

Het uithuisplaatsen van kinderen*

DOOR MEJ. A. HANJE, ZENUWARTS TE ROTTERDAM**

Huisartsen kunnen worden geconfronteerd met de situatie dat ouders ten einde raad bij hen erop aandringen hun kind uit huis te plaatsen. Het zal eveneens voorkomen dat de huisarts van mening is dat in de gegeven omstandigheden uithuisplaatsing de beste oplossing is terwijl de ouders hiervoor niet voelen.

De emotionele reacties van ouders van wie een kind in een tehuis is opgenomen, hun schuldgevoelens, het gevoel van opluchting of woede en het angstige gevoel wanneer het besluit is genomen dat het kind weer naar huis zal komen, zullen huisartsen waarschijnlijk wel bekend zijn. Veelal is de huisarts de enige buitenstaander die dit alles van nabij meemaakt. Door de vertrouwenspositie welke de arts sinds duizenden jaren bekleedt, zal men grote waarde aan zijn oordeel hechten. Hij kan dan ook een belangrijke rol spelen bij het zo goed mogelijk verlopen van de uithuisplaatsing. Kinderbeschermingsinstanties en gemeentelijke instanties worden vaak als vreemd en daardoor ook als bedreigend gezien, met name door mensen met een beperkte geestelijke ontwikkeling. Veelal is de huisarts in staat enerzijds „paniektoestanden” te verminderen, waardoor een uithuisplaatsing die niet is gewenst kan worden voorkomen, terwijl in andere gevallen door zijn hulp een uithuisplaatsing die noodzakelijk is kan worden gerealiseerd. Dit ultimatum refugium uit de praktijk van de kinderpsychiatrie wordt weliswaar steeds minder toegepast omdat andere voorzieningen zijn ontstaan, toch is het voor het kind soms van levensbelang dat het van de ouders wordt gescheiden, bijvoorbeeld wanneer sprake is van het ‘battered child’ syndroom.

Men kan onderscheid maken tussen plaatsingen waarvan men verwacht dat terugplaatsing mogelijk zal zijn en plaatsingen, waarbij terugkeren naar de ouders niet mogelijk lijkt. In het eerste geval wordt altijd contact met de ouders onderhouden, in het tweede geval vindt dit veelal niet plaats. Toch is begeleiding van de ouders ook in het laatstgenoemde geval noodzakelijk om alle schuldgevoelens te laten

verwerken en om hun het feit te doen accepteren dat het kind de kans krijgt in een pleeggezin verder op te groeien. Vaak ziet men dat kinderbeschermingsinstanties voor deze begeleiding onvoldoende krachten ter beschikking hebben.

Een handicap bij het uithuisplaatsen vormt het grote tekort aan kinderpsychiatrische opnemingsmogelijkheden. Het aantal hiervoor beschikbare plaatsen bedraagt naar schatting ongeveer 150 voor heel Nederland, terwijl ongeveer 14 000 kinderen in tehuizen verblijven. Met name na het bekend worden van de resultaten van de onderzoeken verricht door Spitz en Bowlby, is men zeer selectief te werk gegaan bij het uithuisplaatsen van kinderen. Dergelijke plaatsingen blijven naar mijn mening noodzakelijk bij ernstige ziekte van de moeder of van het kind (ziekenhuisopneming), bij ernstige psychische stoornissen van de ouders of bij ernstige geestelijke achterstand van het kind, voorts in geval van „gezinspathologie” die met „ambulante” middelen niet is te verhelpen en waarvan het kind het slachtoffer dreigt te worden en tenslotte bij onhandelbaarheid van het kind, bijvoorbeeld op basis van organisch-cerebrale stoornissen die bij bepaalde stofwisselingsstoornissen kunnen optreden.

Wanneer men wil trachten na te gaan wat een scheiding (uithuisplaatsing) emotioneel voor kind en ouders betekent, dient men zich eerst te realiseren op welke wijze de normale emotionele ontwikkeling van een kind in een gezin plaatsvindt.

Aanvankelijk is hierbij sprake van de zogenaamde orale fase. In deze fase zijn zuigen en verzorgd worden van het grootste belang. Voor het goed verlopen van deze fase is een wederzijds aanvoelen van moeder en kind essentieel: het kind krijgt hierdoor in deze periode een gevoel van veiligheid dat door Erikson werd gekarakteriseerd als ‘basic trust’. Wanneer het kind ongeveer acht maanden oud is kan het onderscheid maken tussen het bekende gezicht van de moeder en een vreemd gezicht. Het kind gaat op het zien van een vreemd gezicht reageren met angst, zogenaamde scheidingsangst, die blijft bestaan tot het derde levensjaar. Omdat het kind langzamerhand ontdekt dat de moeder steeds terugkomt, vermindert deze angst.

Vervolgens onderscheidt men de anale fase; deze betreft de leeftijd van anderhalf tot tweeënehalf

* Voordracht, gehouden tijdens de Studiedag „Kinderen zijn ook mensen”, Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, november 1971.

** Chef van de polikliniek kinderpsychiatrie (hoofd Prof. Dr. D. J. de Levita), Erasmus Universiteit, Rotterdam.

jaar. In deze periode heeft de zindelijkheidsstraining plaats en leert het kind zelfstandig lopen. Hierdoor ontwikkelt het een zekere mate van onafhankelijkheid. Of deze fase ongestoord verloopt hangt mede af van de tolerantie en het begrip zowel van de moeder als van de vader.

Kinderen van drieëneenhalf tot vijfeneenhalf jaar verkeren in de oedipale fase. Het kind is zich in deze periode bewust van zijn eigen sekse en het richt zich tot de ouder van het andere geslacht, terwijl hij de ouder van het eigen geslacht het liefst wegwenst. Belangrijk is dat de ouders een goede onderlinge verhouding hebben en dat het kind op een gegeven moment beseft dat zijn ouders bij elkander horen. Het kind gaat zich daardoor identificeren met de ouder van het eigen geslacht, het wil net zo worden als deze.

Vervolgens komt het kind in de zogenaamde latentie-fase, die duurt tot het elfeneenhalve levensjaar. In deze periode — de schoolleeftijd — treedt gewetensvorming op, terwijl de frustratietolerantie groter wordt. Het kind verkent de omgeving en is leergierig. In de puberteit treedt een reactivering van de infantiele problematiek op en gaat het kind zich losmaken van de ouders. Men zou dit een rouwproces kunnen noemen. Ook in deze periode zijn de ouders van groot belang.

Uit het bovenstaande blijkt, dat voor een goede ontwikkeling van een kind de aanwezigheid van ouderfiguren van essentieel belang is. Dit geldt vooral voor de kleuterperiode, omdat het kind tijdens die levensfase slechts een geringe autonomie bezit.

Wat betreft de ontwikkeling van het kind buiten het gezin constateerde men in het begin van deze eeuw dat jonge kinderen in tehuizen een zeer hoog sterftecijfer hadden, ondanks goede lichamelijke verzorging. Het bleek, dat deze kinderen waren achtergebleven in het sociale contact en gebrek hadden aan spontaniteit. In 1945 beschreef Spitz het „hospitalisme”, waarbij hij wees op de ernstige gevolgen van psychische verwaarlozing van baby's in een tehuis. Het betreft een toestand van apathie, van geestelijke en fysieke achterstand en van onvermogen tot interactie. Men ziet dit hospitalisme bij baby's van omstreeks de achtste maand, die van de moeder werden gescheiden en die onvoldoende contact hadden met een moedersubstituut.

Spitz vermeldt voorts het verschijnsel van de anaclitische depressie. Dit is een ernstige depressietoestand, beginnend met veelvuldig huilen, geleidelijk overgaand in een zich terugtrekken en het weigeren van contact met de omgeving. Een dergelijke toestand pleegt twee tot drie maanden te duren. Sommige kinderen verliezen tijdens deze periode aan gewicht en worden extra vatbaar voor

ziekten. Later vertonen zij een „bevroren” gelaatsuitdrukking. Dit verschijnsel kwam uitsluitend voor bij kinderen die tussen de zesde en de achtste maand van hun moeder werden gescheiden. Wanneer de moeder niet terugkeerde werden deze verschijnselen steeds ernstiger en zakte het kind als het ware weg tot idiotie. Een dergelijke toestand van voortschrijdende weggwijning bij kinderen wordt marasmus genoemd.

De in het bovenstaande vermelde bevindingen waren het resultaat van een onderzoek in twee tehuizen: een 'Nursery' en een 'Foundling Home'. De kinderen van de Nursery kwamen geregeld met de moeder in aanraking, die van het Foundling Home in het geheel niet. De inrichting, die door Spitz Nursery werd genoemd, bevond zich in de Verenigde Staten van Noord-Amerika en werd bevolkt door kinderen van ongehuwde moeders. Laatstgenoemden waren door justitiële autoriteiten samen met hun kinderen gedetineerd. In het Foundling Home — een inrichting buiten de Verenigde Staten „op het Westelijk Halfrond” — bevonden zich kinderen van wie de ouders om materiële redenen niet in staat waren zelf voor hen te zorgen. De kinderen in dit tehuis waren vrijwel direct na de geboorte volledig van de moeder gescheiden. Gedurende de eerste drie maanden van hun leven werden zij getweeën verzorgd door een moedersubstituut. Na drie maanden stond slechts één verzorgster per acht baby's ter beschikking.

Zowel de Nursery als het Foundling Home waren moderne, goed toegeruste inrichtingen, waar de kinderen een hygiënisch verantwoorde verzorging kregen. In beide tehuizen lagen de baby's de eerste levensmaand in aparte door glazen wanden van elkander gescheiden ruimten. In de Nursery verlieten zij deze na de zesde maand, in het Foundling Home na de vijftiende maand. In de Nursery hadden de kinderen vanaf de geboorte voldoende speelgoed, zulks in tegenstelling tot de situatie in het Foundling Home. De verzorgsters in laatstgenoemd tehuis worden beschreven als lieve moederlijke vrouwen, die echter onvoldoende tijd beschikbaar hadden om persoonlijke aandacht aan de kinderen te geven.

Uit het onderzoek bleek, dat het gemiddelde ontwikkelingsquotiënt van de kinderen in de Nursery aan het einde van het eerste levensjaar iets was gestegen, terwijl dat van de kinderen in het Foundling Home was gedaald van 124 tot 72. Dit quotiënt was bepaald met de Hetzer-Wolf test. Het bleek, dat de baby's in het Foundling Home zich opvallend lusteloos gedroegen. De kinderen die in de Nursery verbleven bleken veel beweeglijker te zijn.

De reacties van de kinderen op het zien van

vremden varieerden in het Foundling Home van uiterste afhankelijkheid tot het angstig vermijden van contact en een gegeneraliseerde angst, die zich manifesteerde in aanhoudend huilen. Van de 88 kinderen stierven 23 voordat zij tweeënhalf jaar oud waren geworden. De kinderen tussen 18 maanden en tweeëneenhalf jaar konden niet lopen, waren geen van allen zindelijk en moesten worden geholpen met eten. In de Nursery daarentegen waren de kinderen tussen acht en twaalf maanden vrij zelfstandig en ondernemend. De daling van het ontwikkelingsquotiënt van de kinderen in het Foundling Home was progressief: omstreeks het tweede levensjaar werd een gemiddeld ontwikkelingsquotiënt van slechts 45 gevonden.

Volgens Spitz is de voornaamste oorzaak van de grote verschillen tussen beide inrichtingen, het ontbreken van een constante relatie tussen kind en moederfiguur in het Foundling Home. Dat het kind in dit tehuis geen gebruik maakt van de, zij het in een schaars aantal aangeboden stimuli, verklaart hij aldus: een kind neemt uitsluitend dat waar hetgeen een gevoelswaarde voor hem heeft; de waarneming krijgt dan een zogenaamde libidineuze bezetting. Emoties ontstaan bij het kind door de menselijke partner, in het algemeen betreft dit de moeder of een moedersubstituut. Door de emotionele relatie met de moeder wordt het kind ingeleid in het leerproces en later gestimuleerd tot imitatie.

Burlingham en Freud beschreven in 1954 het verschijnsel van de onbewogen gelaatsuitdrukking bij geëvacueerde kinderen. Het bleek, dat kinderen die met een „constante” verzorgster in kleine groepen werden ondergebracht niet alleen beter opvoedbaar werden, maar dat zij ook een levendiger gelaatsuitdrukking kregen en gemakkelijker individuele persoonlijkheidskenmerken ontwikkelden. De taalontwikkeling was bij deze kinderen eveneens beter dan bij geëvacueerden die in ongunstiger omstandigheden belandden.

In 1948 werd door het ‘Committee of Social Affairs’ van de Verenigde Naties besloten een onderzoek in te stellen naar de behoefte en noden van „thuisloze” kinderen. Deze werden beschreven als „kinderen, wier ouders waren overleden of die om andere redenen van hun familie werden gescheiden en die in pleeggezinnen, inrichtingen of op andere wijze in groepsverband moesten worden verzorgd”. Met dit onderzoek belastte men Bowlby, die was verbonden aan de Tavistoc Clinic in Londen. Bowlby bezocht kindertehuizen in verschillende landen van Europa en in de Verenigde Staten van Noord-Amerika. Hij hield besprekingen met personen die zich uit hoofde van hun functie bezighielden met ‘homeless children’; bovendien bestudeerde hij de betreffende literatuur. In 1951 ver-

scheen zijn monografie ‘Maternal Care en Mental Health’. Hierin wordt speciaal ingegaan op kinderen die door scheiding van de moeder in hun vroegste jeugd een ernstig tekort aan contact ondergaan, een toestand welke Bowlby typeert met de term ‘total deprivation’.

De schrijver vestigt met name de aandacht op de later optredende gevolgen van ‘deprivation’ in de jeugd. Hieronder verstaat hij stoornissen die zich manifesteren wanneer de deprivatietoestand zelf voorbij is. Het effect van deprivatie acht Bowlby afhankelijk van de graad ervan. Een partiële deprivatie kan een acute vorm van angst teweegbrengen, excessieve behoefte aan liefde en verzorging, wrokgevoelens en hieruit voortkomende schuldgevoelens en depressieve toestanden. Deze neurotische symptomen kunnen leiden tot de vorming van een labiele persoonlijkheid. Totale deprivatie zou nog verder reikende gevolgen hebben wat betreft de mogelijkheden om betrekkingen met anderen aan te knopen wanneer het kind volwassen is geworden en voorts ten aanzien van bepaalde aspecten van de intellectuele ontwikkeling.

Volgens Ainsworth, een naaste medewerkster van Bowlby, bestaat de ernstigste deprivatie voor in instituten opgenomen kinderen in de levensfase tussen zes maanden en drie jaar uit het gebrek aan de mogelijkheid een band te vormen met een moederfiguur. Hierbij kan het gaan om de eerste band welke het kind legt, maar het kan ook een substituut voor een verbroken band betreffen. Ook voor baby’s jonger dan zes maanden vormt de moeder de bron van de belangrijkste prikkels tot het doen van waarnemingen. Bij kinderen ouder dan twee jaar bleek het stimuleren van een band met een moederfiguur een betere invloed op het intellect te hebben dan wanneer het instituut werd veranderd in een kleuterklasje.

Deprivatie in instituten kwam voornamelijk voort uit onvoldoende mogelijkheid tot het leggen van intieme tussenmenselijke relaties. Bij ‘maternal deprivation’ kan men onderscheid maken tussen sensorische deprivatie die tot intellectuele stoornissen aanleiding geeft, sociale deprivatie die contactstoornissen veroorzaakt en emotionele deprivatie die tot affectarmoede leidt. Volgens de psychoanalytische theorie hebben vroegere ervaringen dynamische processen tengevolge, die ondanks veranderingen in de situatie werkzaam blijven. ‘Maternal deprivation’ kan afweermechanismen doen ontstaan waardoor het kind in latere situaties niet meer in staat is tot het vormen van een bevredigende relatie met de omgeving. Uit de ethologie, dat is de wetenschap van de gedragingen van onder meer dieren, blijkt dat voor het tot ontwikkeling komen van bepaalde functies kritieke tijden be-

staan. Een en ander kan erop wijzen dat 'maternal deprivation' blijvende gevolgen kan hebben.

Het gedragspatroon dat bij een aantal kinderen en bij volwassenen die hun vroege jeugd in tehuizen hebben doorgebracht werd waargenomen, vertoont de volgende kenmerken: onvermogen tot diepgaand contact met de buitenwereld en tot „invoelen”; een oppervlakkig gevoelsleven; onoprecht gedrag; onvermogen tot concentreren, abstraheren en impulsiviteit in het reageren en een onvermogen tot aanpassen.

De in het bovenstaande geschetste ontwikkeling ziet men voornamelijk bij kinderen die jonger zijn dan zes jaar. Na deze leeftijd zijn de reacties minder heftig, het kind is dan onafhankelijker van de ouderfiguur. Deze kinderen vertonen bij opnemingsjaren in een tehuis veelal een zogenaamde schijnaanpassing. Het kind legt geen emotionele band met de leiding van het tehuis, het „leeft” nog niet in het tehuis, maar „wacht” op zijn ouders. Veelal kan men dan waarnemen dat de emotionele, de intellectuele en soms ook de lichamelijke groei stilstaat.

Aangezien een kind, ten dele uit fysiologische noodzaak, in hoge mate solidair is met zijn ouders geeft het meestal zichzelf de schuld van de uithuisplaatsing. Het kind kan namelijk op deze manier de band met de ouders handhaven. Om moeilijkheden te voorkomen is het goed dat de uithuisplaatsing zo mogelijk niet acuut plaatsvindt, maar dat hierover van tevoren zowel met de ouders als met het kind wordt gesproken. Wanneer het toch plotseling gebeurt, kan de huisarts alsnog met de ouders erover spreken. Een belangrijk facet is voorts dat het kind weet waarom het uit huis gaat en voor hoelang dit zal zijn. Wanneer het dit laatste niet weet, wordt het verblijf in een tehuis een dor, uitzichtloos bestaan.

De reden waarom een kind niet eindelijk in een tehuis kan verblijven, is dat daar geen constante vader- en moederfiguren zijn. Er zijn teveel van deze figuren en deze zijn niet blijvend. Voorts moet het de leidsters met teveel lotgenoten delen. Het blijkt dat een kind voor zijn groei een centrale ouderfiguur nodig heeft, van wie het weet dat deze blijft. Deze figuur kan niet worden vervangen door een psychotherapeut. Laatstgenoemde heeft een volledig andere functie, die niet verwisselbaar is. Een ouder die een nieuw huwelijk overweegt, maakt bijvoorbeeld een grote fout wanneer hij het kind niet zelf hiervan op de hoogte stelt, maar dit overlaat aan de psychotherapeut. Bij de psychotherapie van een kind dient trouwens altijd de centrale ouderfiguur te worden betrokken. Wanneer men streeft naar een scheiding van ouders en kind, is het van belang dat ook de ouders worden begeleid. Hierbij heeft de huisarts een taak.

Door Jenkins werden in 1969 de reacties beschre-

ven van ouders op de uithuisplaatsing van een kind. Het bleek dat de ouders die het meest verbitterd, bezorgd en kwaad waren over de uithuisplaatsing, het kind het snelste weer thuis hadden. In 1971 werden door Fenshel de resultaten gepubliceerd van een Amerikaans onderzoek betreffende 624 kinderen. Het bleek dat 30 procent van de kinderen na een jaar weer thuis was, maar dat na drieënehalfjaar nog 46 procent in een tehuis verbleef. Ongeveer dezelfde verhouding vonden wij bij negentien kinderen tot en met zeven jaar die via de afdeling Jeugdpsychiatrie van de GG en GD in Rotterdam uit huis werden geplaatst. Het bleek dat vijf kinderen na een jaar weer thuis waren en dat na drieënehalf jaar nog negen kinderen waren opgenomen.

Het blijkt dat gedurende de eerste twee opnemingsjaren het percentage ontslagen redelijk groot is, maar dat dit later zeer gering wordt. Hieruit volgt, dat een kind dat langer dan twee jaar in een tehuis verblijft, grote kans loopt daar te blijven met alle nadelige gevolgen van dien. De oorzaak hiervan is onder meer gelegen in het feit dat bij de opgenomen kinderen na enkele jaren het beeld van hospitalisme optreedt, waardoor zij ten enenmale ongeschikt zijn om in een pleeggezin te worden geplaatst; de intieme emotionele relaties binnen het gezin zijn voor dergelijke kinderen te bedreigend. Voorts speelt hierbij veelal ook de ambivalentie van de ouders, die niet wensen dat hun kind in een pleeggezin wordt opgenomen, een rol.

Meyers wijst erop dat het noodzakelijk is dat men, alvorens een kind uit huis te plaatsen, weet met welk doel dit gebeurt. Een uithuisplaatsing is een middel en mag nooit als doel op zichzelf worden beschouwd. Het blijkt dus dat wanneer terugplaatsing niet mogelijk is, altijd voor een substituutgezin moet worden gezorgd. Hierbij kan sprake zijn van een adoptiegezin, een pleeggezin of een therapeutisch pleeggezin in de zin van Browndale. Voorts kan men door het treffen van bepaalde voorzieningen trachten te komen tot een niet absolute scheiding van ouders en kind. De Boddaert tehuizen vormen hiervan een voorbeeld.

Voor adolescenten is een thuisplaatsing niet direct noodzakelijk. Wel is soms een pleeggezinplaatsing nodig, bijvoorbeeld wanneer in een vroegere levensfase een kind bijzonder veel is tekort gekomen. Vaker ziet men dat het kind in een „pleeg-kost-gezin” komt. De 'peergroup', dat zijn de leeftijdsgenoten, speelt in deze fase een haast belangrijker rol dan de ouders. Naar mijn mening kan men wat betreft de motivering van uithuisplaatsing niet eerlijk genoeg zijn. Bijzonder veel schade wordt aan een kind berokkend wanneer het

uit huis is geplaatst zogenaamd om de school af te maken, terwijl dit in feite geschiedde omdat de ouders het kind niet wensten. Het kind beseft dit. Een tehuis is per definitie een leefsituatie waarin een kind niet tot goede emotionele groei kan komen, gezien de factoren die reeds zijn genoemd. Daarom moet een kind na twee jaar tehuisverblijf in een situatie worden geplaatst waar aan zijn emotionele behoeften wel wordt tegemoetgekomen.

Ter illustratie van het voorafgaande volgt een beschrijving van drie kinderen die door de afdeling Jeugdpsychiatrie van de G.G. en G.D. zijn uithuisgeplaatst.

Casus 1. Peter, die thans 19½ jaar oud is, zagen wij voor het eerst op 2½-jarige leeftijd. Dit gebeurde op verzoek van de huisarts, wegens onhandelbaar gedrag. Wij vonden hem destijds een parmantig ventje, dat thuis echter niet was te regeren. Hij duwde, beet en sloeg, draaide aan gaskranen en pookte in de kachel. Hij had nog enuresis nocturna en diurna, verder smeerde hij wel eens met ontlasting. Alleen met iemand erbij kon hij aardig spelen, ook was hij lief met de hond. Peter was niet te onderzoeken door de langdurige en luidruchtige protestscènes. Toen hij echter op de arm werd genomen, was hij rustig. Onze indruk was destijds, dat Peter een jongen was in de „Trotzalter”, affectief verwaarloosd door een hysterische moeder. Zij nam Peter namelijk niet op schoot, daar zij daarvan rugpijn kreeg. Het enorme protest bleek een manier om de aandacht van de moeder af te dwingen. Hij werd uithuisgeplaatst, in kinderhuis „Moria”. Nog geen jaar later kregen wij het verzoek hem over te plaatsen; hij haalde daar namelijk belhamelstreken uit en probeerde dan een ander de schuld te geven. Hij werd soms met grote angst-ogen wakker, speelde weinig en moest steeds worden geholpen. Het advies luidde: overplaatsen naar een tehuis met grotere jongens.

Een jaar later kregen wij vanuit het kinderhuis „Statum” een brief, waaruit bleek dat het slecht ging. Men schreef: „Peter legt geen contacten met de andere kinderen, hij heeft diverse dwanghandelingen bijvoorbeeld hij kan beslist geen enkel lichtknopje of gaskraan of sleutel voorbijgaan of hij moet eraan draaien. De sleutels gooit hij meestal weg. Hij heeft geen binding met de leidster. Vader en moeder zeggen hem niets. Zijn ontwikkelingsniveau is vertraagd. Hij gaat soms naar de burens en bedelt daar om snoep, pakt speelgoed af van andere kinderen”.

Hierna werd Peter overgeplaatst naar de kinderpsychiatrische kliniek „Curium”, waar hij enkele jaren is geweest. Het ging toen wel iets beter. De diagnose was: affectieve verwaarlozing. Hij kon echter niet naar huis terug en is toen overgeplaatst naar het August Hermann Franckehuis, waar hij eveneens een schijnaanpassing vertoonde. Zijn intelligentie was niet slecht. Gedurende de afgelopen drie jaren is hij in Rekken geweest, waar hij dit voorjaar is ontslagen omdat men geen raad met hem wist. Hij is toen voor het eerst in zijn leven een periode bij zijn moeder geweest. Doordat de man met wie zij samenleefde overleed, is deze situatie gede-compenseerd; Peter verblijft op het ogenblik in het Tehuis voor Werkende Jongens.

Van de familie-anamnese kan het volgende worden vermeld. Peter heeft nog een zes jaar oudere zusje, een voorkind van zijn moeder. Zijn vader was havenarbeider en kon niet goed leren. „Hij kon niet veel”, volgens moeder, die zelf wel goed zou hebben kunnen leren. Zij heeft chronische astmatische bronchitis evenals haar vader. Tijdens de zwangerschap leed de moeder aan pyelitis. Peter's geboorte verliep normaal, hij heeft een keer een voedingsstoornis doorgemaakt. Tussen

het eerste en tweede jaar zou hij urenlang hebben gehuild.

De functie-ontwikkeling was iets verlaat, lopen begon met anderhalf tot twee jaar. Hij was eigenlijk nooit lief, spuwde, beet en sloeg. De ouders zijn gescheiden omdat het huwelijk eigenlijk vanaf het begin slecht is geweest. De vader was afkomstig uit een gezin met acht kinderen, diens vader dronk, diens moeder overleed toen hij vijf jaar was. Hij sloeg de kinderen veel. Na de schooljaren ging de vader al vroeg aan het werk, hij heeft verschillende banen gehad, onder andere heeft hij in een circus gewerkt. Zijn familie was tegen het huwelijk omdat de vrouw al twee voorkinderen zou hebben weggegeven. Op de avond van het huwelijk had het echtpaar geen onderdak en men is toen naar familie in Limburg gegaan. De moeder was sterk aan haar astmatische vader gehecht, deze was geheelonthouder. Zij trachtte haar man ook zover te krijgen. De gehele huwelijksperiode is één ruzie geweest; later maakten zij ook veel ruzie over de toewijzing van Peter.

Op het ogenblik is Peter een jongen die niet veel van de toekomst verwacht. Hij vertoont het typische beeld van het kind dat emotioneel is verwaarloosd: oppervlakkige schijnaanpassing, geen werkelijk contact, onbetrouwbaar. Het is een groot probleem hoe hij verder moet worden opgevangen en of het ooit mogelijk zal zijn hem in een gezinssituatie te laten leven. Hij vormt het voorbeeld van een jongen die door zijn protesthouding naar steeds „zwaardere” inrichtingen moest worden overgeplaatst. Zijn ambivalente moeder heeft het nooit goedgevonden dat hij in een pleeggezin werd geplaatst, zodat hij was gedoemd zijn gehele jeugd in inrichtingen door te brengen, met alle kwalijke gevolgen van dien. In dit geval was het waarschijnlijk beter geweest wanneer meer met de moeder was gesproken. Misschien dat zij het dan had getolereerd dat Peter in een pleeggezin werd geplaatst. Mocht dat, gezien zijn gedragsstoornissen niet zijn gelukt, dan was opnemings in een kinderpsychiatrische behandelingskliniek geïndiceerd geweest, niet een blijvend opnemen in een tehuis.

Casus 2. Rob, die thans veertien jaar oud is, werd vijf jaar geleden wegens onhoudbaar, opstandig gedrag aangemeld. Hij is de oudste van drie kinderen uit een als concubinaat begonnen huwelijk. De vader was in duidelijk ongunstige zin een buitenbeentje in zijn familie: een fantast, een oplichter; voorts vertoonde hij sadistische trekken. Toen Rob vijf jaar was heeft de vader een einde gemaakt aan de ondraaglijke huwelijksituatie. Hij liet alle „claim” op vrouw en kinderen schieten. Rob en zijn zusje Ada staan op naam van deze eerste echtgenoot van hun moeder, die hertrouwde met de zoon van een landarbeider. Deze rijdt als chauffeur op het buitenland. Rob is zeer op deze „vader” gesteld. De moeder is de oudste uit een gezin met negen kinderen. Haar vader liep, toen zij zestien jaar was, weg. Zij heeft weinig onderwijs genoten. Beide ouders zijn intellectueel „onder de maat”.

Na de geboorte ontdekte men dat Rob een open blaas had. Pas de derde dag werd het kind aan de moeder getoond. De functie-ontwikkeling was vlot. Op anderhalfjarige leeftijd was de blaas gesloten, maar het kind bleef incontinent. Een poging om een artificiële urethra te maken, mislukte. De moeder had veel van deze operatie verwacht en zij was bijzonder gedisilluseerd. De incontinentie speelde een grote rol in het contact met andere kinderen, Rob werd gemedend. Hij werd agressief, ging brandjes stichten, had suicide-ideeën. Zijn moeder verwachtte dat Rob, die door opstijgende infecties een nier kwijtraakte, niet lang zou leven.

Na vele plaatsingen, eerst in ziekenhuizen, later wegens zijn moeilijke gedrag in tehuizen, kwam Rob in een kinderpsychiatrische kliniek terecht, waar hij andere kinderen tyranniseerde, stal en volledig onhandelbaar was. Hij was inmiddels twaalf jaar geworden. Zijn intelligentie was meer dan gemiddeld, maar zijn schoolresultaten waren bijzonder

slecht. De moeder heeft Rob eigenlijk nooit geaccepteerd zoals hij is en zij verwacht nog steeds dat hij doodgaat.

Rob zelf had eveneens geen toekomstverwachtingen meer. Omdat wij dachten dat dit waarschijnlijk een van de centrale problemen van Rob was, hebben wij een pleeggezin voor hem gezocht en gevonden. Sinds hij nu ruim anderhalf jaar daar verblijft, steelt hij niet meer, hij leert beter en hij is op school te handhaven. Wij hebben de indruk dat door het feit dat Rob in een gezin leeft, hij weer het gevoel heeft gekregen dat er een toekomst is, zonder hetgeen geen mens en met name geen kind kan leven. Er blijven natuurlijk nog vele problemen over, die in verband staan met zijn handicap. Het is een veel voorkomend verschijnsel dat ouders kinderen met een ernstige handicap niet accepteren. Vaak zijn dit goede ouders voor hun andere kinderen, maar het kind met de handicap verwerpen zij.

Casus 3. Jan, die nu zeventien jaar is, zagen wij zes jaar geleden voor het eerst in verband met een schoolkeuzeadvies. Hij was de jongste van drie kinderen, de ouders waren gescheiden. Toen ons advies werd gevraagd zat hij op zijn derde school. Jan is een nakomertje, hij scheelt zeven jaar met zijn zusje. Sinds zijn geboorte bestonden reeds ernstige huwelijksmoeilijkheden. Er is ook een strijd geweest over de toewijzing; uiteindelijk is hij aan zijn moeder toegewezen. Hoewel de vader weinig interesse toonde voor de kinderen en Jan bang voor hem was, heeft de definitieve uitspraak veel indruk op hem gemaakt; volgens zijn moeder was hij de eerste maanden erg lusteloos en weinig aanspreekbaar. De moeder stelt hoge eisen aan Jan en zijn schoolresultaten stellen haar erg teleur. Zijn intelligentie ligt ruim boven het gemiddelde niveau. Het bleek echter dat hij door angst en onveiligheidsgevoelens weinig kon presteren. Bij een herhaald onderzoek in verband met moeilijkheden thuis, vier jaar geleden, bleek dat Jan werd opgevoed door zijn moeder en zijn twee oudere zussen en dat men de gewraakte eigenschappen van de vader in hem terugzag. Hij is toen uithuisgeplaatst, waarna het redelijk goed ging. Het oudste zusje bleef echter kritiek op Jan houden, zodat terugplaatsing bijzonder moeilijk was.

Jan is een jaar geleden bij de ouders van een jongen die bij hem in het tehuis was, als pleegkind geplaatst. Dit gaat goed. De moeder die het eerst bijzonder beschamend vond dat zij niet in staat was haar eigen zoon op te voeden, heeft met behulp van intensief contact met het maatschappelijk werk, dit geaccepteerd. Het blijkt dat de relatie tussen moeder en zoon sinds deze pleeggezin-plaatsing goed is. De moeder komt bij de pleegouders op bezoek en zij heeft grote waardering voor deze mensen. Het blijkt dat deze plaatsing voor beiden een gelukkige oplossing is.

Het laatstgenoemde voorbeeld werd gegeven omdat het van belang is te vermelden dat het vaak voorkomt dat zelfs de ouders zijn opgelucht wanneer hun kinderen — die zij niet kunnen opvoeden en voor wie zij zich toch verantwoordelijk voelen — in een pleeggezin worden geplaatst. Het is uiteraard noodzakelijk dat men het schuldgevoel hetwelk hierbij optreedt duidelijk bespreekt, zowel met de ouders als met het kind. Natuurlijk moeten ook de pleegouders worden begeleid.

Tenslotte volgen hier zes richtlijnen voor uithuisplaatsing van kinderen:

- 1 Bij kleine kinderen dient bij uithuisplaatsing direct voldoende moederlijke zorg voor het kind beschikbaar te zijn: de eigen moeder of een moeder-substituut.
- 2 Oudere kinderen hebben een centrale ouderfiguur nodig, ouders, pleegouders of iets dergelijks. Deze personen moeten bij de behandeling van de kinderen worden betrokken.
- 3 Het ontstaan van hospitalisme door gebrek aan stimulering en veiligheid moet men tegengaan door het opnemen niet langer dan twee jaren te laten duren.
- 4 Men dient zoveel mogelijk te zoeken naar alternatieve oplossingen, zoals medisch kleuterdagverblijf voor kleine kinderen, pleeggezinnen, therapeutische pleeggezinnen, Boddaert-tehuizen (dit zijn dagklinieken).
- 5 Men dient te streven naar eenzelfde begeleiding gedurende de gehele periode van uithuisplaatsing: één voogd, één instantie.
- 6 Bij voorkeur dient plaatsing in een „echte” behandelingskliniek te geschieden, niet in een kindertehuis, zodat de duur van de uithuisplaatsing zo kort mogelijk kan zijn.