

hulpverleners; leken en justitie beide 16%; maatschappelijke dienstverlening 11%; geen hulp mogelijk 1%. Hieruit blijkt dat de gezondheidszorg het meeste te maken krijgt met kindermishandeling. Bij 1% van de gevallen was geen hulp mogelijk. Hier moet men eveneens „onmachtig” wachten op „harde” feiten om een juridische stap mogelijk te maken. Helaas heeft dit in een aantal gevallen een irreversibele toestand tot gevolg.

Als we de verschillende vormen van kindermishandeling op ruime schaal willen voorkomen of tenminste willen verminderen, is het noodzakelijk dat we de maatschappelijke, sociale, pedagogische, interactieve en psychische factoren die het bevorderen identificeren en risicokinderen kunnen onderkennen. Gezien de complexiteit van het verschijnsel zal primaire preventie wel een vrome wens blijven. Vroegtijdige onderkenning als vorm van secundaire preventie is tot op heden nog onvoldoende, alhoewel de Vereniging tegen Kindermishandeling op dit gebied erg actief is.

De omvang en complexiteit van het verschijnsel, de ernst van de situatie met neiging tot deterioratie en recidief, alsook de gevolgen van kindermishandeling stemmen tot nadenken. Voor een doeltreffende hulpverlening zijn gemakkelijke toegankelijkheid en bereikbaarheid, breedschaligheid, multidisciplinaire samenwerking en volhardende controle als vorm van tertiaire preventie belangrijk in de bestrijding van

kindermishandeling. Vooral in de Jeugdgezondheidszorg wordt elk kind gezien en kan alert worden gereageerd op eventuele signalen van kindermishandeling. Door samen te werken met de huisarts als gezinsarts en met de leerkrachten als beroepsopvoeders kan de jeugdarts hierbij als advocaat van het kind optreden.

LITERATUUR

- 1 Pieterse JJ. Kindermishandeling. Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 2315-7.
- 2 Bureau Vertrouwensarts inzake Kindermishandeling. Gegevens uit de registratie kindermishandeling Utrecht, jaarcijfers 1980 en 1983. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- 3 Bensel RW ten. Syllabus on child abuse and neglect. University of Minnesota. School of Public Health. Maternal and child health, 1980: ch. 28 en 31.
- 4 Drukker G. Voorlichting over kindermishandeling. Verslag van 15 jaar ervaring. Amersfoort: De Horstink, 1985; DIC-map 108: 77-9.
- 5 Hampton RL, Newberger EH. Child abuse incidence and reporting by hospitals: Significance of severity, class and race. Am J Public Health 75: 56-60.
- 6 Wolters WHG, Dekker-Roelofs MAS. The battered child: A study of the role of services in 25 cases of child abuse in the Netherlands. Child Abuse Neglect 1983; 7: 301-7.
- 7 Drayer N. De omvang van seksueel misbruik van kinderen in het gezin. Maandbl Geest Volksgezondh 1985; 6: 587-608.
- 8 Anonymus. Medical news: „Society's love affair with violence”, cited as a major factor in child abuse. JAMA 1984; 24: 3201-7.
- 9 Symposium „Incest”. November en december 1984. Amersfoort. Utrecht: Lichtenberg, 1984.
- 10 Third international congress on child abuse and neglect. Amsterdam 21-25 april 1981. Selected proceedings. Amsterdam: L Cohen, 1982.

Aanvaard op 9 september 1985

Wie het weet . . . moet het zeggen? Het bureau vertrouwensarts en seksuele kindermishandeling

TH. SYBESMA

Alvorens aan te geven hoe het bureau vertrouwensarts kindermishandeling signaleert, hoe het over dit probleem denkt en het verder hanteert, is het noodzakelijk te definiëren wat onder kindermishandeling wordt verstaan. Hiervoor gebruikt het bureau vertrouwensarts inzake kindermishandeling, kortweg BVA, de in 1978 door de interdepartementale begeleidingscommissie geaccepteerde definitie: *Kindermishandeling is elke vorm van lichamelijke of geestelijke geweldpleging die aan kinderen overkomt, niet door ongeval, maar door toedoen of nalaten van ouders of verzorgers, waarbij letsel bij het kind ontstaat, of redelijkerwijze verwacht mag worden dat dit zal ontstaan.*

Het BVA onderscheidt dus lichamelijke en geestelijke kindermishandeling, die in de meeste gevallen gelijktijdig kunnen voorkomen. Een bijzondere vorm is de seksuele kindermishandeling. Bij het BVA

Zie ook de artikelen op bl. 6, 9 en 12.

wordt incest tussen (stief)vader en dochter het meest gemeld.

Om kindermishandeling te kunnen analyseren, is het van belang niet alleen van de definitie uit te gaan, de geweldpleging en het letsel, maar dient men zich ook af te vragen hoe men tot deze geweldpleging komt. Kindermishandeling is een maatschappelijk probleem dat zijn diepste oorzaak vindt in relationele stoornissen binnen het gezin als samenlevingsvorm. Bij lichamelijke en (of) geestelijke kindermishandeling is deze relationele problematiek gebaseerd op de ongelijkheid van volwassenen en kinderen. Het kind heeft altijd een afhankelijkheidsrelatie met zijn ouders en is per definitie zowel lichamenlijk als geestelijk de mindere. Wanneer deze afhankelijkheidsrelatie door de ouders niet of slecht wordt gehanteerd, is er sprake van een machtsstrijd, die soms met geweld gestreden wordt. Dit betekent dan dat de ouders mis-

Th. Sybesma, vertrouwensarts inzake kindermishandeling te Utrecht, Maria van Boeichoutlaan 2, 3984 PH Odijk.

handelen; „mis” in de betekenis van „verkeerd”. In de meeste gevallen verliest het kind deze machtsstrijd. De sporen daarvan zijn in de vorm van lichamelijk en (of) geestelijk letsel vroeg of laat aantoonbaar.

Bij seksuele kindermishandeling komt er een dimensie bij. Hier is de relationele problematiek niet alleen gebaseerd op de ongelijkheid tussen volwassenen en kinderen, maar ook op de ongelijkheid tussen man en vrouw. Wanneer deze ongelijkheid, waarover door de eeuwen heen nogal verschillend is gedacht, niet of slecht wordt gehanteerd, kan men ook hier spreken van een machtsstrijd. Het is dan een machtsstrijd tussen man en vrouw, waarin behalve psychische en lichamelijke verschillen ook seksuele verschillen een rol kunnen spelen. Daar waar de man zich psychisch, lichamelijk of seksueel de meerdere voelt, of door het heersend maatschappelijk (cultuur)patroon als de meerdere wordt beschouwd, is de vrouw altijd de verliezer. Bij de (stief)vader-dochterincest, een typisch voorbeeld van seksuele kindermishandeling, is het meisje niet alleen de mindere en ondergeschikte als kind, maar ook als vrouw.

Als ouders de ongelijkheid tussen volwassenen en kinderen niet of slecht kunnen hanteren, zijn daarvoor veelal een aantal oorzaken, die soms gelijktijdig kunnen voorkomen. De voornaamste zijn: ongewenstheid van het kind, pedagogisch onvermogen en de (veel) te hoge verwachtingen die de ouders hebben van het kind. Deze relationele problematiek kan nog gecompliceerd worden door andere maatschappelijke problemen, zoals financiële moeilijkheden, slechte behuizing, werkloosheid, alcohol- en drugverslaving, ziekte, echtscheiding etc.

Als de ongelijkheid tussen man en vrouw niet of slecht wordt gehanteerd, is er eveneens sprake van een aantal oorzaken, die ook samen kunnen voorkomen. Een patriarchaal gezinssysteem waarin de man aan zijn heersende positie geen adequate vorm kan geven, kan zo'n oorzaak zijn. Hij is als het ware onmachtig en maakt van de seksualiteit gebruik als een voor hem aanvaardbaar middel om zijn macht (weer) uit te oefenen. Doet hij dit ten opzichte van zijn kind, zijn dochter, dan onderwerpt hij haar door middel van de seksualiteit aan zijn wil, wat gestalte krijgt in de incestrelatie. Er is dan bijna nooit genegenheid tussen beiden.

Als tweede oorzaak kan een matriarchaal gezinssysteem worden genoemd, waarin de vrouw, door de magische autoriteit van de moederfiguur (het moederarchetype van Jung), de man aan zich ondergeschikt maakt; hem als het ware op één lijn plaatst met de kinderen. De (onbewuste) beleving van dit matriarchaat vindt haar uitwerking in een overheersende binding van de gezinsleden aan elkaar. De moeder moet noodgedwongen accepteren dat de vader, vaak infantiel van karakterstructuur, zijn dochter seksueel gebruikt en zal omwille van de gezinsbinding alles verbloemen. De gezinscohesie in zo'n gezin, dat meestal in een sociaal isolement leeft, blijkt dan zo groot te zijn dat ze onverbreekelijk lijkt. De dochter,

het slachtoffer, mag van de moeder ook na het bekend worden van de incest geen blijvende gezinsbreuk veroorzaken. Er is dan sprake van een uiterst primitieve onderlinge relatie tussen de gezinsleden.

Een derde oorzaak kan zijn dat sommige mannen geen raad weten met de gevoelens die vooral vrouwen en dus ook dochters bij hen wakker roepen. Zij kunnen deze gevoelens alleen maar geschrokken afwijzen of met seksualiteit beantwoorden. Wanneer dit op een incestrelatie uitloopt, willen deze mannen zich verdedigen door te zeggen dat hun dochter het zelf heeft uitgelokt. Dit berust in zoverre op waarheid, dat deze mannen het vrouwelijke in hun dochter alleen kunnen beantwoorden met seksualiteit – hun onmacht wordt geseksualiseerd. Er bestaat in deze gevallen bijna altijd een zekere genegenheid tussen vader en dochter.

Het BVA, waar lichamelijke, geestelijke of seksuele kindermishandeling anoniem kan worden gemeld, probeert na verificatie van de melding hulpverlening te mobiliseren. De melder, die alleen bij het BVA bekend blijft, moet altijd worden gezien als de personificatie van het kind, dat zelf niet kan of niet durft te melden. De vertrouwensarts heeft derhalve altijd een vertrouwensrelatie met de melder c.q. het kind.

Dit betekent dat het BVA, zeker in de zgn. *meldingsfase*, de ouders – of zij die mishandelen – als zijn tegenspelers moet zien. Zouden deze weten dat hun kind gemeld is, dan kan zich hun agressie tegen de melder of tegen het kind keren. In de zgn. *verificatiefase* tracht het BVA na te gaan of de melding klopt. Het moet daarvoor afgaan op de signalen die het kind uitzendt, of heeft uitgezonden, en op de omstandigheden waarin het gezin leeft. Vooral het zicht op de relaties en interacties in het gezin zijn voor de beoordeling van de mishandeling bepalend. In de *hulpverleningsfase* tracht het BVA gebruik te maken van de bestaande hulpverlening en deze te mobiliseren. Hierbij wordt meestal in teamverband afgesproken wie de situatie in het gezin met de ouders bespreekbaar maakt en hen motiveert tot het aanvragen van hulp. De mishandeling „an sich” hoeft daarbij niet per se genoemd te worden.

De hierboven geschetste werkwijze van het BVA gaat in geval van seksuele kindermishandeling niet geheel op. Allereerst zijn de signalen die de betrokken meisjes uitzenden zeer moeilijk op te vangen. Zij (moeten) zwijgen, soms levenslang. En als zij dan (eindelijk) durven spreken, worden zij òf niet geloofd, òf zij willen niet dat het verder verteld wordt. Zij betrekken degene aan wie zij het verteld hebben, in hun geheim. Dientengevolge zal het BVA bij gemeld (stief)vader-dochterincest nog zorgvuldiger te werk moeten gaan. Daarbij is direct contact met het kind, in eerste instantie buiten de ouders om, onvermijdelijk. Als het kind het BVA in haar geheim betreft, zal het onvoorwaardelijk geloofd moeten worden. Vervolgens zal gezocht moeten worden naar

een voor dit kind en voor dit gezin gepaste hulpverlening. Daarvoor kan het soms zelfs noodzakelijk zijn tegen de wil van het kind te handelen door het geheim te verbreken. Het kind moet dan wel eerst in veiligheid gebracht worden.

Instantieve samenwerking met hulpverlenende instanties en vaak ook met de justitie (politie, Raad voor de Kinderbescherming en Openbaar Ministerie) is in ieder geval onontbeerlijk gebleken. Justitie kan haar medewerking verlenen door bij de vader een bekentenis af te dwingen. De bedoeling hiervan is voornamelijk dat de vader aan zijn dochter moet zeggen dat hij de volle verantwoordelijkheid voor zijn daad op zich neemt. Blijft de vader ontkennen, dan is het bijna niet mogelijk het slachtoffer van incest te helpen en te begeleiden. Als hulpverlener moet men zich daarom terdege realiseren dat hoe langer de incestrelatie duurt en verborgen blijft, hoe moeilijker de behandeling en hoe slechter de prognose wordt.

Het opvangen van de signalen, het geloven wat het kind vertelt, het verbreken van het geheim en het toewerken naar een bekentenis door de vader, is een moeizaam proces dat slechts kans van slagen heeft bij voldoende inzicht in de soms zeer gecompliceerde interactiepatronen en machtsproblematiek in het desbetreffende gezin.

AANBEVOLEN LITERATUUR

Helfer RE, Kempe CH. Child abuse and neglect. Cambridge: Ballinger, 1976.

Vereniging tegen sexuele kindermishandeling binnen het gezin. De straf op zwijgen is levenslang. Amsterdam: Sara, 1983.

Groen J. Achter spiegels en maskers. Psychoanalytische essays. Meppel: Boom, 1980.

Jung CG. Archetypen. 5e ed. Katwijk: Service, 1981.

Imbens A, Jonker I. Godsdienst en incest. Amersfoort: De Horstink, 1985.

Koers AJ. Kindermishandeling en wat dan nog. Rotterdam: Donker, 1981.

Aanvaard op 1 juli 1985

De aanwezigheid van ouders bij medische handelingen en bij de inleiding tot narcose

J. C. MOLENAAR

Bij zijn geboorte en nog lang daarna is het kind geheel afhankelijk van de bescherming die zijn directe omgeving hem biedt tegen de gevaren van de omliggende wereld. De moeder speelt hierin een centrale rol. Zij is voor het kind de onuitputtelijke bron van voedsel, warmte en rust. Het kind dat opgenomen wordt in de hem volstrekt vreemde omgeving van een ziekenhuis, is uiterst kwetsbaar. Dat geldt zeker voor kinderen die nog niet geleerd hebben in taal, gebaar en mimiek adequaat en zelfstandig te communiceren met de personen uit hun omgeving. Vooral kinderen van 0-5 jaar zijn hiervoor totaal afhankelijk van hun moeder. Verlating door haar wordt als zeer schokkend ervaren en langdurige verlating kan zelfs leiden tot stoornissen zoals pseudo-autisme, pavor nocturnus e.d., die de ontwikkeling van de persoonlijkheid ernstig kunnen benadelen.

Indien eenmaal hiervoor de ogen zijn opengegaan, zou men wel alles willen doen om – als het moet met de gebrekkigste middelen en voorzieningen – zekerheid te scheppen dat bij noodzakelijke opname in een ziekenhuis de moeder tot haar kind kan worden toegelaten op elk moment wanneer dat maar mogelijk en wenselijk is. Het is verheugend dat de orthopedagoge dr. W.J.C. Boelen-van der Loo in dit tijdschriftnummer de wetenschappelijke argumenten ervoor aanvoert. Behalve de beschikbaarheid van de moeder

Zie ook het artikel op bl. 17.

in het ziekenhuis, door onbeperkte bezoektijden, zijn ook andere maatregelen van belang om eventuele schadelijke gevolgen van een opname en van een behandeling in het ziekenhuis te beperken. Hiertoe behoren de gelegenheid om vrij te kunnen spelen en om zo vrij mogelijk contact met andere kinderen te kunnen hebben, een positieve en op het kind gerichte instelling van alle medewerkers, en eerlijke, duidelijke voorlichting aan kind en ouders over diagnostiek en behandeling.²

De kosten die met deze maatregelen zijn gemoeid, staan niet in verhouding tot de totale kosten van ziekenhuisopname en behandeling, en worden terugbetaald door kortere opnameduur en snellere genezing. Verwacht mag worden dat kind en ouders bij ziekte en opname in een ziekenhuis als onafscheidelijk worden gezien en als zodanig behandeld. Dit zal een kwaliteitbevorderend en kostenverlagend effect hebben in de zorg voor het zieke kind.

LITERATUUR

¹ Boelen-van der Loo WJC. De aanwezigheid van ouders bij medische handelingen en bij het inleiden van de narcose. Ned Tijdschr Geneesk 1986; 130: 17-20.

² Löschenkohl E, Brandesky G. Das chirurgisch kranke Kind im Krankenhaus: Ein kognitives Programm zur Reduktion von Verhaltensstörungen während des Aufenthaltes und nach der Entlassung. Z Kinderchir 1982; 37: 42-9.

Aanvaard op 14 oktober 1985

Sophia Kinderziekenhuis, afd. Kinderheelkunde, Gordelweg 160, 3038 GE Rotterdam.
Prof.dr. J.C. Molenaar, chirurg.