wie Thea immers een ongewenst kind was. De moeder wordt officieel psychisch gestoord genoemd, maar de beschrijving van de (niet-natuurlijke) vader zou tot dezelfde diagnose kunnen leiden. Wat heeft Thea daarvan bij haar geboorte meegekregen en welke invloeden heeft zij daarvan ondergaan? Zelfs kan men zich afvragen of de hevige nervositeit van de moeder tijdens haar zwangerschap en de agressiviteit van de vader in die periode van invloed zijn geweest. Ook voor het aanwijzen van mogelijke oorzaken van deze kindermishandeling spelen er zo veel verschillende factoren mee, dat men slechts een en ander kan noemen, zonder de vinger te kunnen leggen op wat de mishandeling van dit kind nu juist op gang gebracht heeft. Van die factoren willen wij noemen: het feit dat Thea een prematuur kindje was; het feit dat zij niet van de echtgenoot van de moeder was; het feit dat zij ongewenst was voor beide ouders; de gestoordheid van de moeder, die voor haar ongetwijfeld de bestaande stress-situaties nog moeilijker te dragen heeft gemaakt dan zij voor een volwaardige vrouw geweest zouden zijn. Daarnaast zou het verschil in leeftijd van de ouders (en dan de moeder nog ouder dan de vader) een rol hebben

kunnen spelen, al achten wij in dit geval de kans daarop niet groot. Of de jeugd van de ouders invloed gehad kan hebben op het mishandelen van Thea was niet vast te stellen, omdat er niets van bekend is en het thans moeilijk naar voren te halen is.

Als wij Thea's leventje nu beschrijven is zij 5½ jaar oud. Naast de medische (neurologische) kant van de zaak verliep haar ontwikkeling (in het ziekenhuis) aanvankelijk naar wens. Thea was een vrolijk en tierig kindje. Het was evenwel opvallend hoe slecht zij op haar moeder reageerde. Zodra deze ook maar enige toenadering zocht ging de baby krijsen en met bewegingen haar verzet uiten. Haar ontwikkeling is op gezette tijden bekeken door de ziekenhuis-neurologen. Daaruit blijkt dat zij aanvankelijk nog wel enige achterstand had in fysieke ontwikkeling. Met 10½ maand leek zij te functioneren op het niveau van 8 à 9 maanden. Zij had een aanwijsbare motorische retardatie. Zij is dan net in het kinderhuis, waar men haar al snel zag opbloeien. Kort voor haar eerste verjaardag leek zij over een drempel heen - zij werd levendiger, kwieker, praatte meer en stond met steun van de boxrand. Men rapporteerde: "zij gaat wat leven. In de groep speelt ze gezellig mee". Ook fysiek gaat zij vooruit. Met 1 jaar en 3 maanden was slechts de fijne motoriek niet adequaat voor haar leeftijd. Wel blijft zij klein. Omstreeks haar 2e verjaardag heeft zij lichaamsafmetingen, die eerder passen bij een éénjarig kind. De kinderpsychiater, die haar dan onderzoekt, noemt haar eenkennig, doch zeer genuanceerd reagerend. Zij heeft dan nog enige taalachterstand. Vergeleken met een jaar tevoren heeft Thea zich dan vrij harmonisch ontwikkeld. Met ruim 2 jaar leek zij alle achterstand ingehaald te hebben. Toen zij 2½ jaar oud was en in het pleeggezin kwam bleek zij echter nog niet zindelijk. Zij liep toen wel vrij goed, praatte vrij goed, en presenteerde zich als een vriendelijk (volgens de pleegouders voor vreemden zelfs te vriendelijk) en vrolijk kind. Neurologisch waren er geen afwijkingen meer te vinden, de vaardigheden waren conform haar leeftijd. Zij was echter een angstig kindje, dat zich het liefst verschanste in een kleine, ingeperkte ruimte. Zo zat zij in het kinderhuis bij voorkeur in de ring van een autoband, en op een andere manier zocht zij dezelfde uiterlijke geborgenheid in het pleeggezin. Zij durfde daar

aanvankelijk niet de tuin in te gaan, ook al zat de pleegmoeder daar op haar te wachten. De ruimte met een tuin erbij was eenvoudig te groot en te griezelig.

Bij het ingroeien in het pleeggezin zijn er (natuurlijk!) vele aanpassingsproblemen geweest. De (te) grote vriendelijkheid was daarvan een uiting, maar Thea wist ook op andere manieren niet de gewenste communicatiekanalen te vinden. Zij durfde niets te vragen, was erg gesloten en ging het liefst huilen als zij iets nodig had. Hoewel zij aanvankelijk veel eetlust had ging zij na enkele weken eetproblemen geven (niet willen eten, overgeven als zij voedsel ziet). Deze eetkwesties lijken haar speciale manier van afreageren van onbehagen. Zij komen steeds minder voor en op den duur (als Thea 3 jaar is) nog slechts in onschuldige vorm. De kinderpsychiater oordeelt op dat moment dat het meisje zich op alle terreinen ontwikkelt, doch dat zij emotioneel nog behoeften heeft van een veel jonger kind.

Later beschrijft men als het algemeen beeld op dat moment: een bijdehand kind, stralend voor de buitenwereld, maar in het gezin met zo nu en dan fors regressieve trekken. Die houden in: gauw huilen, angstig, niet naar de pleegouders durven komen, spel op te jong niveau. Opnieuw verloopt echter de ontwikkeling gunstig: Thea wordt zelfstandiger, vrolijker, en de eetproblemen blijven achterwege. Het kindje durft meer te doen en krijgt ook gewone jaloerse reacties t.a.v. het pleegbroertje. Anderzijds trekt zij zich aan hem op. Deze Koen is iets ouder dan Thea. De kinderen kunnen goed samen overweg, spelen samen en Thea wil "net als Koen". Dit kan zij nog niet in werkelijkheid - zij is nog steeds angstig bij geboden en verboden, en raakt zelfs in paniek bij alles wat buiten haar kleine kringetje van elke dag gaat. Het wordt allemaal steeds beter, maar het gaat héél langzaam en het vraagt veel van het geduld en de tact van de pleegouders.

Een belangrijke bron van moeilijkheden en onrust is het contact met de eigen ouders. De moeder was in het kinderruimte gewend om haar dochtertje elke dag te bezoeken. Dit is door de maatschappelijk werkster van de voogdijvereniging direct al wat verminderd, voor zover de moeder zich daar aan stoorde. Thans is het slechts eens per 3 maanden. De moeder heeft een soort primitieve bezitsdrang ten aanzien van haar kind, hetgeen zij uit in

heftige omhelzingen en naar-zich-toe-trekken. Net zo min als Thea in het ziekenhuis al iets van haar moeder wilde weten, zo is zij nadien allesbehalve gediend van deze emotionele en fysieke toenadering. Zij heeft dat niet alleen afgeweerd, maar zij is er altijd nog angstig voor. Niet alleen in de eerste tijd, maar eigenlijk ook nu nog heeft zij altijd een kleine terugval nadat haar ouders op bezoek zijn geweest. De verhouding met haar vader is beter, zij is voor hem niet bang. En met broertje Peter is de relatie zonder meer goed. Peter komt dan ook - alleen - vaker bij zijn zusje op bezoek dan de ouders. Ondanks deze problemen heeft de voogdijvereniging bewust de band met de eigen moeder in stand gehouden. Bij het overwegen daarvan geldt niet alleen dat men - bij een eventueel kappen van de relatie - op daadwerkelijke tegenstand ("actie") van de vader zou stuiten, maar meer nog dat men Thea de realiteit wil laten beleven dat zij naast haar pleegouders eigen ouders heeft. Dit om te voorkomen dat zij gaat vragen en zoeken als zij het t.z.t. gaat beseffen. Het is vanzelfsprekend dat men een optimale veiligheid voor het kind in het pleeggezin wil zien te verkrijgen. Dit hoopt men mede te bereiken door Thea er van te doordringen dat zij ondanks alles altijd op de pleegouders kan terugvallen.

Een grote moeilijkheid bij dit alles was (en is!) het minieme zelfgevoel van Thea. Dat zij leed onder separatie-angst was niet te verwonderen. Een nieuw psychiatrisch onderzoek op grond van dit alles (Thea is dan bijna 4 jaar) geeft echter gunstige berichten. De cognitieve ontwikkeling blijkt door de voorgaande traumata niet geschaad te zijn. Het kindje functioneert zeker op leeftijdsniveau. De spraakontwikkeling - zowel actief spraakgebruik als passief taalbezit - is uitstekend. Ook de spelontwikkeling is goed. De motoriek is bij het trappen lopen nog wat onzeker. Het meisje is behoorlijk intelligent, zij vertoont intellectueel geen achterstand. Toch blijft zij in de maanden rondom haar 4e verjaardag een moeilijk kindje voor haar opvoeders. Het is duidelijk dat zij een diepgeworteld wantrouwen in zich draagt.

Eten en huilen (dwingen!) blijven voor haar een wapen. Zij vraagt daarmee niet alleen aandacht, maar zoekt ook merkbaar affectieve geborgenheid. Na haar 4e verjaardag gaat zij enkele

ochtenden per week naar de kleuterschool (aanvankelijk zelfs niet meer dan enkele uren!), wat zij heerlijk vindt. Zij kan zich handhaven tussen de andere kinderen en als zij onzeker is zoekt zij zelf de steun van een ander kind, dat toevallig in de buurt is. Thuis kan Thea goed alleen spelen, zij vertelt haar pop alles wat zij beleefd heeft.

De periode van ingroeien in het pleeggezin is thans (thea is 5½ jaar) dan misschien schijnbaar wel afgesloten, toch blijft het evenwicht labiel en vraagt Thea voortdurend een omzichtiger zorg dan een willekeurig kind. Elke verandering is hachelijk voor haar en vergt zorgvuldige voorbereiding. Over het geheel genomen ziet het er echter naar uit dat Thea het in dit warme pleeggezin zal kunnen redden, ook voor haar verdere leven als opgroeiend kind. Haar moeilijkheden met relaties en communicatie, haar immense behoefte aan affectie enerzijds en haar grote wantrouwen anderzijds, - dit alles is misschien terug te brengen op haar ervaringen met haar eigen ouders, maar kan ook samenhangen met de vele wisselingen van tehuis in de eerste 2½ jaar van haar leven. Dit zal nooit te scheiden zijn en de directe gevolgen van de kindermishandeling zullen dan ook voor dit meisje niet zonder meer vastgesteld kunnen worden.

Wat betreft het vervolg van eventuele mishandeling in dit gezin, nadat Thea uit huis gegaan was is niets aan het licht gekomen. Met name hebben de ouders geen nieuw kind "genomen". Hun houding en optreden tegen Peter kan een vorm van kindermishandeling genoemd worden, doch staat o.i. los van wat de moeder met Thea heeft gedaan. Peter is dus geen vervangfiguur voor zijn jongere zusje geworden.

L. 4. Kleuter met een aangeboren hartgebrek; levensgevaarlijk mishandeld

Zowel Greetje's moeder als haar grootmoeder hebben in hun jeugd in internaten verbleven. De grootmoeder zelfs gedurende het grootste deel van haar kinder- en meisjesjaren. De moeder van haar 16e tot zij bijna 18 was. Het ouderlijk huis van de moeder was verre van ideaal: alcohol en prostitutie veroorzaken een weinig harmonieuze jeugd voor haar.

Haar huwelijk was van het begin af aan slecht. Het meisje for-

ceerde een zwangerschap om uit het internaat te komen en trouwde (op haar 17e!) tenslotte met de vader van haar kind. De "man" was net 18 en er bestond geen enkele andere band tussen het span dan dit ouderschap. Zij hadden vaak ruzie, de man was bijna steeds werkloos. Men zat vaak zonder geld, en om hierin te voorzien dwong de man zijn jonge vrouw (kort na de geboorte van Greetje, het tweede kind, een paar jaar jonger dan de oudste) om in de prostitutie te gaan, wat zij "terwille van de kinderen" deed. In die tijd zorgde de vader voor de twee kleintjes, al is het begrip "zorg" hier nauwelijks op zijn plaats. De man ging al spoedig daarna weg uit het gezin, en de moeder knoopte een relatie aan met een eveneens veelvuldig werkloze man, met wie zij jaren van wisselend bij elkaar en uit elkaar zijn heeft gekend. De moeder had weinig band met Greetje en bracht het kind een paar maal naar de vader, ook al wist zij dat deze niet voor het meisje kon zorgen. Toen men twee jaar na het uiteengaan officieel van echt scheidde, kwam er een eind aan dit contact.

Wat Greetje betreft: ook in de tijd dat de "oom" op het toneel was wist de moeder eigenlijk geen raad met dit kind. Zij heeft zich nooit tot het meisje aangetrokken gevoeld, "zag" haar nauwelijks, en er is nooit een gevoelsmatige ouder-kind-relatie tussen moeder en dochter geweest. Omgekeerd zou de vader zich wel aan het meisje gehecht hebben. Voor haar zorgen kon hij echter niet, evenmin trouwens als de moeder. Het kind is enige malen met voedingsstoornissen in het ziekenhuis opgenomen moeten worden, en ook eens met uitgebreide huidinfecties. Ook omdat er op een peuterspeelzaal striemen geconstateerd werden, zou er toen al alle reden geweest zijn om de vertrouwensarts in te schakelen. Al bij de eerste opname (zij was toen ruim anderhalf) vond men haar in het ziekenhuis geestelijk en lichamelijk achter op haar leeftijd! Tekenend was ook dat het kindje met 2 jaar nog geen vast voedsel tot zich nam. Ondanks al deze signalen werd de vertrouwensarts pas gewaarschuwd toen Greetje met 3½ jaar acuut in een ziekenhuis opgenomen moest worden wegens een ernstig inwendig trauma na een "ongeval". Een uitgebreide operatie was nodig om het leven van het kind te redden. Greetje is normaal en op tijd geboren. Haar geboortegewicht bedroeg bijna 7 pond. Het was een klinische bevalling om sociale redenen. Zij ging naar huis met gemengde voeding. Toen zij één

jaar en 4 maanden oud was is er een aangeboren gebrek bij haar geconstateerd, waarvoor de specialist op dat moment geen verder onderzoek nodig vond, evenmin als behandeling. Het meisje is er tenslotte aan geopereerd toen zijn bijna 5 jaar was, in het kader van de maatschappelijke maatregelen, die intussen getroffen waren.

Na de operatie aan het inwendig letsel (dus met 3½ jaar) was Greetje nog korte tijd thuis, maar het was zo evident dat de moeder haar noch gevoelsmatig noch praktisch iets te bieden had, dat het meisje in een kinderkuis geplaatst werd, met instemming van de moeder, die haar onmacht leek in te zien.

Met dat al had Greetje in de eerste drie en een half jaar van haar leven weinig anders gekend dan misère. Weinig affectie (hoogstens van haar vader), een onharmonieuze omgeving met ruzie en vechtpartijen tussen de volwassenen, een achtergesteld-worden bij het oudste kind, en een materieel slechte behandeling, die herhaaldelijk in mishandeling overging. Of daarbij de vijf(!) verblijven in het ziekenhuis (in anderhalf jaar) gezien moeten worden als even zo vele periodes "van herademing", of dat de frequente hospitalisering het daarbij behorende negatieve effect heeft gehad is natuurlijk moeilijk uit te maken.

Hoe het ook zij, de gevolgen van dit alles deden zich vanzelfsprekend in eerste instantie voelen in het kinderkuis. Greetje was een angstig, schrikachtig kind met tics, dat weinig zelfvertrouwen had en dat duidelijk op zoek was naar veiligheid. Na ongewone gebeurtenissen, zoals onderzoek of behandeling in het ziekenhuis, viel zij terug op een gedrag dat zij al eerder getoond had maar overwonnen had, zoals duimzuigen en in bed wiegend in slaap proberen te komen. Toch was het mogelijk haar na anderhalf jaar (d.w.z. nadat ook de aangeboren afwijking verholpen was) in een pleeggezin te plaatsen, ook weer met volledige instemming van de moeder.

Greetje kwam daar als een angstig, onzeker kind, met een grote ontwikkelingsachterstand. Zij was nerveus en vertoonde vele tics. Dat zij aanvankelijk heel moeilijk was voor de pleegouders behoeft nauwelijks betoog. Toch ging zij - zij het uiterst langzaam - haar achterstand wat inlopen, al sprak een psycholoog, die haar onderzocht toen zij anderhalf jaar in het pleeggezin

was, van een ernstige intellectuele en emotionele retardatie. Haar verstandelijke prestaties lagen op debiel niveau. In haar fantasiewereld werd zij gemakkelijk overspeeld door emoties, met veelal angstige en soms agressieve inhoud, waardoor het contact met de realiteit in sterke mate belemmerd werd. Voor alles had zij toen behoefte aan liefdevolle warmte. Contact met haar moeder had een chaotiserend effect op het kind. Ook in die tijd neigde zij tot regressief gedrag.

Over het geheel verliep echter het verblijf van het meisje in het pleeggezin gunstig en ook de laatste paar jaar blijft Greetje zich in opwaartse lijn ontwikkelen, over de hele linie. Verstandelijk blijft zij zwak, maar haar omgang met volwassenen en leeftijdgenootjes gaat goed, al blijft veiligheid en warmte voor haar een eerste vereiste. Zij ziet haar moeder wel, maar hun omgang met elkaar heeft van geen van beide kanten enige inhoud.

De vooruitzichten voor Greetje zijn niet ongunstig, maar wij vrezen toch wel te moeten stellen dat zij de gevolgen van haar belevenissen uit haar eerste levensjaren nooit geheel te boven zal komen.

Greetje werd door het lot aangewezen voor een case study op grond van haar aangeboren afwijking. In het algemeen is het denkbaar dat ouders in reactie op een afwijking bij hun kind dat kind gaan mishandelen. Ook kan men zich voorstellen dat een afwijking het gedrag van het kind zozeer bepaalt (in de zin van lastig-zijn, zeuren, etc.) dat als gevolg daarvan de ouders tot mishandeling komen. In Greetje's geval is het van geen van deze beide mogelijkheden geheel duidelijk of en in hoeverre zij een rol gespeeld hebben. Het gebrek werd pas ontdekt toen het kindje één jaar en 4 maanden oud was, d.w.z. op een moment dat de ouders al hun geheel eigen manier van omgaan met de baby hadden. In hoeverre de tweede verklaring voor haar opgaat is eveneens moeilijk met zekerheid te zeggen. Actie en reactie beïnvloeden elkaar immers over en weer. Het gedrag van het kind heeft effect op de houding van de ouder(s), en het optreden van de ouders bepaalt voor een deel het doen en laten van het kind. Gezien de voorgeschiedenis van de moeder en de omstandigheden tijdens de eerste jaren van Greetje's leven (jonge, onvolwassen ouders, een moeder met negatieve jeugdervaringen, een slecht

huwelijk, ruzie, wisselende aanwezigheid van de volwassenen en eveneens wisselende verzorgers) menen wij te kunnen stellen dat als de afwijking een rol gespeeld heeft (het kind was en is altijd nog gauw moe) dit slechts één facet was van de factoren, die tot mishandeling en affectieve verwaarlozing geleid hebben. Het komt ons voor dat de onmacht van ieder der ouders in dit geval de belangrijkste oorzaak genoemd moet worden.

Het is wat al te gemakkelijk om te zeggen dat een kind als Greetje nooit geboren had moeten worden, ook al dringt die gedachte zich op. De ouders - jong en met beperkte mogelijkheden, maar vooral zonder gevoelsband samenlevend - hadden genoeg aan zichzelf (te veel al!) en waren ten enen male niet bij machte om de ouderrol te vervullen. Als er dan toch een kind is, is het aan de omgeving om aan de bel te trekken bij de eerste tekenen van misgaan. In Greetje's geval was dat toen zij met anderhalf jaar voor het eerst in het ziekenhuis kwam. Men heeft toen wel verwaarlozing geconstateerd, maar nog geen stappen genomen ter bescherming van het kind. Pas toen Greetje 3½ was, was de situatie zo evident dat de vertrouwensarts is ingeschakeld en via hem de kinderbescherming in actie is gekomen. Het is pure veronderstelling als wij redeneren dat de grootste schade al in de eerste anderhalf levensjaren was toegebracht. Het feit dat die hoogst ongewenste situatie nog eens twee jaar voortduurde heeft echter zonder enige twijfel het meisje nog verder kwaad gedaan.

Als men dan eenmaal probeert e.e.a. in betere banen te leiden doet zich de altijd weer terugkerende vraag voor: helpt men het kind meer door het in het eigen milieu te laten (en dáár hulp te bieden) of door het uit huis te halen. In Greetje's geval was deze vraag al spoedig te beantwoorden. Zowel het vermogen van de moeder om zich anders te gaan gedragen als haar belangstelling voor haar dochttertje en haar wil om iets terwille van het kind te doen of te laten waren ten enen male onvoldoende. Ook de vader kwam niet in aanmerking, voor zover hij zelfs nog betrokken was bij zijn dochttertje op het moment dat deze beslissing genomen moest worden. Het is een zegen dat Greetje - na een eerste heroriëntatie op het iets meer vrijblijvende terrein van een kinderkuis - al vrij snel in een warm pleeggezin opgenomen en opgevangen kon worden. Het ziet er naar

uit dat dit een blijvende situatie kan zijn, hetgeen de ontwikkeling van het kind alleen maar ten goede zal komen.

L. 5. Kleuter, één van een tweeling. Recidiverende mishandeling

Marietje is - nu wij dit schrijven - 12 jaar. Zij heeft een tweelingzusje en onder hen is een broertje (ruim 2 jaar jonger) en een zusje (ruim 6 jaar jonger). Alle vier de kinderen hebben een stormachtige jeugd gehad tot nu toe, maar voor Marietje geldt dit het sterkst. Want afgezien van de omstandigheden, die voor alle vier golden, speelt t.a.v. haar het punt dat de moeder vaak momenten van twijfel heeft gekend of dit kind werkelijk h  r kind was. Zij meent dat de baby in het ziekenhuis verwisseld is. Van het begin af aan heeft de vrouw dit a.h.w. ingecalculeerd in haar houding t.o. dit meisje. Iedere uiting van de baby (huilen!) werd negatief geïnterpreteerd en jarenlang is er sprake geweest van een wonderlijke ambivalentie van de moeder. Enerzijds wees zij Marietje af, anderzijds heeft zij nooit afstand van het kind willen doen omdat zij, (mogelijk uit onbewust schuldgevoel over de afwijzing!) aan het kind gebonden was en het "telkens opnieuw wilde proberen". Met dat al was er steeds een opvallende tegenstelling in haar houding tegenover de tweeling. Marietje deed niets goed en zij werd streng (en onredelijk) gestraft. Ellen was in de ogen van de moeder een lief en aanhankelijk kind, dat geen kwaad kon doen. Juist door deze dagelijks merkbare tegenstelling was het effect ervan voor de verguisde tweelinghelft dubbel zo schrijnend. Weliswaar heeft de vader zich op zijn beurt extra voor Marietje opgeworpen, maar dit vermocht niet de strijdsfeer op te heffen.

De ouders zijn jong getrouwd. De moeder was net 16 jaar geworden en de vader 22. Hij wordt beschreven als een "keiharde", een man met principes, die hij rechtlijnig nakomt. Hij was "stapelgek" op zijn jonge vrouw en handelde alsof zij zijn bezit was. (uit jaloezie sloot hij haar wel op, opdat zij niet met jongens in aanraking zou komen!) Zij trachtte zich daar aan te ontworstelen, wat hem het gevoel gaf steeds door haar in de luren gelegd te worden. De vrouw heeft omgekeerd nooit van deze man gehouden. Het huwelijk was voor haar een noodsprong om haar leven een andere wending te geven. Zij was de jongste uit een

gezin van 3 kinderen. Naar haar zeggen heeft zij van haar 2e tot haar 4e jaar in een sanatorium gelegen met longtuberculose. Kort nadat zij was thuis gekomen is haar moeder aan deze ziekte overleden. Haar vader zou zich niets van de kinderen hebben aangetrokken en zou zijn gaan varen. Zij zelf was toen eerst een jaar in een kinderkuis, daarna werd zij opgenomen in het gezin van haar grootouders moederszijde, waar haar broertje al eerder was gekomen. Er bestond een duidelijke rivaliteit met deze jongen, die in haar idee werd voorgetrokken boven haar. Het meisje bleef op de lagere school tweemaal zitten en zij heeft geen ander onderwijs meer genoten. Zij wordt zwakbegaafd genoemd. Na de school kwam zij haar grootmoeder, die veel ziek was en weinig kon doen (suikerziekte), in het huishouden helpen. Zij werd een vinnig, onverschillig meisje genoemd. Toen zij 10 jaar was zijn er door een man met haar en een vriendinnetje ontuchtige handelingen gepleegd. Het meisje (vrouwje) zelf deed later verhalen over ontucht, die niet te controleren zijn en die mogelijk aan de fantasie van een zwakbegaafde toe te schrijven zijn. Het huwelijk van de grootouders zou heel slecht geweest zijn en de grootvader zou haar vanaf haar 7e jaar sexueel benaderd hebben. Toen zij dit op haar 12e aan haar grootmoeder verteld had zou dat weinig verandering in de situatie gebracht hebben. Het meisje zou gesmeekt hebben haar in een internaat te plaatsen. Zij verloofde zich officieel toen zij 15 was en heeft zich letterlijk en figuurlijk in de armen van deze man gestort, met wie zij enkele dagen na haar 16e verjaardag is getrouwd. De grootmoeder zou kort tevoren of kort erna overleden zijn. Later had deze kleindochter schuldgevoelens t.a.v. de vrouw, in verband met de ontucht met de grootvader. Zij vertelde (ook pas kortgeleden) dat de grootvader haar vaak sloeg.

Toen het jonge vrouwje na ruim een jaar huwelijk zwanger werd (17 jaar oud) koesterde zij de illusie dat een kind verbetering zou brengen in de slechte huwelijksverhouding. Dat ging niet op. Men kreeg een tweeling (onverwacht, en de moeder net 18 jaar!) en de problemen om Marietje verergerden de situatie zelfs. De vader beschermde haar ("trok partij") en dat gaf nieuwe conflicten tussen de echtelieden. Er waren zulke spanningen en botsingen (ruzies, over en weer slaan) dat zij enige malen uit elkaar zijn geweest. Een vreemde wederzijdse

ambivalente gebondenheid deed hen dan toch weer bij elkaar komen, tot het negatieve deel de positieve kant zo zeer ging overheersen dat er een echtscheiding kwam, na ruim 10 jaar huwelijk.

Behalve dat zij soms bij de ene, soms bij de andere ouder waren (het was alsof de ouders de kinderen naar elkaar toe speelden of van elkaar afpakten, o.a. door hen bij school op te wachten en mee te nemen) hebben de kinderen ook diverse woonsituaties gekend. Met het hele gezin, met de moeder elders, Marietje bij de vader, terwijl de moeder met de andere kinderen gedurende een half jaar ondergedoken was, later het va-et-vient tussen de apart wonende ouders, waarbij slechts zelden de vier kinderen bij elkaar bleven. Bovendien heeft Marietje op de leeftijd van 5 jaar ongeveer anderhalf jaar in een kinderkuis doorgebracht, en 4 à 5 jaar later zijn de oudste drie kinderen een half jaar in een (ander) kinderkuis geweest.

Na de echtscheiding kreeg de moeder het gezag over de kinderen. Zij was toen 27 jaar, maar maakte nog een onvolwassen indruk. Zij bezocht veel (en laat) cafés en had zoveel met zichzelf te stellen dat zij weinig aandacht over had voor haar kinderen. Zij was dan ook niet bij machte haar (natuurlijk!) moeilijke viertal op te voeden, zelfs de verzorging gaf problemen. Na een half jaar zette zij dan ook de kinderen bij haar ex-man op de stoep, die niet de praktische mogelijkheden had om de kinderen bij zich te hebben. Hij deed wat hij kon, tot de moeder het viertal na een paar dagen weer terugnam. Na een maand of drie liep het haar zo zeer uit de hand, dat de tweeling en het jongetje (op haar verzoek) in een kinderkuis geplaatst werden. Na een half jaar kwamen zij weer bij de moeder (en het vierde kind) terug. Vijf maanden later hadden de ouders ieder twee kinderen (Marietje en het broertje bij de vader), daarna waren zij weer enige tijd alle vier bij de vader, kortom: de eerder beschreven wisselingen en onzekerheden over verblijf en gezag of loyaliteit gaan ook na de echtscheiding door. De vader vraagt tenslotte voorgedijwiziging aan wat betreft alle kinderen, maar is in zekere zin opgelucht als er beslist wordt dat zijn ex-vrouw en hij ieder twee kinderen onder hun hoede krijgen. Dat betekent dat Marietje en het broertje bij de vader zijn en - naar wij hopen - blijven.

Het bureau vertrouwensarts kreeg een melding van fysieke

mishandeling van Marietje toen het kind 5 jaar oud was. De moeder zou haar (al lang) veel slaan en haar op een vreemde manier straffen. Zij had het meisje als peuter al in de kelder opgesloten, zou haar met een capuchon aan de kapstok hebben opgehangen, en stopte haar ook wel drie dagen in bed. Het bureau vertrouwensarts behoeftde deze kindermishandeling slechts te registreren. De zaak bleek sinds enkele maanden bekend te zijn bij de kinderbescherming. Van daaruit had men aanvankelijk geprobeerd de moeder hulp te bieden bij de opvoeding, maar deze stond daar zo weinig voor open en drong zo zeer aan op een uithuisplaatsing, dat dit de beste oplossing voor het kind leek. Marietje werd op haar 5e jaar in een kinderkuis geplaatst en bleef daar ruim anderhalf jaar.

Van een normale, geleidelijke ontwikkeling van het kind is eigenlijk nooit sprake geweest. Het begon praktisch al bij de geboorte. Marietje was de kleinste van de tweeling en moest wegens een te gering geboortegewicht twee weken langer in het ziekenhuis blijven dan de moeder en Ellen. Direct na thuiskomst bleek zij een huilerige en jengelende baby te zijn, die moeilijk dronk en at. Wat later gooide zij met haar eten, bleef huilerig (gilde 's nachts in bed), zou na een standje in de gang of in haar bed plassen, op straat dronk zij uit een plas of knoeide met modder, en zij bleek voortdurend bezig te zijn met de kwestie van lief-zijn en stout-zijn. Hierbij speelde een rol dat Ellen in de ogen van de moeder altijd alles goed deed en een zekere liefde kreeg, terwijl Marietje nooit genade kon vinden in haar moeders ogen. De vrouw beleefde het alsof Marietje extra stout was, extra dingen vernielde, om haar te treffen. Zij voelde zich onmachtig over dit kind (juist ook als Marietje schijnbaar helemaal niet op straf reageerde en b.v. drie dagen stilletjes in bed lag) en gaf haar extra op haar kop om te tonen dat zij - de moeder - de baas was. Actie en reactie vormen hier wel een onuitwarbare knoop..... Dat Ellen volgens de moeder een lief, aanhankelijk en altijd tevreden kind was heeft voor het tweelingzusje alles alleen nog maar moeilijker en ingewikkelder gemaakt.

Toen de tweeling drie jaar was vertrok de moeder met Ellen en het jongetje naar haar zuster. Marietje werd eerst ondergebracht bij haar grootmoeder vaderszijde, en vervolgens bij een tante,

tot zij naar het kinderhuis ging. Daar had zij duidelijk de vroeger gemiste koestering in te halen. Daarbij deed zij aanvankelijk een aanstellerig beroep op de ander, terwijl ook de neiging tot kwellen, vernielen en plagen aan haar opvoeders zorgen baarde. Toch kon zij al vrij spoedig haar agressie tegen volwassenen openlijk uiten, wat gevolgd werd door hetzelfde tegen haar leeftijdsgenootjes, waardoor er nog al wat conflicten kwamen. Lange tijd bleef Marietje zich achteruit gesteld voelen. Op den duur leerde zij haar gevoelens beter uiten, ook haar tevredenheid of blijheid. Wist zij zich eerst geen houding te geven als zij geknuffeld werd, na een jaar ging zij er zichtbaar van genieten. De agressie t.o.v. volwassenen en kinderen werd minder en zij ging meer vertrouwen stellen in "grote mensen". Na ruim een jaar leken de conflicten overwonnen en zag Marietje er uit als een tevreden, vrolijk meisje. Zij bleef echter behoefte houden aan zekerheid en veiligheid. Zodra de situatie onzeker en onoverzichtelijk werd (zelfs op een nieuwe school) geraakte zij uit haar evenwicht. Ook de relatie tot haar ouderlijk huis bleef problemen geven. Marietje viel na contact met thuis maar al te gauw terug in oud probleemgedrag. Toch is de winst van anderhalf jaar kinderhuis groot en samen met haar doorzettingsvermogen en gevoel voor humor wordt voldoende geacht voor een terugkeer naar huis. Dit wordt ingeleid door dagjes en weekends thuis-zijn, waarbij Marietje haar vroegere protest, dat zij uitte door huilen en stilzwijgende kritiek, omzet in agressieve reacties, hetgeen door de moeder beter te incasseren is. Het is wonderlijk om te zien hoe zeer moeder en dochter ambivalent aan elkaar gebonden zijn, waardoor zij ondanks alles elkaar niet los kunnen laten. Hoewel er vele tekortkomingen zijn wat de opvoeding door de ouders betreft (de vader streng, de moeder dan haar medelijden tonend, de moeder zelf vaak scheldend en dreigend, maar dat lang niet altijd uitvoerend), kunnen de mensen toch een sfeer van gezelligheid scheppen. De band tussen ouders en kind heeft zich in positieve zin ontwikkeld. Vooral ook omdat de moeder een vierde kind verwacht (dat niet de plaats van Marietje zou moeten gaan innemen!) wordt Marietje dan ook 5 maanden vóór haar 7e verjaardag definitief thuis geplaatst. Dit gaat - zeker de eerste tijd - vrij goed. De moeder kan haar zwarte schaapje nu gevoelsmatig beter

accepteren en de ouders vinden Marietje niet anders of moeilijker dan de andere kinderen. De opvoeding blijft vrij primitief gebeuren, en van de kant van de moeder inconsequent, maar de sfeer is vaak goed. Marietje kan nog moeilijk een vast vriendinnetje houden, zij speelt veel en met plezier met het broertje. Op school had zij moeite. Haar leerprestaties waren slecht, waardoor zij zich onzeker ging voelen, hetgeen haar gedrag moeilijk maakte. Toen zij bleef zitten (en ook op een andere school was) ging het de tweede maal beter, zowel het leren als haar gedrag. Het nare is dat de ouders Marietje dommer vinden dan Ellen. Door hun verwachtingen en door het vlugge en slimme reageren van Ellen wordt Marietje onzeker en zij presteert dan minder dan zij zou kunnen.

Mag de sfeer in het gezin dan vaak goed en zelfs warm genoemd worden, onder de oppervlakte speelt zich een bedenkelijke strijd af, die in wezen strijd tussen de ouders is, waarbij echter de kinderen als wapen worden ingeschakeld. Zo werd Marietje door de moeder gebruikt om de vader te treffen, en werd het jongetje door de vader gebruikt om de moeder te kwetsen. Dit zoontje was haar lieveling, wat de man jaloers maakte. Volgens haar werd de jongen door hem vernederd, vooral wat zijn sexe betrof, en werd hij soms barbaars behandeld. Het vreemde is bij die interpretatie door de moeder, dat later de jongen - samen met Marietje - duidelijk bij de vader thuishoort en niets van zijn moeder moet hebben. Ook de wisselwerking tussen beide ouders en Ellen is gecompliceerd en onverkwikkelijk. Eigenlijk weet het meisje zowel haar vader als haar moeder te bespelen en "zo nodig" tegen elkaar uit te spelen. Het is in deze periode dat de huwelijksmoeilijkheden manifest worden. Zij vormen de inleiding tot de tweede periode van de hierboven beschreven wisselingen in ouderlijke zorg en in verblijfplaats van de diverse gezinsleden. Deze laatsten worden vermeerderd met een vriend van de moeder, die haar concubin wordt en met wie zij haar gezin en huishouden weer wilde opbouwen. Dit lukte echter niet. De relatie tussen deze twee mensen is allesbehalve probleemloos, er wordt over en weer fiks geslagen, de concubin is in wezen afhankelijk van zijn partner en men heeft heel wat samen te stellen, waardoor men te weinig aandacht heeft voor de kinderen. Deze werden steeds moeilijker en afgezien van het

heen-en-weer-sturen van hen vroeg de moeder enige malen om hun plaatsing in een internaat, wat zij dan overigens soms ook weer introk. Tenslotte is de vrouw echter ten einde raad. De drie oudsten gaan hun eigen gang, luisteren niet naar haar en slaan haar. Bovendien zouden zij volgens de moeder regelmatig op het politiebureau belanden, wegens stelen uit warenhuizen en baldadigheid. Inderdaad gaan de tweeling en het jongetje dan een half jaar naar een kinderkuis. Daarna begint de carroussel van voren af aan.... Een tekenend voorval uit die tijd is het volgende: In een periode dat alle kinderen bij de vader zijn, brengt hij hen volgens afspraak bij de moeder, om haar verjaardag te vieren. Toen hij hen 's avonds kwam halen was er niemand thuis; men vierde de verjaardag in een café en het was "wat uitgelopen"!

Zoals vermeld is de uiterlijke stand van zaken thans zo dat ieder der ouders twee kinderen bij zich heeft. Marietje en haar broertje zijn bij de vader. Deze situatie bestaat nog te kort om een oordeel te kunnen geven over het verloop en over de ontwikkeling van speciaal Marietje. Bij een kortgeleden uitgevoerd psychologisch onderzoek komt Marietje naar voren als een kind met gevoelens van onveiligheid, angst om gekwetst te worden, dood te gaan. Zij heeft tot nog toe zo weinig geborgenheid en warmte ontvangen, dat zij vol angst, agressie en wantrouwen in het leven staat. Zij klampt zich met klem vast aan haar vader, de enige die haar tot nog toe in bescherming heeft genomen en die het voor haar heeft opgenomen. Haar moeder wijst zij openlijk af, al blijkt in haar beleving de moederfiguur erg belangrijk te zijn. Er is een groot verdriet en heimwee naar een moeder, die er voor haar niet is. De moederfiguur is voor haar een verbiedende, repressieve vrouw. Het kind is voortdurend in openlijk of stiekem verzet tegen deze moeder. Zij voelt zich nog altijd door haar eigen moeder achtergesteld en vernederd, wat teleurstelling en woede in haar oproept. Het meisje voelt zich vaak alleen - zij heeft weinig positieve relaties met andere kinderen, met wie zij vaak overhoop ligt.

De achtergrond van de kindermishandeling heeft naar onze mening in dit geval (zoals gewoonlijk!) vele facetten. De belangrijkste daarvan zijn de al of niet reële verwisseling van de baby (met

de daaruit voorvloeiende afwijzing van de ene helft van de tweeling) en de eigen jeugd van de moeder. Haar jeugdbelevenissen zijn een chapter apart. Twee jaar lang uit huis als peuter, de dood van haar moeder kort daarna (in de steek gelaten), het vertrek van de vader (zelfde effect). Dan gaat het broertje naar de grootouders, zij komt daar pas na nog eens een jaar kinderhuis. De slechte huwelijksverhouding van de grootouders en het geslagen worden door de grootvader, met de ontuchtige handelingen door hem (?) en door een vreemde, de rivaliteit met het broertje, bij wie zij zich achtergesteld voelt. Daarbij is zij intellectueel zwakbegaafd, is zij getrouwd als zij net 16 is met een man van wie zij niet houdt, maar aan wie zij vreemd ambivalent gebonden is. Zij krijgt dan een tweeling (waar zij niet op gerekend had) met 18 jaar, wat zij hoe dan ook al niet aan kon, maar waarvan het ene kind dan nog huilerig en dwars is (eigenlijk haar opnieuw het gevoel geeft afgewezen te worden - ook al kan dit gedrag van het kindje in omgekeerde zin op dezelfde manier verklaard worden). Is het een wonder dat een vrouwtje met zo'n achtergrond ten eerste onmachtig is om kinderen op te voeden en ten tweede één bonk onverwerkte problemen is, die zij voor een deel projecteert op haar kinderen?

Dit alles zou al meer dan genoeg de kindermishandeling verklaren zoals die aan het bureau van de vertrouwensarts gemeld is. Uit het oogpunt van kindermishandeling bezien speelt dan bovendien - naast het oorspronkelijke hardhandige optreden van de moeder - een zeker even grote rol de enorme onveiligheid en onzekerheid voor de kinderen in verband met het heen en weer geslingerd worden door de ouders. Dat deze - vooral de moeder - er nooit bij hebben stilgestaan wat dit voor een kind betekent is wel tekenend voor hun mentaliteit. Eigenlijk zijn wij geneigd de vraag op te werpen wat een ernstiger mishandeling is: het oorspronkelijke slaan en straffen door de moeder, of de inconsequentie van moeder's wijze van opvoeden over het gehele vlak.

Het verblijf in het kinderhuis, toen zij 5 jaar was, heeft Marietje duidelijk goed gedaan. Later het half jaar in een tehuis, samen met Ellen en het broertje, wat te kort is om een ander effect te hebben dan een gescheiden-zijn van de ouders, aan wie de kinderen ondanks alles zo sterk gebonden zijn. Als

het gezin zich na jarenlange strijd tenslotte in tweeën splitst is de winst voor de kinderen dat zij bij die ouder kunnen zijn, bij wie zij zich het veiligst voelen. Marietje en het broertje bij de vader, Ellen en het jongste kind bij de moeder. De regeneratieve kracht van deze kinderen is dan tegelijk een wonder en hun redding. Het kan niet anders of zij hebben nog steeds ernstige ontwikkelingsproblemen, maar het ziet er naar uit dat er met deze deling van het oorspronkelijke gezin een start gemaakt is die wat belooft.

Vanuit de kinderbescherming heeft men - zoals zo vaak ! - een keus moeten doen tussen een rigoureuus ingrijpen (met een veiligstellen van de kinderen, maar een verbreken van de familieband) of een beïnvloeding van de wankelende situatie zonder het uiteenhalen van ouders en kinderen. Men heeft voor het laatste gekozen en op die manier heeft de kinderbescherming geen spectaculaire rol gespeeld. Juist in zijn onopvallendheid heeft men (de gezinsvoogdes!) echter belangrijk en goed werk gedaan. Voor deze kinderen, die zo - zij het ambivalent - aan hun ouders gebonden zijn, was dit mogelijk het best haalbare. Als men zich indenkt wat de kinderen te verwerken hebben gehad door wat wij hierboven noemden "de enorme onzekerheid en onveiligheid, in verband met het heen en weer geslingerd worden door de ouders" dan dringt zich echter wel de vraag op wat dit de kinderen heeft gedaan, in hoeverre zij deze ervaringen kunnen verwerken, en wat dit eventueel aan onherstelbare schade heeft berokkend die zich in hun verdere leven zal doen voelen. Bij dat laatste denken wij dan ook aan de volgende generatie: hoe zullen deze kinderen, met hun jeugdervaringen, straks als ouders met hun kinderen omgaan?

L. 6. Zuigeling van een ongehuwde moeder. Mishandeling en verwaarlozing

Of de kleine Nellie werkelijk met opzet door haar moeder zodanig was behandeld dat zij een brandwond opliep, of dat de mishandeling bestond uit een onoordeelkundig, onachtzaam omgaan met de 2 maanden oude baby, is nooit vastgesteld kunnen worden. Wel was duidelijk dat de moeder nauwelijks of zelfs helemaal niet een emotionele band met het kindje had. Dit is verklaarbaar zowel

vanuit de eigen jeugd van deze jonge vrouw als op grond van de omstandigheden ten tijde van de geboorte van Nellie.

Als kind van anderhalf jaar ging de moeder naar een tehuis, aangezien haar ouders gescheiden waren en de vader (die de voogdij kreeg) niet voor het meisje kon zorgen. Met 8 jaar kwam zij bij hem en zijn tweede vrouw terug. Met deze laatste had zij geen hechte band en op haar 18e probeerde zij haar heil te vinden bij haar eigen moeder. Ook dit bracht voor het meisje geen uitkomst. Zij zwierf van het ene gezin naar het andere, tot zij op haar 22e een niet al te gunstige man leerde kennen, met wie zij ging samenwonen nadat zij (in een tehuis) een dochtertje van hem had gebaard. Kort daarna raakte de vrouw in verwachting van Nellie - een kind waar noch de vader noch de moeder ook maar in de verste verte blij mee waren. De gevoelsmatige afstand tot de baby werd bovendien vergroot door het feit dat het kindje prematuur geboren werd en 3 weken in de couveuse moest liggen.

De vader (de ouders waren niet getrouwd) was veel weg (vaak op het dievenpad of in het café) en heeft nadien ook enkele malen een gevangenisstraf moeten uitzitten. Ook los van zijn al of niet aanwezig-zijn was zijn bemoeienis met de opvoeding van de kinderen gering. De moeder zag geen kans om op eigen kracht op de juiste manier voor de twee kleine meisjes te zorgen.

Zij heeft Nellie in de eerste levensmaanden misschien wel genoeg te eten gegeven (gezien de vroeggeboorte heeft de baby zich normaal ontwikkeld), maar het kindje was vervuild en leed herhaaldelijk aan luier-dermatitis. Toen Nellie ongeveer een jaar oud was heeft haar grootmoeder (van moederszijde) haar bij zich in huis genomen. Aanvankelijk voor enkele weken, maar toen de ouders geen enkele belangstelling voor het kindje toonden is Nellie's verblijf bij de grootouders gecontinueerd. Zij is daar nog, maakt het goed, gaat er op school en lijkt zich gunstig te ontwikkelen. Zij voelt zich bij haar grootouders als waren het haar eigen ouders.

Sinds een jaar zijn de zusjes weer bij elkaar. Toen zij bijna 5 jaar was liet de verzorging en de opvoeding van het oudste meisje zo veel te wensen over (ook hier is het begrip kindermishandeling gehanteerd), dat zij eveneens - met instemming van de ouders - bij de grootouders in huis is gekomen. Ook dit was

bedoeld als een tijdelijke maatregel, en ook dit loopt nu door als was het voorgoed. De zusjes kunnen het goed samen vinden. De eigen ouders zijn soms uit elkaar geweest (nog afgezien van de periodes dat de man in de gevangenis zat), soms enige tijd weer bij elkaar. Het lijkt thans dat men voorgoed gebroken heeft. Dit betekent voor de moeder het ontbreken van enige regelmaat. Zij bezoekt vaak een café (komt soms beschonken thuis, wat ook al het geval was toen het oudste dochtertje nog bij haar woonde), heeft contact met mannen, die zij mee naar huis brengt, en lijkt niet te weten "waar zij het zoeken moet". In haar hart heeft zij schuldgevoelens over haar levenswijze en haar tekortschieten tegenover haar kinderen, maar zij ziet geen kans een verandering in haar leven te brengen. In feite houdt dit in dat zij geen belangstelling voor haar dochtertjes meer toont en geen enkele stap zet om hen weer bij zich te krijgen. Doordat Nellie al omstreeks haar eerste verjaardag uit het ouderlijk milieu werd gehaald lijkt de hoop gewettigd dat zij boven deze vroege verwaarlozing kan uitgroeien, zij het dat wij bedenkingen houden vanwege juist het ingrijpend belang van de invloeden uit het eerste levensjaar.

Behalve deze zijde van de medaille is er echter ook de andere kant. Wij zien hier een herhaling optreden - van generatie op generatie - van relatieproblemen tussen moeder en dochter. Deze herhaling doet veel af aan de hierboven uitgesproken hoop op een gunstige ontwikkeling van Nellie. Zal zij de cyclus weten te doorbreken, of gaat de repetitie voor haar straks ook op...?

Nellie's moeder weet zich door haar eigen moeder als baby in de steek gelaten. Ondanks pogingen na haar 18e is het nooit gelukt om een gevoelsband te vormen samen. Deze situatie herhaalt zich nu voor haarzelf. Ook zij laat haar twee dochtertjes in de steek, ziet geen kans voor hen te zorgen en heeft geen band met hen. Zij beseft dat haar moeder nu aan haar dochtertjes probeert goed te maken waarin de vrouw tegenover haar eigen dochters tekort geschoten is. Maar van haar uit gunt zij dit haar moeder eigenlijk niet, hetgeen de afstand tussen de drie generaties alleen maar groter maakt. Natuurlijk kan de vraag niet beantwoord worden of Nellie (en haar zusje) onbeschadigd door deze verwickelingen zullen kunnen opgroeien. Het is een

soort schrikbeeld dat de geschiedenis zich zal herhalen als zij kinderen krijgen.

Als voornaamste risicofactor voor de mishandeling in dit geval zien wij inderdaad de affectieve verwaarlozing van de moeder toen zij zelf een kind was (van 1½ tot 8 jaar in een tehuis, nadien een stiefmoeder met wie zij geen wezenlijke band had). Toen zij volwassen was kon zij geen affectieve relatie maken, zeker niet met haar kinderen, bij wie zij niets kon vragen doch alleen moest bieden.

Dat Nellie prematuur geboren werd en enige weken in het ziekenhuis moest blijven heeft e.e.a. wellicht versterkt, maar het staat wel vast dat de ouders het kind tevoren ook al niet wisten en dus afwezen. Eigenlijk is dit -wat de moeder betreft - een verlengstuk van haar onvermogen om een gevoelsband te maken. De rol van de vertrouwensarts in deze is geweest het stimuleren van hulp door derden en het op een afstand volgen van deze hulp en van de doeltreffendheid ervan.

L. 7. Mishandeling en verwaarlozing buitenechtelijk geboren peuter

Dat wij mensen er niet om gevraagd hebben op de wereld te komen geldt voor iedereen. Voor veel van onze mishandelde kinderen wordt dat maar al te zeer aangetoond..... Zo ook voor Klaas. Hij werd geboren na het overlijden van zijn wettelijke vader, die overigens niet zijn natuurlijke vader was. Dat zou wèl een vaste vriend van zijn moeder zijn, maar zij had naast haar echtgenoot zoveel andere relaties, dat het werkelijke vaderschap wel nooit vastgesteld zal kunnen worden.

De enige constante in dit verband is de moeder, al is haar leven het tegendeel van regelmatig en omlijnd. In haar jeugd was het al mis. Zij pleegde strafbare feiten, gedroeg zich op zedelijk gebied niet volgens de normen, liep enige malen van huis weg, en er waren kinderbeschermingsmaatregelen nodig voor haar. Zij ging meerdere malen naar een vakantiekolonie en ook eens naar een opvoedingstehuis. Zij was een b.l.o.-leerlinge. De kinderbeschermingsinstanties moesten zich terugtrekken toen zij meerderjarig werd door haar huwelijk, toen zij 17 jaar was. Reeds na enkele jaren overleed haar man.

Het behoeft nauwelijks betoog dat een jong vrouwtje, wier leven

physiek-sexueel bepaald is zonder dat zij daarnaast de relationele kant van het verkeer met haar vrienden tot iets kan maken (voor zover zij dat zelfs al kent!), geen emplooi heeft voor een kind. Klaas was niet gewenst en hij is van het begin af aan een sta-in-de-weg voor haar geweest. Als baby al kreeg hij een minimale verzorging en hij wekte zo zeer de ergernis van zijn moeder op dat hij maar al te vaak het slachtoffer werd van haar ongenoegen. Zonder daar zelf de aanleiding voor te zijn of die zogenaamd te geven, fungeerde hij als iemand, op wie zij haar algemene onlustgevoelens kon kwijtraken om niet te zeggen kon koelen. Ook de concubin van de moeder mishandelde het kleine jongetje.

Toen Klaas 2 jaar was heeft iemand uit zijn omgeving de kinderpolitie gewaarschuwd, hetgeen op den duur niet alleen resulteerde in een melding aan de vertrouwensarts, maar ook in maatregelen om het kind in bescherming te nemen. Jammergenoeg duurde het nog tot Klaas 5 jaar was eer er daadwerkelijk ingegrepen werd in de vorm van een uithuisplaatsing.

Klaas is geboren met een tangverlossing, onder narcose. Hij moest één dag in een couveuse liggen. Waar hij van nul tot vijf jaar enerzijds te kort kwam aan affectie en hij geen identificatiemogelijkheden had, en hij zich anderzijds te weer moest stellen tegen de fysieke aanvallen en ook materiële verwaarlozing, heeft hij zich psychisch volkomen scheef ontwikkeld.

Op zijn 5e presenteerde hij zich als een zelfstandige, flinke jongen, die zelfs een ouwelijke indruk maakte. Doordat hij permanent tekort kwam aan affectie en aandacht (van opvoeding kan helemaal niet gesproken worden) moest hij op zichzelf terugvallen en ontwikkelde hij zich op zijn eigen houtje. Hij was intellectueel op leeftijdsniveau, maar wat aanhankelijkheid en afhankelijkheid was wist hij eigenlijk niet. Hij benaderde in die tijd alles rationeel, probeerde zijn echte gevoelens te beheersen (weg te drukken!) en hij hield vooral de ander op een afstand. Zijn diepere problematiek lag duidelijk in de emotionele sfeer. Zolang hij thuis was bezocht hij de kleuterschool onregelmatig. Hij zwierf veel op straat, zou uit vuilnisbakken eten en hij scharrelde restjes op bij de patattent in de buurt. Volgens zijn moeder zou hij elders eten wegnemen. Hij had slaapproblemen en zou thuis vernielzuchtig zijn. Hij was een bleek en tenger

jongetje, en hij had vaak blauwe plekken, ook wel in zijn gezicht. Zijn moeder ging snauwerig met hem om en liep eigenlijk vast met hem.

Zij zelf dronk veel in die tijd en deed erbarmelijk weinig in haar huishouden. Hoewel er pogingen gedaan zijn om haar leiding te geven, zowel voor het vormgeven aan haar eigen leven als voor haar omgang met haar zoontje, lukte dit niet. Deze beperkte, onevenwichtige vrouw is in haar leven steeds in voor haar te moeilijke situaties terechtgekomen. Zij was daar tegenover voortdurend op zoek naar zekerheid, maar was (is!) daarvoor volledig afhankelijk van de invloeden van buitenaf. Die kunnen positief zijn, maar voor haar waren zij maar al te vaak negatief. Met dat al had zij zozeer haar (weinige) aandacht nodig voor haar eigen problemen, dat zij geen begrip kon opbrengen voor die van Klaas. Door haar beperktheid kan zij ook weinig doen met aanwijzingen m.b.t. zijn opvoeding of zelfs maar haar omgang met hem. In wezen blijft de moeder ambivalent staan tegenover haar zoontje. Toen Klaas 4 was werd de hele situatie voor alle betrokkenen nog gecompliceerder door de komst van een broertje. Hierdoor kreeg de moeder een verzwaring van een taak, die zij toch al niet aankon, en Klaas kreeg een rivaal, met wie hij de minimale aandacht van zijn moeder moest delen of op wie hij jaloers kon zijn.

In feite heeft hij dit opgelost zoals hij alles oploste; hij stond zichzelf geen enkel gevoel hierover toe en ging zijn eigen weggetje, zoveel mogelijk buiten het gezin. Dit zal hij vermoedelijk ook gedaan hebben m.b.t. de vrienden van de moeder. Zij had in de loop van de jaren enkele concubins, met een wisselende harmonie of disharmonie. Ook wat de manlijke invloed in het gezin betreft was er dus geen continuïteit. Dat speelde natuurlijk ook een rol voor het evenwicht van de moeder, wier labiliteit weer terugsloeg op de kinderen.

Kortom, een onbeschrijfelijke ellende.

Als Klaas eindelijk in een tehuis opgenomen is heeft hij natuurlijk geruime tijd nodig, niet alleen om zich om te schakelen naar zo'n andere manier van leven en omgaan met elkaar, maar ook om zichzelf te geven zoals hij is en zich te laten kennen. Hij blijft lange tijd aangewezen op de door de leiding geboden structuur en hun stimulans. Gelukkig gaat Klaas op den

duur ook zelf openingen geven voor een meer affectieve benadering, al houdt hij natuurlijk tevens vast aan zijn veilige rationele, intellectuele opstelling. Toch is hij vatbaar voor speltherapie, om de emotionele kant van zijn wezen te stimuleren.

Doordat zijn gevoelsmatige ontwikkeling ver achter ligt bij zijn verstandelijke ontwikkeling kan hij niet met zijn 6e jaar naar de "grote" school. Intellectueel functioneert hij op leeftijdsniveau. Zijn werktempo is goed en zijn woordenschat is groot. Ook motorisch is hij goed ontwikkeld. Zijn fijne motoriek is goed. Het is duidelijk dat hij goede mogelijkheden heeft en dat het er op aan komt dat hij zijn dieperliggende affectieve behoeften aan bod leert te doen komen, en hij niet blijvend de neiging heeft die te overdekken door rationalisatie. De laatste manier is voor hem immers zo veilig en hij kan er zich ogenschijnlijk zo goed mee handhaven, maar in wezen is dit nadelig voor zijn verdere ontwikkeling. De hoopvolle ontwikkeling van het begin gaat jammer genoeg niet in hetzelfde tempo door. Na verloop van tijd blijkt Klaas nog zo zeer vast te zitten in zijn rationaliserende omgang met mensen en dingen, en in een afweren van alles waar gevoel bij te pas komt, dat hij ondanks zijn mogelijkheden maar bitter weinig vooruitgang boekt. Op school doet hij het wel goed. Hij werkt hard en vindt het zelf prettig. Hij kan verstandelijk zelfs prestaties boven zijn leeftijdsniveau leveren. Maar met andere kinderen heeft hij maar al te vaak conflicten door zijn eigenwijsheid en competitiedrang. Tegenover volwassenen is hij terughoudend, hij laat zich moeilijk benaderen (al lijkt hij wel te willen!) en kan zich ook niet geven. Hij zoekt voortdurend zelfbevestiging, en doet dat bij voorkeur door te trachten op intellectueel gebied anderen de loef af te steken. Dit lijkt gevoed te worden door de angst afgewezen te worden. Met dat al overdekt hij daarmee zijn eigen kinderlijke behoeften, waaraan zo overduidelijk voldaan moet worden, maar waarvoor hij zich eigenlijk schaamt. Het complicerende is dat hij door zijn gedrag zo vaak irritaties opwekt.

De verhouding tot zijn moeder heeft weinig werkelijke inhoud en wordt vertroebeld door Klaas' manier om zijn moeder te bespelen en anderen en haar tegen elkaar uit te spelen. Dit geldt vooral

waar het gaat om zijn toekomst, waar moeder en zoon allebei bijzonder onzeker over zijn. Klaas denkt wel in de richting van een pleeggezin, maar dat kan de moeder niet verteren. Tevens is de jongen nog zo verkrampt en dientengevolge zo moeilijk, dat een dergelijke stap nog niet haalbaar geacht wordt. De moeder begrijpt weinig of niets van deze hele problematiek en zij sluit zich af voor geregelde bespreking hiervan. Men kan nog altijd stellen dat zij totaal onmachtig is, zowel t.a.v. haar eigen leven (het is de laatste jaren een komen en gaan van vrienden) als t.a.v. haar zoontje. Klaas heeft dan ook niet alleen nog een lange weg te gaan, maar hij zal daarbij in genen dele iets van zijn moeder kunnen verwachten.

De achtergrond van deze kindermishandeling wordt dan wel gevormd door verschillende factoren (zoals gewoonlijk!), maar spitst zich toe op de figuur van de moeder, die een vrouw is met zowel intellectueel als emotioneel beperkte vermogens. Het ontbreken van een werkelijke vaderfiguur is niet alleen in directe zin een hoogst ongunstige omstandigheid geweest voor Klaas, maar heeft tevens een negatieve invloed gehad op het evenwicht van zijn moeder, hetgeen zijdelings op Klaas terugsloeg. Dat de jongen een voorkind was (wij hebben hem voor die categorie geselecteerd) speelt eveneens een belangrijke rol. Hij was een ongewenst kind (ten eerste voor zijn moeder, maar ook voor haar vele concubins en vrienden, die immers geen boodschap aan de jongen hadden) en hij heeft omgekeerd nooit een vader gehad bij wie hij hoorde en met wie hij zich kon identificeren. Het effect van de op hem gepleegde mishandeling waren de zichtbare blauwe plekken. Het niet-zichtbare ging daar echter verre boven uit. De geestelijk/emotioneel scheve uitgroei van de jongen, die alle kaarten zet op zijn intellect en door middel daarvan de rationalisatie, en die - uit angst en onzekerheid - zijn gevoelsleven op een dood spoor heeft gezet. Dit is dubbel ernstig. Een blauwe plek geneest gemakkelijker dan een psychische kneuzing. Een kind kan beter geslagen worden (als daarnaast de nodige affectie geboden wordt), dan gespeend worden van alles wat zelfs maar zweemt naar positieve aandacht en echt gemeende hartelijkheid van de mensen uit zijn naaste omgeving. Als dit alles dan ook nog plaats vindt van de geboorte van het

kind totdat hij 5 is, dan kunnen de gevolgen desastreus zijn. Achteraf bezien is het een raadsel (en eigenlijk onvergeeflijk) dat er niet is ingegrepen bij de eerste waarschuwing, toen het jongetje 2 jaar was. Blijkbaar heeft men van kinderbeschermingszijde niet voldoende de ernst van de toestand onderkend. Daarnaast heeft het bureau vertrouwensarts niet gecontroleerd of er maatregelen genomen werden en is het gebleven bij een (herhaald) verzoek dienaangaande. Of de gevolgen van wat hem vijf jaar lang overkomen is voor Klaas inderdaad desastreus zijn, in de zin van onherstelbaar, kunnen wij op dit moment nog niet uitspreken, al vrezen wij het ergste. Een kind, dat zo veel tekort gekomen is, heeft een nagenoeg onvoorstelbare hoeveelheid positieve zorg (echt gemeente hartelijkheid!) nodig om de balans enigermate in evenwicht te krijgen. Er zal zowel op emotioneel als op relationeel gebied hard gewerkt moeten worden en het zal een zware opgaaft zijn om de jongen tot een ook maar enigszins uitgebalanceerd mens te laten uitgroeien, een opgaaft voor hemzelf zowel als voor zijn opvoeders.

L. 8. Stiefdochter in de puberteit

Het heeft Lida in het leven niet meegezeten. Haar ouders lagen met elkaar overhoop nog voordat zij geboren was en de vader is zelfs enige jaren weggeweest. In die tijd heeft zijn vrouw een relatie met een ander, waaruit Lida geboren wordt, haar vierde kind. De man komt nog wel terug bij vrouw en kinderen, maar een blijvend samengaan blijkt niet mogelijk en er volgt een echtscheiding. De (wettige) vader heeft zich nadien afzijdig gehouden; er is ook later hoegenaamd geen contact meer geweest tussen hem en zijn kinderen. Haar natuurlijke vader kent Lida niet. Wat betreft de heredititeit: de achtergrond van haar moeder is niet zonder meer positief. De vrouw was licht debiel en was slap van aard. Zij had het als kind niet gemakkelijk door een dominerende moeder, aan wie zij sterk gebonden was, zonder bij haar vader (die niets in te brengen had) steun te vinden. Zij was een epileptica, die herhaaldelijk zenuwaanvallen kreeg en periodiek onder behandeling van een zenuwarts was. Na haar echtscheiding hertrouwde Lida's moeder al spoedig met een weduwnaar met al oudere kinderen. Dit span kreeg samen ook nog eens

drie kinderen, zodat men een groot gezin vormde. Op grond van omstandigheden buiten haarzelf verbleef Lida enige tijd in een internaat en woonde zij ook een poosje bij een tante. Toen zij 10 jaar was is haar moeder omgekomen bij een verkeersongeluk. Nadien was het kind aangewezen op haar stiefvader, in wiens gezin het huishouden in de eerste jaren gedaan werd door een volwassen dochter, later door een vriendin. Dit gezin heeft een goede reputatie en lijkt behoorlijk te reilen en te zeilen. Lijkt, want ook al is dit voor een deel waar, toch schuilt er achter de gunstige buitenkant een heel wat minder florissante binnenkant. De stiefvader is van goede wille en doet voor alle drie de "soorten" kinderen gelijkelijk wat hij kan, ook qua aandacht en als opvoeder. In deze laatste rol beleeft hij zijn verantwoordelijkheid voor zijn stiefkinderen zo mogelijk nog sterker dan voor zijn eigen kinderen. Daarbij is hij evenwel wat star en rechtlijnig. Hij heeft zo zijn vaste ideeën over wat mag en niet mag, kan en niet kan, goed is of slecht. Een logisch gevolg daarvan is dat hij problemen krijgt met de oudere kinderen. Daar komt bij dat sinds de dood van zijn tweede vrouw (Lida's moeder) de verantwoordelijkheid voor zijn gezin voornamelijk op hem rust, al heeft hij dan de praktische hulp van zijn vriendin. Juist daar zit echter de zwakke stee. Deze vrouw kampt zozeer met eigen frustraties en problemen, dat zij de kinderen van haar vriend eerder gebruikt om haar gevoelens van onbehagen op af te reageren, dan dat zij hun op positieve manier hartelijkheid of leiding geeft. Lida's stiefvader kan dat niet hanteren. Hij weet niet voor wie hij moet kiezen en met dat al wordt het klimaat in het gezin bedroevend. "Tante" loopt speciaal vast als een kind in de puberteit komt, met het gevolg dat praktisch alle kinderen - als ware het een systeem - zo vroeg mogelijk de deur uitgaan en op eigen benen proberen te staan.

Lida werd in haar puberteit een "lastig hoûbeestje". Vooral als men denkt aan wat zij te verwerken had gehad in haar leven tot dan toe, is dit eigenlijk vanzelfsprekend. Wat haar echter de das om deed was de stelselmatige negatieve bejegening door de "tante". Deze vrouw heeft gedurende enige jaren Lida overladen met insinuerende (haar afkomst!) en kleinerende opmerkingen en haar duidelijk afgewezen, hetgeen zonder meer

gequalificeerd kan worden als een geestelijke mishandeling. Op grond van zijn gevoel van verantwoordelijkheid voor het meisje enerzijds en van zijn tussenpositie (bijna dwangpositie) tussen kind en vriendin, strafte de stiefvader dan wel op zijn manier, ook door slaan. Dit alles bij elkaar resulteerde op een keer in een weglopen van het meisje en daarmee in een melding aan de vertrouwensarts. Lida was toen 15 jaar, zij was op een middelbare school (zij is intelligent en ook artistiek begaafd) en had al vroeg veel houvast aan een wat oudere studerende jongen, met wie zij een vaste vriendschap had. Haar stiefvader vond haar daarvoor te jong en de conflicten hierover liepen enige malen hoog op. Dit veroorzaakte op haar 16e een nieuwe wegloperij. Pogingen om te bemiddelen liepen op niets uit - enerzijds zijn stiefvader en -dochter aan elkaar gebonden - anderzijds wijzen zij elkaar af. Tenslotte wordt het elders wonen "gelegaliseerd", onder meer door een wijziging in de voogdij over Lida. Eerst is zij een paar jaar in een gezin, dan is zij oud en zelfstandig genoeg om op kamers te gaan wonen.

Het verhaal over haar is dan nog lang niet toe aan de slotzin: "en zij leefde lang en gelukkig". De ervaringen in haar leven - met name de manier waarop zij door "tante" behandeld was - hebben diepe wonden geslagen bij het meisje (diep gewortelde angsten!). Het is haar redding geweest dat zij bij de voogdijvereniging iemand gevonden heeft, die haar dan wel geen officiële psychotherapie heeft gegeven, maar die met veel geduld het voor haar mogelijk heeft gemaakt dat zij stap voor stap zich kon heroriënteren op het leven, op haar leven, haar achtergrond ("wie is mijn vader?"). Lida is hier nog niet helemaal mee klaar (zo iemand daar ooit mee klaar komt!), maar zij heeft goede vorderingen gemaakt. Dit heeft ook een uitwerking op haar relatie met mensen uit haar omgeving. De verstandhouding met haar vriend is rijper geworden en zelfs met haar stiefvader is de verhouding thans optimaal. De enige, die zij zonder meer afwijst, is zijn vriendin. Ook dat is goed! Lida heeft de middelbare school met goede cijfers afgemaakt, heeft een beroepsopleiding met klinkend succes gevolgd en heeft nu werk dat haar bevredigt en waar zij onder meer haar creativiteit kan benutten.

Hoewel de melding aan de vertrouwensarts destijds ging om de lichamelijke mishandeling door de stiefvader, blijkt achteraf dat dit nagenoeg te veronachtzamen is naast de geestelijke mishandeling door diens vriendin. De gevolgen hiervan zijn bijna beangstigend groot geweest. Dát het meisje zo diep geraakt kon worden houdt verband met haar kinderervaringen voordien. Dat betekent dat de portee van de mishandeling moeilijk is vast te stellen. Hoogstens kan men zeggen: "het kind had op grond van wat zij in de eerste 10 of 12 jaar van haar leven te verwerken had gekregen toen al een maximum aan liefde, zekerheid en begrip nodig". In plaats daarvan kreeg zij afwijzing en een systematische negatieve bejegening. Wij hebben ons in Lida's geschiedenis verdiept op grond van het feit dat zij een voorkind in de puberteit was. Als pleger van de mishandeling stond te boek haar stiefvader, terwijl haar moeder (het enig eigene) overleden was. M.a.w. de niet-eigen ouder heeft haar geslagen. In feite is echter de voornaamste mishandeling gepleegd door iemand, die nog een graad verder verwijderd was, nl. de vriendin van de stiefvader.

Nadat de vertrouwensarts de hulpverlening door de kinderbescherming gestimuleerd had is die - vooral na het tweede weglopen - vruchtbaar verlopen. Het is in ieder geval Lida's redding geweest dat zij de menselijke steun en de psychische zowel als praktische leiding heeft gekregen, waaraan zij zo zeer behoefte had. Ook al zou men niemand toewensen te moeten ondergaan wat Lida te lijden heeft gekregen, toch betrappen wij ons op een snode gedachte. Dankzij de mishandeling is de aandacht op het meisje gericht, waardoor ook de zo gecompliceerde problematiek van haar kinderjaren bewerkt kon worden. Hoe dit alles zij, Lida heeft gebruik kunnen maken van de geboden hulp, zij heeft een zeker evenwicht bereikt en zij is nog steeds bezig dat te consolideren en zich zowel in de diepte als in de breedte verder te ontwikkelen. De prognose is goed - wat voor dit meisje extra weegt - juist omdat zij zó klem heeft gezeten.

L. 9. Twee stiefzonen in de puberteit

Dat de dood van een moeder desastreuze gevolgen kan hebben moeten de kinderen in het gezin S. maar al te zeer ervaren. Deze

moeder was een flinke, warme vrouw, die op een prettige wijze de scepter zwaaide over haar man en vijf kinderen. De man, die een administratieve functie vervulde met vrij veel verantwoordelijkheid, was thuis slap en aanvaardde maar al te graag de leiding van zijn vrouw.

Toen zij stierf waren de drie oudste kinderen op de middelbare school, de twee jongsten op de lagere school. Er kwam een huishoudster (van wie gezegd wordt dat zij een water-en-vuur verhouding had met haar eigen moeder), met wie de vader van de kinderen al vrij spoedig trouwde. Zij was zo veel jonger, dat zij bijna zijn dochter kon zijn. Men kreeg na verloop van tijd een eigen kind. De rolverdeling tussen dit nieuwe echtpaar was gelijk aan die bij het eerste huwelijk. Het jonge vrouwtje had de leiding en de man voegde zich daarnaar, mede omdat hij zelf - affectarm als hij is - niets te bieden had. Qua sfeer en mentaliteit ontstond er echter al dra het omgekeerde van de situatie tijdens het leven van de eerste vrouw. In plaats van warmte en hartelijkheid was er koude en hardheid.

Dit resulteerde in een uit-huis-gaan van de oudere kinderen, zodra zij dat maar enigszins konden (soms nog vóór hun eind-examen). Dat betekende dat de twee jongsten toen nog slechts elkaar hadden om troost en steun bij te zoeken. Maar ook dat zij de volle laag kregen van de op den duur zelfs perverse bejegening door de stiefmoeder. Vooral toen de vrouw een eigen kind had ontstond de tegenstelling van buitensporige verwenning van dat jongetje en een duidelijke afwijzing en een dwarszitten van de andere kinderen. Zij mochten niets, moesten veel, en werden om de kleinste aanleiding wreed gestraft. Het leek wel of de stiefmoeder (daarin gehoorzaam gevolgd door haar man) alles deed om de kinderen het leven zo zuur mogelijk te maken (en hen eigenlijk de deur uit te werken, net zoals zij dat bewerkstelligd had bij de ouders!) Naast de perverse lichamelijke straffen was er ook zonder meer sprake van geestelijke mishandeling door de stiefmoeder, en dat niet alleen passief in de zin van afwijzing en verwaarlozing, maar ook actief door kleinerende, beschuldigende opmerkingen, die de jonge vrouw tot de kinderen richtte. Door dit alles werden de laatsten in enkele jaren van fleurige, gezonde scholieren tot een schuw, ondervoed, bang stelletje.

Van verschillende kanten wordt getracht hen te helpen, zowel van particuliere zijde als door medische of sociale instanties. Dit levert niets op. Wellicht juist door de angst van de kinderen, die niet voldoende opening van zaken durven te geven en die ondanks alles toch aan het enige hun bekende milieu gebonden zijn (en dan ook zeggen dat het wat beter gaat en dat zij onder die omstandigheden niet weg willen!). De kruik gaat echter te water tot hij barst - zij lopen weg en vinden onderdak in een goed gezin. Voor de ouders geeft dit geen problemen. De stiefmoeder is blij hen kwijt te zijn en de vader laat Gods water over Gods akker lopen. Hij is direct bereid zich te laten ontheffen van de ouder-voogdij. Het is dan 6 jaar na het overlijden van de moeder van de kinderen. Bij hun komst in het pleeggezin hadden de kinderen een alles overheersende honger - naar eten, maar nog meer naar affectie en koestering. Door hun grote schuwheid en afweer was het hun echter niet mogelijk zelfs maar menselijke warmte en zorg tot zich te laten door-dringen. Hun aanpassing aan een normaal gezinsleven, met mensen die je vertrouwen kon en aan wie je jouw vertrouwen kon geven, verliep dan ook niet alleen uiterst moeizaam, maar kwam zelfs voor een deel in het geheel niet op gang.

Men kan gevoeglijk stellen dat de jaren, doorgebracht onder het regime van huishoudster/stiefmoeder, zo traumatisch gewerkt hebben, dat de kinderen hier een niet te overwinnen schade van ondervinden. Hun zelfvertrouwen is geknakt, maar ook kunnen zij geen vertrouwen stellen in iemand anders. Zij zijn beiden zeer gesloten en binden zich eigenlijk aan niemand. Ieder heeft dan wel eens een vriendje of vriendinnetje, maar dit is nooit diepgaand en evenmin blijvend. Ook met hun vader en met de oudere broers en zusters hebben zij geen contact. Van zijn kant heeft de vader nooit voeling gehouden met zijn jongsten, en de kinderen hebben nooit belangstelling voor hem getoond. Min of meer als eenlingen hebben zij allebei hun middelbare school afge-maakt (zonder veel inspanning haalden zij goede cijfers) en zij zijn bezig aan een studie of vakopleiding. Intellectueel zijn zij dus niet "beschadigd". Emotioneel zo veel te meer.....

De achtergrond van deze kindermishandeling moet o.i. niet zo-
zeer gezocht worden in het voorkind-zijn van de slachtoffers,

als wel in hun half-wees-zijn en in het karakter van de overgebleven ouder en van de stiefmoeder. Speciaal de laatste heeft in haar jeugdigheid nog zo veel met zichzelf te stellen en moet nog zo veel verwerken eer zij volwassen genoemd kan worden, dat de problemen van het verzorgen en opvoeden van andermans opgroeiende kinderen al direct veel en veel te zwaar voor haar zijn. Dit klemmt te meer waar zij van de vader van de kinderen geen enkele steun krijgt en hij haar zelfs volgt in de vreemde, inadequate opvoedingsmethoden. De kinderen daarentegen waren dubbel kwetsbaar. Zij hadden hun geliefde en liefdevolle moeder verloren. Bij de verwerking van die slag moesten zij ervaren dat zij niets konden verwachten van hun slappe, affect-arme vader. Tot overmaat van ramp krijgen zij dan een stiefmoeder, die evenmin iets te bieden heeft, en die - op grond van welke onverwerkte problemen dan ook - doorslaat naar de negatieve kant en de kinderen zowel fysiek als psychisch op een geraffineerde manier mishandelt. Gelukkig zijn de slachtoffers op een leeftijd dat zij zich aan deze situatie kunnen ontworstelen, maar de gevolgen van wat zij desondanks jaren hebben moeten ondergaan zijn niet zo gemakkelijk uit te wissen.

In de jaren tussen hun weglopen van thuis en thans is maar al te duidelijk gebleken dat er onherstelbare schade is aangebracht, speciaal gevoelsmatig en relationeel. De prognose is zo men wil gunstig voor wat betreft hun verstandelijk en beroepsmatig staan in de wereld, maar ongunstig wat hun persoonlijke en sociale ontplooiing aangaat. Het lijkt ons de vraag of zij ooit een partnerverband zullen kunnen aangaan. Hun eenzaamheid is wel beklemmend groot. Wij vrezen te moeten stellen dat deze jonge mensen nooit werkelijk gelukkig zullen kunnen zijn in hun leven.

Al geruime tijd voordat de kinderen de knoop doorhakten door weg te lopen is er van verschillende zijden getracht hulp te bieden. Dat dit niets oplevert toont voor de zoveelste keer hoe gecompliceerd de verwevenheid is van gezag, feiten, gevoelens, openheid/geslotenheid en persoonlijke belangen. Ook al kan men achteraf redeneren dat de kinderen al veel eerder uit dit gezin gehaald hadden moeten worden, een effectuering van zo'n maatregel is niet zo eenvoudig als het lijkt.

Of de vertrouwensarts eerder ingeschakeld had moeten worden? Het bureau kwam pas met de zaak in aanraking omstreeks het moment

van weggelopen van de kinderen en heeft niet veel anders gedaan (hoeven doen?) dan de zaak te registreren en te controleren of de maatregelen afdoende waren. Ook dit laatste is echter soms moeilijk te beoordelen. In dit geval blijkt dat er direct na het weggelopen wel maatregelen op gang gebracht zijn (hetgeen de vertrouwensarts geruststelde), maar dat er een vol jaar lang een soort interregnum geweest is, tijdens hetwelk de pleegouders en de kinderen geen enkele deskundige hulp gekregen hebben. Waar natuurlijk juist in zo'n eerste jaar de problemen zowel extra groot zijn als ook extra om bewerking vragen, moeten wij hier achteraf toch wel een belangrijk te kort schieten van de hulpverleners constateren. Wij achten het niet overdreven te stellen dat als de kinderen een psychotherapie gekregen hadden (juist toen!) en de pleegouders de daar op afgestemde begeleiding, de kansen op althans een gedeeltelijk herstel van de toegebrachte schade reëel geweest zouden zijn. Of indien men een voorzichtiger uitspraak wil doen, menselijk gezien hadden zowel de kinderen als de pleegouders recht op medische en pedagogische hulp, en de hulpverleners hebben in dat belangrijke eerste jaar verstek laten gaan. Zij hebben daarvoor de betrokkenen de kans op heroriëntering en herstel niet geboden en zij hebben zelf hun kans gemist. Een inhalen nadien leek (bleek?) niet mogelijk. Met dat al waren de kinderen voor de tweede maal slachtoffers.

L. 10. Ernstig mishandelde zuigeling. Ouders 17 jaar

Als de vertrouwensarts een melding krijgt van mishandeling van Teun is de jongen een half jaar oud. Zijn ouders zijn beiden 17 en zij zijn beiden in hun jeugd tekort gekomen. De vader werd thuis hardhandig afgestraft en het ontbrak hem aan een goede mannelijke identificatiemogelijkheid. De moeder kreeg niet de affectie, die zij nodig had, zij leefde zelfs temidden van emotionerende, onzeker makende problemen. Het huwelijk van deze "kinderen" is terdege overwogen, met hulp van familie en buitenstaanders. Dat het hun echter niet lukt om er iets van te maken is eigenlijk niet meer dan vanzelfsprekend, zowel omdat zij er qua leeftijd en ontwikkeling nog niet aan toe zijn, als door de omstandigheden waaronder zij tot dan geleefd hebben.

Geen van beiden hebben zij hun lagere beroepsopleiding afge- maakt. Beiden hebben zij ettelijke baantjes gehad voordat zij hun stiel vonden. Zij kenden elkaar vanaf hun 13e of 14e. Toen het meisje 15 was werd zij zwanger, welke graviditeit verstoord is. Toen zij een jaar later opnieuw in verwachting raakte heeft zij dit feit zo lang verborgen gehouden dat een abortus niet meer mogelijk was. Teun kwam ter wereld en enkele maanden later werd hij erkend en gewettigd bij het huwelijk van zijn ouders. Over zijn geboorte zijn geen bijzonderheden bekend. In de eerste maanden van zijn leven groeide hij goed en was hij gezond.

Het jonge stel gaat direct in een andere plaats wonen dan waar zij vandaan komen. De daarbij optredende huisvestings- moeilijkheden vormen slechts één van de vele problemen, waarmee zij te kampen krijgen. Zij vinden wel direct allebei werk (het kindje wordt overdag door anderen verzorgd), maar de inkomsten zijn zo gering (zij krijgen slechts jeugdloon) dat de jonge man moet overwerken, wat hem in zijn vrije tijd moe en prikkel- baar maakt. Dat begrijpt zijn vrouwtje niet en de kring is rond. De gauw geïrriteerde vader kan niet tegen het huilen van de ba- by en de stap naar mishandeling is dan gauw gezet. Toen Teun en- kele maanden oud was moet dit voorgekomen zijn (blauw, gezwollen gezichtje) en als hij met 6 maanden bij de vertrouwensarts ge- meld wordt, ligt hij in een ziekenhuis met een gebroken armpje en inwendige kneuzingen. De ouders bezoeken hem regelmatig en willen hem liefst zo gauw mogelijk weer thuis hebben. Vooral de vader dringt hier op aan (schuldgevoelens?), maar het is wel frappant dat de baby gaat huilen als hij zijn vader ziet en blij is bij het zien van zijn moeder. Het lijkt om vele redenen be- ter dat Teun na het ontslag uit het ziekenhuis eerst enige tijd naar een kinderkuis gaat, hetgeen gebeurt. Hij is bijna een jaar oud als hij thuis komt. Dit "thuis" is bij zijn moeder. De ouders zijn al uit elkaar gegaan terwijl Teun in het ziekenhuis lag. Daarna hebben zij nog eens of zelfs tweemaal geprobeerd of zij geen gezin konden vormen met elkaar, maar het lukte niet. Als er een echtscheiding uitgesproken wordt, heeft Teun zijn ouders niet meer samen meegemaakt. De moeder krijgt de voogdij. Daarnaast is er gedurende ruim een jaar een gezinsvoogd in func- tie geweest.

De (altijd nog jonge!) moeder heeft in de eerste jaren van Teuns leven veel geleerd. Zij heeft een tijdlang een verhouding gehad met een man die een oplichter bleek te zijn. Van haar ouders die zich aanvankelijk overwegend kritisch opgesteld hadden, kreeg zij op den duur een goede steun. Het belangrijkste was echter dat zij een vriend kreeg, die goed voor haar is, en door wie zij mede is opgenomen in het grote, warm samenhangende geheel van zijn familie. Dit werkt ook positief voor Teun, die zich thuisvoelt in deze groot-familie. Zowel moeder als zoon profiteren kennelijk van de warmte, affectie, regelmaat en steun, die zij dankbaar ondergaan. Teun is eerst op de kleuterschool geweest en is thans op de "grote" school, hetgeen naar wens verloopt.

De achtergrond van deze kindermishandeling is eigenlijk zo eenvoudig en zo begrijpelijk. Op een leeftijd, waarop anderen nog op de middelbare school zijn, krijgen twee kinderen een buitenechtelijk kind, hetgeen een gedwongen huwelijk tot gevolg heeft. Zowel materieel als algemeen menselijk is dit geen haalbare zaak. De irritaties, die ontstaan onder de druk van uiteenlopende problemen ontladen zich op de huilende baby.

Het gaat hier om een actieve, fysieke mishandeling. De gevolgen daarvan zijn van dien aard, dat er een vrij vlotte en algehele genezing kan plaatsvinden. Psychisch is de baby in zoverre tekort gekomen dat er van niet veel meer dan een eenvoudige, onvolwassen ouder-liefde sprake geweest kan zijn. Bovendien werd het jongetje op werkdagen door anderen verzorgd, zodat hij geen constant samenzijn met zijn ouders kende.

De melding bij het bureau vertrouwensarts kwam gelukkig in een vroeg stadium, zij het dat de mishandeling ook al geconstateerd was voordat het kindje op grond van een botfractuur in het ziekenhuis terecht kwam. Opvallend is daarbij dat niet de ziekenhuisstaf de vertrouwensarts op de hoogte gebracht heeft, maar een maatschappelijk werkster, die het gezin beroepshalve kende. Het bureau vertrouwensarts heeft instanties kunnen stimuleren om de zorg voor het jongetje ter hand te nemen.

Wellicht mede door het vroege ingrijpen heeft Teun zich goed kunnen ontwikkelen. Het is een pluim op de hoed van zijn jonge moeder dat zij zich innerlijk heeft kunnen ontplooien tot een wezenlijk volwassen vrouw, die haar zoontje liefde en leiding

kan geven. De prognose is dan ook goed!

L. 11. Lichamelijk en geestelijk mishandelde zuigeling. Moeder psychisch gestoord

Ruurd's moeder heeft geen gelukkige jeugd gekend. Haar moeder verliet het gezin toen dit dochtertje een paar maanden oud was. (zij zou later in het buitenland overleden zijn). Haar vader pleegde suicide toen zij 17 was. Zij was 13 jaar lang onder de hoede van een huishoudster (dezelfde), die hard geweest zou zijn en met wie het kind niet kon opschieten. Er was een ouder broertje, met wie de vrouw geen contact meer heeft. Zij bleef op de lagere school enige malen zitten en ging erna naar de huishoudschool. Bij een latere test bleek zij een gemiddelde intelligentie te hebben. De grote moeilijkheid is echter dat zij psychisch gestoord is en dringend behoefte heeft aan een behandeling, die zij echter niet wenst. Zij heeft een (ziekelijke) aversie tegen alles wat "instanties" is. Zij voelt zich minderwaardig omdat zij klein is. Zij kan geen contacten leggen, voelt dit zelf als een handicap. Eigenlijk voelt zij zich altijd door iedereen verloochend. Dit begon al met haar eigen moeder. Haar vader verkoos daarna de huishoudster boven haar en liet haar door zijn suicide definitief in de steek. Als pas getrouwde vrouw vertelde zij al dat zij buien van apathie heeft, waarin er niets uit haar handen komt. Zij is bijna altijd depressief en maakt een kleurloze indruk. Zij is duidelijk een emotioneel verwaarloosde vrouw, die haar agressieve gevoelens niet kan reguleren. Toen Ruurd een peuter was vertelde haar man van haar dat zij meer van dieren houdt dan van kinderen. Zij gedraagt zich overigens vreemd tegenover beesten. Met haar (enig) zoontje heeft zij nooit kunnen omgaan. Zij accepteert het kind eigenlijk niet, omdat zij geen raad met hem weet. Eerder gedraagt zij zich negatief en agressief tegenover het jongetje. Liefde of zelfs maar hartelijkheid heeft zij hem niet te bieden. Zij zegt dat zij Ruurd altijd heeft ervaren als een kind dat anders is dan andere kinderen. In haar hart is zij vermoedelijk bang dat ook haar zoontje haar zal verloochenen. Zij is hard tegen hem. Als hij naar haar toekomt om aangehaald te worden weert zij hem af, maar de hond wordt wel aangehaald.

Ruurd kan niet in de box omdat daar een zieke duif in zit. Eigenlijk weet de moeder niet wat zij met de jongen kan en moet doen. Vooral toen Ruurd klein was kwam de verzorging van hem dan ook volledig op de vader neer.

Ook hij kan echter de ouderrol niet aan. Hij gedraagt zich dan wel wat positiever t.a.v. het kind, maar hij is niet in staat om de tekortkomingen van de moeder te compenseren. Eigenlijk voelt hij zich een mislukkeling, op alle fronten. Over zijn jeugd is niets bekend, alleen vertelt hij dat zowel hijzelf als zijn vader overbeweeglijk zijn. Zelf maakt hij wel een rustige indruk, maar in wezen is hij nerveus. Hij stottert. Hij trouwde op zijn 19e en zijn vrouw overleed enkele jaren later. Enige maanden daarna is hij hertrouwd met zijn huidige vrouw. Na 8 maanden werd Ruurd geboren. Het gezin heeft het arm, de man heeft geen geregelde bezigheden. De echtelieden hebben een dubieuze relatie. Zij hebben nooit ruzie samen, maar zij bereiken elkaar niet werkelijk, zij hebben geen echt contact. Beide ouders voelen zich door iedereen afgewezen en voelen zich in de kou staan, vandaar hun weerstand tegen inmenging of hulp van buitenaf.

Ruurd was een jongetje van ruim 5 maanden, toen zijn ouders hem 's avonds naar een ziekenhuis brachten. Zij zouden hem thuis huilend in de box hebben gevonden, één armpje "gek" onder zijn lichaam gedraaid. Het onderarmpje kon hij daarna niet meer bewegen. De chirurg stelde een eenvoudige subluxatie van de elleboog vast. Reponeren kostte geen moeite. De algemene toestand van het kindje baarde echter meer zorg: het bleek een sterk dystrophisch kind; gewicht 3500 gram, lengte 58.2 cm., temperatuur 34.5°C, pols 132 per minuut. De geconsulteerde kinderarts liet het kind onmiddellijk opnemen, tegen de zin van de ouders overigens. Volgens de moeder kreeg haar kind thuis voldoende te eten: hoeveelheid en samenstelling daarvan bepaalde zij zelf. Controle bij de huisarts of op het consultatiebureau voor zuigelingen had nooit plaatsgevonden. Tijdens de zwangerschap had zij enkele malen "gevloeid" en de laatste drie maanden had zij dieet moeten houden. De bevalling vond thuis plaats. De vroedvrouw was zo laat gewaarschuwd, dat het kind al geboren was toen zij arriveerde. Het kostte de moeder een totaal ruptuur. Het kind woog 2810 gram. De behandeling van het dystrophische kind vergde ruim

2 maanden ziekenhuisverpleging. Opvallend daarbij was dat de achterstand van het gewicht wel maar die van de lengte niet voldoende werd ingehaald. Ook maakte men zich ernstige zorgen over een achterblijven in de ontwikkeling van het cerebrum. Langdurige nacontrole werd dringend aangeraden. Helaas bleven de ouders na enkele bezoeken op de polikliniek met het kind weg. De enige die contact onderhield met het gezin was de zuster van de buitendienst van het ziekenhuis, al lukte haar dat slechts met grote moeite.

Op haar instigatie vond een nieuwe opname in het ziekenhuis plaats toen het kind 3 jaar en 5 maanden oud was. Men stelde toen een ernstige psycho-motorische achterstand vast. De jongen kon nog niet praten, maakte alleen piepende en gillende geluiden. Qua persoonlijkheidsontwikkeling leek het kind nog verder achter dan toen hij 2 jaar was. Men zag Ruurd als een ernstig bedreigd kind, dat waarschijnlijk al onherstelbare schade had opgelopen. Er werden geen aanwijzingen gevonden voor een duidelijke organische oorzaak, al zagen de medici het belang van de ernstige ondervoeding, die het kind gedurende het eerste jaar van zijn leven heeft meegemaakt (behalve de 2 maanden in het ziekenhuis). Toch zag men de toestand niet als volledig irreversibel. Wel vond men dat het kind zo spoedig mogelijk bij de ouders weg zou moeten en in een andere omgeving geplaatst zou moeten worden.

Hiertoe werden stappen gezet, maar voordat dit geregeld was, haalden de ouders hun zoontje uit het ziekenhuis weg. Er kwam wel een voorlopige ondertoezichtstelling en er werd bereikt dat Ruurd overdag in een crèche kon zijn.

Vijf maanden later werd hij weer in het ziekenhuis opgenomen met een polsfractuur. Hij zou uit zijn bedje zijn gevallen. Repositie onder narcose bleek nodig voor een volledige genezing. In de crèche maakt Ruurd wel enige vorderingen, vooral de lichamelijke ontwikkeling is redelijk. Over het geheel genomen blijft hij echter achter, speciaal zijn taalgebruik is minimaal en is duidelijk gedrukt door de sociale en affectieve verwaarlozing. Om een meer gespecialiseerde verzorging te kunnen geven wordt Ruurd met ruim 4 jaar op een medisch kleuterdagverblijf geplaatst. Zijn gezondheid en ontwikkeling zijn dan aan de lage kant, maar nog wel binnen het normale.

Men beschrijft hem als een drukke, beweeglijke jongen, die bij de minste of geringste verandering boven zijn theewater raakt. Hij gaat dan ronddraven, lopen gillen en druk praten, doet clownesk met vreemde mimiek. Ook hier gaat hij wel enigszins vooruit. Zijn spraak is verstaanbaar geworden en hij kan nu een geruime tijd achtereen spelen. Het dagelijks moeten omschakelen van tehuis naar thuis vormt echter een grote belemmering en men meent dat het kind pas werkelijk te helpen is als hij volledig in een andere omgeving komt.

Degenen uit kinderbeschermingskringen, die zich met deze "zaak" beziggehouden hebben, hebben - vanaf de voorlopige onder toezichtstelling - steeds geprobeerd de ouders niet alleen te betrekken in hun activiteiten t.b.v. Ruurd, maar hen ook hun medewerking te laten geven. Dat dat met deze vreemde, afwerende lieden een nagenoeg onvervulbaar ideaal was behoeft niet te verbazen. Juist om hun niet nog sterker het gevoel van afwijzing en veroordeling te geven ging men zo voorzichtig te werk, dat pas anderhalf jaar na de voorlopige ondertoezichtstelling deze werd omgezet in een definitieve gezinsvoogdij. Ruurd was toen 5 jaar oud. Men zocht naar een geschikt tehuis voor hem, en met 5 jaar en 4 maanden doet hij zijn intrede in een kinderkuis. Hij kwam hier als een overbeweeglijk, chaotisch, wat verlegen jongetje. Hij had een kleine woordenschat en sprak met een piepstemmetje. Hij paste zich snel aan en na twee jaar oordeelde men dat hij goed vooruit ging, al kon men niet zeggen dat hij zijn achterstand al had ingehaald. Vooral de emotioneel/intellectuele ontwikkeling blijft zorgen baren, ook thans nog, nu Ruurd 8 jaar is. Toen hij met 3 jaar en 5 maanden voor het eerst een psychologische test onderging had hij een I.Q. van 59, met echter een grote leerbaarheid. Men meende toen dat hij vermoedelijk een normale intelligentie had, met een grote achterstand in ontwikkeling door de affectieve en praktische verwaarlozing thuis. Bij een test met 4 jaar en 5 maanden functioneert hij op debiel niveau, al ziet men in dat zijn I.Q. gedrukt wordt door een uitval op vrijwel alle verbale onderdelen. Hij spreekt dan nog zeer gebrekkig (zijn taalgebruik is voor het grootste deel expressief, voor een veel kleiner deel communicatief) en ook het passieve taalbegrip ligt bepaald niet op leeftijdsniveau. Toch acht de psycholoog op dat moment wel mogelijkheden aanwezig voor een

verstandelijke uitgroei. Als hij 5 jaar is noemt men hem zwakbegaafd. Met 7 jaar en 1 maand was zijn I.Q. 87. Hij functioneerde toen op het niveau van een kind van 6 jaar en 2 maanden. Pas daarna ging hij naar een lagere school, met sterk individueel en zeer "vrij" onderwijs. Het eigenlijke leren daar (hij is nu op 2/3 van het eerste schooljaar) levert bij Ruurd nog niet veel op. Dit wordt mede veroorzaakt door zijn altijd nog bestaande ongeconcentreerdheid en zijn grote beweeglijkheid. Zijn fijne motoriek is echter goed. Bovendien heeft hij een goede opmerkzaamheid (voor details, niet voor het geheel). Hij heeft technisch inzicht en hij is handig.

In het (kleine) kinderkuis leed Ruurd aanvankelijk aan enuresis nocturna, maar dat is overwonnen. Hij kan goed zelf spelen, evenals hij dat met anderen kan. Hij heeft een vriend van zijn eigen leeftijd, en daarnaast gaat hij graag om met kleinere kinderen, voor wie hij veel zorg heeft en lief is. Hij is begonnen met zwemmen, vindt dat fijn. Hij heeft gevoel voor huishoudelijke zaken. Hij kookt graag en houdt met veel plezier zijn kamertje keurig schoon. Ruurd scharrelt graag buiten oude spullen op en speelt daar mee. Het begrip van het mijn en dijn is nog niet helemaal reëel voor hem. (Daarin is hij kennelijk achter bij zijn leeftijd). Hij pakt wel eens een stuk speelgoed van een ander en zegt dan dat hij het in het bos gevonden heeft. Ruurd's gezondheid is goed. Hij is altijd nog klein voor zijn leeftijd, maar hij is het laatste jaar goed gegroeid.

Al deze verworvenheden vormen nog maar een dun laagje. Ruurd heeft nog altijd de neiging terug te vallen tot infantiel en afhankelijk gedrag, hetgeen onder meer optreedt als hij thuis geweest is. In het begin brak hij daarna doelbewust alle speelgoed in het kinderkuis. Hij heeft een bijna onverzadigbare behoefte aan liefde en warmte, en hij zal op zijn manier wel zorgen dat hij aandacht krijgt. Dit gebeurt vooral als hij met een vrij weekend of een (korte) vakantie bij zijn ouders is. In het begin van zijn verblijf in het kinderkuis ging dat logeren thuis heel slecht. Ruurd trok het behang van de muur en krom in de gordijnen. Tegenwoordig gaat dat wel wat beter, maar de ouders hebben zo weinig begrip van wat des kinds is, dat Ruurd "van gekkigheid soms niet weet wat hij doen moet". De ouders worden daar bij tijden wanhopig van en wijzen de jongen

op zo'n moment dan ook openlijk af.

Ruurd is aan zijn vader gebonden. Over zijn moeder spreekt hij nooit. Ook praktisch gezien is de vader altijd nog degene, die met de jongen omgaat en voor hem zorgt, de moeder doet niets. De vader kan soms ook wel enige warmte geven, naast zijn wanhoop over het gedrag van zijn kind. Beide ouders zijn echter ten enen male onmachtig als opvoeders en verzorgers. Zij staan sterk ambivalent in hun ouderpositie. Zij houden zich enerzijds afzijdig nu Ruurd elders verblijft, maar zij willen anderzijds weten "wat hij nu eigenlijk mankeert" en zij geven voortdurend duidelijk aan dat zij niets van de jongen en de voor hem genomen maatregelen begrijpen. Dit maakt het moeilijk voor alle betrokkenen om één front te vormen.

Als wij de balans opmaken voor de kleine, parmantige, maar o zo onzekere Ruurd, zien wij een totaal niet-capabel ouderpaar, dat van het begin af aan geen raad geweten heeft met dit (gelukkig enige) kind. De zwangerschap gaf problemen, de geboorte verliep anders dan gewoon, en toen de baby er eenmaal was hebben de ouders hem op hun manier verzorgd en gevoed, hetgeen niet de goede manier bleek te zijn. Doordat zij zo gekant zijn tegen alles wat dokter, consultatiebureau, ziekenhuis of "instantie" is, hebben zij geen hulp willen vragen, behalve de beide keren dat het knaapje een subluxatie van de elleboog en een polsfractuur had. Verder heeft Ruurd het moeten stellen met onvoldoende en onjuiste voeding, en met het ontbreken van zelfs maar het geringste begrip van de moeder, laat staan dat zij hem warmte of liefde kon geven. Ondanks goede wil van de vader was deze niet bij machte dat tekort te compenseren. De moeder heeft het kind eigenlijk nooit geaccepteerd. Zij vindt hem anders dan andere kinderen en vindt hem "steeds gekker" worden.

Behalve een verblijf van 2 maanden in een ziekenhuis, toen hij omstreeks een half jaar oud was, heeft Ruurd het met de situatie in zijn ouderlijk huis moeten stellen zonder enig ingrijpen of toevoeging van zorg van buitenaf tot hij 3½ jaar was. Nadien was hij dan wel overdag in een andere omgeving, maar juist de omschakeling tweemaal per etmaal verkleinde de heilzame werking van deze maatregel. Pas met 5 jaar en 5 maanden wordt hij echt uit huis geplaatst. Dat dit zo laat gebeurde moet verklaard

worden uit het streven van de kinderbeschermers om de onzekere, gefrustreerde ouders niet nog meer het gevoel van afwijzing en waardeloosheid te geven, en om de natuurlijke band van ouders en kind toch vooral niet te verbreken.

Hiermee is het voor Ruurd een hele dobber geweest om zijn plaatsje in de wereld en in het leven te vinden en om zijn ontwikkelingsachterstand in te halen, die hij de eerste jaren van zijn leven had opgelopen. In hoeverre hij dat gedaan heeft is moeilijk vast te stellen. Lichamelijk is hij dan wel klein voor zijn leeftijd, maar dit valt slechts echt buiten proportie als men ziet welk een boom van een man de vader is. Toch is er fysiek geen kwalijke achterstand meer. Intellectueel is hij geweldig ingelopen, al ligt hij nog wat onder het gemiddelde. Het is echter de vraag of hij ook dat niet gedaan zou hebben met de beste behandeling, als men kijkt naar de hereditaire kant van deze kwestie. Met zijn emotionele ontwikkeling is Ruurd nog hard bezig, daar heeft hij wel degelijk nog het nodige in te halen.

Bezien vanuit het oogpunt van kindermishandeling zouden wij willen stellen dat deze jongen wel degelijk mishandeld is, maar dan niet in de zin van opzettelijk leed toebrengen, doch vanuit een totaal onvermogen van de ouders om met een kind om te gaan en voor een kind te zorgen. Wij willen hier niet het begrip verwaarlozing gebruiken, - de mensen hebben gedaan wat zij konden - zij konden alleen niets. Daarbij gevoegd hun weerstand tegen eventuele hulp van buiten, dan is de cirkel rond. Of deze toch niet eerder doorbroken had moeten worden....?

L. 12. Levensgevaarlijk mishandelde zuigeling. Moeder psychisch gestoord. Vader insufficient

Emmy is het enige kind van een geestelijk gestoorde, vrij jonge moeder en een veel oudere vader. Beiden hebben in hun leven periodes gekend dat zij niet bij machte waren adequaat op gebeurtenissen en omstandigheden te reageren. Beiden hebben zij zich eenzaam en hulpeloos gevoeld (de man o.a. na een mislukt huwelijk) en toen zij elkaar in een dergelijke fase van hun leven ontmoetten hebben zij zich aan elkaar vastgeklampt op grond van die gemeenschappelijke gevoelens. Dat betekende in zekere zin dat zij elkaar op negatieve gronden gekozen hebben

(op wat zij misten, niet op wat zij hadden). Daarmee was hun samengaan eigenlijk bij voorbaat uitzichtloos voor zover het gaat om opbouwende wederzijdse steun: au fond houden de echtelieden wel van elkaar, maar zij kunnen elkaar niet geven wat de ander nodig heeft. Zij werken eerder zodanig op elkaar in dat zij zich wederzijds tekort gedaan en ondergewaardeerd voelen. Voor de vrouw is het onmogelijk zich te verplaatsen in de behoeften van een ander, (later ook van haar dochtertje) of zich in te leven in haar man. De man voelde zich zo ongelukkig over het mislukken van zijn eerste huwelijk, dat hij coûte que coûte dit tweede huwelijk wilde doen slagen, hetgeen hem de ogen deed sluiten voor de vele beperkingen in de aard van zijn vrouw, die hij tegen beter weten in (hij kan bovendien intellectueel niet al te hoog aangeslagen worden) de hand boven het hoofd houdt. Het is logisch dat hij haar daarmee stijft in haar houding en gedrag. Voor ieder van hen heeft het kind de functie van een bevestiging van hun zelfgevoel, zij het op verschillende gronden. Dit alles maakt dat de geschiedenis van Emmy in eerste instantie die van haar ouders is.

De moeder was als kind al onder psychiatrische behandeling. Zij heeft veel adequate ouderlijke zorg moeten missen. Zij vervulde in het gezin de rol van het zwarte schaap en werd eigenlijk verstoten. Haar moeder verwaarloosde haar en haar vader trad agressief en soms mishandelend op. Vanaf haar puberteit heeft zij in tehuizen (voor debiele meisjes) verbleven, waar zij onder meer twee ingrijpende gebeurtenissen heeft beleefd: Zij is aangerand en toen zij zwanger werd is er een abortus opgewekt; zij is eens zodanig gevallen dat zij haar hoofd beschadigde en geopereerd moest worden, waarbij men een hersenbloeding constateerde. Zowel in die tijd als ervoor en erna moet zij een heel moeilijk meisje geweest zijn. Zij vertoonde een onaangepast gedrag, was vaak agressief (sloeg jongere kinderen) en ook toen al bleek dat zij in haar leven nooit enige rem gekend heeft, hetgeen zou kunnen duiden op een vroege hersenbeschadiging. Daarnaast moet ook de houding en het handelen van haar ouders t.a.v. haar wel z'n sporen hebben nagelaten. Zij is als volwassene sterk egocentrisch, kan nauwelijks of niet een relatie maken met iemand anders en staat tegelijk rancuneus en af-

werend tegenover personen en instanties. Zij kan zich maar op één ding tegelijk richten; gebeurt er iets daarnaast dan raakt zij in paniek, hetgeen zij uit in onbezonnen en agressief gedrag. Zij moet ook na haar meerderjarigheid in een tehuis verbleven hebben, want het was van daaruit dat zij haar man leerde kennen. Zij trouwden enkele maanden na zijn echtscheiding en 6 maanden daarna werd Emmy geboren.

De bevalling geschiedt in een kraamkliniek, zonder complicaties of bijzonderheden. Thuis komt het kindje in een bijna voortdurend gespannen sfeer. De vreemde huwelijksverhouding tussen haar ouders, die beiden impulsief, primitief en vaak emotioneel reagerende mensen zijn, ontlaadt zich meermalen in ruzies, met ook handtastelijkheden. De altijd bestaande schulden versterken dat alles nog. Als moeder en kind uit de kraamkliniek thuis gekomen zijn beginnen de moeilijkheden dan ook al direct. De vrouw heeft geen flauw benul van een baby en van wat zo'n kleintje nodig heeft. Als het kind gezond trappelt voelt de moeder het als tegen haar gericht en is daar boos over. Als Emmy spuugt is vooral het mogelijk vies worden van het meubilair van belang. Bij verstopping weet de moeder niet beter te doen dan hardhandig de faeces te verwijderen. Haar paniekreacties zijn bovendien zo onberekenbaar dat zij - in schrik en verwarring met de baby lopend - het kind enige malen met het hoofdje tegen een deurpost of kast stoot. Als zij na zo'n gebeurtenis met de 3½ maand oude Emmy naar het ziekenhuis komt (totaal overstuurd!), wordt daar een ernstig schedeltrauma geconstateerd, met subdurale haematomen en waarschijnlijk een contusio cerebri. Het e.e.g. in die tijd wijst op een matig diffuse cerebrale stoornis (een half jaar later is het normaal). Door middel van een schedelpunctie en met veel goede zorg weet men in het ziekenhuis Emmy door de kritieke fase heen te halen en daarna geneest zij voor spoedig. Zij kan zelfs al na ruim 4 weken uit het ziekenhuis ontslagen worden.

Dat zij dan niet naar huis kan is wel evident, en ook al verzetten de ouders zich ertegen (de moeder uit onbegrip en mogelijk schuldgevoelens, de vader omdat hij zich niet onafhankelijk durft op te stellen naast haar), toch gaat zij vanuit het ziekenhuis naar een kinderkuis, waar zij 4 jaar zal blijven. In het tweede jaar van haar verblijf daar moest zij nog eens in

een ziekenhuis opgenomen worden, met een gastro-enteritis met hypertone dehydratie, die zij - tegelijk met meer kinderen in het tehuis - had opgelopen via een virale infectie. Dit heeft haar zowel lichamelijk als psychisch erg aangepakt. Ook moest zij eens naar de chirurgische polikliniek met wat oppervlakkige gelaatsverwondingen, t.g.v. een val van de trap. Dit laatste werd in verband gebracht met gedragsproblemen. Met vallen en opstaan - anders gezegd, met soms regressie, dan weer vooruitgang - ontwikkelt Emmy zich in die 4 jaar over het algemeen gunstig. Toch lukt het haar niet om in die jaren de ontwikkelingsachterstand in te halen, die zij in de eerste maanden van haar leventje heeft opgelopen (en waarvan men vermoedt dat het samenhangt met een gebrek aan basisvertrouwen). Emmy heeft in de eerste jaren een zwakke persoonlijkheid. Als zij een situatie niet aankan wordt zij ontremd en agressief. Zij is snel gefrustreerd, is hard en grof in haar optreden en zij vraagt door haar uitlokkend gedrag een groot incassatievermogen van haar opvoeders en een schier eindeloos geduld. Haar behoefte aan zekerheid en veiligheid is bijna niet te bevredigen. Toch wordt haar omgang met zowel volwassenen als leeftijdgenootjes na een jaar beter. Zij krijgt daardoor meer vertrouwen in de "grote mensen" en zij heeft een goede plaats in de groep kinderen. Haar spraak blijft lang gebrekkig en ongearticuleerd en bij het zindelijk-worden levert zij pas haar eerste prestaties als zij ruim 2 jaar oud is. Met ruim 3 jaar is zij overdag zindelijk, 's nachts nog niet.

In de loop van die eerste vier jaren is er enige malen een psycho-pedagogisch onderzoek bij Emmy gedaan. Daaruit blijkt wel steeds vooruitgang vergeleken bij een vorig onderzoek, maar over het geheel krijgt men toch de indruk van een vrij permanente ontwikkelingsachterstand. Na 2½ jaar heeft zij een I.Q. van 81 en zij reageert in haar onmacht chaotisch en afwerend. Zij heeft dan gebrekkige integratieve en structurerende mogelijkheden. De psycholoog vindt het typisch voor een "battered child" dat Emmy op een zodanige manier haar onlust uit ageert, dat het een bijna bewust aandoend oproepen van negatieve gevoelens bij anderen inhoudt. Dit roept twijfels op over een definitieve verwerking van de gebeurtenissen uit de eerste maanden van haar leven. Na 3 jaar stelt dezelfde psycholoog:

"Zowel in verstandelijk, sociaal als emotioneel opzicht blijft Emmy enigszins geretardeerd functioneren. Positief is dat zij vertrouwen in de leidsters heeft gevonden en dat zij daar iets mee doen kan. Negatief is dat zij voortdurend ondersteuning van buitenaf nodig heeft en zij zich in voor haar niet optimale situaties lijkt af te sluiten van haar omgeving". In deze zelfde tijd constateert de neuroloog een psychomotore retardatie, en enige hypotonie en lage symmetrische spierreflexen aan armen en benen. Aan het eind van het vierde jaar (als zij zelf net 4 is) kan Emmy zich beter beheersen, hetgeen samenhangt met ordening en structuur in haar omgeving, waar zij zeer gevoelig voor is en duidelijk behoefte aan heeft. Soms is zij in die tijd tamelijk passief en zij is snel moe. Toch heeft zij veel belangstelling voor haar omgeving.

Wat betreft de relatie tot haar ouders: deze is wisselend geweest. In het begin werd Emmy bij het zien van haar ouders (met name de moeder, die toonde niets van het kind te begrijpen en die haar de gewoonste baby-uitingen verbood) huilerig en ging zij spugen. Daarna kwam er een periode dat het meisje weinig belangstelling voor haar ouders had. Het contact moest geheel van hen uitgaan. In de laatste maanden van haar verblijf in het kinderkuis heeft zij daarentegen een ongezone, heftige band met haar ouders. Mogelijk speelt hierbij een rol dat de ouders een zoontje gekregen hebben toen Emmy ruim 3½ jaar was. Ook voor dit kind geldt overigens dat de moeder niet in staat was het te verzorgen (van opvoeden kan helemaal niet gesproken worden), zodat zij hem enige malen in het (zelfde) kinderkuis bracht (maar hem dan soms ook weer op haar eigen houtje weghaalde!). Er zijn kinderbeschermingsmaatregelen voor hem genomen en hij zal zeer waarschijnlijk nooit door de ouders verzorgd en opgevoed kunnen worden. Al vóór het kind 2 was bestond er een angstwekkende ontwikkelingsachterstand, waarvan het de vraag is of die ooit geheel ingehaald kan worden.

Als men voor Emmy eindelijk de stap durft te zetten van overplaatsing naar een pleeggezin (de ouders zijn een half jaar na de melding bij de vertrouwensarts ontzet/ontheven uit/van de ouderlijke macht) komt er eigenlijk al direct een ommekeer in de goede richting. Dit gaat echter gepaard met zulke enorme problemen dat er van de pleegouders het bijna onmogelijke gevraagd

wordt. Toch slagen zij er in Emmy langzamerhand een gevoel van veiligheid te geven. Eén van hun verdiensten is dat zij het kind de mogelijkheid bieden om (op haar vierde jaar!) haar baby- en peutertijd daadwerkelijk te herbeleven. Er is voor Emmy niets heerlijkers dan gewiegd te worden, een zuigfles te krijgen, in een kinderstoel te zitten of met een luier rond te lopen. Vaak kauwt zij haar eten niet maar sabbelt zij het fijn, en het komt voor dat zij ineens niet meer kan praten en slechts babygeluidjes produceert. Bij stress of frustratie valt zij prompt terug naar babyniveau.

Emmy is bezeten van eten. Dit blijkt niet alleen tijdens de maaltijden, maar speelt onder alle omstandigheden en op alle uren (ook van de nacht!) een belangrijke rol. Zij "schuimt" bij burens de keuken af, zij zoekt in vuilnisbakken, neemt op de kleuterschool andere kinderen hun boterham af, en als zij 's nachts niet slapen kan (wat nogal eens voorkomt) onderneemt zij een strooptocht door het huis. Zelfs in de spelkamer bij de psycholoog zeurde zij om eten. Daarnaast heeft zij - vooral in de eerste tijd (het kind is nu anderhalf jaar in het gezin) - moeilijkheden met de ontlasting, die geheel psychisch bepaald zijn. Zij houdt haar faeces op. Ook dit verschijnsel neemt toe bij spanning. Haar psychische gespannenheid bleek aanvankelijk ook uit haar permanent gebalde vuistjes en uit het feit dat zij nooit eens spontaan zou lachen of huilen. De omgang met andere kinderen is niet zonder problemen. Emmy is bezig en zij heeft moeten ervaren dat andere kinderen dit op den duur niet "pikken" en dat zij alleen komt te staan. Het was een van de winstpunten van haar gaan naar de kleuterschool (enige maanden nadat zij in het pleeggezin was gekomen) dat zij deze ervaring kon opdoen. Bovendien was zij in staat er lering uit te trekken en haar best te gaan doen om een goede verstandhouding met andere kinderen te krijgen. Zij moet dan wel op haar tenen lopen! Tegenover de leidsters toont zij zich aanhankelijk en zij geniet er van om op schoot genomen te worden en als een klein kindje gekoesterd te worden. Dan neemt haar gespannenheid ook af. Emmy distancieert zich van haar ouders en broertje. Zij wil geen foto's van hen bekijken en wil niet over hen horen of praten. De enkele malen dat haar ouders haar in het pleeggezin opgezocht hebben ontweek het meisje haar moeder en kon zij zich pas enigszins ontspannen

als zij bij haar vader op zijn knie zat. Haar angst en onzekerheid manifesteren zich in haar spel na afloop van zo'n bezoek. Bovendien valt zij na zo'n gebeurtenis natuurlijk hevig terug. Dan neemt de eetproblematiek toe, zij houdt haar ontlasting weer lange tijd vast, het bedplassen verergert en zij slaapt slecht.

Toch is er zowel op de kleuterschool als in het pleeggezin een positieve ontwikkeling van Emmy gaande. Zo langzamerhand verschijnt er ineens een échte glimlach op haar snoetje en valt er een echte traan. In het pleeggezin heeft Emmy duidelijk een plaatsje verkregen, wat haar gevoel van veiligheid en zekerheid natuurlijk ten goede komt. Lichamelijk maakt zij het goed. Zij is gezond en heeft een goed uithoudingsvermogen. Mede dank zij een gymnastiekclubje is haar grove motoriek enorm verbeterd. Het praten gaat veel beter (zij kán het goed!) ook al neemt haar lispelen toe in situaties waarin zij gespannen is. Intellectueel staat zij op normaal niveau.

De prognose valt o.i. uiteen in een op korte en een op lange termijn. Voor de eerstkomende tijd zijn de vooruitzichten gunstig. Aangenomen mag worden dat - vooral indien Emmy zich nog veiliger zal gaan voelen - de positieve ontwikkeling zich zal voortzetten. Men realiseert zich evenwel heel goed dat er nog meer wezenlijke problematiek verwerkt zal moeten worden (de koppigheidsfase....!). Of ook de prognose op langere termijn even gunstig kan zijn is o.i. minder zeker. De tijd zal moeten leren of een kind, dat op deze leeftijd het niveau bereikt heeft zoals Emmy nu, ooit een zo grote achterstand zal kunnen inlopen.

Als wij Emmy's leven tot nu toe overzien is het eigenlijk een voortdurende strijd geweest. Van haarzelf en van degenen, die haar opgevangen hebben. Zelfs ook van de ouders, zij het dat zij vochten om het kind terug te krijgen. Toen medici en verpleegsters als eersten met de baby te maken kregen was het een strijd om leven en dood. Die strijd is gewonnen. De opvoeders en verzorgers hebben nadien moeten vechten om het positieve in Emmy de overhand te laten krijgen over het negatieve, en om haar de achterstand te doen inlopen, die zij in haar eerste levensmaanden had opgelopen. Door geduld en liefde en vooral door het aanbrengen van structuur heeft men veel voor het meisje kunnen doen. Ook Emmy zelf heeft - jong als zij is - strijd moeten

leveren om een plekje voor zich te veroveren en overeind te blijven temidden van anderen en onder verschillende omstandigheden. Het is en blijft voor haar een zegen dat zij bij zo warme en begrijpende pleegouders is gekomen, waar zij niet alleen veiligheid en eigenheid vindt, maar waar zij bovendien de min of meer overgeslagen fases van haar ontwikkeling daadwerkelijk kan inhalen. Daarmee kan men ook van h  r zeggen dat zij successen geboekt heeft, ook al gaat dat uiterst langzaam en staat haar nog veel strijd te wachten.

De oorzaak van de kindermishandeling is duidelijk. Afgezien van de vraag in hoeverre de omstandigheden in de jeugd van de moeder een rol gespeeld hebben bij haar ontwikkeling, - de vrouw was op het moment dat zij haar eerste kind kreeg zo afwijkend (het begrip gestoord is hier op z'n plaats), dat haar gedragingen - ook tegenover het kind - niet anders dan inadequate k  nden zijn.

Dat dit kindermishandeling inhield moet niet alleen aan de vrouw voorbij gegaan zijn, maar is haar ook niet euvel te duiden, zij wist niet wat zij deed. Zelfs kan men zeggen dat zij meende het beste te doen. Op grond van haar aard en mogelijkheden was dit alles behalve goed.....

Wij zeggen dit over de oorzaak van de kindermishandeling. Als wij ons verdiepen in de redenen daarvan, dan kunnen wij niet anders dan stellen dat er geen reden was. Hoogstens heeft het frequente spugen en de obstipatie van de baby (wat weer een reactie op de moeder geweest kan zijn!) de moeder zo in paniek gebracht, dat men in die zin van redenen kan spreken. Maar dan is het niet meer dan de redenen van de paniek en niet van de gedragingen van de moeder als zodanig.

Met deze aard van de vrouw als gegeven is de toekomst voor het samengaan van moeder en dochter bij voorbaat eigenlijk een onhaalbare zaak. Tegelijkertijd is het - eveneens op grond van die aard - nagenoeg onmogelijk om dit voor de moeder acceptabel te maken. Zij heeft immers niet het vermogen om haar eigen tekortkomingen in te zien, noch om te voorzien wat de behoeften van haar dochtertje zijn. Om dit laatste facet is het voor de opvoeders van Emmy niet doenlijk om de band geheel te verbreken, voor zover de moeder die zelfs zou l  ten verbreken. Anderzijds loopt men de kans hiermee het kind extra te belasten. Wellicht

hebben de "kinderbeschermers", die van verschillende kanten met dit gezin bezig zijn, hier de beste tussenweg gevonden: Met voor Emmy de nadruk op haar pleegouders en het pleeggezin, tracht men vanuit andere hoek (andere mensen) de moeder (de ouders) een zodanige ondersteuning te geven, dat de vrouw zich voornamelijk op zichzelf richt en daarmee afstand gaat nemen (in meer dan één betekenis!) van haar oudste, waarmee de weg vrij is voor de ontplooiing van het kind. Het is geen alledaags gebeuren dat na een ontzetting juist door mensen van de kinderscherming-in-de-eerste-lijn zo intensief met een ontzette moeder gewerkt wordt. Misschien past dit feit in ons uitgangspunt: dat de geschiedenis van Emmy in eerste instantie die van haar ouders is.

*L. 13. Zuigeling en peuter ernstig mishandeld en verwaarloosd.
Moeder debiel. Vader alcoholist*

Het gezin R. bestaat uit de ouders en twee meisjes, die op het moment van de melding bij het bureau vertrouwensarts respectievelijk ruim anderhalf en nog geen half jaar oud zijn. De ouders waren toen beiden midden 20. De vader was alcoholist en was het tegendeel van werklustig. De moeder was niet bij machte een huishouden te drijven, laat staan voor babies te zorgen. Zij hebben in hun jeugd allebei b.l.o.scholen bezocht. De moeder verbleef het grootste deel van haar kinder- en meisjesjaren in een tehuis, in verband met de echtscheiding van haar ouders. Het huwelijk van de ouders R. heeft nooit veel betekend. De man mishandelde zowel zijn vrouw als de kinderen. Na de geboorte van de meisjes kwamen er steeds meer conflicten en steeds hoger oplopende ruzies. Na ruim 4 jaar huwelijk scheidden de ouders, de moeder kreeg de voogdij. Noch zij, noch iemand anders merkte verder meer iets van de vader. Korte tijd na de echtscheiding ging de moeder een relatie aan met een eveneens frequent en overvloedig alcohol gebruikende, agressieve man, welke verhouding niet minder conflictueus was dan die met haar wettige echtgenoot voordien. Ook deze man mishandelde de vrouw en de kinderen en gedroeg zich ook in het algemeen zodanig, dat er in een rapport wordt opgemerkt dat "de kinderen weinig bespaard lijkt te zijn gebleven". Dit span kreeg een dochtertje, dat na 2½ maand een "wiegedood" stierf. Sectie wees uit dat er een natuurlijke doods-

oorzaak was. Uit de literatuur zowel als uit de praktijk is echter bekend dat zo'n "cot-death" in een aantal gevallen op een gewelddadige manier tot stand gebracht is, ook al is dat door sectie niet aan te tonen. Hoe dat in dit geval ook zij, de dood van dit halfzusje heeft grote indruk gemaakt op de beide meisjes, vooral op het oudste.

Het is enige malen gebeurd dat de moeder het niet meer uithield bij haar concubin en zij hem - met medenemen van de meisjes - verliet. Het drietal zwierf dan wat rond, tot men - gewoonlijk al na enkele dagen - weer ging samenwonen. De vrouw heeft van zichzelf zo weinig structuur en zo weinig zelfstandigheid, dat zij niet alleen coûte que coûte een partner nodig heeft ("anders word ik een zwerfkat"), maar op grond van haar aard daarvoor dit type man kiest. Als de meisjes 5 en 4 jaar zijn wordt de moeder beschreven als een driejarige kleuter. Zij is van zichzelf stuurloos en zij kan met haar geringe verstand niet begrijpen wat een kind nodig heeft. Zij heeft haar kinderen niets te bieden. Een psychiater noemt haar "een debiele vrouw, die haar emoties goed controleert zolang de spanning niet te hoog oploopt doch die er weinig controle over blijkt te hebben als de affecten te hoog oplopen". Zij is zeer beïnvloedbaar door haar omgeving, zowel in positieve als in negatieve zin. Pedagogische kwaliteiten heeft zij in genen dele.

Toen het oudste meisje, Klasien, 8 maanden oud was ontdekte men dat zij gehoorgestoord was. Het verhaal wil dat dit komt omdat haar vader haar van de trap gegooid heeft. Medisch gezien lijkt het waarschijnlijker dat het kind doof geboren is. Het is immers een nagenoeg ontbreken van gehoor aan beide oren. De gevolgen van een toegebracht of opgelopen letsel manifesteren zich gewoonlijk aan één kant, of - indien aan beide kanten - in verschillende mate of vorm. Hoe dit zij - de spraakontwikkeling komt niet op gang. Al voor haar tweede jaar kon Klasien overdag op een kinderdagverblijf zijn. Met 3 jaar is zij een half jaar in een medisch kleuterdagverblijf geweest en vervolgens was zij overdag op de (kleuter) school van een doveninstituut. Dat nam niet weg dat zij in haar eerste levensjaren sterk de invloed heeft ondergaan van de ruziesfeer in huis, met alcoholgebruik door de vaderfiguren en hun agressief optreden (slaan, sadistisch "straffen").

Hetzelfde geldt voor het jongere kind, Geertje. Zij is zelfs ernstig getraumatiseerd door de chaotische, zeer bedreigende ervaringen uit haar eerste levensjaren. Die waren voor haar zo mogelijk nog aangrijpender dan voor Klasien door één speciale daad van haar "stiefvader". Toen het kindje ruim 3½ jaar oud was hield hij haar met haar hoofdje onder de heetwaterkraan van de geyser, als tuchting omdat zij in haar bedje had geplaatst. Het kind had ernstige brandwonden en lag er 2 maanden mee in een ziekenhuis. Daarna was zij weer enkele maanden thuis.

Ondanks de inspanningen in dag-tehuis en school (voor Klasien) ziet men geen kans de beide meisjes voldoende te bieden, zolang zij dagelijks in de conflictueuze omgeving van de moeder en haar concubijn terugkeren en verkeren. Er is geen veiligheid die de bedreiging van vooral de "stiefvader" kan nivelleren. Er wordt een modus gevonden om de beide meisjes in een kinderkuis te plaatsen. Dit gaat in de loop van de middag van de dag in, waarop het halfzusje 's ochtends is overleden (!). Klasien gaat vanuit het tehuis naar de kleuterschool in het doveninstituut.

Beide meisjes geven in het kinderkuis grote moeilijkheden. Deze hangen duidelijk samen met ieders enorme behoefte aan veiligheid en tevens met hun wantrouwen tegenover volwassenen. Als zij er een half jaar zijn zegt men van Klasien (bijna 6 jaar oud dan) dat het trauma bij haar waarschijnlijk net zo groot is als bij Geertje, maar waar de jongste zich terugtrekt en isoleert, uit het oudste meisje het door juist op iedereen aan te vliegen en zich lijfelijk aan volwassenen vast te klampen. Zij trekt bijna krampachtig aandacht, met een volstrekte a-selectiviteit in de contacten. Maar zij heeft tenminste nog de moed om die contacten te maken, zij durft zich iets meer over te geven aan volwassenen. Het onmatige ervan houdt echter een totaal gebrek aan distantie in. Het kind is bovendien snel uit haar evenwicht weet geen weg met emoties en heeft soms buien dat zij "niet te houden" is. Op die leeftijd is zij nog te chaotisch om via speltherapie geholpen te worden. Zowel toen als later is eten voor haar een uitingsvorm of strijdmiddel geweest. Zij heeft vaak haar maaltijd uitgespuugd, wat pas de kop werd ingedrukt toen men het (zij was toen 7) terugstopte. Nadat één keer dat "antwoord" gegeven was, was het over!! Op school eet Klasien

altijd nog met lange tanden en heel traag.

Intellectueel gezien bracht Klasien het (5 jaar en 10 maanden oud) tot een I.Q. van 108. Zij was daarbij verder dan bij een vorig onderzoek, een half jaar eerder, toen zij een I.Q. van 91 haalde. Ook in haar gedrag was er sprake van vooruitgang in die 6 maanden. Toch bleef de indruk bestaan dat zowel de doofheid als de emotionele factoren, elk problematische aspecten in haar gedrag aanbrengen. Het feit dat zij nauwelijks over taal beschikt werkt natuurlijk belemmerend op de sociale vaardigheid. Daarnaast leek de nog niet solide veiligheidsbasis (sterke behoefte aan ondersteuning van volwassenen, maar geen volledig vertrouwen in hen noch in zichzelf) een extra complicerende factor te vormen.

Was zij dus merkbaar vooruit gegaan terwijl zij 5 jaar was, als zij 6 jaar en 4 maanden oud is komen er minder gunstige berichten. Het kinderhuis is aan het einde van het kunnen met Klasien. Het gaat slecht op school, zij is vaak humeurig en slecht geconcentreerd. Bij de andere (dove!) kinderen op school valt zij uit de toon door haar enorme hunkering naar lijfelijk contact. Ook het leerproces wordt hierdoor belemmerd. Wel kan zij in de omgang met dove kinderen beter mee dan in het algemene kinderhuis, waar zij soms verbijsterd zit te kijken omdat zij bepaalde situaties niet begrijpt. Om haar betere kansen voor een harmonieuze ontwikkeling te geven wordt zij kort voor haar 7e verjaardag overgeplaatst naar een ander kinderhuis. Geertje is in het oorspronkelijke kinderhuis gebleven.

Zij was bijna 4 jaar toen zij daar - samen met Klasien - kwam. Op het moment dat wij dit schrijven is zij er 2 jaar. Van het begin af aan is het kind gebiologeerd geweest van eten, zozeer dat men spreekt van vraatzucht. Deze neiging is in de loop van de twee jaar afgenomen. Alleen snoep, wat zij van haar moeder heeft gekregen, schrokt zij nog wel eens naar binnen. Eten wordt door het kind trouwens ook in andere zin gebruikt als uiting van psychische spanning. Zij braakt soms haar maaltijd uit in protest tegen haar leidster. In het begin van haar verblijf in het kinderhuis vertoonde zij een bijzonder druk gedrag. Zij rende van het een naar het ander en was erg angstig. Zij isoleerde zich in hoge mate. Nog los van deze pathologische angst is Geertje (ruim 4 jaar oud) een in intellectueel, sociaal en

emotioneel opzicht ernstig geretardeerd meisje. Met 4½ jaar spreekt zij nog heel slecht, zij kan de taal nauwelijks gebruiken als middel om te communiceren. Haar prestaties op het verbale zowel als op het praktisch-verstandelijke vlak waren op dat moment gering. Het I.Q. bedroeg toen 76. Vooral de angst baart zorgen. Vier jaar leven met zoveel angst kan niet meer uitgepoetst worden. Zowel voor het kind zelf als voor haar verzorgers en opvoeders vormt dit wel het grootste probleem. Het heeft lang geduurd voordat zij die angst zelfs maar durfde uiten. Pas toen zij genoeg veiligheid gevonden had bij de volwassenen om haar heen kon zij via het spel haar gevoelens weer geven en kon men met speltherapie beginnen. Een andere uitingvorm voor Geertje is masturbatie, wat zij al jaren in sterke mate doet, vooral als zij zich in een problematische situatie bevindt. Alles aan Geertje is grof; haar uiterlijk, haar bewegingen (onbehouwen), in zekere zin haar gevoel, en zij heeft een dosis agressie, die er op een of andere manier uit moet komen. Eén van die manieren is bij het masturberen - zij doet dat fel agressief, een op zichzelf gerichte agressie. Als men haar hard en ruw ziet masturberen met behulp van een pop, lijkt de vraag gewettigd of dit kind soms vroeger ook sexueel mishandeld is.

De verhouding tot haar moeder is wisselend. Heette het dat Geertje vroeger thuis door de moeder werd voorgetrokken boven Klasien, thans ligt dit omgekeerd. Klasien zoekt immers contact en dat bevredigt de moeder. Geertje staat soms open voor haar moeder, als die op bezoek komt, vaak ook is zij hevig afwijzend. Dit laatste is voor de beperkte en zo labiele vrouw amper te verdragen, hetgeen inhoudt dat zij op haar beurt haar jongste dochtertje afwijst. De verhouding tussen de twee zusjes onderling blijft wat vaag en is zeker niet hecht.

Ondanks dit alles maakt Geertje - met vallen en opstaan - toch wel een zekere ontwikkeling ten goede door. Toen zij 5 jaar en 2 maanden was constateerde men bij een psycho-pedagogisch onderzoek een vooruitgang vergeleken bij een klein jaar daarvoor. Het kind kan zich dan duidelijk richten op de vertrouwde leiders en laat zich met kennelijk plezier door hen koesteren. Zij kan dan ook met hun bescherming aardig bezig zijn met kleine opdrachten, al zette zich door wat steeds Geertjes aard is ge-

weest. Zij houdt graag zelf ieder initiatief. Inperking door de leidster of ook een sterke directiviteit van de volwassene kan het kind moeilijk verdragen. Zij wordt dan heel driftig, is koppig en houdt dat lang vol. Belangrijk is echter dat haar angst en geremdheid t.a.v. het uiten van verdriet en boosheid veel minder zijn geworden. Ook in het algemeen komt er enige ontspanning, hetgeen zelfs te zien is aan haar lichaamshouding en gezichtsuitdrukking. Het plompe, vlakke van een jaar tevoren is dan nauwelijks meer aanwezig.

Het spreken gaat iets beter, al blijft het voor haar leeftijd nog vrij pover. Toch gaat de ontwikkeling oneindig langzaam en zijn al deze verworvenheden nog heel wankel. Het behoeft dan ook geen betoog dat het kind gemakkelijk terugvalt tot een vroeger gedrag. De quintessens is en blijft echter dat Geertje in haar emotionele ontwikkeling belemmerd wordt door de niet voldoende verwerkte traumata uit het verleden. Zij is angstig, verdrietig en ook boos over wat zij in relatie met volwassenen heeft ervaren. Voor de confrontatie met die (heftige!) gevoelens schrikt zij vooralsnog terug, al kruipt zij emotioneel niet meer onbereikbaar ver weg. Zij toont nu tenminste iets van haar onrust, vraagt a.h.w. om hulp. Eigenlijk kan men stellen dat het meisje dubbel gehandicapt is. De extreme angstigheid t.g.v. de vroegere mishandeling en onveiligheid en de debilitas mentis. Over het eerste zal zij vermoedelijk nooit helemaal heenkomen, terwijl ook het tweede voor haar een gegeven feit is. Het is beklemmend om dit meisje gade te slaan. Zo'n hunkering naar liefde en zo'n onvermogen om die te ontvangen. Haar gezinsvoogdes noemt haar "het meest trieste kind dat ik ken"...

In het nieuwe kindershuis, waar Klasien kwam toen zij bijna 7 jaar was, kent men verticale groepen, dus in één groep zijn kinderen van alle leeftijden. Elke groep heeft twee dove kinderen. Men spreekt de kinderen op een meer volwassen manier aan dan in het tehuis, waar Klasien voordien was. Deze omschakeling gaf voor het kind wel problemen en zij viel dan ook aanvankelijk sterk terug. Zij reageerde chaotisch, kon amper praten, en het eten was nog slechter dan anders. Ook op school kwamen deze moeilijkheden tot uiting. Klasien is nu eenmaal zeer emotioneel en labiel en zij heeft moeite om in de gewone eerste klas (die op prestatie gericht is) mee te komen; zij is de slechtste van de

groep. Zij is onrustig en ongedurig, kan zich slecht concentreren en zij gebruikt zo veel energie voor andere dingen, dat het leren in het gedrang komt. Wel was gebleken dat zij gunstig reageert op regelmaat en structuur. In de kleuterklas was zij nóg chaotischer en onrustiger. Op de school heeft een test een I.Q. van 86 opgeleverd. Men ziet het kind als zwakbegaafd, ook al erkent men dat haar afleidbaarheid haar prestaties drukt. Zij is geen kind voor een gewone vorm van onderwijs (al kan zij dat later mogelijk wel zijn), daarom komt zij in het volgende schooljaar in een soort LOM-klas, waar zij vermoedelijk wel wat zal kunnen inhalen. Op dit moment is zij nog duidelijk in haar ontwikkeling geretardeerd, en het ziet er naar uit dat zij dat nooit geheel zal inhalen. Zij kan niet abstract denken, heeft geen fantasie en geen creativiteit. Het kind heeft zichzelf nog niet gevonden, zij kan nauwelijks zelfstandig bezig zijn of initiatief ontplooiën. Zij doet alleen anderen na. Nog steeds is haar taalbezit uiterst gering, zowel passief als actief. Zij blijft op de volwassenen gericht, eist hen voor zich op, en op school wil zij a.h.w. de leerkracht voor zichzelf hebben. Zowel op de school als in het kinderkuis ziet men haar als een kind met hersenbeschadiging, en men acht deze blijvend. Wat betreft haar doofheid: zij heeft een gehoorapparaat, maar dit doet zo weinig dat het nauwelijks iets uitmaakt of het aan staat of niet. Zij is linkshandig. Haar moeder betekent voor Klasien voornamelijk een bezit. De moeder is er voor haar en is van haar. De verhouding is voornamelijk instrumentaal. Er is weinig inhoud in de relatie en nog minder diepgang. Terugziend op dit alles moeten wij constateren dat wij hier te maken hebben met twee ernstig mishandelde en daardoor getraumatiseerde meisjes. Het trauma heeft bij de één de vorm aangenomen van een onmatige behoefte aan lijfelijk contact met volwassenen en een min of meer daarmee geforceerd aandacht vragen. Bij de ander heeft het een omgekeerd effect. Zij heeft een zielelijke angst voor volwassenen en reageert met wantrouwen en zich terugtrekken. Bij beide kinderen is er wel sprake van enige ontwikkeling, maar het lijkt gewettigd om nu al te stellen dat zij nooit geheel over deze traumata zullen heengroeien. Daarbij zijn beiden eigenlijk dubbel gehandicapt. De één is bovendien doof en de ander is debiel. Het intellect van de oudste is

moeilijk vast te stellen. Op dit moment noemt men haar zwakbegaafd.

De achtergrond van deze meisjes wordt gevormd door twee elkaar opvolgende, doch gelijksoortige, vaderfiguren. Alcoholisten en agressieve mishandelaars. Naast hen de moeder, die (net als de natuurlijke vader van de kinderen) debiel is en niet in staat tot zelfstandig functioneren in de maatschappij.

Van het consultatiebureau voor zuigelingen kreeg de Vereniging tegen Kindermishandeling de eerste "melding" van de misstanden in dit gezin, en de Vereniging tegen Kindermishandeling stuurde het door naar het bureau van de vertrouwensarts, toen de kinderen 1 jaar en 8 maanden en 4 maanden oud waren. Vanaf dat moment is er van verschillende kanten getracht hulp te bieden, en wel op diverse fronten. Deze hulp bestond aanvankelijk voor het oudste meisje uit een overdag elders verzorgd worden. Het jongste kind bleef thuis. Zelfs toen deze Geertje net 3½ jaar door een mishandeling zo ernstig verbrand was dat zij er 2 maanden mee in een ziekenhuis lag, kwam zij daarna toch weer in het eigen gezin terug. Pas toen de meisjes ruim 5 en bijna 4 jaar oud waren, werden zij uit huis geplaatst (en dat enkele uren na de voor hen zo aangrijpende dood van het halfzusje!). De schade aan de kinderen was toen zo groot, dat alle pogingen hen in een pleeggezin te plaatsen (ook na enige jaren) tot mislukking gedoemd waren. Het is de vraag of dit in de toekomst ooit mogelijk zal zijn.

Afgezien van het feit dat het ons voorkomt dat men wel erg lang gewacht heeft met het uit huis halen van de kinderen, is het vermoedelijk wel zo dat de belangrijkste brokken al eerder gemaakt waren. M.a.w. het onheil was geschied, wat men ook daarna van officiële zijde wel of niet aan maatregelen heeft getroffen. Het ligt echter voor de hand dat een continuering van het verblijf in het uiterst onveilige en bedreigende milieu de aan gebrachte schade slechts verergerd heeft en deze dus moeilijker te herstellen heeft gemaakt.

Is het soms wel eens moeilijk om een causaal verband te leggen tussen mishandeling in de jaren '72 t/m '74 en de tegenwoordige toestand van het mishandelde kind, hier is dit geheel duidelijk. De manier waarop beide meisjes zich gedragen en de aard van de ontwikkeling van hun karakter moet als regelrecht gevolg

gezien worden van de fysieke mishandeling en de daarmee samenhangende onveiligheid en bedreiging. De doofheid van Klasien en de debilitas van Geertje staan daar buiten, zij het dat beide factoren belemmerend werken bij de behandeling van de directe effecten van de kindermishandeling. Slechts de intelligentie van Klasien wordt vermoedelijk mede bepaald (gedrukt vooral) door haar aard, zoals die zich op grond van de gebeurtenissen in het eigen milieu gevormd heeft.

Al met al gaat het hier om twee ernstig beschadigde, getraumatiseerde zusjes, die beiden in intellectueel, sociaal en emotioneel opzicht geretardeerd zijn. Het is te vrezen dat de beschadiging niet werkelijk te herstellen is en dat de ontwikkelingsachterstand niet meer is in te halen.

*L. 14. Kleuter en zuigeling ernstig verwaarloosd. Twee oudere kinderen overleden.
Ouders harde werkers, incapabel voor het ouderschap*

Hannie heeft de eerste vier jaar van haar leventje nauwelijks of misschien wel nooit de buitenlucht opgesnoven. Zij is - samen met een jonger broertje en zusje - in hoge mate verwaarloosd, zowel materieel (geen verzorging) als (vooral) affectief. Een ouder broertje is kort voor Hannie's geboorte overleden en de dood van het jongere broertje (aan dubbele longontsteking en middenoorontsteking, 2½ jaar oud, met een gewicht van 6100 gram) vestigde de aandacht van de vertrouwensarts op het bestaan van nog twee meisjes en een oudere jongen. Deze laatste verbleef toen in een internaat. De beide meisjes (Hannie bijna 4 jaar, het zusje 9 maanden oud) worden op advies van de vertrouwensarts in een ziekenhuis opgenomen. Beiden hadden een enorme achterstand in ontwikkeling. Het zusje fungeerde met 10 maanden op een niveau van een kind van 2 à 3 maanden. Men zag bij haar als oorzaak van deze achterstand een onderstimulering en zowel affectieve als pedagogische verwaarlozing, al sloot men organische factoren niet uit. Dit laatste is echter nooit bevestigd.

Hannie was bij haar komst in het ziekenhuis een sterk onderkomen kind. Bijna 4 jaar oud was haar gewicht 9.850 kg en haar lengte 81.2 cm. De skeletfoto's lieten de ontwikkeling zien als van een tweejarig kind. Zij leed aan een urineweginfectie. De

diagnose was: "emotional deprivation".

De moeder van deze kinderen is in haar eigen jeugd materieel verwend maar affectief tekort gekomen. Dit gaat van generatie op generatie: haar moeder is als kind ronduit verwaarloosd en zelfs mishandeld. Iemand die geen affectie krijgt kan het (later) ook niet geven..... Hannie's moeder heeft na de lagere school de huishoudschool bezocht en daarna korte tijd ongeschoold werk gedaan, met vele wisselingen. Zij was op haar 16e jaar zwanger, trouwde met een 19-jarige man en 3 maanden later werd hun eerste kind geboren. Nadien kreeg het span elk anderhalf jaar een kind. Op het moment dat de vertrouwensarts met het gezin in contact kwam waren dat er vijf, waarvan er toen al twee overleden waren. Ondanks de huishoudschool had het vrouwtje geen enkel verstand van huishouden. Zij was evenmin capabel tot het opvoeden en zelfs verzorgen van kinderen. Zij werd vlak en emotioneel genoemd. Het was moeilijk om contact met haar te krijgen.

De vader van de kinderen gold als een stille, rustige man, die geen krachtfiguur was, niet op kon tegen de problemen van zijn gezin, en zich dan maar terugtrok op zijn werk of ook wel zijn heil zocht in drankgebruik.

Na 2 maanden verblijf in het ziekenhuis kon Hannie overgeplaatst worden naar een kinderkliniek. In beide instellingen had zij aanvankelijk een niet aflatende honger, zowel naar voedsel als naar affectie. Zij heeft haar achterstand in ontwikkeling in de eerste tijd met sprongen ingehaald. Nadien ging dit inlopen wat langzamer en ook nu - zij is nu ruim 8½ jaar - ligt zij toch nog wat achter bij leeftijdgenootjes.

Bij een eerste psychologische test bleek zij vooral verbaal geretardeerd en gestoord, op grond van de emotionele en pedagogische verwaarlozing. Een half jaar later was haar mentale leeftijd maar liefst met 16 maanden vooruit gegaan. Er bleef een discrepantie bestaan tussen haar verbale en haar nonverbale ontwikkeling, de laatste was in sommige opzichten op het niveau van haar kalenderleeftijd, in andere opzichten daar bij achter (met als uiterste verschil anderhalf jaar). Haar emotionele ontwikkeling was echter ook toen nog ernstig geretardeerd en gestoord. De ongedifferentieerde wijze van contactleggen (zij zocht toenadering tot iedereen, kende geen distantie) gaf in die tijd

aanleiding tot grote bezorgdheid omtrent haar mogelijkheden in de toekomst. Gelukkig is in de loop der jaren ook daarin verbetering gekomen. Ook lichamelijk had Hannie het nodige in te halen. Zij bleef lange tijd een groei-achterstand houden, al liep zij wel in, maar ook nu is zij klein van stuk. Waar zij in de eerste maanden zowel aan enuresis als aan encopresis leed, was zij na een half jaar - behoudens een klein ongelukje - zindelijk. Bij bijzonderheden in haar omgeving viel en valt zij zo nu en dan terug, wat in het begin enkele maanden, later slechts enkele dagen aanhield. Qua gezondheid bleef zij lange tijd kwakkelen. Zij was in het kinderruis doorlopend neusverkouden en zij hoestte veel.

Als zij na anderhalf jaar echter naar een pleeggezin kan overgaan (de pleegmoeder kent zij al van vóór het kinderruis) geeft haar dat veel emotionele houvast. Haar mentale ontwikkeling gaat duidelijk vooruit. Vooral haar taalgebruik is na een half jaar sterk verbeterd. De recidiverende luchtweginfecties verminderen. Kortom, over het geheel heeft zij zich in deze periode zeer gunstig ontwikkeld, al lijken er nog steeds sporen te bestaan (o.a. in de relatievorming) van de zware affectieve verwaarlozing, die het kind heeft ondergaan. Zij blijft nog bij tijden aan enuresis nocturna lijden, een enkele maal treedt enuresis diurna op.

Vanuit het pleeggezin ging zij naar een moderne kleuterschool. In die tijd was zij zowel daar als thuis erg vluchtig in haar contacten, met kinderen zowel als met volwassenen. Haar relatie-mogelijkheden leken beperkt, en emotioneel bleef alles wat vlak. Men noemde haar vluchtig, egocentrisch en eisend in haar gedrag. Zij wilde zo nu en dan duidelijk graag terugkeren tot de babyfase. Daar was bij uitstek een aanleiding voor toen de pleegouders een eigen kind kregen. Hannie was er toen ongeveer een jaar. Dit gebeuren is t.a.v. het pleegdochtertje extra goed voorbereid. Toch heeft dat niet kunnen verhinderen, dat zij eerst wel chaotisch was, hetgeen vooral op school bleek in faalangst en een gebrek aan concentratie. Op den duur kon Hannie "haar zusje" in haar wereldje opnemen. Zij vertoonde de normale jaloeziereacties, maar kon ook trots op haar zijn.

Na een jaar op de kleuterschool met kleine klasjes gaat Hannie

naar een basisschool met "Jena"-onderwijs. Hoewel men eerder had voorspeld dat Hannie lange tijd op pseudo-debiel niveau zou blijven functioneren, geeft zij op deze school toch blijk van wat meer intellect, ook al blijft zij nog duidelijk aan de lage kant. Haar grootste struikelblok is een enorme faalangst, waardoor het kind veel minder presteert (onderneemt zelfs) dan zij op grond van haar capaciteiten zou kunnen. Men beschouwt haar als geen hoogvlieger, maar duidelijk boven het niveau van zwakbegaafde.

Ook na twee jaar pleeggezin functioneert Hannie altijd nog beneden het gemiddelde van haar leeftijdgenootjes. Wel heeft zij lichamelijk haar achterstand ingehaald (zij is klein voor haar leeftijd, maar niet buitensporig), maar zij blijft vooral emotioneel achter, eigenlijk is zij met ruim 8½ jaar in dat opzicht nog een kleuter. Mede in overleg met een maatschappelijk werkster probeert de pleegmoeder speciaal de gevoelskant bij het kind te ontwikkelen. Dit heeft succes - Hannie wordt minder vlak en zelfs lukt het om haar langs deze weg te stimuleren bij haar schoolwerk. Hannie's groei en ontwikkeling gaan dan ook gestaag voort. Zij wordt weerbaarder, kan zich beter alleen bezighouden, zelfs wordt zij wat baziger. Zij heeft enkele vaste vriendinnetjes. Waar zij zich vroeger altijd volledig schikte naar een ander, daar kan zij nu ook haar eigen zin volgen. Ken- de zij in de eerste jaren geen afstand (letterlijk - zij klom bij iedereen direct op schoot en ging in een gezelschap gewoonlijk van schoot naar schoot!), nu gedraagt zij zich gereserveerder tegenover vreemden, zelfs kan zij nu wel eens verlegen zijn.

Ditzelfde heeft zich afgespeeld tegenover haar eigen ouders. Deze hebben altijd contact gehouden (zij zijn ontheven van de ouderlijke macht), uitten zelfs aanvankelijk dreigementen van kind-weghalen, ook al lieten zij het herhaaldelijk afweten als er een afspraak voor een bezoekje gemaakt was. Men heeft echter Hannie zo mogelijk één of twee keer per jaar in contact gebracht met haar ouders (eerst bij de pleegouders thuis, later een keer bij de ouders). Toen het kind merkte dat deze laatsten niet bedreigend waren of deden (de mensen wisten kennelijk geen weg met de situatie, konden eigenlijk geen ogenblik met hun dochtertje alleen zijn) nam zij gaandeweg meer afstand van hen, zelfs

zei zij onlangs u tegen haar moeder. De ouders zijn kortgeleden uit elkaar gegaan of gescheiden.

Als wij dit schrijven is Hannie bijna 9 jaar en zij is nu dus bijna 5 jaar weg uit het ouderlijk gezin, waar zij tot dan zo tekort gekomen was. Zij heeft bij haar ouders eigenlijk geen mishandeling ondergaan in de zin van opzettelijk toegebracht letsel, noch lichamelijk, noch psychisch. Het was - zo men wil - een passieve mishandeling, die bestond uit een onthouden van liefde (omdat men die niet had en dus niet geven kon) en stimulering van de kinderen. Het ging hier om een verregaande verwaarlozing uit onvermogen en onkunde. Ook de dood van Hannie's broertje, die de aanleiding vormde tot een ingrijpen t.a.v. beide zusjes, moet men o.i. zien als een te-laat-hulp-inroepen voor een ziek kind, dat wellicht een toch al grotere kans op succumben had door gebrek aan weerstand.

De gevolgen van deze "non-behandeling" door de ouders waren bij de twee meisjes vooral een grote achterstand in ontwikkeling, fysiek, mentaal en emotioneel. Hannie heeft die achterstand een heel eind ingehaald, maar zij is altijd nog klein voor haar leeftijd, functioneert intellectueel beneden haar kunnen en is vooral emotioneel nog achter. Gezien de mate, waarin zij op de diverse fronten is ingelopen, is de prognose niet zonder meer slecht te noemen. Of zij de achterstand werkelijk volledig zal kunnen wegwerken blijft een open vraag.

Welke factoren destijds geleid hebben tot de verwaarlozing van de kinderen is minder evident dan vaak het geval is. Belangrijk is in dit verband het kennelijke onvermogen van de moeder om affectie te geven, om van liefde nog niet eens te spreken. Hannie was het derde kind, het oudste werd geboren toen de moeder 16 jaar oud was, bij de geboorte van Hannie was zij 19. Een vlak, emotieloos, contact-arm vrouwtje (meisje kan men beter zeggen!) kan de verantwoordelijkheid voor zo'n gezin niet dragen. De vader, die slechts 2½ jaar ouder is dan zijn vrouwtje, heeft met deze situatie evenmin raad geweten en hij had niet het vermogen om man en vader te zijn voor zijn vrouw en kinderen. Eerder lijkt hij een mede-slachtoffer van de beperkingen van zijn vrouw. Als volwassene is hij echter weerbaarder dan kinderen van onder de 4 jaar, voor wie dan de vertrouwensarts inzake kindermishande-

ling in actie moet komen.

*L. 15. Kind van debiele ouders. Moeder in kraambed overleden.
Psychisch gestoorde stiefmoeder. Geretardeerd stiefbroertje.
Mishandeling en verwaarlozing*

Het heeft Carla werkelijk vanaf haar geboorte tegen gezeten. Dit begon met het overlijden van haar moeder, een dag na de bevalling. Deze debiele, vreemde, vermoedelijk gestoorde vrouw, onthield zich tijdens haar eerste zwangerschap (van Carla) van iedere lichaamsbeweging. Zij heeft de bevalling slechts één dag overleefd. Ook in de jaren daarvoor had zij weinig activiteit ontplooid. Zij had een hekel aan huishouden, deed het daarom niet en liet alles aan haar man over.

Deze echtgenoot is - net als zijn vrouw - in zijn kinderjaren een b.l.o.-leerling geweest. Zijn beide ouders zijn opgenomen geweest in een psychiatrische inrichting en ook hijzelf heeft van zijn 17e tot zijn 31e jaar in een tehuis verbleven, geheel of gedeeltelijk met een k.z.-verklaring. Toen Carla klein was noemde men hem een vreemde, doch goedaardige man. Hij deed ongeschooold werk.

Een paar jaar na de dood van zijn echtgenote hertrouwde de man met een jongere vrouw, die voordien met een k.z.-verklaring in een psychiatrische inrichting verpleegd was. Zij heeft een slechte achtergrond. Haar moeder was gestoord en moest herhaaldelijk worden opgenomen, haar vader gaf geen affectie of aandacht maar wel slaag aan vrouw en kinderen, terwijl hij ook onttucht pleegde met een debiele dochter (deze?). Degene, die later Carla's stiefmoeder zou worden, verbleef in diverse internaten en inrichtingen, tot zij zulk vreemd gedrag ging vertonen dat zij als psychiatrisch patiënt moest worden opgenomen. Ook tijdens haar huwelijk met Carla's vader noemt men haar dom en vreemd in haar optreden. Het is moeilijk om een gesprek met haar te voeren, zij praat chaotisch en heeft een agressie tegen de maatschappij. Zij doet niets in de huishouding - die wordt geheel door de vader gedreven, tot in de verzorging van de babies toe. Pedagogisch roept het optreden van beide ouders nogal wat bedenkingen en verdenkingen op. Zij hebben een bijna ziekelijke achterdocht tegen de buurt, isoleren zich (altijd

hermetisch gesloten gordijnen of zelfs luiken) en betrekken de kinderen daarin. Zij mogen nooit buiten spelen of elders contact met andere kinderen hebben.

Dit tweede huwelijk van de vader startte met Carla als enig kind. Na een jaar en twee jaar kreeg men twee eigen kinderen, die geen van beide debiel zijn. Later werd er een jongetje geboren dat zowel fysiek als psychisch zwaar gehandicapt is. Dit kind was "in Carla's tijd" overdag in een speciaal tehuis. Men had daar wel eens plekken op zijn huid gezien die op brandwonden leken. Van duidelijke kindermishandeling is verder niets gebleken.

Over Carla's geboorte zijn geen bijzonderheden bekend, waaruit men zou kunnen concluderen dat het een voldragen kindje was. Zij verbleef na haar geboorte enige tijd in het ziekenhuis en was - als half-wees - daarna bij diverse familieleden in huis, telkens was er reden voor verandering van tehuis (ruzie!). Zij wisselde zodoende in de eerste levensmaanden ettelijke keren van adres, tot zij naar een kinderhuis ging. Zij was net 2 jaar oud toen haar vader hertrouwde en zij thuis kwam.

Op request van de Raad voor de Kinderbescherming sprak de kinderrechter reeds 4 maanden erna een ondertoezichtstelling uit, omdat men zich afvroeg of dit vreemde, debiele ouderpaar de verzorging van deze peuter wel aan zou kunnen. De medewerking van de ouders met de gezinsvoogd was echter nihil, zodat de maatregel na een jaar werd opgeheven.

Een half jaar nadien kwam de stiefmoeder echter in wanhoop om hulp bij een instelling voor maatschappelijk werk. Haar man zat in de gevangenis (diefstal). Zij wist geen raad en verklaarde dat zij zichzelf en de kinderen iets zou aandoen en dat zij van Carla niets meer wilde weten. Het kindje had blauwe plekken op beide wangen. Door enkele gesprekken en huisbezoeken werd een en ander tot rust gebracht. Er leek geen reden voor ingrijpen en men hield het gezin zo nauwlettend mogelijk in het oog.

Kort voor Carla's 6e verjaardag kwam één van deze "observatores" met de eerste klachten over het optreden van de ouders tegenover dit dochttertje. Zelfs toen ontkenden deze met felheid iedere "beschuldiging" van mishandeling van hun oudste kind. Toch had zij vaak blauwe plekken, builen en wondjes (o.a. aan een slaap) en haar gedrag was van een kind dat hunkerde naar aandacht en affectie. Om te zien was zij een zielig meisje, bleek en met

piekharen. Zij leek weinig van haar stiefmoeder te moeten hebben, deed zowel afwerend als (zijdelings!) beschuldigend tegen haar. Omgekeerd beklagde deze zich over dit kind van haar man, dat eetmoeilijkheden gaf, 's nachts in bed plaste en niet wilde luisteren. Dat klopte ongetwijfeld. Carla was nerveus en zonder meer een moeilijk kind, hetgeen zich uitte in ongehoorzaamheid, slaan van andere kinderen en driftig optreden.

Als Carla 6 jaar is wordt het ongewenste van langer verblijf in dit gezin steeds duidelijker. De stiefmoeder, die haar derde kind verwacht, gaat er - na langdurige voorbereiding - wel mee instemmen dat Carla naar een kinderkuis zal gaan, maar de vader blijft zich daar heftig tegen verzetten. Waar de band tussen vader en kind goed is, redeneerde men van kinderbeschermingszijde dat van een uithuisplaatsing weinig heil te verwachten was voor Carla, zolang de vader het daar niet mee eens was. Een half jaar na haar 6e verjaardag (de stiefmoeder is dan hoogzwanger!) komen er echter zulke evidente klachten van mishandeling en zijn de gevolgen zo duidelijk te zien, dat op slag wordt ingegrepen.

Carla wordt toevertrouwd aan de zorgen van de Raad voor de Kinderbescherming en wordt - via het politiebureau - overgebracht naar een kinderkuis. Een arts die haar onderzocht, vond blauwe plekken op voorhoofd en rug, letsel in de buikspieren en een huidwond op het schedeldak. Carla was de laatste tijd voordien dagelijks huilend op de kleuterschool gekomen omdat zij geslagen zou zijn. Dit keer zou zij met een bezem zijn geslagen en tegen een kast zijn aangegooid. Het zou ook wel zijn voorgekomen dat zij de trap op geslagen werd en dat zij met haar boterham op de w.c. gezet werd, omdat zij niet wilde eten. Dit laatste was het enige wat de vader toegaf - de rest was "vuile roddel". Hij was des te bozer, omdat - zoals achteraf bleek - hij eindelijk had toegestemd in een uithuisplaatsing van Carla, en er waren ook al stappen gezet om dat voor elkaar te krijgen. Onder meer was Carla aan een sociaal psychologisch onderzoek onderworpen geweest, hetgeen had aangetoond dat plaatsing noodzakelijk was op grond van het gestoorde gedrag van het kind thuis en op school. Nu de uithuisplaatsing versneld, buiten deze plannen tot stand gekomen was, verzette de vader er zich heftig tegen. Als vervolg op de toevertrouwing werd hij 3 maanden later ontzet uit de voogdij over Carla.

Carla blijft in het geheel 2 jaar en 3 maanden in het kinderruist. Als zij er 11 maanden is vertelt de leiding dat zij bijna nooit zichzelf is. Zij speelt een bepaald dier, of een baby, later een man die zij kent. Zij is dan niet aanspreekbaar, tenzij men haar in haar rol laat en haar als zodanig bejegt. Om de 2 of 3 dagen krijgt zij een driftbui. Zij zwaait krampachtig met haar armen, stampet met haar voeten en gult. Na zo'n driftbui heeft zij hoofdpijn en tracht zij vrede te sluiten. Haar ouders zijn een enkele keer op bezoek geweest, waarbij Carla onbeweeglijk op een stoel had gezeten en overdreven gehoorzaam had gedaan. Bij het afscheid had zij geen verdriet getoond. Bij het psychologisch onderzoek werd duidelijk dat zij sterk op haar vader gericht was terwijl de (stief)moeder voor haar fungeerde als de straffende figuur, die haar geen geborgenheid kon geven. Opvallend bij dit onderzoek zijn haar overdreven gewilde affectieve uitingen, het klevrig aandacht vragen, zonder dat zij daar dan iets mee kan doen. De psycholoog geeft als zijn conclusie dat Carla in haar persoonlijkheidsontwikkeling is vastgelopen, waarbij zowel met traumatische belevingen als met lichamelijke stoornissen rekening gehouden moet worden. Bij een medisch onderzoek werd gevonden: exogene adipositas, sinusitis rechts en een voor epilepsie suspect e.e.g., waarop luminal-medicatie werd ingesteld. Dit verminderde de hevige driftbuien, die daarna nog maar eens in de 3 weken voorkwamen, terwijl ook de hoofdpijn erna niet meer voorkwam. Zij heeft nooit absences of nachtelijke onrustbuien gehad. De psychiater, die haar onderzoekt als zij 14 maanden in het kinderruist is, oordeelt dat Carla's driftbuien toch duidelijk het coloriet hebben van epileptische equivalenten met dan ook gedaald bewustzijn. Ook het bezittende, dominerende, klevrige contact dat het kind maakt doet aan epileptische aanleg denken. De psychiater interpreteert zijn bevindingen onder meer als volgt: "grote contacthonger, met daar overheen afweerformaties, waarin het willen dwingen van de ander, haar manier om haar behoeften weg te lachen en te clownen, dienen als bescherming van de teleurstelling van haar te grote behoeften. Het overstroomd-worden door impulsen, de weinig subtiële afweermanoeuvres en het onophoudelijke van haar contacteisen (waarin zij niet te schokken lijkt, althans niet op een manier dat zij zich even terugtrekt) past duidelijk in een cerebraal beschadigd

beeld, zoals dat voorkomt bij hyperkinetische, epileptische en debiele kinderen". Zowel de psychiater als de psycholoog vinden een lage intelligentie, die echter niet goed te testen is door haar manier van contactmaken en door haar slechte concentratie. Zij bezoekt de b.l.o.-school en haar vorderingen daar zijn heel matig. Als zij met 8 jaar en 9 maanden nog eens speciaal voor toelating tot een b.l.o.-school getest wordt is de conclusie: "echt een leerling voor b.l.o. en zelfs met dit individuele onderwijs zal het nog niet makkelijk zijn haar iets bij te brengen". Men vindt haar dan vlug vermoeid, zij heeft weinig spankracht en concentratievermogen. Aan taakbesef ontbreekt het haar helemaal.

Was de vader al boos over het weghalen van Carla uit zijn gezin en verzette hij zich tegen deze inmenging, ook tijdens haar verblijf in het kinderruim bleef hij agressief hierover. Hij voelt zich onrechtvaardig behandeld en het is vooral zijn schaamte tegenover de buurt (waar hij immers geheel buiten staat, maar waar men veel kritiek heeft op het gezin), die hem parten speelt. Hij voelt zich de kroon van het hoofd gestoten. Zijn werkelijke belangstelling voor zijn oudste dochtertje, het enige kind van zijn overleden vrouw, stoelt vermoedelijk op een soort primitieve verbondenheid met het meisje. Hoe het ook zij - hij blijft in het kinderruim en bij de voogdijvereniging aandringen dat Carla zo nu en dan een weekend thuis mag komen. De voogdijvereniging is altijd nog onzeker over de vraag of er werkelijk mishandeling van Carla is geweest, en in hoeverre dit is aangedikt door stokerijen uit de buurt. Waar het kind toch altijd nog duidelijk op haar vader gericht was en aan hem hing (niet aan de stiefmoeder!) en de vader op zijn manier veel om Carla gaf, is men dit gaan afwegen tegen de problemen, die het meisje in het kinderruim gaf en had. (Het is zelfs de vraag geweest of zij daar gehandhaafd kon worden!) In de hoop dat het gunstig zou werken voor Carla is men proeven gaan nemen met het nauwer aanhalen van het contact met het eigen gezin. Men heeft haar eerst een dagje naar huis laten gaan, hetgeen na enkele keren weekends zijn geworden. Tenslotte ging zij hele vakanties, en dat alles leek gunstig te verlopen. Zowel kinderruim als voogdijvereniging beoordeelden het effect van het thuiszijn van Carla positief. Het kind had de logeerpartijen thuis - ook de langere - prettig

gevonden en zij verwerkte de nieuwe situatie goed. Ook de ouders gedroegen zich acceptabel. De vader deed zijn best, de stiefmoeder was passief. Natuurlijk moest daarbij wel hun beperktheid als pedagogen ingecalculeerd worden. Zij waren echter bereid leiding te aanvaarden, zodat de voogdijvereniging (die er op speculeerde dat een uithuisplaatsing van twee jaar, op beschuldiging van mishandeling, de ouders wel zou weerhouden van een herhaling daarvan) tenslotte inging op het advies van het kinderhuis, en aan de rechtbank verlof vroeg Carla op proef thuis te plaatsen.

Als zij naar huis gaat is zij 8 jaar en 9 maanden oud. Het eerste half jaar verloopt alles goed, op school zelfs boven verwachting goed. Achteraf bezien zijn er echter na anderhalve maand voorvallen, die te denken geven. Zo heeft Carla dan een bultje boven haar oog, waarvan zij niet wil zeggen hoe zij er aan komt. In diezelfde tijd klaagt de vader dat het kind op school geslagen wordt (hij maakt zich bezorgd dat zijn vrouw en hij daarvoor aangezien zullen worden). Toch lijkt Carla zich te ontplooien, ook al blijft zij verlegen en zelfs onderdanig. In het tweede half jaar van haar thuiszijn vertoont het meisje zodanig gedrag, dat er kennelijk negatieve invloeden en omstandigheden zijn, waarop dit een reactie is. De ouders klagen dat Carla niet goed luistert, zij heeft angsten, en zij maakt voortdurend vuile broeken. Thuis is zij onderdanig en schuw, terwijl zij op school betrekkelijk open is en veel vrijer in haar doen en laten. Op het moment dat de voogdijvereniging het MOB heeft ingeschakeld om samen achter dit alles te kijken, worden de klachten van de ouders overstemd door berichten uit de buurt en van de school. Carla is thuisgekomen als een stevig, gezond kind, met blozende wangen. Op den duur ziet zij er mager, bleek en armetierig uit. Zij heeft nogal eens blauwe plekken, en eenmaal had zij dikke, bloederige plekken op haar knokkels, alsof daar met een stuk hout op geslagen was. Carla toonde zich bijzonder angstig voor haar stiefmoeder. Uit alles werd duidelijk dat het kind een enorm gebrek aan liefde en aandacht had. Bij de kinderpolitie "bestaat zeer sterk de indruk dat het kind door de stiefmoeder wordt mishandeld, lichamelijk en geestelijk ernstig wordt verwaarloosd en wordt misbruikt als object voor het afreageren van de psychische moeilijkheden van de stiefmoeder.

De vader van het kind staat zeer beslist onder de druk van zijn vrouw. Het kind krijgt in dit gezin zeker niet de kans zich te ontplooien".

Nog voordat het MOB in actie is kunnen komen, achtte men het van kinderbeschermingszijde wenselijk om in te grijpen. Om de nieuwe uithuisplaatsing zo goed mogelijk acceptabel te maken voor de betrokkenen heeft de voogdijvereniging - na desondanks een uitgebreide praatvoorbereiding - Carla in het ziekenhuis doen opnemen, met als motief haar encopresis. Hier hield men haar een maand, tot het kind naar een kinderhuis ging (een ander dan waar zij een jaar tevoren uit gekomen was). Carla is dan precies een jaar thuis geweest en is bij plaatsing in het internaat 9 jaar en 10 maanden oud. Zij komt in een tehuis voor gewone kinderen, echter in een aparte groep voor zwakbegaafde en debiele kinderen.

In dit internaat had Carla aanvankelijk een niet te stillen honger naar affectie. Dit uitte zij in diverse gedragingen op alle momenten van de dag. Zij was onrustig en gespannen en kon zich slecht concentreren. Zij had veelvuldig lichamelijke klachten, zoals hoofdpijn en buikpijn. Ook had zij opvallend veel haaruitval. Zij was een heel moeilijk kind voor de leiding. Dit alles werd gaandeweg beter, al aarzelde het tehuis wel of dit kind hier wel gehandhaafd kon worden. De ouders toonden geen enkele belangstelling voor Carla. Zij bezochten haar nooit en beantwoordden nooit de kaartjes, die het kind hun wel stuurde. Het blijkt meer en meer dat - ook voor de vader - de wens om Carla thuis te mogen hebben voornamelijk, zo niet exclusief, een erenzaak was tegenover de buurt. Werkelijke belangstelling voor het kind hebben de ouders niet. Het is vermoedelijk niet te boud gesteld als men zegt dat het kind soms maandenlang uit hun aandacht is.

Na 5 maanden meldt het internaat dat Carla in de groep alleen maar te handhaven is als zij medicijnen krijgt tegen angst en spanningen (neuleptil). Als men de dosering iets vermindert is het kind onvoorstelbaar druk, chaotisch, onaanspreekbaar en zelfs wat destructief. Omgekeerd, als men de voorgeschreven dosis medicamenten gebruikt is zij nogal suf en afwezig. In beide "vormen" geeft zij niet geringe problemen voor zowel de leiding als de andere kinderen. Bij tests blijkt dat Carla in staat is

tot abstraheren en dat zij een goed getalbegrip heeft. Haar tempo van werken is echter bijzonder laag, terwijl haar afleidbaarheid heel hoog ligt. Als men de rust weet te scheppen en alle afleiding bant, worden zowel haar werkinstelling als haar prestaties gaandeweg beter (tijdens de testen). Om die reden adviseert de orthopaedagoog dan ook dat Carla de "drukke en al te prikkelrijke omgeving als een kinderkuis" zal verlaten. Ook nu tracht men bewust de ouders bij de opvoeding van Carla te betrekken. Tegelijkertijd moet men echter toegeven dat al deze pogingen boter aan de galg gesmeerd zijn. De ouders zijn ten eerste niet gemotiveerd voor het aanvaarden van hulp en zijn bovendien te gestoord om iets met die hulp te kunnen doen. De uithuisplaatsing van Carla gaat echter om niet duidelijke redenen niet door. Daarom besluit de orthopaedagoog haar in speltherapie te nemen. Dit bleek een doorbraak ten goede te bewerkstelligen. Na 20 maanden verblijf in het internaat zijn de berichten dan ook heel wat gunstiger. Carla is een doorgaans opgewekt en ook meer spontaan meisje geworden. Zij kan beter over haar problemen praten, zelfs over haar ouders. Al haar belevenissen tijdens het jaar dat zij thuis was komen er nu eindelijk uit. Carla beleeft haar vader positief. Over haar stiefmoeder spreekt zij steeds negatief. Zij slaapt beter en vaster, zuigt geen duim meer, hoewel zij nog wel regelmatig in bed plast. De motoriek was en is housterig en plomp. Zij kan nog wel eens driftig en opvliegend reageren, maar dit komt veel minder voor dan eerst. En ondanks dit alles gebruikt zij de neuleptil niet meer! Het kind ging zich in deze tijd ook steeds meer van thuis distanceren. Op school kon zij goed mee. Als zij 2 jaar in het internaat is noemt men haar rustiger en zelfverzekerder. Zij heeft haar plaatsje in de groep verkregen. Zij vraagt nog wel veel aandacht van de leiding, maar op een minder irritante manier, niet meer zo plakkerig. Soms is zij opvliegend en driftig, maar dat duurt kort. Zij heeft daarna spijt en wil het altijd goed maken. Zij heeft geen lichamelijke klachten meer, al lukt het haar nog niet om geheel van het bedplassen af te komen, hetgeen zij wel probeert en wat zij graag zou willen. Op school doet zij het goed. Men vindt haar een prettige leerling en haar prestaties zijn redelijk goed. Zij krijgt een vakantie-adres, wat zij heerlijk vindt.

Een en ander liet zich zo gunstig aanzien, dat men ging praten over het gaan naar een pleeggezin! Na 2½ jaar verblijf in het internaat wordt de grote stap gezet. Na enige malen logeren wordt Carla (12 jaar oud) opgenomen in een pleeggezin met enkele eigen kinderen, jonger dan Carla. De pleegmoeder, die duidelijk de leiding heeft in het gezin, dat een goed gestructureerd geheel vormt, wat de kinderen houvast geeft, heeft haar hele jeugd uitgebreide ervaring opgedaan met pleegkinderen. In haar ouderlijk thuis waren die er altijd, ook debielen (die trouwden vanuit het pleeggezin. De vrouw heeft altijd nog contact met hen). Toen Carla hier naar toe ging heeft de voogdijvereniging aan de eigen ouders een briefje gestuurd met het bericht dat Carla naar een pleeggezin ging (geen naam of adres). Daarop hebben zij nooit gereageerd en hebben ook nooit op een andere manier van zich laten horen. Carla heeft in het begin twee keer over haar ouders gesproken. Zij wilde haar vader graag zien. Toen zij hoorde dat ook haar stiefmoeder dan zou komen, concludeerde zij zelf, dan kan het dus niet.

Het is eigenlijk vanzelfsprekend dat Carla in het pleeggezin heeft moeten ingroeien en dat zij betere en minder goede periodes heeft gehad. Er was een tijd dat zij praatte over "een stem in mij - ik doe alleen wat die stem zegt". Een behandeling vanuit de sociaal-psychiatrische dienst heeft haar daarop goed geholpen. Bovendien kreeg zij opnieuw medicijnen, om haar prikkelgevoelighed terug te dringen, waardoor zij de situatie aankan. Carla voelt zich thuis in dit gezin. De pleegouders zijn op haar gesteld en zij heeft er een vaste plek, ook voor later. Het meisje is hier kennelijk op haar plaats en is gelukkig. Zij bezoekt de b.l.o.-school en is daar nu op de huishoudafdeling. Zij doet het daar goed. Op dit moment (Carla is nu ruim 2 jaar in het pleeggezin en is 14½ jaar oud) is een ieder tevreden - het kind zelf, de pleegouders, de school en de voogdijvereniging.

Hoewel wij de geschiedenis van Carla beschreven hebben ter illustratie van een (mishandeld) kind met een lichamelijk afwijkend broertje of zusje, blijkt voor haar het bestaan van zo'n broertje (dat bovendien geestelijk afwijkend is!) niet de reden van de mishandeling. Het komt ons voor dat bij uitstek het feit van

voorkind zijn dit meisje de jarenlange misère bezorgd heeft. Natuurlijk spelen andere factoren eveneens een rol. De debilitas van de vader en de stiefmoeder, hun beider "vreemdheid" (k.z.-verklaringen en verblijf in psychiatrische inrichtingen in het verleden) en hun wellicht daarmee samenhangende afkeer van inmenging of hulp van buitenaf hebben het voor hen onmogelijk gemaakt om dit voorkind werkelijk tot zich te nemen. Daarbij moet men bedenken dat Carla bij haar komst in het gezin van haar vader en stiefmoeder een ongunstige tijd achter zich had. Eetlijke wisselingen van (slecht) tehuis bij familieleden in het eerste halve levensjaar en vervolgens een verblijf van anderhalf jaar in een kinderkuis. Deze slechte start in haar leven zal haar hoogstwaarschijnlijk tot een moeilijk kindje gemaakt hebben. Bovendien had Carla een hersenbeschadiging, die mogelijk bij de geboorte verkregen was, en in dat geval ook toen al gevolgen gehad kan hebben voor haar gedrag. Dat een stiefmoeder van dit type en met zo'n achtergrond dan geen andere manier van optreden weet te kiezen dan de primitieve van er-op-slaan, zonder ook maar het geringste vermogen te hebben om liefde te geven, is eigenlijk niet te verwonderen. Maar dit optreden en deze tekorten versterken tegelijkertijd de "lastigheid" van Carla, waardoor men in een vicieuze cirkel terechtkomt. Als de vrouw dan eigen kinderen krijgt, wier verzorging en opvoeding zij natuurlijk net zo min aankan, is het opnieuw "logisch" dat zij haar problemen in de eerste plaats afreageert op het stiefkind, dat haar al vanaf de eerste dag van haar huwelijk parten heeft gespeeld. Ook al weer door zijn aard kan de vader - zelfs al is hij van de beste bedoelingen vervuld - hier niets naast of tegenover stellen. Zijn gevoel van onvermogen en machteloosheid moet zelfs frustrerend gewerkt hebben, hetgeen de situatie alleen maar verslechterd kan hebben.

De rol van het bureau vertrouwensarts heeft in deze niet anders behelsd dan het registreren van de zaak. Van kinderbeschermingszijde heeft men van meet af aan de problemen onderkend en de gevaren gezien. Zoals zo vaak gold ook hier: Wat is beter voor een kind - de band met het eigen gezin handhaven en slechts met instemming en medewerking van de ouders hulp bieden (al of niet thuis), of deze band verbreken ook al verzetten de ouders zich. Men heeft bij Carla aanvankelijk voor het eerste gekozen en ook

bij een noodkreet van de stiefmoeder, die ingrijpen mogelijk maakte (toen Carla ongeveer 4 jaar oud was), heeft men olie op de golven gegoten. Pas 2½ jaar later, als de tekenen van zowel fysieke als psychische mishandeling overduidelijk zijn, wordt Carla "in veiligheid gebracht". Het onheil, dat haar is aangedaan, blijkt dan wel heel groot te zijn.

Goed beschouwd zijn ruim 2 jaar later de gevolgen van dit onheil, in de vorm van Carla's gedrag (waardoor zij amper te handhaven is in het kinderkuis) één van de twee redenen om het kind weer thuis te plaatsen. De andere reden is de oneigenlijke wens van de vader zijn dochttertje in het gezin te hebben. Naar immers achteraf blijkt gaat het hem niet om zijn kind maar om zijn goede naam in de buurt. Dat de beperkte ouders bij hun verzorging van een zo moeilijk kind al snel terugvallen in hun oude "fouten" behoeft niet te verbazen. Of de gevoelsband met de vader (die van het kind uit wel bestond) - naast de door Carla zo negatief ervaren stiefmoeder - ooit zou kunnen opwegen tegen de (be)last(ing), die men het meisje met deze terugplaatsing te dragen gaf, lijkt ons het overwegen waard - ook achteraf en ook in het algemeen.

Als men Carla's ervaringen in haar leventje overziet en als men de ups en downs in haar ontwikkeling beschouwt is het eigenlijk een wonder dat zij zich thans kan handhaven en gedragen en dat zij gehandhaafd kan worden in een pleeggezin. Een beeld als een duikerpop en een uitdrukking als tegen-de-verdrukking-in komen in onze gedachten. Heerlijk dat dit mogelijk was en een pluim op de hoed van haar pleegmoeder en van de opvoeders, die dit kind leiding geven!

L.16. Zuigeling door vader mishandeld. Ouders "buitenlanders".

Het buitenlandse echtpaar B. trouwde al jong en kwam kort daarna samen naar Nederland. De man kreeg werk met onregelmatige diensten, ook nachtdienst.

Het is nooit uitgemaakt wat de redenen waren, maar de man mishandelde af en toe hun eerste kindje, een meisje dat een half jaar oud was toen zij gemeld werd bij het bureau vertrouwensarts. Zij had soms blauwe plekken, eenmaal drie verbrande vingertjes. Het kind huilde vaak en voelde zich alleen bij de moeder veilig.

Deze was van haar kant bijna overbezorgd voor haar oudste. Zij was toen al weer in verwachting van haar tweede kind. Het gezin woonde op een bovenhuis, maar de moeder kwam wel veel buiten met de baby. Zelf zou zij het liefst teruggaan naar haar eigen land. Dit is niet gebeurd. Thans - 6 jaar later - woont het gezin nog in Nederland (wel verhuisd). Er zijn 4 kinderen, allen meisjes. De oudste (Monica, 6½ jaar oud) is een lief, wat dromerig, ernstig kind, de drie zusjes zijn spontaan en levenslustig. Monica speelt graag op straat met andere kinderen. Zij gaat nog niet naar school. De ouders willen haar na de grote vakantie bij de familie achterlaten, voor een verdere opvoeding in eigen land. Dit zou een veel voorkomende gang van zaken zijn.

Direct na de melding bij het bureau vertrouwensarts heeft een wijkverpleegkundige, die ook tevoren contact had met de moeder en de baby, extra aandacht aan dit gezin besteed. Net zo min als er te beoordelen is wat de drijfveren bij de vader waren bij de mishandeling, is nu vast te stellen wat een wending ten goede heeft teweeg gebracht. Wij kunnen slechts constateren dat de agressie van de vader verleden tijd is, dat de verhouding tussen de ouders beter is en er geen mishandeling meer plaatsvindt. Het gezin is duidelijk in Nederland ingeburgerd en de moeder spreekt niet meer over weggaan. Zij is opgewekt en tevreden.

Zoals reeds opgemerkt valt er slechts te gissen naar de achtergronden van dit alles. Heeft de vader een andere "opvoedingsinstelling" gehad tegenover zijn kind dan in Nederland als gewenst geldt? Was hij zelf uit zijn doen in een vreemd land, met een andere taal en andere gewoonten, en reageerde hij zijn onbehagen af op zijn kindje? Was er een rivaliteit tussen beide ouders met betrekking tot hun eerste baby? Waren er omstandigheden aan de kant van het kind, die hem prikkelden? Wat het ook geweest moge zijn, alles wekt de indruk dat het "over" is.

Ook naar de redenen hiervan kunnen wij slechts gissen. Is het ingroeien in de Nederlandse gemeenschap "vanzelf" zo goed verlopen, dat er geen aanleiding meer bestond voor afreageren van onbehagen? Heeft er een zodanige aanpassing aan Nederlandse normen en gewoonten plaatsgevonden dat de vader het hardhandig optreden tegen zijn baby als hier niet "horend" heeft nagelaten? Welke rol heeft de moeder hierin kunnen vervullen? Was de (snelle) komst van nog

drie kinderen een factor, die bijdroeg tot een veranderde opstelling van de vader? En de vraag voor ons: Heeft de verpleegkundige hier een - al of niet beslissende - rol gespeeld, en was haar activiteit mede gestimuleerd door de vertrouwensarts?

Naast de blijdschap dat het nu goed gaat in het gezin en met het mishandelde kind, voelen wij ons toch gedwongen om enkele vraagtekens te zetten bij dat "goed". Zonder diepgaand onderzoek van Monica is het natuurlijk niet te beoordelen of de behandeling van haar door de vader, in haar eerste levensjaar, zo traumatisch is geweest dat zij er schade door heeft opgelopen en of die schade dan blijvend is. De tegenstelling tussen Monica en de drie zusjes, die men constateert bij oppervlakkige observatie, geeft te denken. Ook vragen wij ons af of het plan om Monica, die hier kennelijk door leeftijdgenootjes geaccepteerd wordt en die hier thuis is, toch straks in het land van haar ouders naar school te laten gaan, ver weg van haar eigen gezin, inderdaad stoelt op een d  r algemeen geldende gewoonte. Is het onnodige achterdocht wanneer wij als mogelijkheid zien dat zij au fond toch wordt afgewezen, ook al komt er dan nu geen mishandeling meer voor?

Hier komen wij in het grote grensgebied van kinderbescherming. Tot hoe ver gaat de eigen verantwoordelijkheid van de ouders en waar begint het terrein van de hulpverleners. Dit is bij een groot deel van de cliënte van de kinderbescherming al een moeilijk punt, maar dat is het nog veel meer waar het gaat om mensen met een geheel andere cultuur en achtergrond.

Concluderend zij wij dan ook geneigd om te stellen: Er is - met name door de verpleegkundige - goed werk gedaan. Oppervlakkig bezien zijn de moeilijkheden overwonnen, ook voor het gezin als geheel. De vraag of onder die oppervlakte hetzelfde geldt zullen wij echter nooit kunnen beantwoorden.

L. 17. Puber mishandeld door zijn pleegouders

Anton is een kind van een ongehuwde moeder. Het is bekend wie zijn vader was, maar deze man heeft nooit enige rol gespeeld in het leven van de jongen. Anton weet niet beter of zijn vader is overleden. De moeder had haar zwangerschap tot kort voor de bevalling geheim weten te houden. Zij woonde alleen met haar

zoontje, tot zij ernstig ziek werd en overleed. Anton was toen aan het begin van zijn puberteit. Hij werd geplaatst in een pleeggezin, waar hij dusdanige moeilijkheden gaf dat er wel eens klappen vielen. Dit werd aan de vertrouwensarts gemeld door de moeder van een vriendje, bij wie Anton was gaan klagen. Mede op grond van de hulpverlening, zoals die door de vertrouwensarts gestimuleerd was, ging Anton bij zijn pleegouders weg en verbleef daarna op diverse adressen: een jongenshuis, een ander pleeggezin, logeeradressen, bij vrienden. Hij hield het nergens lang uit (de anderen met hem waarschijnlijk nog minder) en liep zo nu en dan weg. Dit deed hij ook met zijn eerste beroepsopleiding en met een groot aantal baantjes. Anton is nu ongeveer meerderjarig, woont zelfstandig en volgt een opleiding waarbij hij ook praktisch werkt.

Er valt te bespiegelen hoe een ongehuwde moeder, die haar zwangerschap verborgen had gehouden, de komst van haar kind heeft ervaren en hoe zij tegenover dit zoontje stond. Uit welke motieven dan ook, deze moeder heeft haar Anton in hoge mate verwend. Hij kreeg in alles zijn zin en hij kon doen en laten wat hij wilde. Toen hij bij zijn pleegouders in een gezin met regelmaat en regels kwam, gaf dit problemen. De pleegvader was voor zijn werk veel van huis en de pleegmoeder was niet tegen de moeilijkheden met de jongen opgewassen. Hij was ongehoorzaam, loog, stal en deed gevaarlijke "aardigheidjes" met zijn onvolwaardig pleegbroertje, jaloers als hij op dat jongetje was. De pleegmoeder raakte tenslotte overspannen door dit alles en moest zich onder medische behandeling stellen. Later zou blijken dat niet alleen zij de opvoeding van Anton niet aankon, maar dat alle mensen, die tijdelijk de zorg voor de jongen hadden, op hem stuk liepen. Zelfs beroepsopvoeders moesten zich zo nu en dan heftig beheersen om hem niet eens een "flink pak op z'n donder" te geven.

Anton heeft een goed intellect. Zijn jeugd heeft zijn karakter echter zodanig gevormd, dat hij dat verstand weinig positief kan gebruiken. Tot aan zijn puberteit heeft hij geen directe mannelijke leiding gekregen. Daarentegen was hij alleen met zijn moeder die geen gezag over hem kon laten gelden. Hij heeft dus al die jaren geen identificatiemogelijkheden gehad, noch met een man noch met een vrouw. Ook de ervaring als lid van een gewoon

volledig gezin heeft hij pas later kunnen opdoen. Zijn algemene basis als mensenkind is dus wel heel pover. Dat heeft zich op alle fronten gewroken. Hij heeft met veel stimulans en hulp van buiten dan wel een schoolopleiding afgemaakt, maar van een veel lager niveau dan hij qua hersens gekund had. Hij moet relatie-gestoord genoemd worden. Hij kan wel een relatie maken, maar kan die niet houden. Men noemt hem een ondoorgrondelijke jongen, zelfs vraagt men zich af of er niet een steekje aan hem los is. Met zijn intelligentie kan hij in zekere zin andere mensen bespelen, maar een werkelijk gevoelsmatige band met iemand kent hij niet. Hij kan erg sarren, daagt de mensen uit en vraagt op een vaak vreemde manier aandacht. Bovendien is hij onbetrouwbaar, zowel in woorden als in daden. Hij steelt als de raven, in eigen kring en in winkels.

Qua lichaamsbouw is Anton een tengere jongen. Hij ziet er altijd minnetjes en zelfs ondervoed uit, ook al is hij dat in werkelijkheid bepaald niet. De karakterologische stoornis van de jongen is al vroeg ontstaan en de veronderstelling lijkt gewettigd dat Anton erg provocerend kon optreden. Dit gevoegd bij het feit dat hij van een mug een olifant weet te maken, hij graag gewichtig doet en medelijden weet op te wekken, geeft achteraf te denken over de kindermishandeling, die door zijn pleegmoeder uitgevoerd zou zijn. Anton heeft wel degelijk een enkele maal slaag gehad en de sporen daarvan moeten te zien geweest zijn, maar of hier werkelijk sprake is geweest van kindermishandeling lijkt ons wel de vraag.

Dat zeggen wij nu, 6 jaar later. Destijds waren de mededelingen aan de vertrouwensarts echter van dien aard, dat men op het bureau niet twijfelde aan de echtheid van de gepleegde mishandeling. Hiermee is "de zaak" Anton in zekere zin tegengesteld aan een eveneens voorkomend verschijnsel, dat een wel degelijk gepleegde (vaak ernstige) mishandeling door de omgeving niet als zodanig wordt herkend en daarom ook niet ter kennis van de vertrouwensarts komt. Dit hangt o.i. samen met de emotionele facetten van de reacties op het verschijnsel kindermishandeling, die vooral in de eerste jaren van het bestaan van de bureaux vertrouwensarts bestonden.

Als men geboorte en levensloop van Anton bekijkt zijn er omstandigheden, die kindermishandeling denkbaar maken. Maar dan niet

door zijn pleegmoeder (al haalde de jongen haar het bloed onder de nagels uit), doch door zijn eigen moeder. Want de vraag of zij dit kind gewenst en geaccepteerd heeft blijft wel degelijk open. Het is heel wel denkbaar dat zij uit schuldgevoelens over de (aan haar zelf vermoedelijk nauwelijks bewuste) afwijzing van haar kind omsloeg in het tegendeel en zij de jongen gruwelijk verwende. In dat geval pleegde zij een vorm van geestelijke mishandeling. Emotioneel/affectief afwijzen en materieel en door toegeeflijkheid verwennen.

Van de klappen van zijn pleegmoeder heeft Anton - voor zover dat te beoordelen is - geen schade ondervonden. Van de behandeling door zijn moeder heeft hij dat wel, gezien de manier waarop hij zich ontwikkeld heeft. En die schade is blijvend... Daar kon geen vertrouwensarts en geen opvoeder iets aan doen, omdat een dergelijke vorm van kindermishandeling niet als zodanig herkend, noch erkend wordt en er bovendien pas kan worden ingegrepen als er brokken komen. Voor Anton zijn die brokken maar al te zeer gekomen en er is ook ingegrepen. Maar (en dit geldt ook in het algemeen) brokken betekent dat er iets gebroken is en dan komt hulp (bijna?) altijd te laat. Dit is een van de grote problemen in de kinderbescherming en in een geval als dit ook voor de vertrouwensarts.

L. 18. Kleuter met gedragsmoeilijkheden. Mishandeling door de ouders

Lientje was 3½ jaar toen zij gemeld werd wegens kindermishandeling. Deze bestond uit een rigoureuze manier van straffen door de ouders: een fiks pak slaag, in een kast opsluiten, de voeten bij elkaar binden. Zij bezocht in die tijd een peuterspeelzaaltje, waar de spelleidster op verzoek van de vertrouwensarts enige malen met de moeder hierover gesproken heeft. Dit leek voldoende effect te hebben, zodat de vertrouwensarts geen verdere maatregelen meende te hoeven uitlokken.

Thans - 5 jaar later - is desondanks de oorspronkelijke situatie niet zo heel veel veranderd, al staat daar tegenover dat nu duidelijker is wat de achtergronden van mentaliteit en optreden der ouders zijn, waardoor "de zaak" in een ander licht komt te staan. Lientje's moeder was zelf enig kind en zij was nog een baby toen

haar vader - na een korte ziekte - overleed. Haar moeder is niet hertrouwd en woonde met haar dochtertje in bij de grootouders. Deze zouden zich nooit met de opvoeding bemoeid hebben, evenmin als de toezienend voogd. Zoals Lientje's moeder nu vertelt was haar moeder vrij streng, zij zette de puntjes op de i. Het meisje kreeg "op z'n tijd een pak slaag, dat is wel eens nodig", maar er zou geen sprake geweest zijn van te hard optreden. Toch krijgt men uit de verhalen niet de indruk dat er warmte en liefde bestond tussen moeder en dochter. Het meisje bezocht na de lagere school de huishoudschool en behaalde een naaidiploma. Zij kreeg al jong verkering met een 10 of 12 jaar oudere man. Haar moeder gaf hieraan in geen dele haar medewerking of toestemming. Pas toen het meisje 6 maanden zwanger was kon het stel trouwen en 2 maanden daarna werd Lientje geboren. Zij is enig kind gebleven.

Lientje's vader is volgens zijn vrouw veel vrijer opgevoed. Hij heeft een normale jeugd gehad, met broers en zusters. Hij moet grote moeite gehad hebben om de lagere school tot een einde te brengen en hij heeft nooit verder onderwijs genoten. Hij doet ongeschoold werk, trouw bij dezelfde werkgever. Hij heeft een belangrijke hobby: musiceren. Om zich daarin te kunnen uitleven en om wat bij te verdienen heeft hij dat jarenlang semi-professioneel gedaan door op avonden en in weekends met een "band" op te treden. Hij is daarmee nu gestopt, wat hem meer thuis doet zijn. Het gezin woont op een flat.

De zwangerschapsperiode was voor de aanstaande moeder (16/17 jaar oud!) een tijd vol spanning, door de telkens weer mislukkende pogingen om toestemming voor een huwelijk te krijgen. Toen haar moeder die eindelijk gaf betekende dat tegelijk een verbreken van de relatie met haar (en dat voor een 17-jarig, 6 maanden zwanger meisje!) tot na de geboorte van Lientje, toen men elkaar weer gevonden heeft.

Lientje werd 4 weken te vroeg geboren (het was bovendien een stuitligging) en moest een week of 8 in de couveuse liggen. De moeder heeft haar kindje pas na 3 dagen voor het eerst gezien en het zelf thuiskomen zonder haar (eerste!) kind (met slechts een half uur bezoek per dag in het ziekenhuis) heeft zij bewust als een onwerkelijk geheel ervaren, waarmee zij het moeilijk heeft gehad.

Zodra de baby - met 8 of 9 weken - uit het ziekenhuis thuiskwam, gaf zij eetproblemen (spugen) en het eten is en blijft altijd nog een belangrijk strijdmiddel voor haar. De eerste jaren van haar leven is zij veel ziek geweest. Zij was gauw benauwd, had vaak bronchitis, zelfs eens een croupaanval. Als peuter en kleuter was zij nagenoeg permanent onder doktersbehandeling. Zij is echter over dit alles heengegroeid en de laatste 2 jaar is zij eigenlijk niet meer ziek geweest. Met ongeveer 3 jaar was zij overdag zindelijk. Zij heeft echter tot voor kort (tot zij 's avonds een kalmerend middel kreeg) zo hevig aan enuresis nocturna geleden, dat zij vaak wel vier keer per nacht nat was. Volgens de moeder is dit geen "pesten", maar zou zij te vast slapen om te beseffen dat zij "moet". Zij wordt pas wakker als zij te koud wordt van het nat-zijn. Het is echter wel opvallend dat zij - de enkele keer dat zij bij haar oma moederszijde logeert en bij haar in bed slaapt - dan wel kans ziet om droog te blijven. Oma zou haar dan net op tijd wakker maken.... Thuis is zij altijd nog iedere nacht nat. Lientje vindt haar bedplassen zelf iets verschrikkelijks, vertelt de moeder, en zij vraagt haar hoe het komt dat zij bij haar grootmoeder droog blijft. Lientje heeft nooit nagelgebeten en zelfs nooit duimgezogen.

Het alles-beheersende probleem is dat Lientje altijd bijzonder druk geweest is (de moeder ziet daarin de reden van het spugen, zodra zij als baby gedronken had) en toen zij eenmaal kon lopen was er niets veilig voor haar. Zij klom overal op, zat overal aan, kon nergens langer dan een tel mee bezig zijn en was ten allen tijde bijzonder onrustig. Dit is zelfs voor de moeder (de ouders?) een reden geweest om hun progenituur niet uit te breiden. In het idee van de moeder hangen - ook na de babytijd - de eetproblemen samen met de onrust van Lientje: "Zij heeft geen tijd om te eten". In de praktijk zijn er perioden (soms van weken) dat zij alleen maar yoghurt en vla wenst te eten, ook als er iets op tafel komt wat zij lekker vindt. Welke druk de ouders ook uitoefenen, als Lientje niet wil eten eet zij niet (hetgeen trouwens ook voor alle andere van haar gevraagde handelingen geldt!)

Kort na haar 8e verjaardag heeft de kinderarts haar andere medicijnen voorgeschreven, die haar rustiger maken. Deze arts noemt

haar een hyperkinetisch kind, dat nu met de pillen betere prestaties levert. Dit blijkt thuis uit de omstandigheid dat Lientje nu wat langer met iets kan spelen en ook motorisch wat rustiger is. 's Avonds krijgt zij dan een ander middel, wat de enuresis vermindert.

Ook op school zijn de effecten van de medicijnen merkbaar.

Lientje is pas met 7 jaar naar de lagere school gegaan (dus een jaar langer op de kleuterschool gebleven, d.w.z. 2 jaar peuterklas en 3 jaar kleuterschool) en bleek zich in de eerste klas nauwelijks of niet te kunnen concentreren. Zij kon dan ook niet meekomen en bleef zitten. Volgens een test van de school-psycholoog was zij een kind voor het b.l.o. Nadat zij kort daarna medicijnen was gaan gebruiken was haar concentratie zoveel beter, dat zij nu in een normaal tempo haar werk af krijgt (vroeger kon zij immers maar heel even met iets bezig zijn) en dat dat werk duidelijk op een niveau ligt dat boven het b.l.o. staat. Ook aan haar schrijven is dat te zien. Vroeger was het bibberig en onregelmatig, nu strakker en eigenlijk gewoon voor een eerste-klassertje. De onderwijzeres (dezelfde als vorig jaar) wil het daarom verder met haar proberen, ook al ziet zij voordelen voor Lientje op een LOM-school (waar geen plaats is). Ook motorisch (gymnastiek!) is Lientje naar haar mening vooruit gegaan. Bedenklijk zijn echter haar "sociale contacten". Zij is de enige in de klas die - op eigen verzoek - alleen zit, de anderen hebben hun tafeltjes met 3 of 4 bij elkaar geschoven staan. Lientje speelt of praat nooit met een ander kind, is altijd alleen, en kan slechts enig contact vinden in het geven van een duw of een stomp aan een willekeurig ander kind. Volgens de moeder heeft het meisje in de buurt wel enkele kinderen, met wie zij veel speelt, en zij verklaart zelfs: "Lien is met iedereen goede maatjes". Dat betekent dat zij niet verlegen is, zij spreekt iedereen aan, groot of klein. Maar of dit veel inhoud heeft wagen wij te betwifelen.

Alles overheersend en eigenlijk ook alles bepalend is Lientje's gedrag thuis, tegenover haar ouders. Zij heeft niet alleen een ongewoon sterke wil, maar zij is een meester in het uitdagen van haar ouders, vooral van haar vader. De uitdrukking "het bloed onder de nagels vandaan halen" is hier zeker van toepassing. Vooral als de medicijn tegen de avond uitgewerkt is gaat

Lientje niet alleen rondrennen, maar is zij ook dwars in alles waarin dat maar mogelijk is (geen tanden willen poetsen!). Een belangrijke factor in het geheel is bij dat alles de behuizing. Lientje maakt bij voorkeur geluiden, die doorklinken in het flatgebouw, althans voor de benedenburen. De ouders hechten veel aan een goede verstandhouding "op de trap", hetgeen Lientje's wapen in de strijd met haar ouders alleen nog maar scherper maakt. Maar ook buitenshuis probeert zij via stampeï haar zin te krijgen. Als zij met haar moeder in een winkel is en om iets vraagt wat zij niet krijgt (n.b. van haar grootmoeder krijgt zij altijd iets!) gaat zij gillen.

Ook de verstandhouding van de ouders onderling is een rol gaan spelen. Als de vader (die volgens zijn vrouw "erg zenuwachtig" is) er op slaat "springt" de moeder ertussen. Zij is bang voor de agressie van haar man en tracht ook overdag de door Lientje veroorzaakte schade te herstellen voordat de vader thuiskomt. De man op zijn beurt lijkt jaloers op zijn dochtertje, en van begrip of warmte tussen de echtelieden is weinig sprake meer, er is maar al te vaak ruzie. Vermoedelijk voelen zij zich beiden in de kou staan en zien zij beiden als oorzaak daarvan hun Lientje. Ook in wijder verband komen zij alleen te staan om dezelfde reden. Er is ruzie met de onderburen, de familie van de man sluit de deur voor het gezinnetje, en hun vriendenkring, die toch al klein was, wordt steeds kleiner. Alles om Lientje.... De grootmoeder van moederszijde kan evenmin als gesprekspartner fungeren, daar zij van totale afwijzing is omgeslagen in het andere uiterste. Lientje is haar oogappel en de ouders doen alles met haar verkeerd. Ondanks dat alles willen de ouders niet ingaan op een suggestie van de huisarts om naar een medisch opvoedkundig bureau te gaan. "Het is niet op te lossen met praten, het is een ziekte van Lien, er verandert iets in haar hersens en dan kan zij niet anders doen dan zij doet". Wel heeft de moeder steun aan de kinderarts en aan de onderwijzeres. Al met al zijn de ouders ten einde raad. Zij weten absoluut niet meer hoe zij hun varkentje moeten wassen. De moeder erkent dat het meisje een tijdlang veel slaag heeft gekregen, "maar daar bereik je ook niks mee". Bovendien merkt de moeder hierover op: "En wat wordt er dan gezegd?: kindermishandeling!". Men heeft Lien in de badkamer opgesloten, maar dan zet zij alle kranen open. Als zij

naar haar kamertje verwezen wordt gaat zij tegen de muur liggen trappen (geluiden flatgebouw!). Een advies van de huisarts haar op het balcon te zetten durft de moeder niet uit te voeren, want "als Lien woest is kent ze d'r eigen niet" en zou zij met haar handen door de ruiten kunnen slaan. Als men haar een half uur in de gangkast opsluit zit zij daar de hele tijd luidkeels te zingen. Als zij eruit gelaten wordt gaat zij onmiddellijk datgene doen waarvoor zij gestraft was en vraagt dan: "Pappa, stop mij nog eens in de kast". Redeneren helpt niets, hoewel gezegd moet worden dat de werking van de pillen deze methode (althans zolang de medicijn werkt!) wat reëler heeft gemaakt. Het blijft inderdaad de moeilijkheid dat dit middel aan het begin van de avond is uitgewerkt, men zou er de klok op gelijk kunnen zetten. Dan zijn er twee volwassen mensen die anderhalf uur nodig hebben om een meisje van 8 jaar in het bed te krijgen. En de narigheid is dat de vader zijn dochtertje door de week niet anders meemaakt dan onrustig als tevoren. Toch zouden de ouders samen hun dagelijkse ruzies door uitpraten wat hebben kunnen verminderen. Het is overigens wel opvallend dat Lientje vooral begint uit te dagen als haar ouders samen zijn. Bovendien richt het "voeren" van het meisje zich meer op de vader dan op de moeder. Men vraagt zich af of het kind jaloers is (vooral vanaf het moment dat haar vader niet meer dagelijks met de "band" ging spelen, toen moest zij haar moeder met hem delen). Toch doet de vader wel degelijk karweitjes of spelletjes met haar. De moeder doet van haar kant bijna aandoenlijk haar best om positief tegenover het meisje te blijven staan, haar niet af te wijzen of te veroordelen. Wij wagen echter te betwijfelen of zij - die permanent op haar qui-vive moet zijn en eigenlijk altijd in de verdediging is - Lien voldoende moederlijke warmte kan geven. Haar leeftijd hoeft daarbij geen rol te spelen. Het valt ons op dat zij er uitziet en praat als een vrouw, die veel ouder is dan 25, en bovendien redeneert zij verstandig en doordacht. Zij wordt echter wel "zenuwachtig" (haar woord) door de omstandigheden, vooral het afgeweerd worden door familie en kennissen kan zij moeilijk verwerken. De gevoelens van Lientje voor ieder van haar ouders zijn moeilijk te peilen.

Als men in deze zaak "vroeger en nu" naast elkaar legt, d.w.z.

de periode van de bemoeienis van de vertrouwensarts (5 jaar geleden) en nu, dan wordt duidelijk dat er - zoals wij ook in de aanhef van deze case-beschrijving opgemerkt hebben - weinig veranderd is. Er was toen sprake van kindermishandeling en dat is er nu ook. De mededeling aan de vertrouwensarts (door de spelleidster), dat de toenmalige situatie zich ten goede gekeerd had, is dus onjuist geweest, of - zo men wil - te optimistisch. Het is echter inherent aan de functie van de vertrouwensarts dat hij op zulke berichten moet blindvaren!

Het is te betreuren, dat de ouders indertijd het advies hulp te zoeken bij een medisch opvoedkundig bureau niet hebben opgevolgd. De vraag rijst of de kinderarts, naast zijn medicamenteuze therapie, ook niet de hulp van een kinderpsychiater zou moeten vragen.

L. 19. Kleuter in moeilijkheden na de geboorte van een gehandicapt broertje

Toen de ouders van Geeske trouwden waren zij beiden begin twintig. Hun dochtertje werd 6 maanden later geboren. Het drietal was gelukkig samen en Geeske had een zonnige baby- en peutertijd. Zij was een "normaal" kindje en haar functie-ontwikkeling verliep dienovereenkomstig.

Na enkele jaren werd dit alles minder rooskleurig. Er werd een broertje geboren, dat zowel geestelijk als lichamelijk afwijkend was. Dit was meer dan de jonge moeder aankon. Zij werd nerveus, gespannen en ook achterdochtig t.a.v. de buitenwereld. Haar man was de hele dag op zijn werk. Vrienden of familieleden durfde of kon zij niet over haar problemen benaderen. Zij was de hele dag alleen met haar twee kinderen. Aan Geeske kwam zij bijna niet meer toe. Ze was prikkelbaar en ongeduldig. Bij het minste of geringste werd Geeske door elkaar gerammeld of kreeg zij een zinloos pak slaag. De gespannen sfeer en de psychische belasting van de moeder misten ook verder hun uitwerking niet op het gedrag van Geeske. Ze reageerde met regressie (zij ging weer bedplassen) en met een zich terugtrekken als een schuw vogeltje. Zij werd wantrouwend en onzeker. Daarbij ging zij slecht eten en werd een tenger, slecht uitziend meisje.

De reacties van moeder en kind zijn ook in het algemeen psycho-

logisch zeer wel verklaarbaar. Het hebben van een gehandicapt kind is voor de moeder een aanvankelijk onverwerkt probleem. Dat geeft psychisch een directe belasting, nog afgezien van de druk der praktische, feitelijke zorgen. Door deze belasting wordt de moeder emotioneel onbereikbaar voor het andere kind. Dat reageert dan met aandacht-trekken en zelfs aanklappen, hetgeen de moeder niet kan verdragen op grond van haar onverwerkte verdriet over het gehandicapte kind. De vrouw is daardoor eenvoudig niet bereikbaar voor het gezonde kind en dat geeft versterking van hun beider reacties, m.a.v. escalatie. Eigenlijk heeft de moeder op die manier schuldgevoelens tegenover beide kinderen. Het pleit voor Geeske's moeder dat zij op advies van de vertrouwensarts ondanks haar wantrouwen t.a.v. "instanties" en vreemden stappen wist te zetten om verbetering in de situatie te brengen. Zij heeft weten gedaan te krijgen dat het jongetje overdag in een voor hem geschikt tehuis kon zijn. Dit ontlastte haar natuurlijk in de eerste plaats in praktische zin, maar de psychische uitwerking was zo mogelijk nog belangrijker. Zij kon geestelijk en emotioneel enigszins afstand nemen, kon zich zonder schuldgevoelens aan Geeske wijden en werd weer bereikbaar voor het meisje. Ook in het algemeen veranderde de vrouw hierdoor. Zij verloor haar stugheid en afweer, zij raakte haar gespannenheid kwijt en zij kon weer vrolijk zijn. Het effect op Geeske was navenant. Het bedplassen werd minder en hield tenslotte geheel op. Zij ging beter eten, kreeg vriendinnetjes met wie zij goed kon spelen en ook op school ging het beter dan tevoren.

De achtergronden van deze kindermishandeling behoeven nauwelijks nog beschreven te worden. Hoogstens kan men zich afvragen of en in hoeverre de ellende voorkomen had kunnen worden door een duidelijker en meer gerichte hulp van buitenaf voor het ongelukkige jongetje. Dit is misschien een wat rechtlijnige redenering - in werkelijkheid is het leven en zijn de mensen gecompliceerder en meer genuanceerd.

Doordat de moeder reageerde met zich terugtrekken en met wantrouwen, was het bieden van hulp en steun heel moeilijk, zo niet onmogelijk. Een gebeuren als hier met Geeske kan echter wellicht een illustratie zijn van wat er zich kán afspelen, zodat de entree voor hulpverlening in de toekomst gemaakt wordt vóórdat de

moeder zich heeft afgesloten. Duidelijk is in ieder geval dat de kindermishandeling plaatsvond op grond van algemene gezinsproblemen, die letterlijk en figuurlijk op het hoofd van het oudste kind neerkwamen. Ook duidelijk is dat niet dit kind hulp behoeft in directe zin, maar dat door de maatregel ten behoeve van het broertje datgene bereikt werd wat voor het zusje van belang was en nodig was.

De gevolgen voor Geeske's verdere leven zijn moeilijk vast te stellen. Hoe diep grijpen 2 of 3 penibele kleuterjaren in? Uiterlijk heeft het kind zich vlot hersteld. Of zij zich als persoontje op dezelfde manier ontwikkelt en ontwikkelen zal als zij gedaan zou hebben zonder deze ervaringen blijft een open vraag. Te verwachten is dat - als zij in haar leven op een moment te zwaar belast wordt - de zwakkere plek (het missen van de steun van haar omgeving) even zal opspelen; zij zal dan iets labieler reageren.

L. 20. Gedwongen huwelijk. Ongewenst kind. Recidiverende mishandeling

Freddy is een kind van jonge ouders, zijn moeder was nog geen 20 jaar. Hun huwelijk was gedwongen om hem en hij was alles behalve welkom. De moeder was tijdens de zwangerschap vaak angstig, hetgeen een paar weken voor de bevalling zelfs tot paniek werd. De partus bleek een stuitligging en de baby lag twee dagen in de couveuse. Het kind woog 3780 gr. en was 54 cm. lang. De ouders hebben allebei lage intellectuele vermogens en hebben bovendien geen van beiden een "normale" jeugd gehad. Hij was al vroeg halfwees en heeft lang in inrichtingen "gezeten". Hij leerde daar wel een eenvoudig vak, maar hij heeft dit later nooit uitgeoefend. Hij deed ongeschoold werk, althans voor zover deze werkschuwe man iets deed. Hij was vaak maanden achtereen werkloos. Hij was als jongen en jonge man gauw driftig en hij gebruikte soms veel alcohol.

De moeder komt uit een groot gezin, waar de vader ruw en hardvochtig optrad tegen vrouw en kinderen en gemakkelijk sloeg. De moeder (grootmoeder van Freddy) heeft het gehele gezin, inclusief de nakomelingen, altijd in sterke mate gedomineerd om niet te zeggen geregeerd. Als iemand zich daartegen verzette raakte

zij psychisch zozeer van de kook dat zij opgenomen moest worden. De huwelijksverhouding tussen de grootouders was slecht, ruzies en vechtpartijen waren aan de orde van de dag. Freddy's moeder deed als meisje wat ongeschoold werk. Ook zij wordt werkschuw genoemd en zelfs toen zij een kind had betitelde men haar als een kinderlijk, agressief meisje.

Na hun huwelijk trokken Freddy's ouders in bij deze grootfamilie. De beperktheid en de agressiviteit vierden hier hoogtij. Er waren ruzies en vechtpartijen aan de lopende band. De politie kwam er nagenoeg wekelijks in huis.

In dit milieu doet Freddy zijn intree, als hij na zijn geboorte uit het ziekenhuis ontslagen wordt. De problemen beginnen voor hem al onmiddellijk. Na de ellende van de zwangerschapstijd viel alles nadien de jonge moeder bitter tegen. Zij vond het baden en voeden van haar zoontje maar lastig en vervelend. Zij voelde zich te veel gebonden en zij wilde liefst maar wegllopen. Als het jongetje huilde gaf zij een trap tegen de wieg of gaf het kind een flinke tik op de bil. Vooral het huilen 's nachts maakte haar razend. Soms kreeg zij dan ook wel weer spijt van die houding en zij probeerde dan iets goed te maken door extra lief te zijn voor de baby. Toch heeft Freddy het met dit alles kennelijk moeilijk. Hij huilt heel veel, zo zelfs dat men met hem naar het ziekenhuis gaat. Als poliklinische hulp niet direct afdoende is (!) wordt hij opgenomen en na enkele dagen overgeplaatst naar een kinderkuis. Hij is dan nog geen 4 maanden oud.

Dit is het begin van een onrustige en onzekere tijd, waarin Freddy dan eens een paar maanden in het kinderkuis is, dan weer - door de ouders thuisgehaald - enige maanden in het gezin verblijft (eerst dat van de grootfamilie, later bij de ouders, waar overigens zo nu en dan ook andere familieleden inwonen). In beide gezinnen is veel onrust, veel ruzie en vechten, hetgeen het kind angstig maakt. Hij wordt er nerveus van en huilt opnieuw veel. In het kinderkuis komt hij dan wat tot rust, maar juist daar, in die neutrale omgeving blijkt hoe bang hij is voor zijn moeder, hetgeen te denken geeft over haar manier van doen met het kind. De vrouw wordt in die tijd beschreven als onbeheerst en vechtlustig, en men vindt haar primitief, agressief en psychopatisch reageren. De vader kan hier weinig tegenover stellen. Hij heeft de moed opgegeven, wil rust en komt tot geen enkele

activiteit. Wel is er van weerskanten een zekere band tussen vader en zoon, en het moet gezegd worden dat de man van goede wille is. Hij kan alleen niet op tegen de invloed van zijn vrouw en schoonmoeder. Met dat al heeft in de werkelijkheid geen van de ouders noch de grootmoeder een echte belangstelling voor Freddy.

Dit loopt ruim anderhalf jaar. Freddy is in die tijd driemaal door de ouders in het kinderkuis gebracht en er driemaal door hen weggehaald, ook tegen het advies van de directie en andere hulpverleners in. Zowel in de maanden dat hij thuis was als tijdens zijn verblijf in het tehuis is er alle moeite gedaan om de ouders te ondersteunen en "op te voeren" (voor zover mogelijk.....). Hun verhouding werd echter gaandeweg slechter, hetgeen zich ten dele ontleedde op Freddy. De vader mishandelde vrouw en zoontje, en de moeder maltraiteerde het jongetje als zij in de put zat of haar onbehagen wilde afreageren.

Na zijn derde verblijf in het kinderkuis gaat het met Freddy gaandeweg minder goed thuis. De ouders sluiten zich af voor genoeg alle hulp ("inmenging"!). Zij houden zich niet aan afspraken voor medische controle, en zij - met name de moeder - zijn steeds minder goed voor het kind. De jongen komt bijna nooit meer buiten, speelt niet met andere kinderen, wordt geslagen en aan zijn haar over de grond gesleept - kortom, het is misère. Hij is doodsbang voor zijn moeder, durft haar niets te vragen, en hij wordt steeds somberder. Hij heeft tot dan behoorlijk gesproken, maar nu gaat hij heftig stotteren en enkele maanden later praat hij helemaal niet meer. Afgezien van het directe optreden van de ouders (moeder) tegen het kind is ook de sfeer in huis beneden peil. Men heeft nergens meer moed voor, de boel verslonst en er zijn veel schulden, waar men niets aan doet.

Hoewel de vertrouwensarts al van het begin af aan betrokken was in deze zaak, had hij zich na enige tijd teruggetrokken, omdat andere instanties de zorg voor Freddy hadden overgenomen. Als echter de situatie zo slecht wordt als hierboven beschreven, komt er een nieuwe melding bij het bureau vertrouwensarts binnen en tracht men met vereende krachten een oplossing te vinden voor het jongetje. Dit wordt tenslotte een opneming in een ander kinderkuis, als hij ruim 3 jaar oud is. Korte tijd later worden de ouders ontheven van de ouderlijke macht.

De ontwikkeling in deze zaak, speciaal aan de kant van de ouders, verloopt nadien anders dan men op grond van de voorgeschiedenis zou verwachten. Men zou bijna zeggen: "Wonderen zijn de wereld niet uit".

Freddy zelf ontwikkelt zich gunstig. Hij maakt het goed in het kinderkuis. De omgang met andere kinderen is goed. Hij heeft zijn plaatsje, en qua ontwikkeling - zowel motorisch als intellectueel - liggen zijn prestaties op leeftijdsniveau. Ook op de kleuterschool gaat alles naar wens.

In de relatie tot zijn ouders was hij geruime tijd ambivalent. Enerzijds toonde hij sterke behoefte hen te zien. Toen men daarom eerst de bezoeken van de ouders wat frequenter toeliet en vervolgens ook Freddy wel naar huis liet gaan (eerst voor een dagje, op den duur een weekend of vakantie), kreeg men de andere kant van de medaille te zien. De jongen reageerde op dit heen-en-weer-gaan met taal- en spraakmoeilijkheden. (Hij ging weer stotteren). Toch kon hij met de hulp van een logopedist en op grond van zijn groeiende emotionele stevigheid hier overheen komen. Dat men de band van ouders en kind nauwer kon gaan aanhalen hing voor een groot deel samen met de positieve ontwikkeling van de ouders. Wat men eerder niet had durven en kunnen verwachten gebeurde. Zij konden beter met elkaar omgaan (geen ruzies of vechtpartijen meer). De vader liet de alcohol staan, de moeder ging zich voor haar huis en huishouden interesseren. Men maakte zich enigszins los van de grootmoeder en men stelde zich open voor hulp bij dit alles. De ouders konden zich aan afspraken houden, er konden redelijke gesprekken gevoerd worden met hen, en het was merkbaar dat zij emotioneel in rustiger vaarwater gekomen waren. Met als uitgangspunt deze verbetering bij de ouders en de gunstige reactie van Freddy op hen is men van kinderbeschermingszijde pogingen in het werk gaan stellen om het gezin weer definitief bij elkaar te brengen. Voor het thuis-zijn van de jongen werden bepaalde voorwaarden gesteld, zoals regelmatig naar de kleuterschool gaan, goede controle en hulp voor de ouders. Toen dit alles geregeld was is Fred naar zijn ouders teruggegaan. Hij was toen 5 jaar en had 2 jaar in het kinderkuis verbleven.

Deze stap leek aanvankelijk gerechtvaardigd te worden door de gang van zaken in de praktijk. De ouders gingen op een verstandige manier met Freddy om en er was redelijk met hen te

praten. Toch werd de belasting voor hen op den duur te zwaar. De wil was misschien goed, maar het kunnen (ook gezien de invloed van de grootmoeder!) hield daarmee geen gelijke tred. Het kleuterschoolbezoek werd eerst onregelmatig en hield ten slotte geheel op. De maatschappelijk werkster werd niet meer toegelaten. De vader raakte weer aan de drank en de moeder kon niet meer tegen alle psychische en praktische problemen op, hetgeen merkbaar was aan haar zorg voor het huishouden en haar houding tegenover Fred. Dit alles werd nog gecompliceerd door een nieuwe baby. De moeder had abortus overwogen, doch het niet gedaan. Zij was echter niet in staat om dit kind op de juiste manier te accepteren en te benaderen, nog afgezien van haar onvermogen om het goed te verzorgen. Dat dit gevolgen had voor haar stemming (nerveus!) behoeft geen betoog.

Op het moment dat wij dit schrijven is Fred 8 jaar. Hij zit voor de tweede maal in de eerste klas, hetgeen voornamelijk een gevolg is van veel schoolverzuim tijdens de eerste maal. Toen hij op de lagere school kwam liep hij al gauw een achterstand op. Hij miste duidelijk de voorbereiding en de ervaring van de kleuterschool en zowel daardoor als door nieuw verzuim kon hij ook sociaal niet zijn plaatsje verkrijgen in de klas, hetgeen als een spiraal werkte: meer verzuim en meer eruit-liggen. Nu hij is blijven zitten gaat het iets beter, al blijft een regelmatige schoolgang een heet hangijzer.

Thuis zijn er voor de jongen de moeilijkheden van de spanningen tussen zijn ouders, het uitwijken van zijn vader via alcoholgebruik, en het feit dat zijn moeder erg hoge eisen aan hem stelt. Een positief punt in het geheel is dat er een band aan het groeien is tussen ieder der ouders en een nieuwe maatschappelijk werkster. Toch blijft de hele situatie een wankel geheel en het staat zelfs te bezien of men wel op de goede weg is.

De kindermishandeling, die in dit geval bij herhaling (in verschillende periodes) optrad, en zowel lichamelijk als geestelijk voorkwam (het laatste in de vorm van afwijzing en verwaarlozing, ook in een vreemde manier van "opvoeden" en het stellen van hoge eisen), is een eigenlijk zo logische en daardoor onafwendbare kwestie geweest.

Beide ouders zijn van beperkte intellectuele vermogens, beiden hebben een slechte jeugd gehad (de één een 14 jaar lang in

tehuizen, de ander met een ziekelijk dominerende moeder en een mishandelende vader). Zij zijn jong getrouwd omdat er een baby op komst was (Freddy), die zij niet wensten. Ook toen het jongetje er eenmaal was, wist men zich letterlijk en figuurlijk geen raad met het kind. Dat de ouders (vooral de moeder) dan hun ellende en onvermogen gaan afreageren op de "oorzaak" van dat alles is voor een type als zij nauwelijks minder dan vanzelfsprekend.

Een 25 of 40 jaar geleden zou er voor de hulpverleners geen aarzeling bestaan hebben bij de beslissing dat het jongetje vanaf zijn eerste opname in een kinderkuis (als hij 4 maanden is) zonder pardon en vermoedelijk definitief aan zijn ouders onttrokken moest worden. Men zou zich vanaf dat moment uitsluitend op het kind gericht hebben en getracht hebben hem een goede jeugd te bezorgen, ter voorbereiding van zijn leven als volwassene. Als dit gelukt was (en het jongetje niet te lang in een tehuis zou zijn) is de illusie gewettigd dat een voortzetting van het patroon van vechten en mishandeling van generatie op generatie doorbroken zou zijn. In de tegenwoordige tijd wil men de ouders - zo maar enigszins mogelijk - betrekken en blijven betrekken bij de opvoeding van hun kind. Het minste wat de kinderbeschermers kunnen doen is hun "the benefit of the doubt" geven. Het achterliggende denkbeeld is dat de ouders meer gerespecteerd moeten worden, als mens zowel als ouders. Als ouders hebben zij een (bloed)band met hun kind, en die band mag pas in uiterste nood verbroken worden. De begrippe band en uiterste nood zijn echter rekbaar. Want de moeilijkheid in de praktijk is dat die band niet altijd positief is, doch soms ambivalent, (vreemd) gekleurd of zelfs puur negatief. En wat geldt als uiterste nood? Waar het interpreteren van de ouder-kind-relatie een subjectieve aangelegenheid is komt een team van hulpverleners vaak moeilijk tot een communis opinio. Praktisch houdt dat dan dikwijls in dat men géén beslissing neemt (wat natuurlijk ook een beslissing is), en ook al brengen individuele werkers soms het menselijk bijna onmogelijke op in hun bezig-zijn met het gezin, toch kan het effect van het geheel zijn dat het kind in kwestie in de kou komt te staan.

Het van nature kwetsbare, onzelfstandige, afhankelijke kind kan immers zelf niet eens aangeven waar het hem of haar aan schort.

Want mocht het kind dat al enigszins beseffen, dan kent het nog geen alternatief en is het bovendien ook van zich uit met zo ontelbare draden aan de eigen omgeving verbonden, dat daarmee welke activiteit ook bij voorbaat uitgesloten is. Dit maakt de verantwoordelijkheid van de kinderbeschermers voor de minderjarige bijna beklemmend groot.

Maar ook t.a.v. de ouders geldt deze verantwoordelijkheid. Als men zo sterk de nadruk legt op de bloedband dat men een zo moeilijk kind terugplaatst, geeft men de ouders wel een heel grote last te dragen. De vraag dringt zich op of men hun draagkracht niet overschat. Bij een mislukking geeft men hun immers opnieuw een testimonium paupertatis! De niet-bewust beleefde vrees hiervoor zal enerzijds een (onnodige) spanning veroorzaken en anderzijds de mensen zich doen afsluiten van hulp of advies. Dat maakt een terugplaatsing een riskante aangelegenheid, ook vanuit dit facet. De wens van de kinderbeschermers om - indien enigszins mogelijk - een gezin te herenigen is tot op zekere hoogte te billijken. Het gevaar bestaat echter dat men dat "enigszins mogelijk" overschat en men zal zich er voor moeten hoeden aan "wishful thinking" te doen in dit verband. Men streeft tenslotte naar de beste oplossing voor zowel de ouders als kind en men zal onder ogen moeten durven zien dat dat niet altijd betekent een bij-elkaar-houden of bij-elkaar brengen. In dit geval hadden (in de loop van de 2 jaar dat Freddy in het kinderreus was) zowel de ouders als de jongen ieder hun evenwicht gevonden. Door terugplaatsing van het kind wordt dat evenwicht verbroken. Freddy heeft in de 8 jaren van zijn leven beangstigend slechte ervaringen opgedaan. Als men overziet dat hij in de eerste anderhalf jaar van zijn leven eenmaal in een ziekenhuis en driemaal in een kinderreus opgenomen geweest is (dat zijn al 7 wisselingen!), dan anderhalf jaar onder slechte omstandigheden thuis, dan in een volgend kinderreus gedurende 2 jaar, en dan weer thuis met ups and downs en eigenlijk verslechtering van de totale situatie, dan dringt zich de vraag op of hij zich ooit nog tot een gaaf mens kan ontwikkelen. Want ook als men tot de conclusie zou komen dat een verdere opgroei thuis niet haalbaar is en men de jongen eruit zou halen, dan blijven deze eerste jaren een onuitwisbare (letterlijk!) invloed op zijn ontwikkeling houden. Het blijft dan ook de vraag of er nog iets te redden valt en zo ja hoe veel.....

HOOFDSTUK IV

DISCUSSIE

1. De omvang van kindermishandeling

De wezenlijke omvang van kindermishandeling is niet bekend. Dit wordt enerzijds veroorzaakt door het gemis aan een door ieder aanvaarde definitie, anderzijds door het onvoldoende registreren van de gevallen.

In de Verenigde Staten van Noord-Amerika zijn in de zestiger jaren door Kempe c.s. de eerste stappen gezet in een poging hierin verbetering te brengen. Allereerst werd een definitie van kindermishandeling gegeven: "Ieder kind, dat niet door toeval, maar door toedoen of nalatigheid van zijn ouder(s) of verzorger(s) letsel(s) oploopt is een mishandeld kind". Vervolgens werd de medewerking verkregen van de regering tot het invoeren van een meldingsplicht bij gevallen van kindermishandeling. Aanvankelijk gold dit alleen voor artsen, later voor iedereen, ook in gevallen waarin er alleen een vermoeden bestond. Ter bescherming van de melder tegen een eventuele aanklacht is er bij de wet op de meldingsplicht daartoe een aparte clause opgenomen. Op deze wijze is men in de Verenigde Staten in de loop der jaren steeds meer gevallen van kindermishandeling op het spoor gekomen. Desalniettemin bestaat er ook daar nog geen zekerheid over de werkelijke omvang van het probleem. Sussman en Cohen (1975) stelden dan ook dat "de enige conclusie die in alle eerlijkheid kan worden getrokken is, dat over het voorkomen van kindermishandeling in de Verenigde Staten geen betrouwbare informatie bestaat". Het Annual Statistical Report (1978) onderkende dat "statistieken samengesteld uit gemelde gevallen van kindermishandeling afkomstig uit het hele land, alleen kunnen worden beschouwd als zo nauwkeurig mogelijke schattingen en niet als een waarheidsgetrouwe afspiegeling van het kindermishandelingsprobleem". In ons land is in 1972 een begin gemaakt met het opsporen en registreren van gevallen van kindermishandeling. Daartoe zijn de bureaus vertrouwensarts opgericht; aanvankelijk vier, enkele jaren later uitgebreid tot tien. De melding van elk geval of

vermoeden daarvan, werd krachtig aangemoedigd, maar was - en is ook nu nog - niet verplicht. Wel werd met nadruk de anonimiteit van de melder gewaarborgd. De zwakke schakel bij deze wijze van opsporing is het feit dat de melding alleen plaatsvindt als de "getuige" zich daartoe geroepen voelt. Desalniettemin is ook in ons land het aantal aan het licht gekomen gevallen duidelijk toegenomen, vooral de laatste jaren.

Ons onderzoek, dat betrekking heeft op de eerste drie jaar van de werkzaamheden van het bureau Rotterdam, heeft vooral in het derde jaar een flinke stijging van het aantal meldingen kunnen constateren. Berekend naar het aantal inwoners van Zuid-West-Nederland ($\pm 4.000.000$) was het aantal meldingen per 100.000 inwoners in 1972 3.6, in 1973 3.8 en in 1974 6.2.

Deze gegevens over heel Nederland, verzameld door alle bureaus vertrouwensarts, waren vanaf 1972 tot en met 1978 resp.: 3.1, 4.5, 7.0, 7.7, 9.3, 12.4 en 20.1 (figuur 21) jaarverslag bureaus vertrouwensartsen (1978).

Bij het eerste landelijke onderzoek in de Verenigde Staten-van Gil (1970)-waren die getallen voor 1967 4.8 en voor 1968 5.5 per 100.000 inwoners. Bij het tweede grote landelijke onderzoek in de Verenigde Staten, beschreven in het Annual Statistical Report 1978, kwam men op een veel hoger getal uit, nl. 255 meldingen per 100.000 inwoners. Dit was een getal berekend naar de hoeveelheid meldingen - de meldingen zelf waren echter niet gecontroleerd op hun juistheid -. Door een strikte beperking tot die gevallen waarvan de mishandeling en/of verwaarlozing vaststond, daalde het aantal van 614.291 tot 76.804. Het aantal per 100.000 inwoners veranderde daardoor in 31.9. Bij het landelijk rapport over 1978 in ons land was het totale aantal meldingen 2796. Dit is 20.1 per 100.000 inwoners; het aantal geselecteerde gevallen van bewezen mishandeling en/of verwaarlozing was 2075. Dit is 14.9 per 100.000 inwoners. Op deze wijze komen onze getallen veel meer in de richting van die uit de Verenigde Staten. Toch is het aantal dat zij kregen ruim het dubbele van dat van ons. De vraag dient gesteld of dit mogelijk te maken heeft met het feit, dat in de Verenigde Staten de melding verplicht is en bij ons niet. Dit lijkt een meer voor de hand liggende veronderstelling dan aan te nemen dat kindermishandeling in ons land wellicht minder voorkomt dan daar.

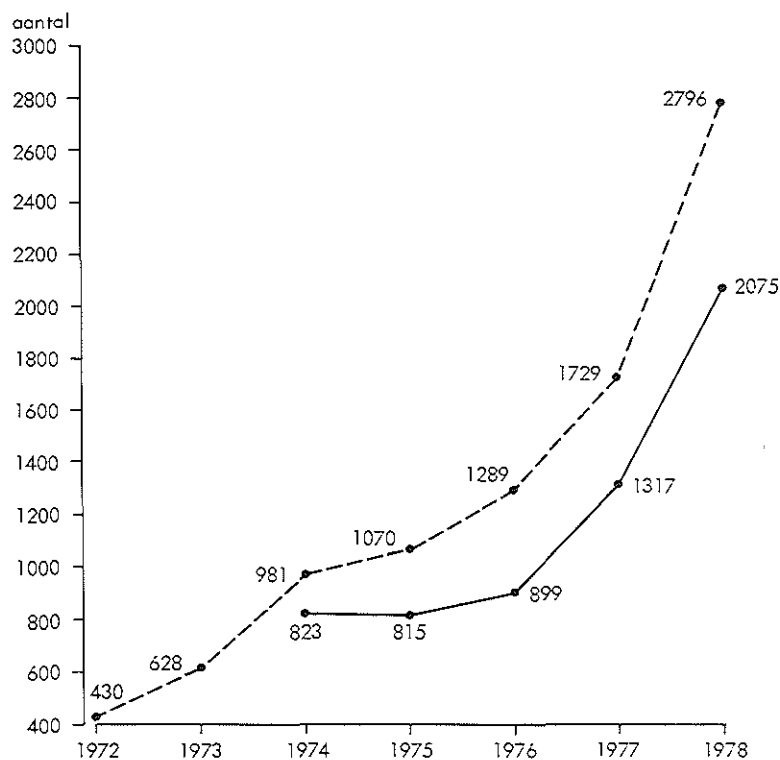


Fig. 21. Totaal aantal vastgestelde gevallen van kindermishandeling en, of verwaarlozing.

Deze figuur is overgenomen uit het jaarverslag bureaus vertrouwensartsen inzake kindermishandeling 1978.

--- = alle aan de bureaus gemelde gevallen

— = de vastgestelde gevallen van mishandeling en/of verwaarlozing

Ook in Engeland is men geconfronteerd met een sterke toename van het aantal bekend geworden gevallen van kindermishandeling. Daar bestaat echter geen verplichte melding. De getallen uit dit land berustten op schattingen, veelal in aansluiting aan een lokaal onderzoek (Kempe, 1971; Mac Keith, 1974; Oliver, 1974; Smith, 1975; Franklin, 1975). Kempe kwam daarbij in 1971 schattenderwijs op 3000 gevallen per jaar; Franklin in 1975 op 4500 gevallen per jaar. Omgerekend per 100.000 inwoners van Engeland was dat 5.4 en 8.1.

In Canada is sinds enkele jaren in een aantal staten de melding verplicht geworden. Dit heeft het aantal meldingen echter niet duidelijk doen toenemen. Bij vele mensen bestonden er bezwaren tegen deze verplichting. Ook het bepalen van de grens tussen kindermishandeling en het door de ouders toepassen van disciplinaire maatregelen tegen hun kinderen gaf problemen. Bovendien waren er geen strafmaatregelen ingevoerd tegen het niet voldoen aan deze plicht (Kahn en Kamerman, 1976). Concrete cijfers zijn ook hier niet beschikbaar. Mary van Stolk (1972) schatte het aantal op 22.5 per 100.000 inwoners.

In West-Duitsland is de melding ook niet verplicht. Ook daar moet men volstaan met schattingen (Bast e.a., 1975: 15.000 - 18.000 gevallen per jaar). Officieel bekend werden er echter ongeveer 3000, dat is 4.9 op de 100.000 inwoners.

In Frankrijk is kortgeleden de meldingsplicht ingevoerd. De resultaten daarvan waren tijdens dit onderzoek nog niet beschikbaar. In een studie van Deltaglia (1976) werd een getal van 25.000 gevallen per jaar genoemd. Zij stelde zich echter zeer kritisch op ten aanzien van de bruikbaarheid van dit getal voor de werkelijke omvang van kindermishandeling in Frankrijk. Zij kwam daarbij tot de volgende conclusie: "Eén ding is zeker: het is op dit ogenblik onmogelijk een juiste voorstelling te hebben van het aantal kinderen dat het slachtoffer is van kindermishandeling".

Ook in Oost-Duitsland en Joegoslavië heeft men sinds kort een meldingsplicht ingevoerd. Cijfers hierover zijn nog niet beschikbaar.

Alhoewel in de meeste landen de melding niet verplicht is, blijkt uit verschillende publikaties, dat men er steeds meer van overtuigd is, dat kindermishandeling in elk land voorkomt.

In welke mate dit het geval is, wordt echter niet met betrouwbare cijfers aangetoond. De exacte omvang van kindermishandeling is dus nog steeds verborgen, hoewel dit gebeuren met kinderen zich over de hele wereld afspeelt.

Welke kinderen werden mishandeld?

1. hun geslacht. (fig. 1)

Bij ons onderzoek bleek het aantal jongens ongeveer gelijk aan het aantal meisjes: 49.9% tegenover 50.1% (N=541). Ook in de jaarverslagen van alle bureaus vertrouwensarts in Nederland heeft men dit vermeld, meestal net iets meer jongens dan meisjes. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek worden er in Nederland elk jaar iets meer jongens dan meisjes geboren. In 1973 was dat 51.1% jongens en 48.9% meisjes (statistisch zakboek 1975).

jaar	percentage		N
	jongens	meisjes	
1975	51.8	48.2	815
1976	52.9	47.1	896
1977	51.1	48.9	1249
1978	49.9	50.1	2075

Ook uit de buitenlandse publikaties moet men tot diezelfde conclusie komen.

auteur	jaar	percentage		N
		jongens	meisjes	
Simone e.a.	1966	46.0	54.0	313
Skinner en Castle	1969	57.5	42.5	78
Gil	1970	51.2	48.8	6617
Brian Lauer e.a.	1974	55.0	45.0	130
Smith	1975	51.0	49.0	134
Heinrich Bast e.a.	1975	55.7	44.3	1934
Cooper	1975	58.8	41.2	136
Annual Statistical Report	1978	49.2	50.8	120770

Bij enkele publikaties blijkt het verschil tussen het aantal jongens en het aantal meisjes wat groter te zijn. Toch is in

het algemeen het risico op mishandeling of verwaarlozing ongeveer even groot voor jongens als voor meisjes.

2. hun leeftijd. (fig. 1)

Het aantal gemelde kinderen uit de verschillende leeftijdsgroepen was omgekeerd evenredig met hun leeftijd. Verreweg de meeste meldingen betroffen kinderen jonger dan drie jaar; boven de achttien jaar waren het er maar enkelen. In de meeste buitenlandse publikaties is de leeftijdsgrens achttien jaar. Het aantal meldingen onder de zes jaar was bij ons iets groter dan dat boven de zes jaar, nl. 50.7% tegenover 49.3%. Deze leeftijdsverdeling is ongeveer gelijk aan die uit het onderzoek van Gil (1970):

leeftijd kinderen	percentage	
	eigen onderzoek	Gil, U.S.A.
beneden 6 jr.	50.7	53.3
6 - 12 jr.	31.4	29.6
puberteit	17.9	16.9

Hierbij dient opgemerkt, dat bij de publikatie van Gil alleen de lichamelijk mishandelde kinderen zijn opgenomen en niet de verwaarloosden. Gil wijst er hierbij op, dat uit de cijfers blijkt, dat de kindermishandeling niet beperkt is tot het heel jonge kind, zoals vele publikaties suggereren. Zowel de lagere schoolleeftijd als de puberteit zijn er duidelijk bij betrokken. Wel vond hij bij de kinderen beneden de drie jaar het hoogste percentage van lichamelijk ernstig getroffen kinderen: 65% van het totaal.

Wij hebben dezelfde ervaring: van de ernstig getroffen kinderen was 56.9% jonger dan drie jaar (tab. 1). Bij de niet in acute nood verkerende kinderen (N=413) was de leeftijdsverdeling anders: 47.9% onder de zes jaar en 52.1% boven de zes jaar. Bij de verdeling van de pubers in jongens en meisjes bleek het aantal meisjes veel groter, nl. 64.9% tegenover 35.1%. Deze verhouding werd ook door Gil gevonden: 63.3% meisjes tegenover 36.2% jongens in de puberteit.

Het Annual Statistical Report 1978 heeft echter een heel andere verhouding beschreven:

leeftijd kinderen (j.r.)	%
0 - 3	26.8
4 - 7	24.1
8 - 12	26.9
13 - 17	22.2

Hier zijn er dus nauwelijks verschillen in aantallen tussen de verschillende leeftijdsgroepen.

Wel werd ook hier vermeld, dat in de puberteit het aantal meisjes veel groter was dan het aantal jongens, nl. 60.7% tegenover 39.3%. Dit komt dus overeen met bovengenoemde gegevens van Gil en van ons. Wel moet worden overwogen, dat in het Annual Statistical Report de verwaarlozing erbij betrokken is. Deze gevallen blijken daar ver in de meerderheid te zijn:

	percentage		
	mishandeld	verwaarloosd	mishandeld en verwaarloosd
Annual Statistical Report (1978) N = 76804	33.4	60.5	6.1
eigen onderzoek N = 427	60.9	22.2	16.9

3. hun gezondheidstoestand. (tab. 19a en 19b)

Over het algemeen zijn er in de dossiers van de gemelde kinderen weinig gegevens te vinden over hun medische voorgeschiedenis. Alleen van die kinderen, die in een ziekenhuis waren opgenomen, zijn deze informaties wel beschikbaar. In ongeveer 90% van de vragen over bijzonderheden bij de geboorte als praematuritas, congenitale afwijkingen of erfelijke ziekten, luidde het antwoord onbekend. Dat betekende dat dit onderwerp in het dossier niet ter sprake was gekomen. Waarschijnlijk omdat alles normaal leek. Het percentage kinderen waarvan wel bekend was, dat zij bovenstaande bijzonderheden bij de geboorte vertoonden was ongeveer gelijk aan dat van het landelijk percentage. Hieruit kan alleen geconcludeerd worden dat, voor zover bij dit onderzoek bekend, het aantal mishandelde en/of verwaarloosde kinderen met deze bijzonderheden bij de geboorte, niet duidelijk was verhoogd in vergelijking met niet mishandelde en/of verwaarloosde kinderen. Dit

zou dus kunnen betekenen dat hun risico op mishandeling en/of verwaarlozing niet groter is dan dat van op tijd geboren gezonde kinderen. Dit is een belangrijk gegeven, dat om nader onderzoek vraagt.

Bij de vraag of het desbetreffende kind er één van een twee- of meerling was, werd wel een statistisch betrouwbaar antwoord gevonden. Het antwoord was nl. bij 92.6% neen, bij 4.4% onbekend en bij 3.0% ja. Het landelijk percentage in ons land is 1.2%. Dat betekent, dat het aantal mishandelde en/of verwaarloosde kinderen dat één van een twee- of meerling was, significant was verhoogd ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Hieruit is voor deze kinderen een verhoogd risico op mishandeling en/of verwaarlozing af te leiden.

Hetzelfde beoordelingsprobleem, als bij de kinderen met bijzonderheden bij de geboorte deed zich voor bij de vraag of de gemelde kinderen voor de melding ziek waren. 11.4% was ziek; 5.9% was geestelijk afwijkend, maar van ruim 80% was dit onbekend. Als hieruit geconcludeerd mag worden, dat deze 80% dus gezond waren, leidt dit tot de conclusie, dat het grootste deel van de gemelde kinderen hun afwijkingen pas hebben opgelopen door de mishandeling en/of verwaarlozing. Dat wil zeggen, dat zij dus blijkbaar niet als gevolg van een ziekte waren gemaltraiteerd. Het risico op mishandeling en/of verwaarlozing is volgens dit onderzoek niet duidelijk vergroot door het lijden aan een bepaalde ziekte. In de literatuur zijn andere ervaringen te vinden:

Skinner en Castle (1969) bestudeerden 78 ernstig mishandelde kinderen onder de vier jaar. Zij troffen bij deze 10 prematuren aan (13%). Het landelijk gemiddelde was toen in Engeland 6.5%.

Gil (1970) maakte geen melding van kinderen met aangeboren afwijkingen of prematuren of tweelingen. Hij vond wel kinderen met lichamelijke afwijkingen (14%) en kinderen met geestelijke afwijkingen (8%). Daarnaast beschreef hij een groot aantal kinderen met gedragsproblemen (29%). Dit waren gegevens over de toestand vóór de gemelde mishandeling. Toch was niet zeker of intussen mishandeling had plaatsgevonden.

Smith (1975) beschreef een onderzoek over 134 mishandelde kinderen beneden de vijf jaar. Hierbij bevonden zich 10 kinderen (7.46%) met ernstige congenitale afwijkingen; dat was aanzienlijk hoger dan het landelijk gemiddelde (1.75%). Uit ditzelfde onderzoek bleken er 78 in een ziekenhuis geboren; van dezen hadden er 19 een te laag geboortegewicht (minder dan 2500 gram). Dat was dus van deze 78 kinderen 24%, en dat werd vergeleken met een landelijk gemiddelde van 5.6%. Het is echter niet verantwoord dit percentage te gebruiken om het risico op mishandeling van te vroeg geboren kinderen verhoogd te noemen. Dit materiaal was uitgezocht en klein. Bij ons onderzoek is het materiaal niet geselecteerd. Het percentage is berekend naar het aantal meldingen.

Deltaglia (1976) vermeldde, dat onder de wegens mishandeling in een ziekenhuis opgenomen kinderen 18% prematuren waren. Het landelijk percentage in Frankrijk was 10%. Ook hier dus een hoog percentage uit een geselecteerde groep. Opmerkelijk is echter haar kanttekening bij deze waarneming. Zij omschreef deze aldus: "Velen verklaren deze mishandeling door de abrupte onderbreking van de moeder-kind relatie mede door de uitgebreide zorg op de praematurenafdeling van het ziekenhuis. Bij thuiskomst herkent de moeder het kind niet als haar kind en verwerpt het, zoals men ook in de dierenwereld heeft waargenomen". "Maar", zegt zij dan, "kan men niet veel beter een andere hypothese stellen, nl. dat de moeder het kind al voor de geboorte heeft afgewezen en het voortijdig ter wereld heeft gebracht".

Zij vermeldde ook dat zich onder de in het ziekenhuis wegens mishandeling opgenomen kinderen er vrij veel één van een tweeling bleken te zijn (4.5%). Over deze kinderen, tweelingen dus, vroeg zij zich af: "Kan men zich voorstellen, dat sommige ouders het tweede kind, bij de geboorte van een tweeling, ervaren als een 'gevaarlijke' dubbel".

Baldwin (1977) vond bij een retrospectief onderzoek van 38 zwaar mishandelde kinderen beneden de vier jaar 6 (21%) prematuren, 4 (10%) kinderen met congenitale afwijkingen, 9 (23%) illegitieme kinderen. Ook deze percentages waren veel hoger dan het landelijk gemiddelde, maar de bestudeerde groep was klein en geselecteerd.

Richard Gainis e.a. (1978) kwamen na een vergelijkend onderzoek bij drie groepen moeders, die resp. hun kind hadden mishandeld, verwaarloosd en bij welke geen sprake was van mishandeling en/of verwaarlozing tot de conclusie, dat het grotere risico, dat pasgeborenen in het algemeen hebben, wanneer ze langer dan de moeder in het ziekenhuis moeten blijven, niet verschilde bij de drie groepen moeders bij wie dit onderzoek is verricht.

Annual Statistical Report (1978). De samenstellers van dit rapport vonden bij hun grote materiaal 1.6% prematuren, 1% congenitale afwijkingen, 1.8% chronische zieken, 0.9% lichamelijk gehandicapten, 2.3% mentaal geretardeerden, 6.8% emotioneel gestoorden en 87.9% kinderen zonder bijzondere karakteristieken. Over tweelingen werd niet gesproken. Zij maakten hieruit de volgende gevolgtrekking: "Het schijnt dat kinderen die het slachtoffer worden van mishandeling en/of verwaarlozing niet kunnen worden gekarakteriseerd door speciale medische of psychologische problemen".

Tot deze conclusie kan men ook komen bij het kritisch bekijken van onze gegevens.

Uit wat voor gezinnen kwamen zij? (tab. 16)

Bijna driekwart (73.8%) van de kinderen uit ons onderzoek woonden bij hun natuurlijke ouders. Het was bovendien van die ouders hun eerste huwelijk. Een aantal van deze huwelijken was echter gedwongen door de zwangerschap van de moeder. Uit deze huwelijken zijn veel meldingen van mishandeling gekomen. De helft van deze kinderen waren oudste of enige kinderen uit dat gezin.

In de literatuur wordt het mishandelde kind vaak vereenzelvigd met het ongewenste kind. Zo is het mijns inziens in veel gevallen ook wel te beschouwen. Het lijkt echter niet juist deze kinderen te vereenzelvigen met de uit een gedwongen huwelijk geboren kinderen. Een deel van deze kinderen blijkt wel degelijk gewenst. Daarentegen treft men ongewenste kinderen nogal eens aan bij ongehuwde moeders en in gezinnen met meerdere kinderen. Vaak zijn het daar de jongsten. Het is opvallend, dat percentsgewijze het aantal meldingen uit huwelijken met meer dan twee kinderen hoger is dan het landelijk gemiddelde van ge-

zinnen met meer dan twee kinderen. Deze ervaring werd ook beschreven door Gil (1970).

	kindertal per gezin				
	1	2	3	4 of meer	onbekend
<u>Gil (1970) % gezinnen in de U.S.A.</u>					
mishandelde kinderen	17.2	21.3	19.3	37.4	4.7
alle	31.8	29.7	18.9	19.6	
<u>Ons onderzoek % gezinnen in Nederland</u>					
mishandelde kinderen	16.3	27.7	23.1	33.0	
alle	31.0	34.9	18.4	15.9	

Dus hoewel het aantal gezinnen met 1 of 2 kinderen landelijk verreweg het grootste was, kwamen er percentueel meer meldingen uit gezinnen met meer kinderen.

Blijkbaar zijn er echter in de loop der jaren hier verschuivingen in opgetreden. Dit blijkt o.a. uit gegevens uit de U.S.A. van ruim 10 jaar later (Annual Statistical Report 1978), maar het blijkt ook uit de gegevens uit ons land (Verslag bureaus vertrouwensartsen, 1978).

	kindertal per gezin			
	1	2	3	4 of meer
<u>Annual Statistical Report (1978)</u>				
gemelde gevallen (%)	39.2	26.5	16.8	16.5
U.S.A. (%)	31.8	29.7	18.9	19.6
<u>Jaarverslag vertrouwensartsen Nederland 1978</u>				
gemelde gevallen (%)	28.7	33.2	16.9	21.2
Nederland (%) 1977	30.4	42.0	17.3	10.2

In de U.S.A. is blijkbaar sterk de nadruk op het gezin met één kind komen te liggen. Bij de getallen uit Nederland zijn de verschillen ten opzichte van de grote gezinnen gebleven, maar de percentages bij de kleine gezinnen zijn ongeveer gelijk geworden aan die van het landelijk gemiddelde.

Bij het overwegen of het rangnummer van het kind in een gezin

met meerdere kinderen een rol zou kunnen spelen bij het vergroten van het risico op mishandeling en/of verwaarlozing is bij ons onderzoek gebleken, dat de oudste, de jongste en de middelste kinderen in aantallen nauwelijks verschilden. Wel was opvallend, dat de kinderen, die zijn gemeld uit de grotere gezinnen (meer dan 7 kinderen), allen tot de jongeren uit deze gezinnen behoorden. Dit betrof echter slechts 16 kinderen (fig.14). Hoewel het aantal eerste huwelijken bij ons onderzoek verreweg het grootst was, waren er toch nog vrij veel tweede huwelijken, enkele derde huwelijken en van een paar vaders is zelfs vermeld, dat zij een vierde huwelijk zijn aangegaan. Het aantal ongehuwde ouders was miniem.

Bij het aangaan van een volgend huwelijk worden de tevoren aanwezige kinderen stiefkinderen. In ruim 80% betrof het een nieuw huwelijk van de moeder. Deze stief- of voorkinderen zijn afgaande op onze gegevens niet allen met gejuich binnengehaald. 20.3% van de gemelde kinderen waren stiefkinderen. Zij waren afkomstig uit 19.9% van de huwelijken uit ons onderzoek. Dit percentage is aanzienlijk hoger dan het landelijk huwelijksgemiddelde, dat is 4% (C.B.S.). Overigens werden deze kinderen niet altijd door hun stiefouder mishandeld. In een aantal gevallen was het de eigen moeder.

Bij het onderzoek van Gil (1970) was in 13.6% een van de stiefouders de mishandelaar; het Annual Statistical Report (1978) vermeldde 7.7%.

De meeste kinderen uit ons onderzoek waren afkomstig uit een eenvoudig milieu. Als maatstaf hiervoor is afgegaan op het beroep van de vader. Het percentage kinderen van wie de vader een ongeschoolde of eenvoudig opgeleide arbeider was, lag hoger dan het landelijk percentage van deze werknemers. Voor de hogere beroepsgroepen lagen deze verhoudingen precies andersom (figuur 23, 24 en 25). Hieruit moet de conclusie getrokken worden dat kindermishandeling en/of verwaarlozing bij de lagere beroepsgroepen het meest aan het licht is gekomen.

Gil (1970) ging met zijn conclusie veel verder. Hij meende, dat kindermishandeling vooral voorkwam bij ouders uit een lagere sociale klasse en met een minimale schoolopleiding. Hij vond bij deze gezinnen ook extreem veel werkeloosheid en vaak een erbarmelijke huisvesting. Hij meende dat naast de psychopathologie van

deze mishandelende ouders ook de vaak erbarmelijke sociale omstandigheden een causale rol bij de mishandeling speelden. Ook de gegevens uit het Annual Statistical Report (1978) toonden aan, dat veel van deze mishandelde of verwaarloosde kinderen afkomstig waren uit gezinnen met een laag inkomen - de samenstellers van dit rapport vonden dit vooral bij de verwaarloosde kinderen. De schoolopleiding bleek, speciaal bij de moeders, vaak summier. Wat de emotionele verhouding in het gezin betreft waren vooral mislukte huwelijken en huwelijken met voortdurende onenigheid hoog genoteerd.

Annual Statistical Report (1978)

Risicofactoren aangetroffen bij de gezinnen waarvan vaststond, dat de kinderen waren mishandeld en/of verwaarloosd (N = 32.842 gezinnen)	Percentage van de gezinnen x)
een stukgelopen huwelijk	45.0
een gezin met voortdurende ruzies	42.2
onvoldoende inkomen	35.9
een nieuwe baby resp. zwangerschap	13.2
voortdurende zorg om een ander kind	27.1
mishandeling van de echtgeno(o)t(e)	15.6
zelf als kind mishandeld	15.4
een recent nieuwe verblijfplaats	6.2
onvoldoende huisvesting	20.6
maatschappelijke isolatie	20.5
verlies van controle op zichzelf bij het uitoefenen van gezag	25.2
gebrek aan verdraagzaamheid	30.2
het niet op kunnen tegen een lichamelijke handicap	4.5
verslaafd aan alcohol	14.6
verslaafd aan drugs	4.1
geestelijke achterstand	3.5
moeilijkheden rond de geestelijke gezondheid	18.6
strafblad bij de justitie	8.8
autoritaire wijze van gezag uitoefenen	13.2

x) Bij de meeste gezinnen werd een aantal van de hier genoemde factoren aangetroffen.

In ons onderzoek zijn bij ongeveer een derde van de gemelde kinderen problemen uit de gezinnen gemeld in de vorm van lichamelijke of geestelijke ziekten van ouders of broer(s) en/of zus(s)ter(s). Bij een aantal ouders is melding gemaakt van verslaving aan alcohol en/of drugs (tabel 20). Informatie over de huisvesting of de omstandigheden waaronder het gezin verkeerde kon slechts zeer beperkt uit de dossiers worden verkregen. Deze gegevens kwamen wel duidelijk naar voren in de "case studies". Hier kwamen veel van bovengenoemde factoren ook voor. Bovenaan stonden de stukgelopen huwelijken en ouders met een geestelijke achterstand. Direct daarna kwamen heel jonge ouders, door zwangerschap gedwongen huwelijken en ongewenste kinderen. Veel ouders hadden een geringe schoolopleiding terwijl ook vaak gezinnen met voortdurende ruzies werden aangetroffen. Alcoholisme speelde daarbij herhaaldelijk een rol. Minder vaak werden onvoldoende huisvesting en gebrek aan verdraagzaamheid vastgesteld. Een kwart van de ouders was als kind zelf mishandeld. In enkele gevallen leidde onvoldoende inkomen mede tot prostitutie, met daarbij ernstige gevolgen voor het - ongewenste - kind. In een aantal gezinnen werden in eerste instantie geen bijzondere factoren aangetroffen. Naar buiten toe leken het heel gewone gezinnen. Een bijkomende factor had echter ernstige gevolgen.

In case study 2 werden de problemen pas zichtbaar nadat de vader door een ongeluk invalide werd. Tevoren leek dit een gezin zonder problemen. Toch was de moeder een abnormaal reagerende vrouw. Het evenwicht in dit gezin werd min of meer in stand gehouden door de gezonde echtgenoot.

In case study 9 werd een tevoren gezond levenslustig gezin beschreven. Zij behoorden tot de intellectuele bovenlaag. Na de plotselinge dood van de moeder veranderde alles. Moeder werd vervangen door een stiefmoeder, die geen weg wist met haar stiefkinderen. De oudsten gingen snel het huis uit. De jongsten konden dat niet. Uiteindelijk werden zij via instanties bij een pleeggezin ondergebracht. Daar bleek de hulp van de instanties onvoldoende. De gezonde groei naar volwassenheid is bij deze kinderen ernstig in gevaar gebracht. Hier was de vader als vader volkomen tekort geschoten. Dit kwam pas uit toen zijn vrouw wegviel.

In case study 14 werd een hardwerkend echtpaar beschreven. Samen verdienden zij hun brood. Aan hun kinderen kwamen zij niet toe.

Moeder verwachtte haar 1e kind op haar 16e jaar. Op haar 23e had zij al vijf kinderen. De gevolgen waren voor die kinderen desastreus. Voor de buitenwereld was dit een welvarend gezin. Efficiënt in hun werk, volledig insufficiënt in hun ouderschap. Case study 16 beschreef het gezin van een buitenlandse arbeider, die hier goed zijn brood verdiende. Zij kregen in korte tijd vier kinderen. De oudste dochter werd door de vader in het begin mishandeld. Moeder probeerde dat liefdevol op te vangen. Hier bracht tijdige hulp van buiten een verandering tot stand. De tijdige hulp moet wellicht onderstreept worden. Hier kwamen culturele verschillen in de opvoeding van kinderen duidelijk naar voren. Overigens was ook dit voor de buitenwereld een gezond gezin.

Case study 17 beschreef de geschiedenis van een puber. Hij was het enige kind van een ongehuwde moeder. Zij was afkomstig uit een goed milieu. Twaalf jaar lang heeft zij zich ingespannen om te camoufleren, dat zij een ongewenst kind had. Zij deed dat door haar zoon onvoorstelbaar te verwennen. Toen zij na een ernstige ziekte stierf werd haar zoon opgenomen in een goed pleeggezin. Dit was een hoogstaande familie met eigen kinderen zonder problemen. Dit veranderde toen deze pleegzoon in de familiekring werd opgenomen. Zijn gedrag bracht zijn pleegouders tot wanhoop. Dit leidde uiteindelijk tot mishandeling. Uiteindelijk werd hij elders ondergebracht. Maar ook daar ontstonden grote problemen. In feite was zijn mishandeling voorafgegaan door een dusdanige verwaarlozing in zijn vroege jeugd, dat een opvang in een gewoon gezin al niet meer mogelijk was.

In case study 18 werden de problemen verteld rond de gedragsstoornissen van een kleuter. Haar moeder had een moeilijke jeugd achter de rug. Op haar 16e jaar moest zij trouwen omdat zij in verwachting was. Het kind werd prematuur geboren. Toen zij thuis kwam waren er van meet af aan problemen. Huilen, infecties, voedingsstoornissen en toen zij wat ouder werd, haar gedrag. De ouders waren vriendelijke mensen, een leuk gezin voor de buitenwereld. Het gedrag van het kind bracht ze echter tot wanhoop. Mishandeling volgde talloze malen. Een en ander kwam pas tot rust toen eindelijk een kinderarts meende dat dit een hyperkinetisch kind was. Een gerichte behandeling deed het gedrag verbeteren en

de mishandeling verdwijnen. Toch blijft de vraag of dit niet een ongewenst kind was.

Case study 19 beschreef ook een eenvoudig gezin dat dolgelukkig was met hun eerste kind. Toen hun tweede echter een lichamelijk en geestelijk gehandicapt kind bleek, kwamen er moeilijkheden. De ouders kregen weinig steun van buiten. Moeder stond er overdag alleen voor. Voor een gezellig contact met het oudste kind vond zij geen tijd. Toen deze als reactie lastig werd, werd zij hardhandig aangepakt. Gelukkig is toen de hulp van buiten gekomen. Efficiënte zorg in een dagverblijf voor het jongste kind deed wonderen. Het oudste kind leefde weer op. De moeder kwam tot rust. Hier was het duidelijk de draagkracht van de moeder die bezweek onder de druk van de omstandigheden. Helaas was juist in dit geval het meeleven van familie en kennissen afgenomen, mogelijk omdat zij zich geen raad wisten met het gehandicapte kind. De artsen, die betrokken waren bij de behandeling van het gehandicapte kind, hebben zich waarschijnlijk onvoldoende beziggehouden met de gevolgen van de geboorte van dit kind voor het hele gezin. Hier rust een grote verantwoordelijkheid op de huisarts. Als gezinsarts is zijn taak niet beperkt tot de behandeling van de zieke. Hij moet rekening houden met de repercussie op het gezin. Bij het uitbreken van een besmettelijke ziekte in het gezin behoort het tot zijn taak maatregelen te nemen ter voorkoming van uitbreiding van deze ziekte onder de andere gezinsleden. Maar ook bij andere situaties dient hij het belang van het gehele gezin niet uit het oog te verliezen. In bovenstaand geval zou de mishandeling zijn voorkomen als tijdig de maatregelen waren genomen, die nu tot stand kwamen nadat het was misgegaan. De vertrouwensarts treedt pas op nadat het kind schade heeft ondervonden. De huisarts zou in dit geval preventief hebben kunnen werken. Dan was hulp van de vertrouwensarts niet nodig geweest. Deze beschouwing over de gebeurtenissen in casus 19 zijn zonder meer ook van kracht voor alle gezinnen, waarin omstandigheden voorkomen als boven beschreven. Dit zijn risico-gezinnen waarin soms één factor de doorslag kan geven tot het overschrijden van de draagkracht van de ouder(s). De preventieve taak van met name de huisarts is een duidelijke tot nu toe te weinig naar voren gekomen factor in de strijd tegen de kindermishandeling.

Daar deze case studies werden verricht bij gezinnen die uit verschillende categorieën aselekt zijn verkregen, kunnen deze gegevens zonder twijfel beschouwd worden als een vrij nauwkeurige afspiegeling van alle gezinnen uit ons onderzoek. Deze gegevens komen voor een groot deel overeen met die uit de literatuur. Opvallend is dat van 80% van de gemelde kinderen al vóór de mishandeling hulpverlenende personen en/of instanties bemoeienis hadden met het gezin, terwijl dit percentage tijdens de melding nauwelijks hiervan verschilde. Blijkbaar heeft de vaak zeer intensieve hulp aan deze gezinnen de kindermishandeling niet kunnen voorkomen. De vraag waarom is niet eenvoudig te beantwoorden. Mogelijk dat de ogen van de hulpverlener op dit gebeuren niet waren gericht; het zou ook kunnen, dat de hulpverleners meenden met hun activiteit een en ander te kunnen verhinderen. De taak van de vertrouwensarts was vooral een andere visie te geven op de hulpverlening. Vanzelfsprekend mag het kind nooit gebruikt worden als therapeuticum bij hulp aan een gezin in nood. Het kind is zelf ook in nood. Meerdere hulpverleners zijn daartoe vaak aangewezen, apart voor het kind en apart voor de ouders. Dit is geen vriendelijkheid; dit is een keiharde plicht van de maatschappij. Hierbij kan men in een aantal gevallen de hulp van de Raad voor de Kinderbescherming niet missen. Opmerkelijk is de uitspraak van Deltaglia (1976) dat "voor zover haar bekend geen onderzoek de speciale kenmerken aan het licht heeft kunnen brengen van de gezinnen waarin kinderen werkelijk worden mishandeld".

Wie heeft de mishandeling verricht? (tab. 4 en 5)

In ons onderzoek waren bijna uitsluitend (97%) de ouder(s) en/of de stiefouder(s) de pleger(s) van de mishandeling. Sporadisch was het een ander gezinslid of een onbekende in het gezin. Mishandelingen buiten het gezin door anderen, zoals op straat, op school, enz. vielen buiten ons onderzoek. Daar liggen de verhoudingen anders. In dergelijke gevallen zullen de ouders onmiddellijk voor hun kinderen opkomen, medische hulp inroepen en gewoonlijk de politie inschakelen. Bij de mishandeling in het gezin waren het de ouder(s) zelf, die de daad verrichtte(n). Hier moeten anderen voor het kind opkomen.

Van de ouders is de moeder het meest als mishandelaar aangewezen. Ook uit andere onderzoekingen is dit komen vast te staan.

	percentage		
	ons onderzoek	Gil (1970)	Annual statistical report (1978)
moeder	41.9	47.6	60.0
vader	30.7	39.7	40.0
beiden	24.8	-	-
onderen	2.6	12.1	-
onbekend	-	1.1	-

Gil vond het echter onjuist om op de moeders het stempel van grootste mishandelaar te drukken. Bij zijn onderzoek ontbrak in 29% van de gevallen de vader in het gezin. In de gezinnen waar de vader wel aanwezig was werd tweederde van de mishandelingen door de vader verricht.

Kempe (1971) stelde ook vast dat de moeders vaker in de mishandeling en/of verwaarlozing de hand hadden dan de vaders. Hij meende, dat haar continue aanwezigheid in het gezin hierbij een rol speelde. De betrokkenheid van de vader in deze gevallen bleek in gezinnen, waarvan de vader werkeloos was, even groot, als die van de moeder. De onderzoekers van het Annual Statistical Report concludeerden uit hun cijfers, dat kindermishandeling duidelijk een gezinsprobleem is. Ook bij hun onderzoek waren de vrouwen in de meerderheid.

Ook uit ons onderzoek blijkt, dat kindermishandeling een gezinsprobleem is. Het ligt in de rede, dat daardoor de moeder er vooral bij betrokken is. Dat heeft meer te maken met haar positie in het gezin, dan met haar geslacht.

In verschillende publikaties o.a. Kempe (1971), Franklin (1975), Deltaglia (1976), Smith (1978), Günter Amman (1979), Zenz (1979), wordt met nadruk vermeld, dat meer de persoonlijkheidsstructuur van de kindermishandelaar, dan de uitwendige omstandigheden, tot kindermishandeling leiden. Onder hen waren er velen met een trieste jeugd. Vaak waren zij als kind heen en weer geslingerd van het ene gezin naar het andere of van het ene tehuis naar het andere. Een liefdevolle persoonlijke binding met hun eigen ouders had ontbroken. Zij verwachtten liefde van hun eigen kinderen te zullen ontvangen; zij waren echter niet bij machte zelf liefde

aan hun kinderen te geven. Daarbij bleek ook de psychische instabiliteit-met als gevolg een geringe draagkracht - een heel belangrijke factor. Een en ander wordt duidelijk geïllustreerd in de in hoofdstuk III beschreven "case studies".

Waaruit bestond de mishandeling?

Zoals in hoofdstuk III A2 en A3 is beschreven bestond de mishandeling voor 61.3% uit het toepassen van geweld, voor 21.6% uit verwaarlozing en voor 17.1% uit beide. De gevolgen waren voor 10% van de kinderen levensbedreigend, voor enkelen van hen zelfs dodelijk, voor 12% was de melding niet terecht, maar voor bijna 80% waren de lichamelijke gevolgen niet ernstig. In tabel 3 zijn de soorten beschadigingen vermeld van de ernstig getroffenen. De gegevens uit de literatuur wijzen in dezelfde richting. Door het uitgangspunt van de beschrijvingen (een selecte studie of een landelijk overzicht) zijn de getallen niet volledig vergelijkbaar. Bij sommigen wordt verwaarlozing niet genoemd, bij anderen neemt het de grootste plaats in. Hierna volgen enkele cijfers uit publikaties van anderen. In veel gevallen bestonden er multiële laesies.

Skinner en Castle (1969)	N = 78	beneden de 4 jaar	%
schedellletsels			28.0
overige fracturen			46.0
weke delen letsels			77.0
<u>gevolgen:</u>			
dodelijk			1.5
ernstig			73.0
licht			25.5

Smith (1973)	N = 134	beneden de 4 jaar	%
schedelletsels			27.6
overige fractures			31.0
weke delen letsels			82.0
brandwonden			17.0
<u>gevolgen:</u>			
dodelijk			16.0
ernstig met blijvende schade			15.0
ernstig zonder blijvende schade			46.0
alleen oppervlakkige schade			23.0
Baldwin (1977)	N = 38	beneden de 5 jaar	
schedelletsels			31.6
intracraniele bloeding			42.1
overige fractures			57.0
zware verwaarlozing			47.4
failure to thrive ernstige vermagering			26.3
emotioneel trauma			65.8
weke delen letsels			94.7
<u>gevolgen:</u>			
dodelijk			10.0
zeer ernstig			27.0
ernstig (E.E.G.-afwijkingen)			33.0
ernstig (blijvende handicaps)			55.0
emotionele gevolgen			76.0
Cooper (1978)	N = 136	beneden de 5 jaar	
fracturen			46.3
subdurale haematomen			28.7
andere kwetsuren			15.6
weke delen letsels			93.4
<u>gevolgen:</u>			
dodelijk			10.3
zeer ernstig			30.0

Gil (1970) N = 1380 beneden de 18 jaar, lichamelijke mishandeling

builen en striemen	67.1
oppervlakkige weke delen letsels	32.3
brandwonden	10.1
schedelfracturen	3.7
andere fracturen	10.4
verstuikingen en ontwrichtingen	1.9
subdurale haematomen	4.6
hersenbeschadiging	1.5
interne verwondingen	3.3
vergiftigingen	0.9
ondervoeding	4.2
blootstelling aan bevroering	0.1
andere verwondingen	5.4
geen duidelijke letsels	3.2
type onbekend	2.2
<u>gevolgen:</u>	
dodelijk	3.4
ernstig met blijvende schade	36.0
niet ernstig	53.0

Annual Statistical Report (1978) N = 82.185 beneden de 18 jaar

mishandeling en/of verwaarlozing	%
ernstige lichamelijke schade	1.9
lichte lichamelijke schade	20.7
sexuele mishandeling	6.2
emotionele mishandeling	22.4
onthouden van de noodzakelijke zorg	86.4
andere vormen van mishandeling	11.1
<u>gevolgen berekend naar het soort mishandeling N = 66.221</u>	
dodelijk	0.3
ernstige blijvende schade	0.2
ernstig	4.5
licht	19.2
geen medische behandeling nodig	75.8

Nadere verdeling van de gegevens uit het Annual Statistical Report:

	mishandeling	verwaarlozing	mishandeling en verwaarlozing	totaal
	N = 18552	N = 42770	N = 4799	N = 66221
	%	%	%	%
dodelijk	0.4	0.2	0.6	0.3
blijvende handicap	0.2	0.1	0.3	0.2
ernstig	6.5	3.4	7.5	4.5
licht	23.4	17.0	23.0	19.2
geen medische behandeling nodig	69.5	79.3	68.6	75.8
totaal	100	100	100	100

Hierbij blijken de percentages van de ernstige gevallen het grootst als er lichamelijk is mishandeld al of niet gecombineerd met verwaarlozing. Toch is het aantal slachtoffers bij de verwaarlozing het grootst omdat het totale aantal aanzienlijk groter is:

overleden door mishandeling 0.4% van de 18.522 gevallen is 71 kinderen,

overleden door mishandeling en verwaarlozing 0.6% van de 4797 gevallen, is 28 kinderen,

overleden door verwaarlozing 0.2% van de 42.770 gevallen, is 105 kinderen.

Uit deze gegevens is wel duidelijk geworden dat verwaarlozing een belangrijke vorm is van schade toebrengen aan het kind. Gil (1970) meende dat daarbij moet worden gevoegd het woord doelbewust. Hij wilde verwaarlozing door onvermogen er niet bij rekenen.

Kempe (1971) daarentegen was van oordeel dat alleen de toestand waarin het kind is komen te verkeren door toedoen of nalatigheid van de ouders het enige criterium moet zijn. Dit heeft vooral te maken met de hulpverlening aan ouders en kinderen, niet met een veroordeling van de ouders. Dit is ook de manier waarop in ons land mishandeling en/of verwaarlozing wordt benaderd.

Wat is er aan gedaan?

In hoofdstuk III I en J is uiteengezet, dat de hulpverlening op velerlei wijzen is verricht. In ernstige gevallen werd het kind direct in een ziekenhuis opgenomen. De lichtere kwetsuren werden poliklinisch behandeld. Voor sommige kinderen was de hulp van een kinderpsychiater nodig; andere kinderen kregen langdurige begeleiding van een psycholoog. Het gezin werd voornamelijk bijgestaan door een maatschappelijk werkster. Daarbij was de steun van een psychiater of een jurist soms dringend nodig. De thuiskomst of het thuisblijven van het kind werd afhankelijk gesteld van het risico op een recidief. Als dat risico duidelijk aanwezig was, werd het kind tijdelijk of voorgoed elders ondergebracht, zonodig met behulp van de Raad voor de Kinderbescherming. In de praktijk bleek de zorg voor het gezin een moeilijke en veel tijdvergende aangelegenheid. Bovendien werd een grote vakkundigheid, doorzettingsvermogen en tolerantie van de hulpverlener geëist. Alleen zeer ervaren krachten kunnen dit opbrengen. De grote vraag hierbij is hoeveel van deze mensen er beschikbaar zijn. Uit de literatuur blijkt, dat men ook in andere landen met deze vraag worstelt. Een langdurige begeleiding van het gezin is nodig. De mogelijkheid daartoe ontbreekt veelal.

In de Verenigde Staten heeft Kempe het initiatief genomen tot het inschakelen van leken, de "parent-aides". Dit zijn voornamelijk moeders uit gezonde gezinnen met al wat oudere kinderen. Zij kunnen een deel van hun tijd aan zo'n hulpbehoevend gezin wijden. Zij doen dit onder het nauwlettend toezicht van een ervaren maatschappelijk werkster. De ervaring met deze lekenhulp is zeer bemoedigend. Ook in ons land heeft men in die richting al plannen gemaakt. Tot een uitvoering ervan is men echter nog niet gekomen. Wel wordt aangemoedigd de eenzaamheid van het gezin zoveel mogelijk te doorbreken door frequente bezoeken van meelevende burens, familieleden of vrienden. Het lijkt van groot belang om op korte termijn ook in ons land gebruik te gaan maken van de hulp van "parent-aides", uiteraard onder deskundige leiding.

Wat is er van geworden?

In hoofdstuk III J zijn de gegevens hierover weergegeven. Daaruit valt af te leiden dat voor het grootste deel der mishandelde en/of verwaarloosde kinderen (72.6%) het verblijf in hun eigen gezin is behouden of hersteld. Voor 21.3% echter was een uithuisplaatsing nodig. Deze werd ook gehandhaafd tijdens de nazorg. Uit ons onderzoek is niet af te leiden of van deze kinderen er nog een aantal op den duur naar het eigen gezin is teruggekeerd. Ook is niet met getallen aan te tonen bij hoeveel van de kinderen er emotionele gevolgen zijn blijven bestaan. Het aantal kinderen, dat blijvend lichamelijke schade heeft opgelopen is uiterst klein. Overigens is uit de beschreven "case studies" duidelijk af te leiden, dat nazorg voor veel gezinnen van lange duur moest zijn. Ook de pleeggezinnen hadden daar grote behoefte aan. De prognose van de door het kind opgelopen schade werd gunstig beïnvloed door een vroegtijdige melding. Verder bleek de periodieke controle over het verloop van de hulpverlening door het bureau vertrouwensarts niet te kunnen worden gemist.

Risicofactoren

Uit ons onderzoek blijkt, dat de gemelde kinderen, die waren mishandeld en/of verwaarloosd, afkomstig waren uit gezinnen, waarin factoren werden aangetroffen, die een harmonisch gezinsleven in de weg stonden. Deze waarneming werd ook door vele andere onderzoekers gedaan. Sommige ouders waren psychisch gestoord, anderen hadden een geestelijke achterstand. Een aantal ouders waren nog onvolwassen, ze hadden hun jeugdproblemen nog niet verwerkt. Hun kind was ongewenst. Andere ouders waren uit elkaar gegroeid, ruzies en vechtpartijen waren soms het gevolg. Echtscheiding volgde. Nieuwe relaties werden aangegaan. De kinderen kwamen tussen wal en schip terecht. Voor hen was geen plaats. In weer andere gezinnen sloeg het noodlot toe; moeder stierf. De stiefmoeder - soms veel jonger - was tegen haar taak niet opgewassen; de vader faalde; de kinderen werden het slachtoffer. De - vaak ongewenste - zwangerschap van het ongehuwde meisje, had de geboorte van een kind tot gevolg waarom niet was gevraagd. Zelfs een tweeling

kon soms niet als "tweeling" worden verdragen: één kind was genoeg.

De praktijkervaring van vele artsen, maatschappelijk werkenden en zielzorgers is echter, dat al deze omstandigheden ook voorkomen in gezinnen waar niet wordt mishandeld en/of verwaarloosd. Deze factoren zijn dus niet de oorzaak van de mishandeling en/of verwaarlozing, maar worden wel vaak waargenomen in de gezinnen, waarin dit plaats vindt. De oorzaak moet dus gezocht worden bij de ouders zelf.

Waarom bezwijken sommige ouders wel onder de druk van bovengenoemde factoren en anderen niet? Waarom is hun tolerantie te gering? De oorzaak zal moeten worden gezocht in hun psychische instabiliteit. Een deel van hen was psychisch gestoord. Velen hadden een tumultueuze jeugd achter de rug. Sommigen waren door hun eigen ouders mishandeld. Anderen waren opgegroeid in tehuizen. Een wezenlijke band met hun eigen ouders hadden ze niet verkregen. Ze groeiden op als een boom zonder diep verankerde wortels. Dat betekent, dat bovengenoemde factoren duidelijk risicofactoren kunnen worden genoemd voor bepaalde mensen. De hulpverlening aan gezinnen met deze factoren kan ertoe bijdragen, dat in een aantal gezinnen mishandeling en/of verwaarlozing kan worden voorkómen. Hier ligt vooral een taak voor de mensen, die werkzaam zijn in de eerste lijn van de hulpverlening, met name de huisartsen, de wijkverpleegkundigen, de consultatiebureaus en de zielzorgers.

Het aandeel van de vertrouwensarts en zijn medewerkers

De functie van vertrouwensarts inzake kindermishandeling was een geheel nieuwe. De benoemde artsen vervulden deze functie naast hun gewone praktijk. Bij de benoeming van artsen in deze functie heeft het handhaven van het beroepsgeheim van de praktiserende artsen een belangrijke rol gespeeld. Wanneer een arts in zijn praktijk een geval van kindermishandeling tegenkwam kon hij niet volstaan met alleen de gevolgen vakkundig te behandelen. Ter bescherming van het kind tegen recidieven en ter verbetering van de gezinsproblematiek, die met de mishandeling te maken had, was veelal een intensieve hulpverlening noodzakelijk. Wanneer de ouders zich daartegen verzetten, kon hij niets ondernemen tenzij hij de hulp van de justitie of de Raad voor de Kinderbescherming

inriep. Dat is inderdaad ook wel door sommigen gedaan. Bij een aantal van hen had dit een aanklacht tegen hen wegens schending van het beroepsgeheim ten gevolge.

Door een collegiaal overleg met de vertrouwensarts kon de handelend arts het nemen van maatregelen overlaten aan een arts, die niet de handelend arts van het gezin was. In de praktijk is gebleken dat ongeveer een kwart van alle meldingen van handelende artsen afkomstig waren. Het merendeel van de meldingen werd echter door "leken" gedaan. Zo is de positie van het bureau vertrouwensarts uitgegroeid tot een meldbureau voor iedereen.

Dat het niet juist is om in geval van kindermishandeling, uit vrees voor schending van het beroepsgeheim, geen maatregelen ten bate van het kind te nemen, is indertijd - 3 februari 1970 - met klem verdedigd in een zitting van de Tweede Kamer. Dit tweede kamerlid, Dr. Tilanus, stelde dat de arts de plicht heeft reeds bij het eerste vermoeden op kindermishandeling te voorkomen dat het kind verder zal worden mishandeld. Daartoe raadde hij aan een gesprek met de officier van justitie of de Raad voor de Kinderbescherming. "Wij mogen dergelijke gevallen niet nog eerst een tijdje aankijken. Er moet direct worden ingegrepen om het kind te redden".

Hij wees er verder op, dat de Raad van Europa op 30 september 1969 een resolutie heeft aangenomen - nr. 561 - waarin de Raad "aan de regeringen verzoekt hun wetgeving voor wat mishandelde kinderen betreft te wijzigen, teneinde artsen van hun professionele zwijgplicht te ontheffen en hun te verzoeken, de desbetreffende autoriteiten uitsluitend en onmiddellijk in te lichten, zodat het lot van deze kinderen kan worden verbeterd" (Medisch Contact 1970/8). Een aanklacht tegen een arts op 1 februari 1971, die ten bate van het door de ouders mishandelde kind de hulp van de Raad voor de Kinderbescherming had ingeroepen, is zowel door het medisch tuchtcollege in eerste aanleg, als door het in hoger beroep geraadpleegde centraal medisch tuchtcollege verworpen. Daarbij werd o.a. overwogen: "Het medisch beroepsgeheim is medegegrond op vereiste bescherming van de belangen van de patiënt maar vindt daarbij ook grenzen en beperkingen in datgene wat de belangen van de patiënt en diens doeltreffende behandeling vergen. Ten aanzien van minderjarigen kan zich daarbij tegenstrijdigheid voordoen tussen hun belangen en die van hun wette-

lijke vertegenwoordigers. Waar echter mededelingen aan derden ter bescherming van de minderjarige tegen zijn ouders in diens belang noodzakelijk lijken, mag het beroepsgeheim niet verhinderen dat een dergelijke mededeling wordt gedaan. Uiteraard dient daarbij een redelijke afweging van mogelijk tegenstrijdige belangen te geschieden".

In Frankrijk en in de U.S.A. heeft men deze problemen op een andere manier trachten op te lossen. In Frankrijk heeft men de arts in het geval van kindermishandeling van het beroepsgeheim ontheven; in de U.S.A. heeft men een meldingsplicht ingevoerd.

Zoals in ons geschrift al eerder is vermeld, heeft mogelijk de meldingsplicht in de U.S.A. ertoe geleid, dat veel meer gevallen van kindermishandeling daar aan het licht zijn gekomen dan in ons land. Dit is een argument dat door verschillenden in ons land naar voren wordt gebracht om ook hier de meldingsplicht te doen invoeren. In de eerste jaren van het bestaan van de meldingsplicht in de U.S.A. werd deze melding ook gedaan aan de politie. Dit heeft in het begin tot grote problemen geleid. Hulpverlening was nodig, maar niet primair veroordeling. Daarom is in de U.S.A. later het ingrijpen van de politie niet meer gekoppeld aan de melding. De instanties van maatschappelijk werk gingen zich er eerst mee bezighouden. Zonodig kwam daarna pas het justitiële apparaat aan de beurt. Dit bleek een grote verbetering.

In ons land heeft men het compromis gezocht van een vrijwillige melding aan een daartoe apart in het leven geroepen bureau. Het beroepsgeheim van de aan het bureau verbonden vertrouwensarts dient als waarborg voor de melders dat hun naam door het bureau aan niemand zal worden meegedeeld. Het bureau stelt zich ook steeds beschikbaar voor overleg, ook voor de ouders zelf. Alle bemoeienissen van het bureau worden door het Rijk betaald. In feite is het dus een categoriaal instituut, waarvan kosteloos gebruik kan worden gemaakt. De taak van het bureau is om de juistheid van de melding te onderzoeken en vervolgens bij de hulpverlening te bemiddelen. Daarbij bleek dat in 80% van de gemelde gevallen het desbetreffende gezin al hulp kreeg van één of meer instanties. Veelal moest het bureau daarbij als coördinator van de hulpverleners optreden. Na het instellen van een nieuw hulpverleningsplan heeft het bureau de plicht om zich periodiek op de hoogte te stellen van het verloop van de hulp-

verlening en zonodig opnieuw de hulpverleners voor overleg uit te nodigen. Door deze in de praktijk steeds beter functionerende activiteit blijkt duidelijk dat het bureau niet moet worden gerangschikt onder één van de vele hulpverleners. Het bureau heeft een daarboven uitstekende taak. Het lijkt voor de toekomst noodzakelijk dat deze in de praktijk verkregen positie zal worden gehandhaafd. Een definitieve vormgeving onder het direct gezag van de hoofdinspecteur van de geestelijke volksgezondheid is naar mijn mening de meest voor de hand liggende oplossing. Het personeel dient te bestaan uit mensen met een veeljarige ervaring. Dit geldt zowel voor de artsen als voor de maatschappelijk werkenden. Wat artsen betreft is het aan te bevelen dat zij voor een deel hun eigen praktijk blijven doen. Voor het werk aan het bureau moet echter ruimschoots tijd beschikbaar kunnen zijn. Aan te bevelen is een benoeming in een halftime functie bij het ministerie van Volksgezondheid. Ook voor de andere medewerkers is een benoeming in een halftime functie te prefereren. Op deze wijze wordt voorkomen, dat door het categoriale karakter van het werk, men het contact met de gewone werkzaamheden gaat verliezen. Ook dient de mogelijkheid van nascholing, het contact met werkers uit andere landen en het bijwonen van congressen op dit terrein te worden bevorderd.

Conclusies

Bij het overzien van de resultaten van ons onderzoek is het meest opvallende dat de mishandelde kinderen niet de oorzaak waren van deze mishandeling, maar veeleer de zondebok van de ouders. Het risico op kindermishandeling werd niet vergroot door hun gezondheidstoestand; deze week niet af van die van het gemiddelde Nederlandse kind.

De kans op kindermishandeling werd wel vergroot door de positie, die ze innamen in het gezin: een kind uit een ongewenst huwelijk, een kind meegebracht in een nieuw huwelijk (stiefkind), een kind dat er één was van een tweeling.

Een deel van de ouders was psychisch gestoord. In deze gezinnen was het ondanks goede begeleiding veelal niet mogelijk om ongestoord opgroeien van het kind te bereiken. Snelle plaatsing in een goed pleeggezin was de enige mogelijkheid. In dit opzicht bleek er vaak te tolerant te zijn opgetreden.

Er waren ook ouders die een ongelukkige jeugd achter de rug hadden. Zij hunkerden naar liefde en geborgenheid. Zij meenden die te vinden bij een partner die helaas vaak een zelfde achtergrond had. De huwelijksproblemen bleven niet uit. De gevolgen voor de kinderen evenmin. Anderen hadden aanvankelijk een gelukkig huwelijk. Dit geluk werd verstoord door een calamiteit. Een van de ouders stierf of een van hen werd invalide. Er werd een lichamelijk of geestelijk gehandicapt kind geboren; een van de partners raakte verslaafd aan alcohol of drugs. Om het mishandelde en/of verwaarloosde kind uiteindelijk een veilige toekomst te kunnen bieden, was behandeling van de gezinsproblematiek een dringende noodzaak. Dit was niet gemakkelijk en kostte veel tijd en mankracht. Intussen moest wel ernstig worden overwogen of het getroffen kind daarbij aanwezig kon zijn. In ernstige maar ook in twijfelgevallen moest het kind elders worden ondergebracht. Het welzijn van het kind diende steeds centraal te staan. Het aantal getroffen kinderen was het grootst onder de babies en de kleuters. Ook waren bij hen de lichamelijke gevolgen het grootst. De zes overleden kinderen waren jonger dan drie jaar. Hoewel het totale aantal getroffen jongens en meisjes ongeveer gelijk was, was het aantal jongens het grootst in de lagere-schoolleeftijd; het aantal meisjes in de puberteitsperiode. Uit ons onderzoek is niet gebleken, dat daarbij sprake was van seksuele mishandeling. Wel was veelal de vader de mishandelaar. Overigens bleek het aandeel van de moeder het grootste, vooral bij de jonge kinderen en bij de verwaarlozing. De meeste bij het bureau gemelde kinderen waren afkomstig uit de "lagere" beroepsmilieus. Dit is niet te verklaren uit het feit, dat het totale aantal mensen, dat in ons land uit deze milieus afkomstig is, ook het grootst is. Procentueel was er een duidelijk verschil te constateren ten aanzien van de twee onderste milieugroepen. Het aantal meldingen uit de hogere milieus was procentueel ook lager. Deze waarneming heeft echter geen absolute waarde daar dit alleen de gevallen betreft die zijn gemeld. Hoeveel er verborgen zijn gebleven is onbekend. Toch komt deze waarneming wel overeen met de gegevens uit de literatuur.

Het opsporen en doen behandelen van gevallen van kindermishandeling en/of verwaarlozing is de primaire taak van de vertrouwens-

arts c.s. Het meer bekendheid geven aan het probleem, het houden van voordrachten, het organiseren van studiedagen, het schrijven van artikelen is in het begin als een vanzelfsprekende werkzaamheid van de vertrouwensarts beschouwd. Dit bleek echter in de praktijk niet goed te realiseren. In dit opzicht is de Vereniging tegen Kindermishandeling een steeds meer op de voorgrond tredende rol gaan vervullen. Zij beschikt over een goed verzorgde en recent bijgehouden bibliotheek. Ook zijn via deze vereniging diverse folders verschenen die op verschillend niveau beknopte informatie verschaffen. Ook het organiseren van lezingen, cursussen en zelfs congressen is een deel van haar taak. Dit alles heeft ook te maken met preventie van kindermishandeling. Toch is dit niet genoeg. Kindermishandeling moet als leerstof worden opgenomen voor beroepen, die te maken hebben met gezinnen en kinderen. Hiertoe behoren artsen, verpleegkundigen, psychologen, pastores, maatschappelijk werkenden en pedagogen. Daarbij zal ook aandacht moeten worden besteed aan het huwelijk zelf. Hoe is de voorbereiding daartoe? Wat zijn de ideeën hierover? Hoort kinderen krijgen daarbij? Is dat een last of een zegen? Wat is de verantwoordelijkheid van de ouders afzonderlijk? Wat betekent emancipatie van de vrouw in een gezin met kinderen voor de kinderen? Voor de huisartsen, de consultatiebureau-artsen en de kinderartsen dient vooral duidelijk gemaakt, dat vage klachten over kinderen, die niet kunnen worden verklaard door onderzoek van de kinderen, niet als onbelangrijk mogen worden afgedaan, resp. behandeld met wat valium voor de "zeurende" moeder, maar een reden moeten zijn voor nader onderzoek naar de achterliggende factoren van deze klachten. In de praktijk is gebleken, dat veel van deze klachten de voorlopers waren van mishandelingen. Het herkennen van deze vingervijzingen behoort tot de preventie. Wat dit laatste betreft heeft o.a. Kempe (1978) veel aandacht besteed aan begeleiding en verzorging van vrouwen tijdens hun zwangerschap, de bevalling en de eerste tijd daarna.

Een wezenlijke oorzaak van kindermishandeling en/of verwaarlozing is niet ontdekt. Wel blijken er vele factoren te zijn, die er toe kunnen leiden. Kennis van deze factoren en een open oog en oor voor de eerste symptomen bij het kind zullen er ongetwijfeld toe bijdragen, dat het probleem kindermishandeling

zal worden verkleind. Voorshands zal daarbij een instituut als het bureau vertrouwensarts inzake kindermishandeling niet meer te missen zijn.

SAMENVATTING

In dit proefschrift is een retrospectief onderzoek beschreven over kinderen, die wegens mishandeling aan het bureau vertrouwensarts te Rotterdam zijn gemeld. Het betrof de eerste drie jaar van het bestaan van het bureau (1972-1975). Schrijver was in die periode als vertrouwensarts aan dat bureau verbonden.

In hoofdstuk I zijn, aan de hand van gegevens uit de literatuur, enige bijzonderheden vermeld over de positie van het kind in de loop der eeuwen. Duidelijk komt daarin naar voren de macht van de vader en de rechteloosheid van het kind. Vervolgens is stilgestaan bij de grote veranderingen, die zich na de tweede wereldoorlog hebben voltrokken ten aanzien van de professionele belangstelling voor het mishandelde kind. De grote stimulator in deze was C. Henry Kempe, hoogleraar in de kindergeneeskunde in Denver, Verenigde Staten. Zijn rede "The Battered Child Syndrome" (1961) is het begin geweest van veel onderzoekingen en publikaties op dit gebied. Hiervan zijn een aantal kort vermeld. In Nederland heeft dit mede ertoe geleid, dat onze regering in 1972 tot de benoeming van enige vertrouwensartsen inzake kindermishandeling is overgegaan.

In hoofdstuk II is de wijze van ons onderzoek nader toegelicht. De gegevens zijn afkomstig uit de dossiers van het bureau vertrouwensarts te Rotterdam. Bij de bewerking is strikte anonimiteit betracht. Met behulp van een uitgebreide vragenlijst is getracht nadere informatie te verkrijgen over de gemelde kinderen, de soort mishandeling, de gevolgen daarvan, de maatregelen daartegen en de situatie in het gezin.

Met het oog op de objectiviteit zijn deze lijsten door enkele aanstaande artsen en maatschappelijk werkenden ingevuld. Deze hadden tevoren geen kennis genomen van het werk van de vertrouwensarts in Rotterdam. De cijferantwoorden zijn daarna op codeformulieren overgebracht. In het Centraal Rekeninstituut der Rijks Universiteit te Leiden zijn deze tot ponskaarten verwerkt en in een computer opgeslagen. Vervolgens is na een zorgvuldige rubricering een groot aantal vragen verwerkt.

De antwoorden zijn - overzichtelijk gerangschikt - weergegeven in het eerste deel van hoofdstuk III.

Het tweede deel van het hoofdstuk bevat het resultaat van de case studies die zijn verricht bij twintig gezinnen uit ons materiaal. Om deze gevallen aselekt te verkrijgen is uitgegaan van een aantal criteria. Met behulp van de computer zijn vervolgens een aantal gezinnen aangewezen, die groepsgewijze tot een bepaalde categorie behoorden. Door loting is daarna het gezin bepaald, waarover de studie diende te worden verricht. Persoonlijk contact van de interviewer met de desbetreffende gezinnen bleek echter slechts in één geval verantwoord. Van alle andere gezinnen zijn de gegevens verkregen uit bestaande rapporten, vaak aangevuld met inlichtingen van de hulpverleners zelf. Bij de beschrijving van deze studies is er naar gestreefd om, zonder de duidelijkheid geweld aan te doen, de herkenbaarheid van de gevallen onmogelijk te maken.

In het eerste deel van hoofdstuk III zijn de resultaten van het onderzoek beschreven. Een en ander is toegelicht met tabellen, figuren en curves. Het onderzoek ging over 542 kinderen uit 376 gezinnen. Het aantal jongens en meisjes was ongeveer aan elkaar gelijk. De helft van de kinderen was jonger dan zes jaar. De meeste meldingen betroffen kinderen onder de drie jaar. In de lagere schoolleeftijd was het aantal jongens groter; in de puberteit het aantal meisjes. De ernst van de schade was groot bij 9.6% van de kinderen. Van hen zijn er zes overleden; van de overigen hebben er enkelen een blijvende handicap aan overgehouden.

Bij het grootste deel (77.8%) was de lichamelijke schade minder groot. De meeste kinderen konden poliklinisch worden behandeld. Enkelen werden ter voorkoming van een recidief tijdelijk in een ziekenhuis opgenomen of in een tehuis geplaatst. 12.6% van de gemelde kinderen bleek niet mishandeld en/of verwaarloosd. Van de gemaltraiteerde kinderen was 60.9% lichamenlijk mishandeld, 22.2% verwaarloosd en 16.9% mishandeld en verwaarloosd. De schade bleek bijna uitsluitend (97.4%) door de ouder(s) en/of de stiefouder(s) te zijn toegebracht: 41.9% door de moeders, 30.7% door de vaders en 24.8% door hen beiden.

Op het moment van de melding was het grootste deel van de

kinderen thuis. Uit driekwart van de gezinnen betrof het één kind; uit de overige gezinnen waren het er meer.

De meeste meldingen kwamen uit gezinnen met één of twee kinderen. Toch was bij ons onderzoek het percentage gezinnen met één of twee kinderen kleiner dan het landelijk percentage; daarentegen was dat van de gezinnen met drie of meer kinderen juist groter dan het landelijk percentage. Uit de grote gezinnen (tot vijftien kinderen) waren het vooral de jongere kinderen die mishandeld bleken.

De gezondheidstoestand van de kinderen bleek niet primair een rol te hebben gespeeld bij de mishandeling. Relatief veel meldingen waren afkomstig uit gezinnen met stiefkinderen (20.0%). Landelijk bleek dat aantal gezinnen procentueel veel kleiner (4% C.B.S. 1971). Ook kwamen er veel meldingen uit gedwongen huwelijken (23.0%). Landelijk was dat procentueel ook veel minder (13.0% C.B.S. 1971). Tenslotte was het aantal gemelde kinderen, dat er één van een tweeling was (3.0%) ook groter dan het procentuele landelijk gemiddelde (1.2% C.B.S. 1971).

In dit onderzoek bleek het risico op mishandeling en/of verwaarlozing vooral vergroot als het kind een speciale positie in het gezin innam. De belangrijkste factor was echter de psychische toestand van de ouder(s).

De meldingen aan het bureau waren voor 31.9% afkomstig van leken uit de naaste omgeving van het desbetreffende kind (buren, vrienden, familie), voor 22.5% van geneeskundigen en voor 15.7% van justitiële instellingen.

Daarbij viel op dat kinderen in acute nood vooral gemeld zijn door de artsen, terwijl de meldingen door "leken" bijna uitsluitend de lichtere of zelfs dubieuze gevallen betroffen. Naar onze mening waren deze meldingen zeer waardevol daar ze vaak nog in de preventieve sfeer lagen; bij de artsen betrof het vooral kinderen die acuut curatieve hulp nodig hadden.

Ongeveer tachtig procent van de ouders waren Nederlanders; de overigen waren buitenlanders of Nederlanders die met een buitenlander(se) gehuwd waren.

De meeste ouders waren tussen de twintig en de veertig jaar; van de ernstig mishandelde kinderen waren de ouders opvallend vaak erg jong, enkelen zelfs beneden de twintig jaar. De meeste mishandelingen vonden plaats tijdens het eerste huwelijk van de

ouders. Ter beoordeling van het maatschappelijk milieu van het kind is gebruik gemaakt van het beroepsniveau van de vader. De meeste meldingen zijn gekomen uit de drie zogenaamd onderste niveaus.

Verder is gebleken dat een derde deel van de gemelde kinderen afkomstig was uit gezinnen met zieke of geestelijk gestoorde ouder(s) en/of broer(s) en zuster(s). Bij 9.6% van de gemelde kinderen waren de vader en/of moeder verslaafd aan alcohol en/of drugs. 80% van de gemelde gezinnen hadden tijdens de melding of daarvoor al uitgebreid contact met hulpverlenende personen of instanties.

Bij de hulpverlening na de melding is in de acute gevallen door het bureau vertrouwensarts bemiddeld om het kind onmiddellijk in veiligheid te stellen, meestal in een ziekenhuis. Soms diende daarvoor de Raad voor de Kinderbescherming te worden ingeschakeld. In de overige gevallen werd via multidisciplinaire besprekingen naar de meest efficiënte manier van hulp aan kind en gezin gezocht. Daarna stelde het bureau vertrouwensarts zich periodiek op de hoogte van het verloop van de hulpverlening. In deze eerste fase is voor zeventien kinderen een justitiële maatregel nodig geweest. 60% van de kinderen zijn ook in de nazorg gewoon thuis gebleven. Tijdens deze nazorg echter is er bij tachtig kinderen toch nog een justitiële maatregel nodig gebleken. Meestal was dit van tijdelijke aard. 9.8% van de kinderen is voor de tweede maal aan het bureau vertrouwensarts gemeld. De helft van deze meldingen was terecht.

In het tweede deel van hoofdstuk III zijn de twintig case studies beschreven. De huwelijksverhoudingen waren in vele gezinnen zeer slecht. Een aantal van deze ouders was nauwelijks volwassen. De helft van hen was door ontijdige zwangerschap tot een huwelijk gedwongen. De meeste van deze huwelijken zijn stukgelopen. Het kind moest meestal elders worden ondergebracht. De meeste van deze ouders hadden een tumultueuze jeugd achter de rug. Sommigen hadden jarenlang in tehuizen doorgebracht. Hun opleiding was veelal miniem (B.L.O.). Enkelen waren psychisch gestoord.

In een aantal normale gezinnen kwam het pas tot mishandeling en/of verwaarlozing nadat het gezin door een calamiteit was getroffen, zoals de plotselinge dood van een der ouders, het invalide

worden van een der ouders of de geboorte van een ernstig gehandicapt kind. De hulpverlening bleek vaak erg moeilijk en langdurig. In een aantal gevallen was een definitieve uithuisplaatsing van het kind aangewezen. De meeste van hen zijn in een pleeggezin opgenomen. Daarbij bleken ook deze gezinnen nog geruime tijd steun nodig te hebben. De lasten waren, vooral in de herstelfase van het kind, soms bijzonder zwaar voor de pleegouders.

In hoofdstuk IV zijn de uitkomsten van ons onderzoek vergeleken met die van anderen. Hieruit werd duidelijk, dat noch in ons land noch elders zekerheid bestaat over de reële omvang van kindermishandeling. De verplichte melding, ook bij een vermoeden van kindermishandeling en/of verwaarlozing heeft in de Verenigde Staten een grote toeneming van het aantal bekend geworden gevallen ten gevolge gehad. In enkele andere landen heeft men sinds kort ook een verplichte melding ingevoerd, met name in Frankrijk, Joegoslavië, in sommige staten van Canada en in Oost-Duitsland. De resultaten van deze nieuwe maatregel in bovengenoemde landen zijn nog niet algemeen bekend. Evenals in ons land zijn in Engeland, West-Duitsland, Polen, Israël, Australië, Nieuw-Zeeland en Zuid-Afrika en ook de 3e wereld de meldingen niet verplicht. Wel wordt er in de meeste landen op aangedrongen. Net als bij ons onderzoek bleek ook elders er nauwelijks verschil te bestaan tussen het aantal mishandelde jongens en meisjes. Wel was steeds in de puberteitsleeftijd het aantal meisjes groter en in de lagere schoolleeftijd het aantal jongens. Gil (1970) toonde aan, dat het aantal meldingen van de oudere kinderen kleiner was, dan dat van de jongere kinderen. Dit bleek ook bij ons onderzoek het geval. Het ruim 10 jaar later verschenen Annual Statistical Report (1978) meldde echter, dat er nauwelijks verschillen bestonden in de aantallen gemelde kinderen van de diverse leeftijdsgroepen. Dit heeft er wellicht mee te maken, dat er steeds meer gevallen van verwaarlozing werden gemeld.

De gezondheidstoestand van de wegens mishandeling gemelde kinderen bleek in ons materiaal niet af te wijken van die van het gemiddelde Nederlandse kind. Tot deze conclusie kwamen ook de schrijvers van het Annual Statistical Report (1978). In veel publikaties werd echter de nadruk gelegd op het grote risico op mishandeling

van prematuren en kinderen met aangeboren afwijkingen. De motivatie werd verkregen uit het hoge percentage van deze kinderen die bij hun onderzoek waren betrokken. Deze getallen zijn volgens schrijver echter niet representatief voor de hele bevolking. De conclusies werden namelijk getrokken uit onderzoeken bij kleine geselecteerde groepen vaak ernstig mishandelde kinderen in de baby- en kleuterleeftijd.

Bij ons onderzoek bleek het procentuele aantal van deze kinderen ongeveer gelijk aan dat van het landelijk gemiddelde. Helaas was in ongeveer 90% van de kinderen niets over bij de geboorte ontdekte afwijkingen vermeld. Het is dus waarschijnlijk, maar niet zeker, dat er in ons materiaal niet méér van deze kinderen waren. Hoewel de meeste meldingen uit ons onderzoek evenals met name bij het grote onderzoek van Gil (1970) uit de kleine gezinnen kwamen (een of twee kinderen) bleek het percentage van deze gezinnen lager dan dat van het landelijk gemiddelde. Bij gezinnen met meer kinderen was dat precies andersom. In de publikaties over 1978 in de Verenigde Staten (Annual Statistical Report) maar ook in het Nederlandse landelijke rapport vertrouwensartsen in 1978 waren die percentages van de kleine gezinnen hoger geworden of ongeveer even hoog als die van het landelijk percentage. Mogelijk heeft er dus in de laatste jaren een verschuiving naar kinderen uit kleinere gezinnen plaatsgevonden. In ons materiaal evenals in dat van de twee grote Amerikaanse onderzoeken kwamen de meeste gemelde kinderen uit de sociaal lagere klasse.

Daar lang niet alle gevallen van kindermishandeling aan het licht zijn gekomen is hier geen definitieve conclusie uit te trekken. De mishandeling vond voornamelijk door de ouders plaats. Hierbij nam de moeder de eerste plaats in. Hierbij speelt ongetwijfeld een rol, dat de moeder het meest aanwezig is in het gezin. Toch is dit niet de enige verklaring. De instabiliteit van de mishandelende ouder, die gepaard gaat met een geringe draagkracht is veel belangrijker. Overigens heeft deze conclusie een duidelijke betekenis bij het vinden van geëigende hulp aan een gezin waarin het soms tot kindermishandeling komt. Vooral bij de peuters en kleuters heeft plaatsing in een medisch kleuterdagverblijf grote waarde. Van deze therapie werd ook in onze gevallen verschillende malen gebruik gemaakt.

Bij de vergelijking van het werk van de bureaus vertrouwensarts

in Nederland en dat van de organisaties in de verschillende andere landen bleek er een overeenstemming te bestaan over de noodzaak om een centraal punt te bezitten, waar 24 uur per dag, zeven dagen in de week, gevallen van kindermishandeling kunnen worden aangemeld.

In ons land wordt daarna alleen bemiddeld; elders wordt de boodschap aangenomen door de hulpverlenende instanties zelf. Het bureau vertrouwensarts is een door de staat in het leven geroepen instituut, dat onafhankelijk is van de hulporganisaties. Hierdoor is ook leiding geven in het coördineren van de hulpverlening goed mogelijk. Daarnaast is de taak om op afstand de hulpverlening te volgen en zonodig opnieuw in te grijpen van grote waarde.

De door velen gevoelde noodzaak om ook in ons land de melding van kindermishandeling verplicht te stellen zal bij de invoering daarvan het werk van het bureau vertrouwensarts eerder doen toenemen dan het overbodig maken.

SUMMERY

In this thesis a retrospective study is presented of children, who because of abuse were reported to the confidential doctor's office in Rotterdam. It covers the first three years of the existence of the office (1972-1975). During this period the author was engaged there as confidential doctor.

In chapter I the position of the child over the centuries is described, using extracts from the literature, which illustrate the power of the father and the absence of any rights of the child. Then we go into the many changes that have taken place since the second world war with regard to the professional interest in the abused child. The greatest stimulus for these changes was given by C. Henry Kempe, professor of pediatrics in Denver, United States. His speech "The Battered Child Syndrome" (1961) was the starting point for many investigations and publications on this subject. A few of these are reported briefly. In the Netherlands this also led our government to decide in 1972 to appoint several "confidential doctors" for dealing with child abuse.

In chapter II our research methods are further elucidated. The data came from the dossiers of the confidential doctor's office in Rotterdam. Strict anonymity was maintained during the working out of the details. With the help of an extensive questionnaire an attempt was made to obtain further information about the children reported to the office, the type of abuse, the consequences of it, the steps taken to counteract it, and the situation of the family.

With an eye to objectivity these questionnaires were filled in by medical students and social workers who knew, up till then, nothing of the work of the confidential doctor in Rotterdam. The cipher answers were then transferred to coded forms. In the Central Mathematical Institute of the University of Leiden these were made into punched cards and put into a computer. After a number of careful section headings had been made, a large number of questions were dealt with.

The answers, clearly arranged, are presented in the first part of chapter III.

The second part of the chapter gives the results of the case studies that were carried out on twenty families from our material. To obtain these cases at random we started out using a number of criteria, then with the help of the computer a number of families were designated which belonged to a certain category. Drawing lots then decided which family of that group would be used for the study.

Personal contact between the interviewer and the families concerned was, however, only advisable in one case. In all the other families the findings were obtained from existing records, often supplemented by information from the social workers involved. In describing these cases it has always been our aim to ensure that, without losing clarity, the cases would be unrecognisable.

In the first part of chapter III the results of the study are given, illustrated by tables, figures and curves. The study dealt with 542 children from 376 families. The numbers of boys and girls were practically equal. Half of the children were younger than six years. Most of the reports were of children under the age of three. At the junior school age the number of boys was larger; during puberty the number of girls. The nature of the injury was severe in 9.6% of the children; of these 6 died and several have been left with a permanent handicap.

In the largest group (77.8%) the bodily injury was less severe and most of the children could be treated in outpatients. Some were admitted temporarily to hospital or a home to prevent a relapse. 12.6% of the children reported to us did not appear to have been abused or neglected.

Of the maltreated children 60.9% had been abused physically, 22.2% neglected and 16.9% abused and neglected. The injury seemed almost exclusively (97.4%) to have been brought about by the parent(s) and/or stepparent(s); 41.9% by the mothers, 30.7% by the fathers and 24.8% by both. At the moment the case was reported, the largest number of the children was at home. In threequarters of the families one child was involved, in the other families more.

The most reports concerned families with one or two children, although in our study the percentage of families with one or

two children was lower than the national percentage; on the contrary, it was the number of families with three or more children which was larger than the national average. In the large families (up to fifteen children) it was especially the younger children that seemed to be abused. The state of health of the children did not appear to have played a primary role in relation to the maltreatment. A relatively large number of reports came from families with stepchildren (20.0%). The national average of such families is much smaller (4% C.B.S. 1971).

There also came many reports involving forced marriages (23.0%). Here too the national average is much lower (13.0% C.B.S. 1971). Finally, the number of reported children who were one of a pair of twins (3.0%) was also larger than the national average (1.2% C.B.S. 1971).

In this study it became apparent that the risk of abuse and/or neglect was especially increased if the child occupied a special position in the family. The most important factor, however, was the mental condition of the parent (s).

The reports to this office came for 31.9% of cases from non-professionals in the intimate circle of the child in question (neighbours, friends, family), for 22.5% from physicians and for 15.7% from judicial institutions. It became apparent that it was especially the children in acute need that were reported by the physicians, whereas the reports from the non-professionals dealt almost exclusively with the less severe or even dubious cases. In our opinion these reports were extremely valuable in that they often lay in the sphere of prevention; with the physicians it was mainly the children that needed acute curative assistance that were involved.

About 80% of the parents were of Dutch nationality, the rest were either foreigners or married to a foreigner. Most parents were between twenty and forty years old; of the severely abused children the parents were sometimes extremely young, some even under the age of twenty. Most of the cases of abuse occurred during the first marriage of the parents. Use was made of the occupational level of the father for the determination of the social setting of the child. Most of the children reported came from the three so called lowest levels.

It became further apparent that one third of the reported children came from families with sick or mentally disturbed parent(s) and/or brothers or sisters. In 9.6% of the cases the father and/or mother were addicted to alcohol and/or drugs. 80% of the reported families had already had, or were having, extensive contact with relief workers or authorities. After receiving the report, the work of the confidential doctor's office was, in acute cases, to mediate in bringing the child into safety, usually in a hospital. Sometimes it was necessary to call in the Society for the Prevention of Cruelty to Children to achieve this. In the other cases multidisciplinary discussions were held to discover the most efficient way of helping the child and his family. Afterwards, the confidential doctor's office would receive regular information as to the progress of the relief work. In this first phase judicial measures were necessary for 17 children. 60% of the children simply stayed at home, also during the after care. However, during this after care a judicial measure was in fact necessary for 80 of the children. Usually this was of a temporary nature. 9.8% of the children were reported for a second time to the confidential doctor's office; half of these reports were justified.

In the second part of chapter III the twenty case studies were described. The marital relationships were in many families extremely poor. A number of these parents were barely adult themselves. Half of them had been forced into marriage by an untimely pregnancy, and most of these marriages have broken down. The child usually had to be housed elsewhere. Most of these parents have had a tumultuous childhood behind them themselves. Some had spent many years in homes. Their schooling was mostly minimal (BLO) and some were mentally disturbed. In a number of normal families, abuse and/or neglect only occurred after a calamity had struck the family, such as the sudden death or invalidity of one of the parents, or the birth of a severely handicapped child. The relief work was then often very difficult and lengthy.

In a number of cases a permanent removal of the child from the home was indicated. Most of them were placed in a foster family,

whereby it became evident that these families also needed support for a considerable period of time. The burden for the foster parents, especially in the recovery phase, was sometimes extremely heavy.

In chapter IV the results of our study were compared with those of other authors. From this it became clear that neither in our country nor elsewhere there is any certainty about the actual extent of child abuse. The compulsory reporting, also of suspected child abuse and/or neglect has led in the United States to a large increase in the number of known cases. In other countries compulsory reporting has recently been introduced, for example in France, Yugoslavia, in some parts of Canada and in East Germany. The results of these new measures in these countries are not yet generally known. In our country, as in England, West Germany, Poland, Israel, Australia, New Zealand and South Africa and also in the third world countries, reporting cases is not compulsory. However, in most countries one is urged to do so. As with our cases, other studies showed scarcely any difference to exist between the numbers of maltreated boys or girls. Gil (1970) showed that the number of reports concerning older children was smaller than that of younger children. This was in our study also the case. The Annual Statistical Report (1978) published more than 10 years later, however, reported scarcely any difference in the numbers of reported children in different age groups. This has probably to do with the fact that increasingly more cases of neglect are being reported. The general health of the children reported to us as a result of abuse did not differ from that of the average Dutch child. The writers of the Annual Statistical Report also came to this conclusion. Many publications, however, stress the great risk of abuse for the premature babies and children with congenital abnormalities. The motivation was the high percentage of these children encountered in their research. These figures are, however, according to the author, not representative for the whole population. The conclusions were in fact drawn from investigations in small selected groups of often severely abused children of the baby and toddler groups.

Unfortunately in 90% of the children in our study no note was made in the dossiers of abnormalities discovered at birth.

Although most of the reports in our study, as in the large study made by Gil (1970), concerned the smaller families (one or two children) the percentage of these families was lower than the national average. With the families with more children precisely the opposite was seen. In the publications of 1978 in the United States (Annual Statistical Report) and also in the Dutch national report of the confidential doctors these percentages of the smaller families had increased or become about as high as those of the national percentage. Possibly therefore there has been a shift towards children from smaller families. In our material as well as in that of two large American studies most of the reports concerned children from the lower social classes.

Because not all the cases of child abuse by a long way have been brought to light no definite conclusion can be drawn here. The abuse was caused mainly by the parents with the mother taking first place. The fact that the mother is more constantly present in the family of course undoubtedly plays a part. However, that is not the only explanation. The instability of the abusing parent, together with a low ability to bear problems is much more important. Incidentally, this conclusion is of significance when looking for specific help for a family in which child abuse could occur. Placing the child in a medical day center is sometimes of great value, especially for the toddlers and infants. We made use of this therapy for our cases on several occasions.

In those cases in which social work in the family offered no perspective, it was necessary to find a foster family at short notice. Often the child was placed for the intermediate period in a community home. This stay for a number of children lasted much too long. The fact that many of the abusing parents themselves had spent time in such a home may possibly have attributed to the fact that in some families child abuse and/or neglect is seen generation after generation.

On comparing the work of the confidential doctor's office in the Netherlands and that of the organisations in various other countries, an agreement was seen to exist regarding the need for a central agency to which cases of child abuse can be reported 24 hours a day, seven days a week. In our country we then only mediate; elsewhere the message is received by the relief work organisations themselves. The confidential doctor's office is an

institution created by the government that is independent of all the relief organisations. In this way it is possible to control the coordination of the relief work. At the same time the ability of following the relief work from a distance and where necessary intervening anew is of great value.

The need felt by many in our country to make the reporting of a case of child abuse compulsory is more likely to increase the work load of the confidential doctors than make them superfluous.

LITERATUURLIJST

- ABBENHUIS C.W.E. Mishandeling van kinderen. De Koepel 1967; 21: 110-115.
- AMMON G. Kindesmisshandlung. München: Kindler, 1979.
- ANNUAL STATISTICAL REPORT. National Analysis of Official Child Neglect and Abuse Reporting, 1978. By: The National Study on Child Neglect and Abuse Reporting The American Humane Association, Englewood, Colorado, 1979 November.
- ASTLEY R. Multiple metaphyseal fractures in small children. Br. J. Radiol. 1953; 26: 577-583.
- BALDWIN J.A. Child abuse: epidemiology and prevention. In: Graham P.J. ed. Epidemiological approaches in child psychiatry. London: Academic Press, 1977: 55-104.
- BAST H. Gewalt gegen Kinder. Reinbek: Rowaldt, 1975.
- BERGINK A.H. Samuel Senior Coronel, zijn betekenis voor de Sociale Geneeskunde in Nederland. Assen: Van Gorcum, 1960.
- BIRRELL R.G., BIRRELL J.H.W. The maltreatment syndrome in children: A hospital survey. Med. J. Aust 1968; 2: 1023-1029.
- Briefwisseling Staatssecretaris - Hoofdbestuur inzake kindermishandeling. Medisch Contact 1969; 37: 1047 - 1049.
- C.B.S. 1971. Gezinsgroote.
- C.B.S. 1971. "Voorkinderen".
- C.B.S. 1974. De geboorte van het eerste kind 1950 - 1972.
- CAFFEY J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. Am. J. Roentgenol 1946; 56: 163 - 173.
- CANNEGIETER D. Honderdvijftig jaar Gezondheidswet. Assen: Van Gorcum, 1954: 85.
- CLEGG A, MEGSON B. Children in distress. London: Penguin, 1968.
- CLEMENS SCHRÖNER B.L.F. Psychische kindermishandeling. Proefschrift Leiden, 1956.
- COHEN-MATTHIJSEN T.H. Het "Battered child"-syndroom. Ned. Tijdschr. Geneeskunde 1970; 114: 142 - 149.
- COOPER C.E. Child abuse and neglect: Medical aspects. In: Smith S.M. ed. The maltreatment of children. Lancaster: MTP, 1978: 9 - 68.
- CROUGHS W, FEDDER J.J. Psychogene groeistoornissen en Battered-Child-Syndroom bij drie kinderen. Ned. Tijdschr. Geneeskunde 1970; 114: 672 - 678.
- DELTAGLIA L. Les enfants maltraités. Paris: Editions ESF, 1976.

DROGENDIJK A.C. Beroepsgeheim. Het mishandelde kind. Ned. Tijdschr. Geneeskunde 1970; 114: 949 - 954.

GIL D.G. Violence against children: Physical child abuse in the United States. Cambridge: Harvard University Press, 1970.

HACKE A.H.W. De sociale economische betekenis der Arbeidswet. Proefschrift 1931.

HAZEWINKEL-SURINGA D. De doolhof van het beroepsgeheim. Haarlem: Tjeenk Willink, 1959: 83 - 84.

HESSION M. Evidence for the Select Parliamentary (UK). Committee on Violence in the Family. From the Institute of Child Psychology, London, 1976.

HOBEL C.J., HYVARINEN M.A., OKADA D.M., OH W. Prenatal and intrapartum high risk screening. Am. Journal of Obstetrics and Gynecology. 1973, 117, 1 - 9.

I.T.S. Beroepen-Klapper; toelichting. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociologie, 1975.

KAHN A.J., KAMERMAN S.B. Social services in international perspective: The emergence of the sixth system. Washington: US Department of Health, Education, and Welfare, 1976.

KEMPE C.H., SILVERMAN F.N., STEELE B.F., DROEGEMUELLER W., SILVER H.K. The Battered Child Syndrome. JAMA 1962; 181: 17 - 24.

KEMPE C.H. Pediatric implications of the Battered Baby Syndrome. Arch Dis Child 1971; 46: 28 - 37.

KEMPE C.H. Paper presented to Harvard Interfaculty Seminar on Child Rearing in Urban America. 1972.

KEMPE C.H. A practical approach to the protection of the abused child and rehabilitation of abusing parent. Pediatrics 1973; 51: 804 - 812.

KEMPE C.H. Approaches to preventing child abuse. Am. J. Dis Child 1976; 130: 941 - 947.

KEMPE C.H. Child abuse: The pediatricians role in child advocacy and preventive pediatrics. Am. J. Dis Child 1978; 132: 255 - 260.

KREVELEN D.A. van. Het kind als slachtoffer. Ned. Tijdschr. Criminol 1959; 1: 139 - 154.

KUIPERS F., CREVELD S. van. Mishandeling van kinderen (Battered Child Syndrome). Ned Tijdschr. Geneeskunde 1964; 108: 2399 - 2406.

LIGHT R.J. Abused and neglected children in America: A study of alternative policies. Harvard Educational Rev. 1973; 43: 556 - 567.

MAC KEITH R. Speculations on non-accidental injuries as a cause of chronic brain disorder. Dev. Med Child Neurol 1974; 16: 216 - 218.

MARTIN H.P. Follow-up studies on the development of abused children. Denver: National Center for Prevention and Treatment of Child Abuse and Neglect, 1973.

MARTIN H.P. The effect of child abuse on the neurologic and personality development of children. *Dev. Med. Child Neurol.* 1975; 17: 389.

MINDLIN R.L. Child abuse and neglect: The role of the pediatrician and the Academy. *Pediatrics* 1974; 54: 393 - 395.

MIJN W.B. van der. Arts, die Raad voor de Kinderbescherming over zijn bevindingen informeerde, kan schending van het beroepsgeheim niet worden verweten. *Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege. Medisch Contact* 1973; 28: 485 - 487.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Commentaar: Kindermishandeling. Ned. Tijdschr. Geneeskunde 1970; 114: 971 - 972.

OLIVER J.E. COX J. TAYLOR A. BALDWIN J.A. Severely ill-treated young children in North-East Wiltshire. Research Report No. 4. Oxford Record Linkage Study. Oxford Regional Health Authority 1974.

PIETERSE J.J. The Battered Child. *Ned. Tijdschr. Geneeskunde* 1970; 114: 1000 - 1002.

POWELL C.F. BRASEL J.A. BLIZZARD R.M. Emotional deprivation and growth retardation simulating idiopathic hypopituitarism. I. Clinical evaluation of the syndrome. *N Engl. J. Med.* 1967; 276: 1271 - 1276.

RADBILL S.X. A history of child abuse and infanticide. In: Helfer R.E. Kempe C.H. eds. *The Battered Child*. Chicago: University of Chicago Press, 1968: 3 - 17.

Rapport Cie Kindermishandeling 1970. Persbericht nr. 3765 d.d. 17 december 1970 Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

RESNICK P.J. Infanticide. In: Howels J.G. ed. *Modern perspectives in psycho-obstetrics*. Edinburgh: Oliver and Boyd, 1972: 410 - 431.

SCHUURMAN STEKHOVEN W. Kindermishandeling en beroepsgeheim. *Ned. Tijdschr. Geneeskunde* 1970; 114: 170 - 171.

SILVER H.K. FINKELSTEIN M. Deprivation dwarfism. *J. Pediatr.* 1967; 70: 317 - 324.

SILVERMAN F.N. The roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants. *Am. J. Roentgenol* 1953; 69: 413 - 426.

SKINNER A.E., CASTLE R.L. 78 Battered children: A retrospective study. London: National Society for the Prevention of Cruelty to Children Publication, 1969.

SMITH S.M. Battered Child Syndrome. London: Butterworths, 1975.

SMITH S.M. The maltreatment of children. Lancaster: MTP, 1978.

SOLNIT A.J. Child abuse. In: Eekelaar J.M. Katz S.N. eds. Family violence an international and interdisciplinary study. Toronto: Butterworths, 1978: 243 - 252.

STEMPELS A. Beschermd door anderen. Amsterdam Wetenschappelijke Uitgeverij N.V. 1971.

STOLK M. van. The battered child in Canada. Toronto: McClelland and Stewart, 1972.

SUSSMAN A, COHEN S.J. Reporting child abuse and neglect. Cambridge: Ballinger, 1975.

TRUBE-BECKER E. Child abuse and its consequences. Paediatr. Praxis 1973; 1973; 12: 389 - 399.

WOOLEY Jr. P.V., EVANS Jr. W.A. Significance of skeletal lesions in infants resembling those of traumatic origin. JAMA 1955; 158: 539 - 543.

Zenz G. Kindesmisshandlung und Kindesrechte: Erfahrungswissen, Normstruktur und Entscheidungs-rationalität. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1979.

AANBEVOLEN LITERATUUR

- ADELSON L. Homicide by starvation: The nutritional variant of the "Battered Child". JAMA 1963 186: 458 - 460.
- ASHBY H.T. Infant mortality. 2nd. ed. New York: Cambridge University Press, 1922.
- AYOUB C.C., PFEIFER D.R. An approach to the prophylaxis of child abuse and neglect. International Congress on Child Abuse and Neglect. World Health Organization, Geneva, 1976.
- BAKAN D. Slaughter of the innocents: A study of the Battered Child phenomenon. San Francisco: Jossey-Bass, 1971.
- The Battered Baby. Prepared by the Standing Medical Advisory Committee for the Central Health Services Council, England and Wales. Department of Health and Social Security. London: HMSO, 1970.
- BESWICK K, LYNCH M.A. ROBERT J. Child abuse and general practice. Br. Med. J. 1976; 2: 800 - 802.
- BOHMAN M. A comparative study of adopted children, foster children and children in their biological environment born after undesired pregnancies. Acta Paediatr. Scand 1971; Suppl. 221.
- British Paediatric Association. "Memorandum by the Special Standing Committee on Accidents in Childhood: The Battered Baby. Br. Me. J. 1966; 1: 601 - 604.
- CAFFEY J. The Whiplash Shaken Infant Syndrome. Pediatrics 1974; 54: 396 - 403.
- CASTLE R.L., KERR A.M. A study of suspected child abuse. National Society for the Prevention of Cruelty to Children Publication, 1972.
- CHESSER E. Cruelty to children with proposals for remedial measures. New York: The Philosophical Library, 1952.
- DOEK J.E. Child abuse in the Netherlands: The medical referee. Chicago-Kent Law Rev 1978; 54: 785 - 826.
- ELLERSTEIN N.S. Child abuse and neglect: A medical reference. New York: Wiley, 1981.
- ELMER E. A follow-up study of traumatized children. Pediatrics 1977; 59: 273 - 279.
- EYK H.H. van, VERSTEGEN A.J. Arts en Wet. 2e dr. Haarlem: Tjeenk Willink, 1929.
- FAIRBURN A.C. JONES S. Beta 5 and battering. New Society 1975; 31 july.
- FRANKLIN A.W. The tunbridge Wells Study Group on nonaccidental injury to children: Report and resolutions. London: Department of Health and Social Security, 1973.

FREEMAN M.D.A. Toward the prevention of child battering: The Dutch approach. *Fam Law* 1976; 2: 53 - 56.

FRIEDMAN S.B. MORSE C.W. Child abuse: A five-year follow-up of early case finding in the emergency department. *Pediatrics* 1974; 54: 404 - 410.

GARRISON F.H. History of pediatrics. In: Abt J.A. ed. *Abt-Garrison History of Pediatrics*; reprinted from *Pediatrics* vol. I. Philadelphia: Saunders, 1965: 1 - 172.

GEDDIS D.C., TURNER I.F., EARDLEY J. Diagnostic value of a psychological test in cases of suspected child abuse. *Arch Dis Child* 1977; 52: 708 - 712.

GIOVANNONI J.M. BECERRA R.M. Defining child abuse. New York: The Free Press, 1979.

GOLDSON E. Child abuse: A social-psychological-medical disorder. In: Gellert E ed. *Psychosocial aspects of pediatric care*. New York: Grune and Stratton, 1978: 229 - 243.

GREEN F.C. Child abuse and neglect. *Pediatr Clin North Am* 1975; 22: 329 - 339.

GWINN J.L. LEWIS K.W. PETERSON H.G. Roentgenographic manifestations of unsuspected trauma in infancy. *JAMA* 1961; 176: 926 - 929.

HALLIDAY S.B. *The little street sweeper; Or, Life among the poor*. New York: Phinney Blakman and Mason, 1861.

HELPER R.E. KEMPE C.H. Child abuse and neglect: The family and the community. Cambridge: Ballinger, 1976.

Hepworth H.P. Personal social services in Canada: A review. Ottawa: Canadian Council on Social Development, 1975: Report 5: 10-11.

HUNTER R.S. KILSTROM N, Kraybill E.N. LODA F. Antecedents of child abuse and neglect in premature infants: A prospective study in a newborn intensive care unit. *Pediatrics* 1978; 61: 629 - 635.

INGRAHAM F.D., HEYL H.L. Subdural hematoma in infancy and childhood. *JAMA* 1939; 112: 198 - 204.

Jaarverslag Bureau Vertrouwensartsen inzake Kindermishandeling. 1978.

JAMES H.E. SCHUT L. The neurosurgeon and the battered child. *Surg Neurol.* 1974; 2: 415 - 418.

KANT I. The philosophy of law. Edinburgh: Clark, 1887; 114 - 117.

LAUER B, Ten BROECK E, GROSSMAN M. Battered child syndrome. *Pediatrics* 1974; 54: 67-70.

LLOYD-STILL J.D. Malnutrition and intellectual development. Lancaster: MTP, 1976.

NAZARRO J. Child abuse and neglect. *Exceptional Children* 1974; 40: 351 - 354.

- OLIVER J.E. COX J. A family kindred with ill-used children: The burden on the community. *Br. J. Psychiatr.* 1973; 123: 81 - 90.
- OLIVER J.E. Micro encephaly following baby battering and shaking. *Br Med J.* 1975; 2: 262 - 264.
- OLIVER J.E. Statistics of child abuse. *Br Med. J.* 1975; 3: 99.
- OLIVER J.E. Cox J. Buchanan A. The extent of child abuse. In: Smith S.M. ed. *The maltreatment of children.* Lancaster: MTP, 1978: 121 - 174.
- PACKMAN J. *The child's generation: Child care policy from Curtis to houghton.* Oxford: Blackwell and Robertson, 1975: 176.
- REINHART J.B. ELMER E. The abused child. *JAMA* 1964; 188: 358 - 362.
- REMACLE B.B. *Des hospices d'enfants trouvés en Europe, et principalement en France, depuis leur origine jusqu'a nos jours.* Paris: Treuttel et Würtz, 1883.
- RODENBURG M. Child murder by depressed parents. *Can. Psychiatr. Assoc. J.* 1971; 16: 41 - 48.
- ROOD-de BOER M. *Child care in the Netherlands.* The Hague: National Federation for Child Welfare, 1971.
- SCHÜCKING B. *Wij maken onze kinderen ziek.* Baarn: Bosch en Keuning, 1972.
- SEELEMAN K. Beobachtungen über Kindermisshandlung. *Monatsschr. Kinderheilkd* 1971; 119: 60 - 65.
- SINNEMA M.E. SINNEMA G. Kindermishandeling en psychosociale hulp. *De psycholoog* 1976; 2: 446 - 455.
- SINT-Van den HEUVEL M.K. EVERTS-GODDARD J.E. *Kindermishandeling.* Deventer: Van Loghum Slaterus, 1974.
- SMITH S.M., HANSON R, NOBLE S. Parents of battered babies. *Br. Med. J.* 1973; 4: 388 - 391.
- SMITH S.M. NOBLE S. Battered children and their parents. *New Society* 1973; 26: 393 - 395
- SPARGO J. *The bitter cry of the children.* New York: Grosset and Dunlap, 1908.
- STEELE E.A. Problems in intensive psychotherapy with patients who have been neglected or abused in childhood. DRAFT 4, 1976.
- Taak en werkwijze van de Raden voor Kinderbescherming. 's Gravenhage: Ministerie van Justitie, Directie Kinderbescherming.
- TAYLOR D, BENTOVIM A. Recurrent non-accidental inflicted chemical eye injuries to siblings. *J. Pediatr. Ophthalmol.* 1976; 13: 238 - 242.

TOMASI L.G. ROSMAN P. Purtscher retinopathy in Battered Child Syndrome. Am. J. Dis Child 1975; 129: 1335 - 1337.

WESTON J.T. The pathology of child abuse. In: Helfer R.E. Kempe C.H. eds. The battered child. Chicago: University of Chicago Press, 1968: 77- 110.

WOLFF P.H. Mother-infant interaction in the first year. N Engl. J. Med. 1976; 295: 999 - 1001.

WOLTERS W.H.G. Het mishandelde kind. Herkenning- Hulpverlening- Preventie. Nijkerk: Callenbach, 1977.

APPENDIX 1 E-formulier

Onderzoek naar gevallen van kindermishandeling over de periode januari 1972 tot januari 1975, gemeld aan het Bureau Vertrouwensarts te Rotterdam.

1	nr.		☐	☐	☐	☐	☐
2	meldingsjaar/maand		☐	☐	☐	☐	
3	geslacht	jongen	1	meisje	2		
4	leeftijd in jaren en maanden (alleen de volle maanden tellen)					☐	☐
5	nationaliteit vader	Nederlands	1			☐	
6	nationaliteit moeder	Surinaams	2			☐	
		Turks	3				
		Marokkaans	4				
		Algerijns	5				
		Indonesisch	6				
		Spaans	7				
		andere	8				
		onbekend	0				
7	verblijfplaats kind op het moment van de melding						
	thuis	1					
	familie, kennissen, bureu	2					
	tehuis	3				☐	
	ziekenhuis	4					
	onbekend	0					
8	op grond waarvan is de melding gedaan						
	kindermishandeling	1				☐	
	vermoeden van kindermishandeling	2					
	overige	3					
	onbekend	0					
9	is het kind mishandeld volgens indruk vertrouwensarts						
	ja	1				☐	
	dubieus	2					
	nee	3					
10	wie heeft (eventueel) mishandeld						
	vader	1					
	moeder	2					
	beiden	3				☐	
	andere(n)	4					
	onbekend	0					
	n.v.t.	9					

11	wat is (eventueel) de aard van de mishandeling		1	
	aktieve mishandeling met lichamelijk letsel		2	
	aktieve mishandeling zonder lichamelijk letsel		3	☐
	passieve mishandeling (verwaarlozing; onthouding van zorg, aandacht)		0	
	onbekend		9	
	n.v.t.			
12	ernst van de mishandeling (moment melding)			
	kind overleden	1		
	kind in acute nood	2		☐
	kind niet in acute nood	3		
	n.v.t.	9		
13	is het een "voorkind"			
	ja	1		
	nee	2		☐
	onbekend	0		
14	wat is het rangnummer van het kind in dit gezin			
	01, 02, 03, enz.			☐
	onbekend	00		
15	uit hoeveel kinderen bestaat het gezin in totaal			
	01, 02, 03 enz.			
	geen	88		☐ ☐
	onbekend	00		
16	hoeveel kinderen zijn er thans nog thuis			
	01, 02, 03 enz.			
	geen	88		☐ ☐
	onbekend	00		
17	is het kind één van een twee- of meerling			
	ja	1		
	nee	2		☐
	onbekend	0		
18	van welke hoedanigheid is de relatie (fungerende) ouders-kind			
	eigen ouders	1		
	één eigen ouder	2		☐
	geen eigen ouders	3		
	onbekend	0		

19	leeftijd echte vader			
	onbekend	00	☐	☐
	n.v.t.	99		
20	leeftijd fungerende vader			
	onbekend	00	☐	☐
	n.v.t.	99		
21	leeftijd echte moeder			
	onbekend	00	☐	☐
	n.v.t.	99		
22	leeftijd fungerende moeder			
	onbekend	00	☐	☐
	n.v.t.	99		
23	wie is de kostwinner			
	vader	1		
	moeder	2		
	geen van beiden	3	☐	
	beiden	4		
	onbekend	0		
	n.v.t.	9		
24	beroep vader			
	geen	88		
	onbekend	00	☐	☐
	n.v.t.	99		
25	inkomsten vader, indien hij geen beroep uitoefent op het moment van de melding			
	ja	1		
	nee	2	☐	
	onbekend	0		
	n.v.t.	9		
26	beroep moeder			
	geen	88		
	onbekend	00	☐	☐
	n.v.t.	99		

		ja	nee	onb	nvt
27	inkomsten moeder indien zij geen beroep uitoefent op het moment van de melding	☐	☐	☐	☐
28	zijn er meer kinderen in het gezin mishandeld	☐	☐	☐	☐
29	zijn er kinderen in het gezin overleden	☐	☐	☐	☐
30	zo ja, was hierbij sprake van kindermishandeling	☐	☐	☐	☐
31	heeft het gezin <u>tevorens</u> contact gehad met een instantie	☐	☐	☐	☐
32	zo ja, welke: (geestelijke) gezondheidszorg	☐	☐	☐	☐
33	kinderbescherming	☐	☐	☐	☐
34	algemeen maatschappelijk werk	☐	☐	☐	☐
35	onderwijs of -instantie	☐	☐	☐	☐
36	JAC	☐	☐	☐	☐
37	familie, kennissen, bureu	☐	☐	☐	☐
38	overige	☐	☐	☐	☐
39	had het gezin <u>op het moment van de melding</u> contact met een instantie	☐	☐	☐	☐
40	zo ja, welke: (geestelijke) gezondheidszorg	☐	☐	☐	☐
41	kinderbescherming	☐	☐	☐	☐
42	algemeen maatschappelijk werk	☐	☐	☐	☐
43	onderwijs of -instantie	☐	☐	☐	☐
44	JAC	☐	☐	☐	☐
45	familie, kennissen, bureu	☐	☐	☐	☐
46	overige	☐	☐	☐	☐
47	waarom was hulpverlenende in kontakt met het gezin op het moment van de melding	☐	☐	☐	☐
	_____	☐			
	n.v.t. 9	☐			
48	werd de kleuterschool bezocht door het kind	☐	☐	☐	☐
49	wie is de melder	☐	☐	☐	☐
	_____	☐	☐	☐	☐
50	had het kind aangeboren afwijkingen	☐	☐	☐	☐
51	leed het kind aan een erfelijke ziekte	☐	☐	☐	☐

- 52 was het kind te vroeg geboren
- 53 had het kind (verworven) lichamelijke afwijkingen
- 54 had het kind (verworven) geestelijke afwijkingen
- 55 zijn er andere afwijkingen/ziektes in het gezin zo ja, welke
- 56 ander kind ziek/afwijkend
- 57 ander kind geestelijk afwijkend
- 58 één ouder ziek/afwijkend
- 59 beide ouders ziek/afwijkend
- 60 één ouder geestelijk afwijkend
- 61 beide ouders geestelijk afwijkend
- 62 één van beide ouders verslaafd aan drugs/alcohol
- 63 beide ouders verslaafd aan drugs/alcohol
- 64 één ouder overleden
- 65 beide ouders overleden

ja	nee	onb	nvt
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

EERSTE HULP

- 66 thuis 1
- opname in een ziekenhuis 2
- continuering opname ziekenhuis 3
- plaatsing in tehuis 4
- plaatsing/continuering pleeggezin 5
- geen 8
- n.v.t. 9
- 67 duur ziekenhuisopname
- _____ (weken)
- onbekend 00
- n.v.t. 99
- 68 justitiële maatregelen
- toevertrouwing raad van kindbescherming 1
- onder toezicht stelling kinderrechter 2
- onthefing van de ouderlijke macht 3
- ontzetting uit de ouderlijke macht 4
- geen 8

69	thuis	1	
	tehuis	2	
	pleeggezin	3	
	adoptief gezin	4	☐
	geen	8	
	n.v.t.	9	
70	justitiële maatregelen		
	toevertrouwing raad van de kinderbescherming	1	
	onder toezicht stelling kinderrechter	2	
	onthefing van de ouderlijke macht	3	☐
	ontzetting uit de ouderlijke macht	4	
	geen	8	
71	uitvoering nazorg door:		
	algemene gezondheidszorg	1	
	algemeen maatschappelijk werk	2	
	kinderbescherming	3	☐
	geen	8	
	n.v.t.	9	
72	aktiviteiten van de vertrouwensarts		
73	informatief kontakt		
74	adviserend		
75	hulpverlenende instanties ingeschakeld		
76	zelf hulp verlenend		
77	is er een nieuwe melding over dit kind geweest na de eerste melding		☐
78	zo ja, zijn er dan andere maatregelen genomen:		
	ziekenhuisopname	1	
	tehuis	2	
	pleeggezin	3	☐
	thuis	4	
	geen	8	
	n.v.t.	9	

- 79 zo ja, zijn er toen ook nog justitiële maatregelen genomen.
- | | |
|--|---|
| toevertrouwing raad van de kindbescherming | 1 |
| onder toezicht stelling kinderrechter | 2 |
| onthefing van de ouderlijke macht | 3 |
| ontzetting uit de ouderlijke macht | 4 |
| geen | 8 |
| n.v.t. | 9 |
- 80 het hoeveelste huwelijk van de huidige vader is dit
01, 02, 03 enz.
- | | |
|----------|---|
| geen | 8 |
| onbekend | 0 |
| n.v.t. | 9 |
- 81 het hoeveelste huwelijk van de huidige moeder is dit
01, 02, 03 enz.
- | | |
|----------|---|
| geen | 8 |
| onbekend | 0 |
| n.v.t. | 9 |
- 82 werd het 1e kind uit dit huwelijk geboren binnen 7 maanden na de
huwelijksdatum
- | | |
|----------|---|
| ja | 1 |
| nee | 2 |
| onbekend | 0 |

☐
☐
☐
☐

APPENDIX 2 Rubricering vragen E-formulier

Rubriek 1 Melding, mishandeling.

a. t.a.v. betrokkene

b. m.b.t. anderen

voor beiden: bron (melder), perceptie v.a., aard mishandeling, ernst mishandeling.

3. geslacht: jongen 1, meisje 2

4. leeftijd in jaren en maanden (4 cijfers)

a. 2. meldingsjaar/maand

7. verblijfplaats kind op het moment van de melding.

thuis 1

familie, kennissen, bureu 2

tehuis 3

ziekenhuis 4

onbekend 0

8. op grond waarvan is de melding gedaan:

kindermishandeling 1

vermoeden van kindermishandeling 2

overige 3

onbekend 0

b. 10. wie heeft (eventueel) mishandeld:

vader 1

moeder 2

beiden 3

anderen 4

één der ouders 5

onbekend 0

n.v.t. 9

28. zijn er meer kinderen in het gezin mishandeld:

ja 1

nee 2

onbekend 0

n.v.t. 9

29. zijn er kinderen in het gezin overleden

ja 1

nee 2

onbekend 0

n.v.t. 9

30. zo ja, was hierbij sprake van kindermishandeling:

ja 1

nee 2

onbekend 0

n.v.t. 9

49. wie is de melder

9. is het kind mishandeld volgens indruk vertrouwensarts:

ja 1

dubieus 2

nee 3

11. aard mishandeling:
- | | |
|--|---|
| actieve mishandeling met lichamelijk letsel | 1 |
| actieve mishandeling zonder lichamelijk letsel | 2 |
| passieve mishandeling (verwaarlozing) | 3 |
| onbekend | 0 |
| n.v.t. | 9 |
| 1 + 2 | 4 |
| 1 + 3 | 5 |
| 2 + 3 | 6 |
12. ernst van de mishandeling
- | | |
|-------------------------|---|
| kind overleden | 1 |
| kind in acute nood | 2 |
| kind niet in acute nood | 3 |
| n.v.t. | 9 |

Rubriek 2. a. kinder-variabelen

b. gezins-variabelen

- a. 13. is het een voorkind:
- | | |
|----------|---|
| ja | 1 |
| nee | 2 |
| onbekend | 0 |
14. wat is het rangnummer van het kind in dit gezin:
01, 02, 03 enz.
onbekend 00
17. is het kind één van een twee- of meerling:
- | | |
|----------|---|
| ja | 1 |
| nee | 2 |
| onbekend | 0 |
- b. 15. uit hoeveel kinderen bestaat het gezin in totaal:
01, 02, etc.
geen 88
onbekend 00
16. hoeveel kinderen zijn er thans nog thuis:
01, 02, etc.
geen 88
onbekend 00
18. van welke hoedanigheid is de relatie (fungerende) ouders-kind:
- | | |
|------------------|---|
| eigen ouders | 1 |
| één eigen ouder | 2 |
| geen eigen ouder | 3 |
| onbekend | 0 |
48. werd de kleuterschool bezocht door het kind:
- | | |
|----------|---|
| ja | 1 |
| nee | 2 |
| onbekend | 0 |
| n.v.t. | 9 |
82. werd het eerste kind in het huidige huwelijk geboren binnen 7 maanden na de huwelijksdatum:
- | | |
|----------|---|
| ja | 1 |
| nee | 2 |
| onbekend | 3 |
| n.v.t. | 9 |

Rubriek 3. Demografische data.

5. nationaliteit vader: Nederlands 1
 Surinaams 2
 Turks 3
 Marokkaans 4
 Algerijns 5
 Indonesisch 6
 Spaans 7
 andere 8
 onbekend 0
19. leeftijd echte vader:
20. leeftijd fungerende vader:
21. leeftijd echte moeder:
22. leeftijd fungerende moeder:

64. één ouder overleden

65. beide ouders overleden

80. het hoeveelste huwelijk van de huidige vader is het:
 onbekend 0
 n.v.t. 9
 geen 8

81. het hoeveelste huwelijk van de huidige moeder is het:
 onbekend 0
 n.v.t. 9
 geen 8

ja	nee	onb	nvt
1	2	0	9
1	2	0	9

Rubriek 4. Sociaal-economische status.

23. wie is de kostwinner
 vader 1
 moeder 2
 geen van beiden 3
 beiden 4
 onbekend 0
 n.v.t. 9

24. beroep van de vader
 geen 88
 onbekend 00
 n.v.t. 99

25. heeft de vader inkomsten, indien hij geen beroep uitoefent op het moment van de melding

ja nee onb nvt

26. beroep van de moeder
 geen 88
 onbekend 00
 n.v.t. 99

27. heeft de moeder inkomsten, indien zij geen beroep uitoefent op het moment van de melding:

ja	1
nee	2
onbekend	0
n.v.t.	9

Rubriek 5. Deviaties - fysiek en psychisch.

a. kind.

50. had het kind aangeboren afwijkingen:

51. leed het kind aan een erfelijke ziekte:

52. was het kind te vroeg geboren:

ja	1
nee	2
onbekend	0
n.v.t.	9

53. had het kind (verworven) lichamelijke afwijkingen:

54. had het kind (verworven) geestelijke afwijkingen:

b. gezin.

55. zijn er andere afwijkingen/ziektes in het gezin; en zo ja, welke:

56. ander kind ziek/afwijkend:

57. ander kind geestelijk afwijkend:

58. één ouder ziek/afwijkend:

59. beide ouders ziek/afwijkend:

60. één ouder geestelijk afwijkend:

61. beide ouders geestelijk afwijkend:

62. één ouder verslaafd aan drugs/alcohol:

63. beide ouders verslaafd aan drugs/alcohol:

Rubriek 6. contact met hulpverlenende instanties.

a. bij melding.

39. had het gezin op het moment van de melding contact met een instantie, en zo ja, welke:

40. (geestelijke)gezondheidszorg

41. kinderbescherming

42. algemeen maatschappelijk werk

43. onderwijs of onderwijs-instantie

44. JAC

45. familie, kennissen, bureu.

46. overige

b. eerder.

31. heeft het gezin tevoren contact gehad met een instantie, en zo ja, welke:

32. (geestelijke) gezondheidszorg

33. kinderbescherming

- 34. algemeen maatschappelijk werk
- 35. onderwijs of onderwijs-instantie
- 36. JAC
- 37. familie, kennissen, buren
- 38. overige

Rubriek 7. hulp naar aanleiding van de melding.

a. eerste hulp.

66. thuis	1
opname in een ziekenhuis	2
continuerend opname ziekenhuis	3
plaatsing in een tehuis	4
plaatsing/continuerend pleeggezin	5
geen	8
n.v.t.	9
68. justitiële maatregelen	
toevertrouwing kindbescherming	1
onder toezicht stelling kinderrechter	2
geen	8

b. nazorg.

69. thuis	1
tehuis	2
pleeggezin	3
adoptief gezin	4
elders	5
geen	8
n.v.t.	9

70. justitiële maatregelen:	
toevertrouwing kindbescherming	1
onder toezicht stelling kinderrechter	2
onthefing van de ouderlijke macht	3
ontzetting uit de ouderlijke macht	4
geen	8

71. uitvoering nazorg door:		
algemene gezondheidszorg	(1)	10
algemeen maatschappelijk werk	(2)	20
kinderbescherming	(3)	30
overige	(4)	40
1 + 2		12
1 + 3		13
1 + 4		14
2 + 3		23
2 + 4		24
3 + 4		34
geen		88
n.v.t.		99

Rubriek 8. Recidivisme en de gevolgen.

77. is er een nieuwe melding over dit kind geweest na de eerste melding:

ja	1
nee	2

78. zo ja, zijn er dan andere maatregelen genomen:

ziekenhuisopname	1
tehuis	2
pleeggezin	3
thuis	4
geen	8
n.v.t.	9

79. zo ja, zijn er toen ook nog justitiële maatregelen genomen:

toevertrouwing kinderbescherming	1
onder toezicht stelling kinderrechter	2
onthefing van de ouderlijke macht	3
ontzetting uit de ouderlijke macht	4
geen	8
n.v.t.	9

Rubriek 9. Rol van de vertrouwensarts.

72. registratie

ja	1
nee	2

73. informatief contact

ja	1
nee	2

74. adviserend

ja	1
nee	2

75. hulpverlenende instanties inschakelend

ja	1
nee	2

76. zelf hulp verlenend

ja	1
nee	2

APPENDIX 3 Schema hulpverlening. (tab. 21 en 22)

A. Doel

optimale hulp voor het kind
recidieven voorkomen
gezinsproblemen oplossen
veilig milieu voor het kind zoeken

B. Middelen

geneeskundige hulp
maatschappelijke hulp
psycho-sociale hulp
juridische hulp

C. Extra maatregelen

opneming van het kind in een ziekenhuis
plaatsing van het kind in een tehuis of in een pleeggezin
opneming van de ouder(s) in een ziekenhuis
opneming van de ouder(s) in een psychiatrische inrichting
justitieel ingrijpen ten bate van het kind

D. Justitieel ingrijpen. (Stempels A. 1971)

1. kind toevertrouwen aan de Raad voor de Kinderbescherming
2. ouders ontheffen of ontzetten uit de ouderlijke macht
3. kind onder toezicht stellen van de kinderrechter
4. ouder(s) herstellen in de ouderlijke macht

D.1. Toevertrouwing

kind in gevaar
ouders weigeren doeltreffende hulp
Raad voor de Kinderbescherming inschakelen
Raad voor de Kinderbescherming overlegt met de officier van justitie
officier van justitie besluit tot tijdelijke toevertrouwing van het kind aan de Raad voor de Kinderbescherming
ouders verliezen daarbij de zeggenschap over hun kind
Raad voor de Kinderbescherming verzoekt een voogdijvereniging de zeggenschap over het kind over te nemen

Raad voor de kinderbescherming brengt het kind in veiligheid

D.2. Ouders ontheffen van of ontzetten uit de ouderlijke macht

ouders niet in staat of bij machte kind te verzorgen
Raad voor de Kinderbescherming overlegt met de officier
van justitie
officier van justitie verlengt de toevertrouwing
ouders verschijnen voor de rechtbank
rechter besluit de ouders te ontheffen van of te ontzetten
uit de ouderlijke macht
de voogdijvereniging tracht het kind in een pleeggezin te
plaatsen
het kind verblijft in afwachting daarvan meestal in een
tehuis, soms in een ziekenhuis

D.3. Ondertoezichtstelling

hulpverlening faalt
risico voor het kind neemt toe
ouders schieten te kort
Raad voor de Kinderbescherming wordt ingeschakeld
Raad voor de Kinderbescherming overlegt met de kinder-
rechter
kinderrechter besluit tot ondertoezichtstelling van het
kind
kinderrechter benoemt een gezinsvoogd
gezinsvoogd werkt onder leiding van de kinderrechter
ouders moeten zich bij de verzorging en opvoeding van het
kind gedragen naar de aanwijzingen van de gezinsvoogd
de ondertoezichtstelling duurt hoogstens één jaar
de kinderrechter kan de ondertoezichtstelling steeds met
een jaar verlengen
de kinderrechter kan de ondertoezichtstelling te allen
tijde opheffen
de kinderrechter kan de gezinsvoogd vervangen
de ondertoezichtstelling eindigt in elk geval als het
kind meerderjarig wordt
het kind blijft meestal thuis
zonodig wordt de ondertoezichtstelling gecombineerd met
een uithuisplaatsing

D.4. Ouders herstellen in de ouderlijke macht

ouder(s) menen, dat de situatie is verbeterd
ouder(s) dienen een verzoek in tot het terugkrijgen van
de ouderlijke macht
ouder(s) verschijnen op een rechtszitting
de rechter besluit tot teruggave van de ouderlijke macht
aan de ouder(s)
de pleegouders moeten het kind afstaan
het kind komt terug bij zijn ouder(s)

E. Aandeel bureau vertrouwensarts

dag en nacht bereikbaar voor een melding
direct na de melding risico voor het kind beoordelen
kind lijkt in nood
bureau organiseert directe hulp
kind lijkt niet in nood
bureau verzamelt gegevens
bureau belegt vergadering met huisarts, behandelend specialist en vertegenwoordigers van enkele hulpverlenende instanties
in gemeenschappelijk overleg wordt een hulpverleningsprogramma opgesteld
Na enkele weken wordt deze vergadering voortgezet; de resultaten worden besproken. Het hulpverleningsplan wordt zonodig veranderd.
hulpverlening wordt door periodieke informatie gevolgd
als hulpverlening onvoldoende lijkt, wordt overleg hervat
zonodig worden nieuwe maatregelen voorgesteld of andere hulpverleners uitgenodigd
als hulpverlening niet meer nodig lijkt, wordt het contact met het bureau afgesloten
als het gezin tijdens de hulpverlening verhuist naar een ander deel van het land worden de gegevens doorgegeven naar het desbetreffende bureau vertrouwensarts

NAWOORD

Bij het voltooien van dit proefschrift past een woord van hartelijke dank aan allen, die op enigerlei wijze hieraan hebben meegewerkt. In de eerste plaats richt ik mij tot mijn promotoren: Prof. Dr. H.K.A. Visser, hoogleraar kindergeneeskunde en Prof. Dr. J.A.R. Sanders-Woudstra, hoogleraar kinderpsychiatrie. Op onnavolgbare wijze hebben zij besprekingen meegemaakt, waardevolle adviezen gegeven en ook critische opmerkingen laten horen. Prof. Visser heeft indertijd het initiatief genomen tot deze studie. Hij wist bronnen aan te boren, die een en ander mogelijk maakten. Tijdens het onderzoek heeft hij zich vooral kritisch bezig gehouden met de wijze waarop dit gebeurde. Prof. Sanders was zeer intensief betrokken bij het psycho-sociale deel van het onderzoek. De besprekingen over het resultaat van de case-studies onder haar leiding, werden gekenmerkt door haar grote ervaring op dit gebied en haar bewogenheid met het kind in nood. Een waardevolle hulp werd geboden door de beide coreferenten: Prof. Dr. F. Verhage, hoogleraar psychologie en Prof. Dr. E. van der Does, hoogleraar huisartsengeneeskunde. Na zorgvuldige bestudering van het manuscript konden zij, op beminnelijke wijze, enkele aanwijzingen geven, die tot een duidelijke verbetering van het geschrift hebben geleid. Van de medewerkers wil ik in de eerste plaats noemen Mej. A.G. Stolp, interviewer. Zij heeft met haar grote ervaring van wetenschappelijk onderzoek, een zeer groot aandeel gehad in het tot stand komen van dit werk. De case-studies zijn door haar verricht en beschreven. Dat zij haar hulp heeft willen voortzetten door ook als paranimf mij terzijde te staan, vervult mij met grote dankbaarheid. Drs. H.J. Duivenvoorden, methodoloog-psycholoog heeft veel bijgedragen tot het verantwoord weergeven van de gegevens en het gebruikmaken van de computer. De dames Jos Besuyen, Froukje Boukes en Anneke Priester, nu allen arts, hebben vele maanden actief aan het onderzoek deelgenomen. Hun enthousiasme heeft er toe bijgedragen, dat het elan bij het onderzoek behouden bleef.

De medewerkers van de Audio Visuele Dienst van het Sophia Kinderziekenhuis, Loek Baars en Hillie Versprille, hebben gezorgd voor de figuren en de tabellen. Ook een oud-medewerkster Carla Bandel-Schweinsberg heeft hierin nog een aanzienlijke bijdrage geleverd toen iedereen in tijdnood geraakte.

Ellen Nelemans-van den Broek heeft met grote deskundigheid de literatuurlijst verzorgd. Zij wist als geen ander verborgen gegevens op te sporen.

Veel werk is verzet door het secretariaat. Zorgvuldig getikte hoofdstukken verdwenen via de discussies vaak in de prullenmand. Niet altijd was het opnieuw getikte deel zo veel beter, dat het aan de prullemand ontsnapte. Het moedige uithoudingsvermogen van alle secretaresses dient hierbij apart te worden vermeld.

In de beginperiode kregen we de hulp van Joyce Wijmenga. Na haar vertrek heeft mijn schoondochter Nicky Pieterse-van Gelder met veel enthousiasme haar taak overgenomen. Toen zij verhuisde naar Overijssel was Marianne de Bruijne-Scharrenberg bereid haar taak over te nemen. Zij bracht het tot het manuscript. Toen werd tot aller vreugde haar zoon Thijs geboren. Het secretariaat werd toen weer overgenomen door mijn schoondochter Nicky. Zij heeft tenslotte het hele manuscript voor de drukker "camera-ready" gemaakt. Hartelijk dank aan al deze dames.

Mevr. Margaret Kothe-Lane vertaalde met grote deskundigheid de samenvatting in het engels.

De foto van het "Moeder-Kind" beeld op de boekomslag werd gemaakt door mijn zoon Joost.

Mevr. Regien Jansen- de Planque heeft dat beeld ontworpen en vervaardigd, na zich eerst te hebben verdiept in het in dit boek beschreven probleem van de kindermishandeling. Heel hartelijk bedankt Regien voor deze bijdrage.

De uiteindelijke vorm, waarin dit boek is verschenen, is te danken aan de heer E. Davids, die in de vormgeving zijn sporen heeft verdiend.

Tenslotte hartelijk dank aan Prof. Dr. J.W. Mettau, voor het feit dat hij zich bereid heeft verklaard, mij niet alleen als vriend, maar ook als paranimf, tijdens de promotie terzijde te staan. Zo wordt ook symbolisch de band met het Sophia Kinderziekenhuis nog eens onderstreept.

CURRICULUM VITAE

Schrijver van dit proefschrift werd op 18 november 1912 te Amsterdam geboren. In 1931 behaalde hij het einddiploma gymnasium beta aan het Johan van Oldenbarneveldt gymnasium te Amersfoort. Daarna ging hij in Utrecht medicijnen studeren. In 1938 werd hij tot arts bevorderd. Daarna moest hij in militaire dienst. In de Meidagen van 1940 was hij assistent interne geneeskunde in het Militair Hospitaal Den Haag. In 1941 vestigde hij zich te Doesburg als huisarts. Na de oorlog werkte hij nog een half jaar als arts op de algemene polikliniek van het Militair Hospitaal Den Haag. In 1946 werd hij benoemd tot huisarts bij de Philips Medische Dienst in Eindhoven. In 1950 begon hij zijn opleiding tot kinderarts bij Prof. Dr. J.P. Slooff. In 1954 vestigde hij zich als kinderarts in Rotterdam. Bij het Sophia Kinderziekenhuis kreeg hij een aanstelling als personeelsarts en wnd. geneesheer-directeur. In die periode heeft hij ook zuigelingen en kleuterbureaus geleid. Bovendien gaf hij les aan de school voor kinderverzorging en opvoeding. Op 1 juli 1967 werd hij benoemd tot wetenschappelijk hoofdmedewerker (50%) van de Medische Faculteit te Rotterdam en tot Medisch Directeur van het Sophia Kinderziekenhuis (50%). De werkzaamheden namen in korte tijd zo toe, dat hij op 1 januari 1969 zich volledig ging beperken tot de polikliniek. In die periode kreeg hij voor het eerst bewust te maken met gevallen van kindermishandeling in het gezin. In 1972 werd hij benoemd tot vertrouwensarts inzake kindermishandeling te Rotterdam. In 1977 werd hij vertrouwensarts in algemene dienst. Deze functie vervult hij nog steeds. Na zijn pensionering 1 december 1977 kreeg hij volop de tijd om zich te wijden aan de studie, waarvan dit proefschrift het resultaat is. Het contact met de problemen van kinderen in nood heeft hij de laatste jaren weer kunnen versterken door een tijd medewerker te worden van een Medisch Opvoedkundig Bureau te Utrecht. Het laatste jaar is hij tijdelijk Directeur van het Medisch Kleuterdagverblijf te Den Haag.