

- <sup>8</sup> Strasburger VC. TV and adolescents. *Pediatrics* 1985; 76: 853-4.
- <sup>9</sup> Daven J, O'Conner JF, Briggs R. The consequences of imitative behavior in children: the 'Evel knievel syndrome'. *Pediatrics* 1976; 57: 418-9.
- <sup>10</sup> Huesmann LR, Eron LD, Klein R, et al. Mitigating the imitation of aggressive behaviors by changing children's attitudes about media violence. *J Pers Soc Psychol* 1983; 44: 899-910.

- <sup>11</sup> Dietz WH, Gortmaker SL. Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. *Pediatrics* 1985; 75: 807-12.
- <sup>12</sup> Verhulst FC. Psychische gezondheid bij Nederlandse kinderen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 2036-40.

Aanvaard op 24 november 1986

## Meldingsplicht of aangifteplicht bij kindermishandeling en dan?

W. H. G. WOLTERS

Binnen de gezondheidszorg en het veld van de kinderbescherming wordt met grote regelmaat de vraag gesteld of we niet ook in Nederland een meldingsplicht bij kindermishandeling moeten gaan instellen. Soms wordt zelfs gepleit voor een aangifteplicht. *Meldingsplicht* houdt in dat professionele hulpverleners, zoals artsen, psychologen en maatschappelijk werkenden wettelijk verplicht worden (vermoeden van) kindermishandeling te melden bij de Raad voor de Kinderbescherming, Bureaus Vertrouwensartsen inzake kindermishandeling of eventueel andere nader aan te wijzen instanties. Of en in hoeverre opsporingsambtenaren of andere justitiële functionarissen ingeschakeld worden, kan per geval bekeken worden. *Aangifteplicht* betekent dat politie en (of) justitie direct verwittigd moeten worden van de mishandeling.

### MAATSCHAPPELIJKE ACHTERGRONDEN

De discussie over de vraag of er een meldings- of aangifteplicht zou moeten komen in geval van kindermishandeling, is niet nieuw en bestaat al vanaf het moment dat kindermishandeling door het onderzoek van Kempe (1962) nieuwe aandacht kreeg.<sup>2</sup> De huidige hernieuwde belangstelling voor dit vraagstuk hangt ongetwijfeld samen met de volgende feiten:

1. Hulpverleners constateren bij herhaling dat veel gevallen van kindermishandeling niet aan het licht komen. Instanties grijpen niet of te laat in, ook daar waar kinderen in hun geestelijke en lichamelijke ontwikkeling ernstig worden geschaad of bedreigd. Dit geldt ook voor zeer jonge ernstig verwaarloosde kinderen. Een zekere terughoudendheid van de overheid, met name van kinderbeschermingsinstanties zoals de Raden voor de Kinderbescherming, is hier mede debet aan. Veel nadruk immers ligt bij het huidige kinderbeschermingsbeleid op inschakelen van vrijwillige hulpverlening en op de concrete gebeurtenis van de mishandeling; er moet iets gebeurd zijn, dan pas wordt er ingegrepen. Deze houding van relatieve non-interventie leidt vaak tot spanning tussen hulpverleners en kinderbeschermingsinstanties.

2. De groeiende aandacht voor incest en andere vor-

men van seksueel misbruik maakt gevallen van misbruik behalve eerder ook vaker zichtbaar. (In alle westerse landen wordt seksueel misbruik gezien als een vorm van kindermishandeling.) Ook blijkt dan heel vaak dat de feiten reeds langer bekend waren aan huisarts en andere hulpverleners. In het verleden vreesden huisartsen dat melding van incest zou kunnen leiden tot een breuk in de relatie tussen arts en gezin. Bovendien was men zich niet bewust van de negatieve psychosociale invloed van incest op het kind. De vraag om vroege en systematische melding van seksueel misbruik wordt nu met regelmaat gehoord. Hierbij spelen overwegingen die te maken hebben met het belang van het kind, maar soms ook ideologische factoren en groepsdruk een rol.

3. Om meldingsplicht wordt eveneens gevraagd door hen die beroepsmatig te maken hebben met aan drugs verslaafde vrouwen die zwanger zijn, en met ouders die drugs blijven gebruiken, ook wanneer ze een of meer kinderen hebben. Bij deze kinderen zijn fysieke en psychische verwaarlozing en onderstimulering aan de orde van de dag. De arts die de zwangerschap van de verslaafde moeder begeleidt, vindt het niet altijd wenselijk en nodig dit te melden aan bijv. een van de Bureaus Vertrouwensartsen. Na de geboorte verdwijnen de kinderen en hun ouders in veel gevallen uit zijn zicht en grote problemen met de kinderen blijken veel later pas. In de Utrechtse werkgroep 'Kinderen van drugverslaafde ouders' wordt voorgesteld aan de overheid om in een zo vroeg mogelijk stadium een ondertoezichtstelling van het kind door de kinderrechter uit te laten spreken als de baby van de verslaafde moeder reëel risico loopt.<sup>3</sup>

### ONDER DWANG VERLENEN VAN HULP BIJ INCEST

Naarmate problemen complexer zijn en als de maatschappelijke onmacht te groot is om tot werkelijke oplossingen te komen, wordt de roep om justitieel ingrijpen groter. Justitieel optreden, het inschakelen van de politie, fungeert dan te makkelijk als *deus ex machina*.

Visser pleit ervoor bij incest de dader justitieel aan te pakken.<sup>4</sup> 'Een ieder' zou het slachtoffer moeten overreden om aangifte te doen bij de politie. De auteur legt een aantal hulpverleningsdoelen op tafel die redelijk klinken, maar voor een ieder die intensief met incest als een gezinsprobleem te maken heeft, volstrekt niet of slechts zeer ten dele realiseerbaar zijn. De hulpverlening

Universiteitskliniek voor Kinderen en Jeugdigen 'Het Wilhelmina Kinderziekenhuis', Psychosociale afdeling, Postbus 18009, 3501 CA Utrecht.

Dr. W. H. G. Wolters, klinisch psycholoog.

faalt, aldus de auteur, en dan is aangifte de enige weg.

Het probleem van dit soort voorstellen is dat zij gretig worden overgenomen zonder voldoende reflectie op de consequenties ervan. Het is mijn ervaring dat slachtoffers vaak te snel – in een crisissituatie – overgehaald worden om aangifte te doen. Zo ontstaat aangiftedwang. De gevolgen ervan kunnen deze vaak geëmotioneerde jonge kinderen niet overzien. De desorganisatie in het gezin als gevolg van deze aangifte betekent voor het kind en andere gezinsleden een opeenhoping van ellende. De incestpleging wordt het kind in zwart/wit voorgesteld; de vader is de dader! We weten in deze tijd van 'quick service' bij grote problemen nauwelijks iets van de invloeden van deze aangiften op langere termijn op kind, dader en andere gezinsleden. Wel weten we dat de langere-termijnhulp aan incestslachtoffers in Nederland nog nauwelijks vorm heeft gevonden, de hulp aan de daders heel fragmentarisch is en dat de hulp aan dader en slachtoffer niet gecoördineerd is. Wat we ook kunnen waarnemen is dat het huidige justitiële beleid ertoe leidt dat in vele gevallen de dader publiekelijk wordt gestigmatiseerd.

Aangifte en bestraffing van de incestdader kan onder bepaalde omstandigheden zeer gewenst of onvermijdelijk zijn, aangifte zal in sommige gevallen de deur openen voor de (gedwongen) hulpverlening; in veel gevallen is de aangifte evenwel psycho-hygiënisch schadelijk.

#### VERPLICHT AANGEVEN VAN KINDERMISHANDELING

Juridische beschouwingen over maatschappelijke vraagstukken worden vaak geformuleerd in de geprivilegieerde beslotenheid van de studeerkamer. Dit lijkt het geval te zijn geweest bij een tweede pleidooi voor aangifteplicht, en wel bij kindermishandeling, zoals dit door Van Herten wordt gehouden.<sup>1</sup> Van Herten stelt imperatief dat artsen hun verplichtingen moeten nakomen als het gaat om kindermishandeling. Dit zouden zij, gezien ook het hoge aantal niet-gemelde gevallen, nalaten.

Van Herten lijkt weinig begrip te hebben van de positie van kinderen die mishandeld worden. Hij vooronderstelt dat het kind geen geheimhouding wil, en dat dit alleen de wens van de ouders is. In feite is het zo dat veel jonge kinderen de mishandeling en verwaarlozing ondergaan als vanzelfsprekend. Er is bij deze kinderen geen enkel intellectueel 'besef' van een geheim of geheimhouding, en zo dit er wel is, willen zij de mishandeling evenzeer afschermen als de ouders doen. Het pleidooi dat Van Herten houdt voor vrijheidsstraf en zware kinderschermingsmaatregelen, botst met de ervaringen van de afgelopen decennia, die hebben laten zien dat deze benadering in de meeste gevallen tot niets leidt en de hulpverlening sterk kan afremmen.

Ook hij staat hier dus een simpel schema voor, dat naar de opvatting van velen die dit soort problemen al langer kennen, veeleer een stap terug dan een stap voorwaarts is. Van Herten lijkt niet alleen weinig inzicht te hebben in de psyche van het kind, ook zijn kijk op wat zich in de verhouding arts-patiënt (gezin), afspeelt, is niet al te gedetailleerd. Zijn nogal blijmoedige kijk op de mogelijke effecten van juridische dwang op artsen als stuurlement is verrassend.

#### MELDINGSPLICHT BIJ KINDERMISHANDELING JA DAN NEE?

*Amerikaanse ervaringen met meldingsplicht.* Voor artsen en andere hulpverleners in Amerika is melding verplicht. De schaduwzijde van dit meldingssysteem is aan de orde in een recent artikel van Faller.<sup>5</sup> Het blijkt dat meer dan de helft van de meldingen niet onderbouwd wordt, een wel zeer belastende sociale stigmatisering voor ouders en familieleden. Het onderzoek van deze gemelde gevallen kost zeer veel geld en energie. Voor de begeleiding en behandeling van vele mishandelingsgevallen ontbreken geld en kennis. Professionele krachten moeten zich meestal beperken tot een kortdurende crisisinterventie. Wezenlijke veranderingen levert dit niet op omdat het functioneren van de gezinnen niet werkelijk verandert.

Faller pleit voor betere training van de 'mandated reporters', beroepsbeoefenaars zoals artsen, psychologen en maatschappelijk werkers, die wettelijk verplicht zijn te melden bij de identificatie van verwaarlozing en mishandeling, want in 50% beoordelen zij de situatie foutief.

*Meldingsplicht van kindermishandeling in Nederland?* Het is moeilijk om te voorspellen wat meldingsplicht van kindermishandeling in de Nederlandse samenleving zal gaan betekenen. De problemen bij hulpverlening aan de jeugd zijn groot; het blijkt dat vele ouders en kinderen geen goede zorg krijgen. Veel instellingen zijn overbelast of kunnen slechts marginaal werken. De gezondheidszorg (ziekenhuizen en poliklinieken) krijgt in toenemende mate een vluchtheuvelfunctie voor hoofdzakelijk of louter psychische en sociale problemen. Meldingsplicht zou kunnen betekenen dat een nog groter aantal kinderen en gezinnen 'gelabeld' wordt, zonder dat er enige opvang en hulp mogelijk is. Het aantal fout-positieve meldingen zal waarschijnlijk sterk toenemen. Ook in het verslag van de Bureaus Vertrouwensartsen inzake kindermishandeling blijkt dat het aantal niet-gesubstantieerde meldingen vrij groot is.<sup>6</sup> Bovendien bestaat het gevaar dat er een sociaal klimaat ontstaat waarin achterdocht en heimelijkheid de omgang tussen mensen gaat bepalen. In het bijzonder de relatie hulpverleners-patiënten/cliënten zou door een meldingsplicht negatief beïnvloed kunnen worden.

Meldingsplicht of aangifteplicht lijkt geen echte oplossing voor de grote maatschappelijke problemen – de sociale en economische achterstand van bepaalde bevolkingsgroepen – die kunnen leiden tot de verschillende vormen van verwaarlozing en mishandeling. Meldingsplicht of aangifteplicht zal aan de preventie van mishandeling en verwaarlozing niets bijdragen. De roep om meldings- of aangifteplicht lijkt een weerspiegeling te zijn van de onmacht om deze problemen te voorkomen.

Het lijkt veel meer zin te hebben om na te denken over de wijze waarop de Bureaus Vertrouwensartsen toegankelijker kunnen worden voor ouders en hulpverleners. Een van de voorwaarden hiervoor is een betere integratie in de bestaande hulpverleningskaders (RIAGG's-Raden voor de Kinderbescherming).

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Herten JHS van. Juridische aspecten van kindermishandeling. Nederlands Juristenblad 1986; 66: 251-3.
- <sup>2</sup> Kempe CH. The battered child syndrome. JAMA 1962; 181: 17-24.
- <sup>3</sup> Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening in de provincie Utrecht. Kinderen van drugverslaafde ouders. Utrecht: Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening in de provincie Utrecht, 1986 (dok.nr.0041T).
- <sup>4</sup> Visser ASC. Incest en 'de sterke arm'. Ned Tijdschr Geneesk 1986; 130: 9-11.

- <sup>5</sup> Faller KC. Unanticipated problems in the United States child protection system. J Child Abuse Neglect 1985; 9: 63-9.
- <sup>6</sup> Bureaus Vertrouwensartsen inzake kindermishandeling. Gegevens uit de registratie Kindermishandeling, onderzoek van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, 1983. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1986.

Aanvaard op 1 december 1986

## Capita selecta

# De betekenis van de dexamethason-suppressietest voor diagnostiek en onderzoek

T. I. OEI

### INLEIDING

Veefkind en Thieme hebben de dexamethason-suppressietest (DST) als veelbelovend hulpmiddel voor de psychiatrische diagnostiek aangemerkt.<sup>1</sup> Intussen zijn wij enige jaren verder en het lijkt zinvol even stil te staan bij enkele zaken, die we als volgt omschrijven.

- a. Is de DST te gebruiken als een biologische grootheid in de psychiatrische diagnostiek?
- b. Is er een specifieke functie van de DST als diagnosticum voor bepaalde typen depressies?
- c. Wat is de betekenis van de DST als onafhankelijke variabele?

Voordat hierop wordt ingegaan, geven wij een kort overzicht van wat biologische maatstaven zijn en wat hun toepassingsgebied is. Vervolgens gaan wij in op de bedoelde deelvragen en wij besluiten met enkele overwegingen. In dit betoog stellen we het begrip vitale depressie gelijk met 'endogene', 'primaire', 'major' en 'melancholische' depressie. Dit doen wij ook omdat de DST-gevoeligheid in geval van vitale depressies van eenzelfde verwachtingspatroon is als bij de depressies met de overige adjectiva.<sup>2</sup>

### BIOLOGISCHE INDICATOREN

Dit zijn indicatoren waarmee gedrag kan worden verklaard of begrepen. Een 'trait-marker' (indicator van de genetische 'make-up') kan blijvend aanwezig zijn ongeacht de aard, de ernst of het verloop van het ziektegedrag. Een 'state-marker' (toestandsindicator) is afhankelijk van de fase van het ziekteproces; hij treedt op in het begin, gedurende of na afloop van de ziekte. Globaal zijn vier groepen te onderscheiden:

1. *Causale indicatoren* worden in verband gebracht met de pathofysiologische aspecten van het ziekteproces.

Zo meent men dat naarmate de diagnostische betekenis van de indicator toeneemt, de oorzaken en pathogenese van de ziekte makkelijker zijn te achterhalen. Het moet overigens duidelijk zijn dat het psychiatrische en neurobiologische onderzoek – door ontoegankelijkheid van het hersenweefsel – zich concentreert op metingen in lichaamsvloeistoffen, zoals liquor cerebrospinalis, bloed en urine.

2. *Metabole producten van het ziekteproces.* De te onderzoeken substantie, die dan als indicator dient, is in de meeste gevallen niet oorzaak, maar (eind)produkt van het lichamelijke proces. Zo kan overvloed aan noradrenaline oorzaak zijn van gestoorde synaptische processen. Het stofwisselingsprodukt van noradrenaline, het 3-methoxy-4-hydroxyfenylethyleenglycol (MHPG), een indicator voor (verhoogde) noradrenaline-productie, is op zichzelf niet schadelijk. In bepaalde gevallen is het (nog) niet uit te maken of de indicator oorzaak, dan wel gevolg van de ziekte is. Als voorbeeld op een ander vlak noemen wij vergrote ventrikels (ten gevolge van hersenatrofie) bij chronisch schizofrene mensen. In principe is deze indicator bifunctioneel: het kan oorzaak, maar ook gevolg zijn van schizofrene psychose.

3. *Teststoffen.* In geval van metabole stoornissen, bijvoorbeeld bij suikerziekte, is de diagnose veelal pas duidelijk nadat provocatie door middel van de glucosetolerantietest mogelijk is. Parallel hieraan gebruikt men in de psychiatrie psychotrope stoffen en hormonen ten einde bepaalde neurotransmitter- en (of) endocriene systemen nader te onderzoeken. De DST is daar een voorbeeld van.<sup>3</sup>

4. *Chromosoomafwijkingen* leiden niet per se tot gestoorde metabole processen in psychiatrische zin, maar ontlenen hun betekenis aan de aanwezigheid (van bijvoorbeeld het gen voor kleurenblindheid) op dat pathogene chromosoom. Defecten zoals kleurenblindheid, komen – behalve bij de getroffen zieke familieleden – ook méér voor in bepaalde families van depressieve patiën-

Academisch Ziekenhuis, afd. Klinische en Biologische Psychiatrie, Catharijnesingel 101, 3511 GV Utrecht.  
Dr. T. I. Oei, zenuwarts.