

# Een kind in de knel na scheiding van de ouders

E. CRONE-KRAAIJEVELD

**Crone-Kraaijeveld E. Een kind in de knel na scheiding van de ouders. Huisarts Wet 1997; 40(6): 254-8.**

**Samenvatting** Bij kinderen die problemen krijgen als reactie op een traumatische gebeurtenis als de scheiding van de ouders, bestaat het risico dat de lichamelijke klachten relatief veel nadruk krijgen. De aandacht voor de lichamelijke klachten dient in dergelijke gevallen hooguit als ondersteuning van de benodigde geestelijke hulp. Verwijzing naar professionele hulpverleners is noodzakelijk, als kind en/of gezin sociaal niet meer goed functioneren, of als behandeling door de huisarts de vertrouwensrelatie met het gezin zal verstoren. Regelmatig overleg met de betrokken hulpverleners waarborgt een begeleiding waarbij verbetering van de psychosociale omgeving van het kind centraal staat. Gestreefd moet worden naar een oplossing die voor alle partijen op den duur aanvaardbaar zal zijn.

Dr. E. Crone-Kraaijeveld, huisarts, Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut Huisartsgeneeskunde Ff319, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.

## Inleiding

Kinderen zijn meer dan anderen aangewezen op verzorging, opvoeding en vorming, en zijn daardoor meer dan anderen afhankelijk van hun sociale omgeving. Een echtscheiding grijpt diep in in het leven van een kind, doordat de ouders op wie het kind is aangewezen om traumatische gebeurtenissen te verwerken, niet of slechts gedeeltelijk beschikbaar zijn. Kinderen die een opeenstapeling van spanningen ondervinden, lopen een hoger risico om psychische problemen te krijgen, doordat de oorzakelijke factoren elkaar gaan versterken.<sup>1-3</sup> Wanneer en hoe vaak hierbij ernstige psychische problemen ontstaan, is niet zonder meer duidelijk. Risicofactoren voor ernstige psychosociale problemen bij kinderen moeten echter vroeg worden onderkend, omdat ze kunnen leiden tot ontwikkelingsstoornissen. Hierbij kunnen de volgende vragen worden gesteld.

- Welke signalen van ouders en kinderen kunnen wijzen op de aanwezigheid van een emotionele stoornis?
- Welke factoren spelen een rol bij het ontstaan van emotionele stoornissen na een scheiding?
- Wat kan de huisarts doen bij psychische problematiek?

## Casus

Kevin, 6 jaar, is de jongste van vijf kinderen. Zijn broers en zussen wonen geen van allen meer thuis. Een jaar geleden zijn vader en moeder uit elkaar gegaan. Vooral in de anderhalf jaar vóór de scheiding waren er in huis veel spanningen.

In zijn eerste levensjaren werd Kevin een aantal keren op het spreekuur gezien met bovenste-luchtweginfecties, soms gepaard met wheezing en nachtelijk hoesten. Tot het moment dat vader definitief het huis verliet, verliep zijn lichamelijke en geestelijke ontwikkeling goed. Kort na de scheiding zie ik hem bijna wekelijks vanwege kortademigheid die moeilijk te couperen is, en ook in de avonden wordt hiervoor geregeld een arts geraadpleegd. Tijdens de consulten melden de ouders

ook dat Kevin niet of nauwelijks wil eten, en dat hij agressieve buien heeft. Beide ouders zijn overbezorgd en stellen stevast de opvoedingsmethoden van de ander ter discussie.

Tijdens het lichamelijk onderzoek wordt steeds een forse wheezing gehoord. Met de piekstroommeter blaast Kevin 50-75 procent van de voor zijn lengte (117 cm; P50) en leeftijd gebruikelijke waarden. Lengte en gewicht passen bij de te verwachten groeicurven. De familieanamnese is positief voor astma. Kevin wordt behandeld met inhalatiemedicatie.

Bij de bespreking van de klachten komt naar voren dat er problemen zijn met de bezoeksregeling. Afspraak is dat Kevin eens in de veertien dagen een weekend naar zijn vader gaat. Het komt echter geregeld voor dat moeder hem na schooltijd zegt dat hij maar bij zijn vader moet gaan eten; daar wordt hij dan vaak weer weggestuurd, omdat vader andere afspraken heeft. Tegelijkertijd zijn de ouders verwikkeld in een concurrentiestrijd over de vraag wie van hen het beste voor Kevin zorgt.

Intussen gaan Kevin's prestaties op school schrikbarend achteruit, terwijl hij ook geen aansluiting meer met leeftijdsgenootjes heeft. De leerkracht schakelt de schoolarts in, die Kevin verwijst naar het Riagg. Daar begeleidt een pedagoge hem, terwijl de moeder wordt gesteund in een consequente aanpak met een duidelijke structuur teneinde verdere stagnatie in Kevin's ontwikkeling tegen te gaan. Vader is daar fel tegen gekant en dreigt het kind bij de moeder weg te halen.

Ondanks de begeleiding en regelmatige afstemming van zorg tussen de betrokken hulpverleners (schoolarts, maatschappelijk werk, pedagoge Riagg, huisarts) gaat het steeds slechter met Kevin. Hij wordt schuw en zijn gedrag valt in een paar maanden terug in de vroege peuterfase. Hij heeft een extreme verlatingsangst, durft niet meer alleen naar het toilet en klampt zich letterlijk vast aan de ouder. In het bijzonder de relatie met zijn moeder is symbiotisch. Daarnaast heeft hij steeds vaker aanvallen van benauwdheid.

Moeder voelt zich bedreigd door de va-

der, die haar verzorging van het kind en de hulp die ze zoekt afkeurt, en door de burens die steeds vaker opmerkingen over het gedrag van Kevin maken. Op haar uitdrukkelijk verzoek wordt Kevin naar de kinderarts verwezen voor een eenmalige beoordeling. De kinderarts kan bij lichamelijk onderzoek geen afwijkingen vaststellen en onderschrijft het tot dan toe gevoerde beleid.

Om het groeiende spanningsveld tussen de ouders en Kevin's reactie daarop te doorbreken, wordt Kevin verwezen naar een medisch kindertehuis met zowel een medische als een psychologische begeleiding. Aanvallen van benauwdheid komen er niet voor en tot schrik van de ouders verlangt hij niet naar huis. Binnen enkele weken is hij daar weer de ravottende dondersteen die we kenden. Het touwtrekken van de ouders met hem als middelpunt heeft geleid tot een conflict dat hij alleen maar op de beschreven wijze kon uiten.

We zijn nu drie jaar verder. Kevin is, na enkele weken in het kindertehuis, weer bij zijn moeder gaan wonen. De ouders hebben nog enkele maanden begeleiding gekregen. Kevin ziet zijn vader regelmatig. Hij heeft geen klachten van benauwdheid meer gehad en gedijt goed.

### Epidemiologische gegevens

Hoe vaak signaleren artsen emotionele problemen bij kinderen, al dan niet gerelateerd aan scheiding van de ouders?

Hoewel de laatste jaren diverse morbiditeitsstudies zijn uitgevoerd, zijn epidemiologische gegevens slechts in beperkte mate voorhanden. In de Nationale Studie werden in totaal 49.453 gezondheidsproblemen van kinderen van 0-14 jaar bij de huisarts geregistreerd. De hoogste frequentie psychische klachten werd gevonden bij jongens van 5-9 jaar en bij meisjes van 10-14 jaar, respectievelijk 16 en 15 per 1000 kinderen in drie maanden. Naast de 63 kinderen bij wie de huisarts enuresis koppelde aan mogelijke psychische problematiek, vermeldde de huisartsen bij 6 procent van de hoofdpijnklachten en bij 5 procent van de slaapstoornissen dat zij

tevens dachten aan spanning, angst of gedragsstoornissen. Bij andere klachten suspect voor psychosociale problematiek werd dit niet zo expliciet gemeld.<sup>4</sup>

Bij registraties gaan echter nuances verloren. Zo bleek tijdens consultbesprekingen van huisartsen met een kinderarts dat psychische aspecten gemakkelijker in een gesprek aan de orde worden gesteld dan in een verwijsbrief.<sup>5</sup> Bij morbiditeitsregistratie zal dus slechts een topje van de ijsberg zijn terug te vinden.

### Kenmerken kind en omgeving

Ernstige emotionele problemen worden vaker gezien bij kinderen die negatieve associaties oproepen, bijvoorbeeld doordat ze 'moeilijk' zijn – veel ziek, veel huilen en/of moeilijk te corrigeren – of op de ex-partner lijken. Ook ongewenste kinderen en kinderen die na de scheiding verzorgd worden door iemand anders dan de biologische ouder, hebben een groter risico om psychische problemen te krijgen. Ernstige ruzies in het gezin en gebrekkige communicatie tussen gezinsleden vormen indicatoren van stress. Wanneer door de ouders en/of het kind op inadequate wijze op deze stress wordt gereageerd, bestaat de kans dat probleemgedrag ontstaat. In het bijzonder het opvoedkundig handelen van de ouders speelt bij de inductie en verwerking van stress in het gezin een belangrijke rol.<sup>2</sup>

Sommige ouders glijden bij ernstige problemen na de scheiding af tot verwaarlozing en zelfs mishandeling van het kind. Dit kan slechts worden verklaard door een combinatie van factoren op het niveau van maatschappij, gezin en individu. Verwaarlozing en mishandeling komen vaker voor bij ouders die sociaal-contactueel weinig vaardig zijn, en bij ouders met veel problemen op emotioneel of financieel gebied of op het werk. Ook bij ouders met weinig kennis van het gedrag en de ontwikkeling van hun kind, ouders met weinig zelfvertrouwen en een laag zelfbeeld, en ouders die zelf een nare jeugd hebben gehad en niet hebben ervaren wat een liefderlijke opvoeding betekent, schiet de schaal sneller door naar verwaarlozing of mishandeling.

Verslavingsproblematiek is hierbij een versterkende factor. Vergelijkbare emotionele problemen kunnen zich voordoen na het overlijden van een geliefde – gezinslid of vriendje<sup>6,7</sup> – en in gezinnen die het kind anderszins inadequate steun en structuur bieden, in de zin van een te 'keurige' (autoritaire) of juist te vrije opvoeding. Ook het leven in een sociaal isolement en overbelasting door het uiteenvalen van het gezin, alleenstaand ouderschap, slechte huisvesting of een groot aantal jonge kinderen in huis kunnen een rol spelen.<sup>8-12</sup>

Demografische factoren als gezinssamenstelling en sociaal-economische klasse oefenen alleen een negatieve invloed uit, als ze aanleiding geven tot spanningen binnen het gezin.<sup>13</sup>

### Presentatie

De subjectieve waarneming door ouders dat hun kind zich ongelukkig of verdrietig voelt, is een belangrijk signaal. Ouders plegen voor afwijkend gedrag van hun kind pas hulp te vragen, wanneer zij dat als problematisch ervaren. Daarnaast worden vaak lichamelijke klachten gepresenteerd als eerste signaal van een probleem. De meest gepresenteerde lichamelijke klachten zijn hoofdpijn, buikpijn, moeheid, voedingsproblemen en een slechte motoriek. Bij de presentatie van de klacht is het belangrijk om niet alleen te letten op lichamelijke en geestelijke signalen van het kind, maar ook op gedragssignalen van de ouder(s). Is hun reactie adequaat of pathologisch? Is er sprake van adequate bezorgdheid en een reële inschatting van de klachten, of van overbezorgdheid of juist onverschilligheid? Vraagt de ouder veel aandacht voor zichzelf, wordt het kind afgekat of worden de klachten gebagatelliseerd? En hoe staan de ouders tegenover (medische) hulp? Vooral het afwijzen van hulp die in de gegeven situatie normaal of wenselijk zou zijn, vereist nadere analyse. Ook het bekrachtigen van de lichamelijke klachten van het kind door de ouders kan een waarschuwing zijn; soms hebben ouders er belang bij de echte problemen niet te bespreken.<sup>14</sup>

Net als in de beschreven casus het geval was, kan de presentatie van problemen bij het kind bedoeld zijn om de arts uitspraken te ontlokken over de door de andere ouder verleende zorg en/of de bezoekenregeling. Het wordt dan extra moeilijk om als huisarts voor alle gezinsleden een vertrouwenspersoon te zijn en te blijven. Om de druk van de ketel te halen, is het in dergelijke situaties verstandig de coördinatie van de niet strikt huisartsgeneeskundige zorg over te laten aan een andere hulpverlener.

Om gedragsstoornissen bij kinderen te kunnen vaststellen, zijn een gesprek of een eenvoudig spel met het kind, en kennis van de ontwikkelingsveranderingen die bij de normale groei horen, onontbeerlijk. De manier waarop het kind op een scheiding zal reageren, is mede afhankelijk van het ontwikkelingsniveau. De zuigeling en jonge peuter zijn vooral gevoelig voor de mate waarin de achterblijvende ouder kan blijven functioneren. Bij de kleuter en het jonge kind neemt de driehoek kind-vadermoeder een centrale plaats in bij de ontwikkeling. Verstoring van die driehoek, vooral ten aanzien van de ouder van hetzelfde geslacht, kan leiden tot identificatieproblemen. Bij het oudere kind spelen vooral de veranderde sociaal-economische factoren een belangrijke rol. Grote veranderingen kunnen loyaliteitsconflicten en een verstoring van de persoonlijkheidsontwikkeling veroorzaken.<sup>7</sup>

Gedragssignalen van het kind die op ernstige emotionele problemen kunnen wijzen, zijn: veel huilen, er verdrietig uitzien, geen plezier kunnen maken, zich te jong gedragen, apathisch of somber zijn, depressief gedrag, affectie- en hechtingsproblemen (allemandsvriend of extreem eenkennig), maar ook agressief en delinquent gedrag. Nerveuze bewegingen en angst of spanning bij aanraking kunnen een alarmsignaal zijn. Op school kunnen leer- en concentratieproblemen extra aandacht vragen, of wordt spijbelen gesignaleerd. Het kind heeft vaak weinig zelfvertrouwen en problemen met het aangaan of behouden van vriendschappen. In extreme gevallen kan er sprake zijn van regressie van de ontwikkeling, wegloop- en/of ver-

slavingsgedrag, zelfhaat, zelfverwonding en (poging tot) zelfmoord.

Lichamelijke signalen voor ernstige emotionele problemen zijn: voedingsproblemen, veel ziek zijn en traag herstel van ziekte, opvlammen van chronische aandoeningen als constitutioneel eczeem en astma, afbuigende groeicurven, ontwikkelingsachterstand en een onverzorgd uiterlijk.<sup>9,10,15</sup> Ook al is de huisarts ervan overtuigd dat de oorzaak van de lichamelijke klachten psychisch is, bij niet gedijen, groeiachterstand en onduidelijke klachten moet het kind volledig worden onderzocht. Het zal niet voor het eerst zijn, dat de schaal van de tik uit onvermogen al is doorgeslagen naar niet te miskennen mishandeling.<sup>9</sup>

### Beleid

Een kind met emotionele problemen heeft niet vanzelfsprekend professionele hulp nodig. Scheiden is een traumatische gebeurtenis waarbij een rouwproces optreedt. Wat een kind dan nodig heeft, is iemand die op zijn niveau kan communiceren, die begrijpt hoe de gedachtenwereld van een kind in elkaar zit, en hoe kinderen in hun spel omgaan met traumatische situaties.<sup>6</sup>

Indien professionele begeleiding gewenst is, staat het verbeteren van de emotionele situatie van het kind centraal: de hulpverlener tracht de psychosociale omgeving te verbeteren en de spanningen in het gezin te reduceren, en streeft er daarbij naar het contact met kind en gezin niet te verliezen.<sup>9,10,16</sup> Wanneer de huisarts (of een andere hulpverlener) hierbij wordt betrokken, dient deze voor de diagnostiek kennis te hebben van de normale ontwikkeling van een kind en de invloed van de omgeving hierop (zowel de directe leefomgeving als de sociaal-culturele omgeving). Tevens is kennis betreffende het ontstaan en de manifestatie van de klachten en de indicatie, doelstellingen en effecten van de beschikbare behandelingsvormen onontbeerlijk. Of de huisarts begeleiding kan bieden, is dus vooral afhankelijk van zijn expertise op het gebied van de ontwikkeling en verwerking van trauma's door een

kind. Naast een zorgvuldige analyse van de gepresenteerde klacht zal de huisarts moeten beslissen hoeveel achtergrondinformatie hij op dat moment nodig heeft om een goed beeld te krijgen. Relevante punten die tijdens het diagnostisch proces aan bod moeten komen zijn: het (probleem)gedrag van het kind in de concrete situatie en de factoren die dit gedrag versterken of tegengaan, de beleving van het probleem door de ouder(s) en het kind, het ontwikkelingsbeloop en -niveau, het functioneren van het gezin en de aanwezigheid van pathologie. Deze diagnostiek wordt onder andere verricht om na te gaan óf ingegrepen moet worden. Daarbij wordt beoordeeld of het gedrag van het kind in de gegeven situatie als normaal of als abnormaal moet worden beschouwd. De kwantitatieve criteria die in de klinische praktijk gebruikt worden zijn: frequentie, duur, intensiteit en omvang van het probleemgedrag. Als agressief gedrag zowel thuis als op school en op straat voorkomt, duidt dit op een ernstiger problematiek dan als dit gedrag alleen thuis voorkomt. Daarnaast worden kwalitatieve criteria gebruikt, zoals de aanwezigheid van lijden, belemmeringen in het functioneren en de aanwezigheid van klinische syndromen. Aangezien de omgeving van het kind na een scheiding sterk verandert, kan het beste worden uitgegaan van 'normaal' als het kind op een bevredigende manier – passend bij het ontwikkelingsniveau – omgaat met zichzelf en de omgeving.<sup>16</sup>

Bij milde klachten die bij de normale verwerking horen en bij de afwezigheid van andere risicofactoren, kan de huisarts het natuurlijk beloop afwachten. De meeste problemen wordt binnen het gezin, de school en de vriendenkring opgelost. Vanwege de kwetsbaarheid van het kind zijn bij lichamelijke en/of geestelijke klachten controle-afspraken wel noodzakelijk. Bij de beoordeling spelen de frequentie, de duur en de omvang van het gedrag een belangrijke rol. Ook de mate waarin het kind en de omgeving eronder lijden, kan reden zijn voor een actievere benadering.

Als er sprake is van ernstige lichamelijke klachten, terwijl bij lichamenlijk onderzoek geen aantoonbare ernstige aandoe-

ning wordt gevonden, zit het kind zo emotioneel in de knel, dat 'een beetje behandelen' geen soelaas zal bieden en verwijzen noodzakelijk is. Bij de ernstige probleemkinderen blijkt achteraf dat er niet alleen risicofactoren aanwezig waren, maar ook dat vaak te laat of inadequaat hulp is ingeroepen.<sup>2</sup> Om in de eerste fase na een verwijzing een duidelijk beeld te krijgen, zullen deze gegevens vaak multidisciplinair verzameld en uitgewisseld worden. De betrokkenheid van niet-medische en paramedische disciplines is afhankelijk van de aard en de presentatie van de klacht. In de eerste lijn kunnen we hierbij onder meer denken aan observaties van een leerkracht of sportcoach, de gezinscontacten door een maatschappelijk werkende en de bevindingen van de schoolarts, pedagoog en psycholoog. Gezien de verschillen in referentiekader, zal samenwerking noodzakelijk zijn om de hulpverlening te structureren.<sup>16</sup> Het kind eerst verwijzen om de lichamelijke klachten grondig uit te laten zoeken om uiteindelijk te moeten meedelen dat er geen lichamelijke afwijkingen zijn gevonden en dat de behandeling verder door de kinderpsychiater of hulpverleners van het Riagg zal moeten gebeuren, roept onbegrip en weerstand op. Zeker als dit resultaat nogal direct wordt gebracht, zullen ouders zich vaak verzetten en zich terugtrekken of gaan shoppen. Ze vertalen de psychische duiding vaak in 'aanstellerij' of ervaren deze als een schande. Als de ouders en/of het kind al inzicht hebben in de oorzaak van de problemen, levert gericht vragen naar psychosociale aspecten bij de ernstige stoornissen in het begin meestal weinig op door onder meer schaamte, schuldgevoel en/of een loyaliteitsconflict.

Bij ernstige problematiek, zoals duidelijk sociaal disfunctioneren van het kind, aanwijzingen voor psychiatrische problematiek en/of een ernstige verstoring van het functioneren van het gezin, mogen we het belang van het kind niet uit het oog verliezen.<sup>14</sup> Misschien moet het belang van het kind zelfs prevaleren boven het belang van de ouders, hoewel we ook met hen een vertrouwensrelatie hebben. Om de vertrouwensarts van het hele gezin te kun-

nen blijven, kan het wenselijk zijn de medische zorg voor het kind tijdelijk over te dragen aan een kinderarts. Ook een behandeling van het gezin in een dagverblijf voor kinderen (en hun ouders) kan een optie zijn waarmee beide partijen geholpen worden. Bij ernstige problematiek zal de voortgang van de interventie regelmatig geëvalueerd moeten worden, waarbij gaandeweg de diverse factoren die bijdragen aan het probleem, zoals de constitutie van het kind, de psychische kenmerken en de sociale factoren, opnieuw bekeken moeten worden.<sup>16</sup> Indien de huisarts hiervoor voldoende expertise heeft, kan hij de coördinatie en evaluatie van het zorgproces op zich nemen. Men moet er dan wel op bedacht zijn dat dit kan conflicteren met de rol van vertrouwenspersoon voor het gezin.

### Beschouwing

Elk jaar worden circa 40.000 kinderen geconfronteerd met de echtscheiding van hun ouders. Deze traumatische gebeurtenis ondermijnt de geborgenheid van het kind. De gevolgen zijn afhankelijk van de wijze waarop de ouders de relatie verbreken en de leeftijd en constitutie van het kind. De scheiding kan paradoxaal genoeg ook een verlichting voor het kind betekenen omdat de spanning veroorzaakt door met elkaar overhoop liggende ouders is geweken. Vooral de vaak langdurige ruzies en spanningen voorafgaand aan de definitieve breuk schijnen de oorzaak te zijn van veel problemen waarmee kinderen te kampen hebben.

Zowel de reactie van kinderen op de scheiding als hun veerkracht blijkt zeer divers te zijn. Hoewel bijna alle kinderen een scheiding als zeer stressvol ervaren, zullen de meesten niet in een emotioneel problematische situatie terechtkomen of probleemgedrag vertonen. Gevoelens van angst, onrust, wrok, neerslachtigheid en zelfs schuld kunnen vlak na een scheiding tot het normale reactiepatroon gerekend worden.<sup>17,18</sup> Het kind is veelal ontredderd en kan zich uit onvermogen, angst of schaamte uiten in lichamelijke klachten. De invloed van de scheiding is afhankelijk

van de leeftijdsfase. Bij het hele jonge kind is scheiding van de zogenaamde gehechtheidsfiguur traumatisch. Bij kleuters komt het regelmatig voor dat ze denken dat de ouder weggegaan is als vergelding de autonomie of voor een imaginaire of werkelijk begane overtreding van het kind.<sup>6,8</sup> Oudere kinderen kunnen het gevoel hebben verstoten te zijn of hun thuis te hebben verloren. Ze willen de achterblijvende ouder niet met hun verdriet belasten en zoeken veelal steun binnen de eigen sociale verbanden: een goede vriend of vriendin, een mentor of een collega kunnen steunen en/of oplossingen aandragen. Voor het jongere kind kan een begrip-pend familielid of een leerkracht van wezenlijk belang zijn. Indien de relaties die ze aangaan constructief zijn is er sprake van een positieve aanpassing. Goede (school)relaties en leerprestaties kunnen de ontwikkelingsbedreigende factoren van het gezin compenseren.<sup>6,19,20</sup>

De periode vlak na de scheiding is extra risicovol voor het ontstaan van psychische problemen. Het kind kan dan reageren met afwijkend gedrag, zoals concentratiestoornissen, angst, ontkenning, agressieve gevoelens, schuldgevoelens, depressies en het gedurende langere tijd koesteren van herenigingfantasieën. Dit vraagt speciale aandacht van de verzorgende ouder, die echter zelf in beslag wordt genomen door problemen en die daardoor niet altijd goed in staat is het kind op te vangen. De wijze waarop de ouders reageren op de sociaal-economische en emotionele gevolgen van de scheiding is bepalend voor de verdere emotionele ontwikkeling van het kind.

Lange tijd na de scheiding kan het kind blijven verlangen naar de afwezige ouder vanwege het voelen van een verwantschap of de wens tot identificatie. Een juridisch afgedwongen bezoekrechten kan een bedreiging voor het kind vormen indien deze regeling spanning tussen de ouders oproept en/of het kind in een loyaliteitsconflict getrokken wordt. Kinderen die te jong zijn om deze conflictevoelens te verwoorden lijden gewoonlijk aan nachtmerries, slaapwandelen of vertonen gebrek aan eetlust, vooral tegen de tijd dat een

ontmoeting met de afwezige ouder nabij komt.<sup>18</sup>

Uit een longitudinaal onderzoek naar de ontwikkeling van 17.414 kinderen op de leeftijd van achtereenvolgens 1 week en 7, 11, 16 en 23 jaar is gebleken dat enerzijds het relatieve risico op het krijgen van emotionele problemen na een scheiding van de ouders toenam, maar dat anderzijds slechts een minderheid van de kinderen – 6 procent van de jongens en 18 procent van de meisjes – als jong-volwassene nog steeds (ernstige) emotionele problemen had door de scheiding. Deze kleine subgroep was proportioneel gezien wel een belangrijke groep voor wat betreft de behoefte aan professionele interventie. Tevens bleek dat sommige kinderen die zich aanvankelijk soepel leken aan te passen, een verlate reactie kregen, vooral in de adolescentie.<sup>18</sup>

De lange-termijneffecten blijken vooral gerelateerd te zijn aan het ontwikkelingsstadium, het geslacht en het temperament van het kind, alsmede de kwaliteit van de thuissituatie en de sociaal-economische steun die ouders en kind ter beschikking staan, en niet zo zeer aan de scheiding of een nieuwe relatie van de verzorgende ouder. Hierbij is gebleken dat, ondanks dat er sprake is van een stressvolle situatie, zowel het goed voorbereiden op een scheiding als het uit een conflictsituatie gehaald worden, als de introductie van een nieuw gezinslid een positieve invloed kan hebben op de ontwikkeling van het kind. In het geval dat de verzorgende ouder een nieuwe relatie aangaat, blijkt een band met de nieuwe partner soepeler te verlopen naarmate het kind jonger is.<sup>17-19</sup>

Een sterk versturende factor ontstaat bijvoorbeeld als ouders onvoldoende koestering, stimulans, regelmaat en voorspelbaarheid of onvoldoende gevoel van veiligheid en geborgenheid geven; in een dergelijke situatie is er sprake van emotionele verwaarlozing van het kind. Hiervan is in zekere zin ook sprake als een ouder te veeleisend is voor een puber of adolescent en het kind volwassen verantwoordelijkheden oplegt.<sup>9,15,17</sup>

In dergelijke gevallen geeft de werkhypothese verwaarlozing veel artsen gewee-

tenconflicten, zeker als de indruk bestaat dat de problemen van het kind ontstaan zijn uit onmacht van de ouder(s) over het omgaan met de nieuwe gezinssituatie. Emotionele en financiële problemen van de ouder kunnen conflicteren met een kind dat extra veel aandacht vraagt.<sup>17</sup>

Artsen kunnen een aantal redenen hebben om weinig of geen aandacht te besteden aan signalen van (emotionele) verwaarlozing. Dit kan veroorzaakt worden door het niet herkennen van de signalen, of een terughoudende opstelling vanwege onzekerheid en ongeloof. Hierbij speelt de geschatte kwaliteit van het gezin en de vroegere stabiliteit van de ouders een belangrijke rol. Bij ernstige situaties kunnen gevoelens van machteloosheid, te veel rompslomp bij melding of slechte ervaringen met de (snelheid van) afhandeling, problemen rond de zwijgplicht en angst voor de juridische gevolgen vertragend werken op het handelen van de arts.<sup>9</sup>

#### Literatuur

- 1 Rutter M. Invulnerability, or why some children are not damaged by stress. In: Shamsie SJ, editor. *New directions in children's mental health*. New York: SP Medical & Scientific Books, 1979. p. 53-75.
- 2 Van der Ploeg JD. Kinderen in de knel. In: Nuy MHR, Van de Lisdonk EH, redactie. *Medicus en maatschappij*. Utrecht: SWP, 1995.
- 3 Verhulst FC. *Mental health in Dutch children* [dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1985.
- 4 Bruijnzeels MA, Van Suijlekom-Smit LWA, Van der Velden J, Van der Wouden JC. Het kind bij de huisarts. Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Rotterdam/ Utrecht: Nivel, 1993. p. 86, 88, 89, 159.
- 5 Van Suijlekom-Smit LWA, Crone-Kraaijeveld E. Het zieke kind, een zorg voor huisarts en kinderarts [dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1994.
- 6 Black D. Childhood bereavement. Distress and long term sequelae can be lessened by early intervention. *BMJ* 1996; 312: 1496.
- 7 Oudshoorn DN, Brans HCM, Duyx JHM, Eussen MLJM. *Kinderen- en adolescentenpsychiatrie. Een praktisch leerboek*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.

Hoofdstuk 3.4. Dood van een ouder en echtscheiding.

- 8 Pinkerton P. *Het emotioneel gestoorde kind*. Alphen a/d Rijn: Samsom, 1979.
- 9 Aarsen R, Janse C, Sas L. *Kindermishandeling*. In: Van Suijlekom-Smit LWA. *Therapeutisch handelen in kindergeneeskunde en kinderverpleegkunde*. Rotterdam: Postacademisch Onderwijs Kindergeneeskunde, Sophia Kinderziekenhuis, 1996. p. 132-140.
- 10 Pieterse JJ. *Kindermishandeling in het gezin* [dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1982.
- 11 Bilo RAC, Voorhoeve HWA, Koot JM. *Kind in ontwikkeling. Een handreiking bij de observatie van jonge kinderen*. In: Bilo RAC, Voorhoeve HWA, Koot JM. *Gedragsstoornissen*. Utrecht: Lemma, 1995.
- 12 Hobbs CJ, Hanks HGI, Wynne JM. *Child abuse and neglect: a clinician's handbook*. Singapore: Longman, 1993.
- 13 Van der Wouw BAJ, Te Kloeze JW. *Kinderen en autonomie in de vrije tijd*. *Pedagogische Studiën* 1990; 67: 368-81.
- 14 Bouman NH, De Goede-Bolder A. *Behandeling van kinderen met onbegrepen lichamelijke klachten*. In: Van Suijlekom-Smit LWA. *Therapeutisch handelen in kindergeneeskunde en kinderverpleegkunde*. Rotterdam: Postacademisch Onderwijs Kindergeneeskunde, Sophia Kinderziekenhuis, 1996. p. 130-1.
- 15 Bilo RAC. *Vroege signalering van kindermishandeling*. Lochem: De Tijdstroom, 1989. p. 101.
- 16 Kievit Th, De Wit J, Groenendaal JHA, Tak JA, redactie. *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen*. Amersfoort: College uitgever, 1992.
- 17 Hetherington EM, Stanley-Hagan M, Anderson ER. *Marital transitions. A child's perspective*. *Am Psychologist* 1989; 44: 303-12.
- 18 Chase-Lansdale PL, Cherlin AJ, Kiernan KE. *The long-term effects of parental divorce on the mental health of young adults: a developmental perspective*. *Child Development* 1995; 66: 1614-34.
- 19 Delfos MF. *Kinderen in ontwikkeling. Stoornissen en belemmeringen*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1996.
- 20 Tilanus CPG. *Jeugdhulpverlening en de overheid*. Utrecht: SWP, 1992.