

Over het behandelingskader van kinderen met het syndroom van kindermishandeling en -verwaarlozing

M. G. LEOPOLD

Als consulent-psychiater in een medisch kleuterdagverblijf, heeft de auteur bij uitstek praktische ervaring met het daadwerkelijk verloop van de behandeling. Zijn visie op de problemen rondom het herkennen, het onderkennen en het onderzoek van gevallen van kindermishandeling, wordt gevolgd door een beschrijving van de behandeling op lange termijn. Hieruit blijkt dat een multi-disciplinair consult-team in staat is een behandelingsplan op maat samen te stellen voor de gegeven gezinssituatie; daarnaast zijn er mogelijkheden voor een individuele benadering. Vervolgens gaat de auteur in op de betekenis van agressief handelen. Ten slotte wordt gewezen op de verschillen in behandeling bij de diverse leeftijdsgroepen van mishandelde kinderen.

Inleiding

Sinds in 1962 de term „*battered child syndrome*” in de medische literatuur (*Kempe*) werd geïntroduceerd is de definitie van kindermishandeling uitgebreid en zij omvat nu elk probleem, dat voortvloeit uit een gebrek aan „redelijke verzorging en bescherming” van kinderen door hun ouders of verzorgers.

Het spectrum van kindermishandeling en verwaarlozing kan bijvoorbeeld bestaan uit fysieke mishandeling, verwaarlozing van de voeding en kleding, verwaarlozing van de lichamelijke en/of medische zorg, en emotionele mishandeling. Elk van genoemde vormen bestaat op zich weer uit meer specifieke aspecten. Het is duidelijk, dat in de afgelopen 15 jaar, doordat de medicus-klinicus, en in de eerste plaats de pediater, zich de mogelijkheid van mishandeling van kinderen ging realiseren, het probleem van de kindermishandeling uitgegroeid is tot een wereldwijd en zeer complex probleem in de (geestelijke) volksgezondheid. Wij beperken ons in dit artikel tot de beschrijving van het globale behandelingskader van kinderen die op een of andere manier mishandeld of verwaarloosd zijn. Overigens sluiten wij ons graag aan bij *Wolters*, die waarschuwt voor de etikettering en discriminatie, die de term kindermishandeling in ruimere zin met zich mee kan brengen.

Herkennen

Vaak leidt fysieke mishandeling tot een crisissituatie in of rondom het gezin, waardoor een acute crisisinterventie, zoals opname in een ziekenhuis noodzakelijk is. Bij gevallen van chronische verwaarlozing in affectief en pedagogisch opzicht met al of niet ontdekte fysieke mishandeling, is herkennen van de kindermishandeling vaak heel moeilijk en berust vooral op de ervaring van de hulpgevende instantie, bij wie de ouders om andere redenen aankloppen.

Bij vele artsen bestaat een begrijpelijke weerstand om kindermishandeling als zodanig te herkennen, wat aanleiding kan geven tot onnodig herhaald medisch onderzoek, ja zelfs hospitalisatie, hetgeen vooral op jeugdige leeftijd op zichzelf schadelijk kan zijn voor de ontwikkeling van het kind.

Problemen rond het onderzoek

Het is in de praktijk moeilijk om angstige moeders, die zich schuldig en machteloos voelen over de eigen afwijzende houding tegenover hun kind, zonder medisch onderzoek gerust te stellen. De hulpverlener in de eerste lijn, die in het conflict van plichten tegenover de ouders enerzijds en het kind anderzijds, te zeer de weerstandkant van de mishandelende ouder steunt, loopt het gevaar zijn plicht tegenover het

vooral bedreigde kind onvoldoende na te komen.

Het zinloos doen verrichten van uitgebreid lichamelijk onderzoek zonder kinderpsychiatisch of -psychologisch consult kan in dergelijke gevallen worden gezien als een vorm van iatrogene voortzetting van de mishandeling. Aan de andere kant is het niet onderkennen van de ernst van kindermishandeling een in de praktijk veel voorkomende fout. Mishandelende ouders handelen vaak niet met voorbedachten rade, maar vanuit een gevoel van machteloosheid of vanuit een toestand van onredelijke woede, die zowel door de sociale omstandigheden als door de eigen vroege ervaringen kan zijn bepaald. Het opvangen van de ouders is daarom altijd een vereiste en het tactvol begeleiden van hen, is één van de moeilijkste opgaven voor de arts en de andere hulpverleners die solitair of in teamverband werken.

Lichamelijk letsel

Als het om een lichamelijk letsel gaat wordt de verdenking op kindermishandeling gewekt als de door de ouders gegeven anamnese, niet met de genese van het letsel klopt. Sommige ouders geven een vage of helemaal geen verklaring of zij spreken elkaar tegen. Soms zijn de beschreven „ongelukken” niet overeenkomstig de ernst van de lichamelijke kwetsuur en niet overeenkomstig de ontwikkelingsleeftijd van het kind, zoals het voorbeeld van de baby van 2 maanden die uit de kinderstoel zou zijn gevallen. Ook het verhaal dat een kind zo gauw blauwe plekken vertoont is verdacht. In het ziekenhuis ontstaat geen nieuwe blauwe plekken, het kind komt aan in gewicht, de hele lichamelijke toestand verbetert zonder therapie. Uitstel van het verzoek om medische hulp kan ook een indicatie zijn. Normaal gesproken zoeken ouders die hulp direct, mishandelende ouders stellen dit soms één tot enkele dagen uit, ondanks ernstig letsel.

Achtergebleven groei

In meer chronische gevallen speelt de achtergebleven groei vaak een grote rol, vooral bij zuigelingen. Bepaalde factoren bij de moeder, het kind en de omgeving dragen bij tot dit proces. De meeste moeders die bij deze gevallen van deprivatie zijn betrokken voelen zichzelf gedeprimeerd en ongeliefd, vaak zijn zij zelf kinderen geweest die affectief veel te kort gekomen zijn of in kindertehuizen zijn opgevoed. In de meeste gevallen is het kind dan niet gewenst of niet echt geaccepteerd. De moeder is vanaf het begin (vaak

zijn er al problemen in de graviditeit) niet aan het kind gehecht en voelt zich er niet mee verbonden. Een typerend verhaal in de anamnese is vaak: „Dat het kind al direct na de geboorte niet wilde eten”, of „Dat het altijd maar huilde en dat het niet van knuffelen houdt”. Dit is kenmerkend voor de projectie van de eigen tekortkoming van de moeder op het kind.

Relaties binnen de familie

Van veel betekenis kan zijn de verstandhouding van de moeder met de grootmoeder, de moeder van de moeder of een andere vrouw, die moeders moeder representeert. Hoe slechter of ambivalentere de relatie is, hoe meer kans er is op afwijzing van het kind door de moeder. Naar onze ervaring krijgen de vaders dan dikwijls ook geen kans om een goede band te krijgen met het kind en de moeder, zodat toename van latent aanwezige huwelijksconflicten het gevolg kan zijn. De spanning en het geweld dat daardoor in huis ontstaat vergroot weer het gevaar van kindermishandeling. De vaak angstige en machteloos gemaakte vaders kunnen dan de impuls niet beheersen en reageren het af op de kinderen waardoor de vicieuze cirkel is gesloten. Er zijn gevallen waarin de krenking van het hebben van een gehandicapt kind op de voorgrond staat, waardoor weer een andere cirkel ontstaat. Aggressieontladingen in een gezin ontstaan ook vaak als reactie op seksuele overprikkeling en jaloezie. Dikwijls slapen de kinderen bij de ouders of bij de moeder als vader's nachts van huis is. Door langdurige overprikkeling enerzijds en agressief afwijzen anderzijds kunnen zich pseudo-organische toestandsbeelden ontwikkelen die ten onrechte de gedachte oproepen aan epilepsie of *minimal brain dysfunction*.

De zuigeling, die niet gedijt is bijzonder kwetsbaar als hij het eisen van voedsel staakt, zoals ook voorkomt bij vanaf de geboorte van de moeder gescheiden kinderen in ziekenhuizen (*Spitz*). Vaak is sprake van veelvoudige, recidiverende crisissituaties in het gezin, met name hooglopende conflicten tussen de ouders, die de spanning voor hen te groot maken.

De moeder is vaak geheel in beslag genomen door deze opeenhoping van zorgen of is zelf chronisch depressief, waardoor de basisveiligheid voor het jonge kind ontbreekt. Over de grote betekenis van de basisveiligheid voor de ontwikkeling van een kind is vooral van psychoanalytische zijde veel gepubliceerd (*Mahler, Spitz, Winnicott*).

Behandeling in het acute stadium

De behandeling van lichamelijk mishandelde kinderen begint over het algemeen met interventie in de crisis. Afhankelijk van de ernst van het lichamelijk letsel betekent dit een korter of langere klinische observatie, waarbij de mishandelende ouders tijdelijk en ten dele buitenspel worden gezet. Naast de chirurgische, neurologische en pediatrie zorg is er dan een nader psychosociaal onderzoek nodig, liefst in multidisciplinair verband, om de verdere begeleiding en psychische behandeling van kind en gezin voor te bereiden. Indien het gezin niet in staat is tot deelname aan het hulpverleningsproces en ook het kind niet de ruimte heeft om van verdere hulp gebruik te maken, kan het noodzakelijk worden via een maatregel van kinderscherming, die behandeling toch mogelijk te maken. Een gevolg daarvan is echter, dat het kind niet wordt behandeld in of naast zijn eigen milieu, en dat behandeling van de ouders zelf niet goed mogelijk is. De ervaring leert dat het van belang is, de continuïteit van de band met de ouders toch zo veel mogelijk te waarborgen.

Behandeling op lange termijn

Doelstellingen van de psychische behandeling van mishandelde kinderen op langere termijn zijn in de eerste plaats het zoveel mogelijk herstellen van de basisveiligheid en het opnieuw plezier kunnen beleven aan lichamelijk contact of het wegnemen van de bedreiging die een lichamelijk contact (slaan, maar ook liefkoken) vormt; in de tweede plaats het herstel of bevorderen van een eigen identiteit van het kind door het herstellen van het verstoord geraakte contact met de eigen ouders en het tijdelijk aanbieden van veiliger relaties met andere volwassenen. Dit kan meestal het best geschieden wanneer het kind geheel of ten dele is opgenomen in een behandelingstehuis met leeftijds-groepen en met eventueel de mogelijkheid van meer specifiek gerichte groepstherapie of individuele therapie, om de als traumatisch ervaren gebeurtenissen, door spel te verwerken. Afhankelijk van de leeftijd van het kind en zijn ontwikkelingsniveau is meestal het openhartig bespreken van de situatie met het kind noodzakelijk.

Behandeling van het gezin

In een later stadium kan de relatie van het mishandelde kind met de mishandelende ouders verder worden hersteld, wat een, vanaf het begin, intensief steunend con-

tact van het maatschappelijk werk met de ouders vereist. In een aantal gevallen kan een meer specifieke psychotherapie van een of beide ouders geïndiceerd zijn en tot stand komen. In het ideale geval wordt het hele gezin betrokken in een meestal langdurig therapeutisch proces. De ervaring leert, dat een residentiële of semi-residentiële therapeutische *setting* rond het kind met een therapeutisch leefklimaat, eventuele aangepaste schoolvoorziening en de mogelijkheid voor het toepassen van meer specifieke vormen van psychotherapie de beste resultaten biedt. Men kan hierbij denken aan medische kleuterdagverblijven en behandelingsinternaten waarbij een multidisciplinair consult-team de gevallen regelmatig onderzoekt en therapie-indicaties stelt, in overleg met de teams die de dagelijkse behandeling in de leefgroep doen, en met het maatschappelijk werk.

Een dergelijk indicatieteam kan een behandelingsplan op maat maken voor de betreffende gezinssituatie, waarbij rekening gehouden kan worden met de invloed of de mogelijkheden van het maatschappelijk netwerk waarbinnen het gezin leeft. In de meeste gevallen lukt het, door begeleiding of behandeling van het gezin, de meestal stagnerende ontwikkeling weer op gang te brengen.

Individuele behandeling

In sommige gevallen is een meer specifieke individuele spelsituatie of therapie geïndiceerd om de innerlijke problematiek op te lossen. Voor een dergelijke therapie is voorwaarde, dat het milieu de veranderingen in het kind kan gedogen, die door de therapie tot stand komen. Een langere duur van de opname en een regelmatige evaluatie van de gezinssituatie en de ontwikkeling van het kind is daarvoor noodzakelijk. De indicatie voor zo een individuele behandeling wordt dan ook gesteld op grond van:

a. De praktische mogelijkheden zoals:

1. de leeftijd van het kind gezien in relatie tot de opnameduur. Een therapie moet met een regelmatige wekelijkse frequentie over een langere periode kunnen worden voortgezet;
2. de medewerking van het gezin die meestal afhangt van de mate van frustratiedrempel van de ouders en hun mogelijkheid ook zelf van hulp gebruik te kunnen maken;
3. de aanwezigheid van een geschoolde kindertherapeut.

b. De structuur van het kind zelf, zoals die uit observaties van het gedrag in de leef-

groep en uit specialistisch (psychologisch-orthopedagogisch) functioneel en spelonderzoek naar voren komt.

Hierbij wordt rekening gehouden met een complex profiel van dynamische aspecten van de psychische structuur en de ontwikkeling van het kind. Er wordt gelet op knelpunten (fixaties) in de emotionele ontwikkeling en de achterstand of remming met betrekking tot het leeftijdsgemiddelde. Meestal is acute ernstige lichamelijke mishandeling het topje van een ijsberg: er is dan sprake van chronische affectieve en pedagogische tekortkomingen bij de ouders (vooral de moeder) die zelf in hun jeugd veel te kort gekomen of zelf mishandeld zijn.

Bij een meer intensieve therapie zullen daarom ook de meer verborgen aspecten van de persoonlijke structuur van de ouders voor evaluatie toegankelijk moeten blijven. Het doen van psychotherapie bij een chronisch mishandeld of verwaarloosd kind zonder de moeder erbij te kunnen betrekken is gecontraïndiceerd in verband met de grote weerstand, angst en vijandigheid die de gezonde ontwikkeling van het kind bij haar kan wekken. De functie van de leidster in het dagverblijf, die in de loop van de tijd een band met het kind legt is van centrale betekenis. Alle aspecten van de ontwikkeling van de relatie, die het kind met de leidster aangaat zijn van wezenlijk belang voor de diagnostiek van de psychische contactstoornis van het mishandelde kind. Er is vaak een parallel tussen de relatie van de maatschappelijk werker met de moeder enerzijds en de relatie van de leidster met het kind anderzijds. Als beiden zich gunstig ontwikkelen kan een uitwisselen van ervaringen van de leidster met de moeder schuldontladend en daardoor heilzaam werken. De combinatie van sterke reddersfantasieën bij de leidster „ik moet een betere moeder zijn” met de vaak bestaande gevoelens van „als-moeder-gefaald-te-hebben” bij de werkelijke moeder, leidt vaak tot moeilijk oplosbare conflicten.

De betekenis van het agressief handelen

Het al of niet een plaats vinden van het kind in de leeftijdsgroep informeert ons over het sociaal functioneren. Aan de hand daarvan kan meer aandacht worden gegeven aan groepsinteractie via spelprojecten op de afdeling dan wel aan een individuele benadering. In de meeste gevallen van kindermishandeling en in het bijzon-

der bij kinderen die metterdaad zijn geslagen, is er een ernstige stoornis in de regulatie van eigen agressieve gevoelens. Meestal is er sprake van min of meer angst om de eigen agressie in gevoel te uiten of onder woorden te brengen. Ook de normale agressieve of sadistische fantasieën worden als te bedreigend beleefd. Dit kan leiden tot ernstige inperking of retardatie van emotioneel en intellectueel functioneren, het kan ook leiden tot hevige provocaties van de omgeving door onbeheerste driftuitingen, ongecontroleerde agressieve uitbarstingen en andere vormen van *acting out*.

In dit verband is het van belang er op te wijzen dat agressief handelen, vooral als dat beperkt en ongecontroleerd gebeurt, er meestal op duidt dat agressieve wensen en fantasieën door het kind zelf met alle macht worden ontkend. Verwarring ontstaat dikwijls, als de omgeving, die dit sociaal onaanvaardbaar vindt, de angst van het kind voor zijn eigen impulsen niet onderkent en de agressieve uitingen op zijn beurt weer met agressief autoritair optreden eventueel mishandeling, onderdrukt. Een psychotherapeutische *setting* tracht een dergelijke vicieuze cirkel te doorbreken waardoor de normale ontwikkeling kan voortgaan.

In de onderzoekssituatie kan al worden gesignaleerd hoe het kind de mishandeling heeft ervaren. Er wordt het kind de mogelijkheid gegeven in een vrije speelsituatie te reageren. Gelet wordt op de contactnorm, die in het begin vaak afwerend of oppervlakkig is. Bij veel kinderen bestaat een ernstige stoornis in het normale vertrouwen in de volwassene. Vaak groeit het contact echter snel als de onderzoeker de speluitingen van het kind accepteert en stimuleert. Het niveau en de ontwikkeling van een spelbeeld, dat vaak geremd of zelfs geblokkeerd kan zijn, geeft ons inzicht in de manier waarop het kind spelend zijn problemen al of niet kan verwerken (*Winnicot*). De inhoudelijke thematiek brengt ons op het spoor van de beleving door het kind van zijn mishandelende omgeving. Het is echter noodzakelijk een reeks observaties te doen om het kind te helpen via thematische speluitbeeldingen te komen tot een verwerking van de angst, die agressieve impulsen hem bezorgen. Doordat de hulpverleners zich vaak meer vereenzelvigen met het mishandelde kind, dan met de mishandelende ouders, kan een belangrijk aspect onopgemerkt blijven, namelijk hoe het gestoorde gedrag van het kind de ouders kan provoceren tot

woede uit machteloosheid. Dit gebeurt lang niet altijd even intensief, maar kan heel belangrijk zijn. Er zijn vele manieren, waarop kinderen de ouders een machteloos gevoel kunnen geven; bijvoorbeeld voedselweigering, die tot een echtstrijd kan leiden, maar ook allerlei ander plaaggedrag, waardoor de ouders zich ernstig gekrenkt kunnen voelen, ofschoon het vaak een spiegelbeeld is van hun eigen reactie via het imiteren daarvan door het kind. Dat dit ook later in de ontwikkeling kan leiden tot gestoord sociaal gedrag is bijvoorbeeld in de puberteit voldoende bekend.

De leeftijd van het kind

Het is ten slotte van belang rekening te houden met de leeftijd van het mishandelde kind om de invloed van de mishandeling op de ontwikkeling te kunnen beoordelen. Bij de zuigelingen en peuters (0-2 jaar) is het vooral van belang de basisveiligheid te herstellen door affectieve en lichamelijke koestering en herstel van de normale basale verzorging. Het aanwezig zijn van een vaste verzorgster is daarbij een belangrijke voorwaarde.

Bij de kleuters (2-6 jaar) gaat, naast de koestering en verzorging, het aanbieden van een veilig en duidelijk pedagogisch milieu een belangrijke rol spelen. Bij de vier- tot zes-jarigen neemt de differentiatie toe in de voorstellingen over het verschil tussen klein en groot en man en vrouw. Deze voorstellingen kunnen bij mishandeling duurzaam aan agressieve voorstellingen en angst worden gekoppeld, wat een verdere ontwikkeling van de geslachtelijke identiteit ernstig in gevaar kan brengen.

Bij de schoolkinderen kunnen de leervaardigheid, het plezier in eigen intellectuele functies en het sociale gedrag ernstig door mishandeling zijn aangetast. In de prepuberteit gaan verstoringen in de agressieve en seksuele fantasiewereld vaak gepaard met fobische angsten rondom het eigen lichamen functioneren en de natuurlijke losmaking van de ouders kan zeer gestoord zijn door versterkte gevoelens van schuld.

Voor de huisarts is het van betekenis, de normale ontwikkelingsprocessen van een kind als uitgangspunt te nemen als hij moet schatten welke achterstand in een concreet geval bestaat. Is de discrepantie tussen beide erg groot, dan dient chronische mishandeling in de differentiële diagnose te worden opgenomen.