

tien jaren dagelijks 100 mg chloroquinebase genomen. Een dergelijke dosis wordt in de vroegere Franse gebieden van Afrika door Franse artsen aanbevolen, zoals mij door Nederlanders met verlof uit één dezer landen herhaaldelijk is verteld.

Een dosering van 100 mg chloroquinebase per dag is echter veel te hoog. Voor de chemoprofylaxe van malaria dient een volwassene één keer per week 300 mg chloroquinebase te gebruiken (dus bv. 2 tabletten Resochin), kinderen van 6 tot 12 jaar 150 mg en kinderen jonger dan 6 jaar 75 mg. Volgens een rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie (1967) is er geen enkele aanwijzing dat chloroquine in deze dosis een retinopathie heeft veroorzaakt.

Bij de toediening van chloroquine, toegevoegd aan keukenzout, is een exacte dosering niet mogelijk; natuurlijk streeft men ernaar, dat bij een normaal gebruik van ongeveer 10 g zout per dag een dosis van 40 à 50 mg chloroquinebase per dag niet wordt overschreden. In Brits Guyana bijvoorbeeld werd aan het zout 0,43 pct chloroquinebase toegevoegd; bij een zoutgebruik van ongeveer 12 g per dag komt dat neer op ongeveer 50 mg chloroquinebase per dag (Annotation 1967). In het door collega HENKES genoemde onderzoek met collega LELYVELD in Amani zal de hoeveelheid chloroquinebase per dag waarschijnlijk ook niet meer dan 40 à 50 mg bedragen.

Dit neemt niet weg dat een dergelijk onderzoek zeer gewenst is; de resultaten mogen dan ook met belangstelling tegemoet worden gezien.

*Literatuur:* HENKES, H. E. (1970) Oogafwijkingen ten gevolge van geneesmiddelengebruik. *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1140. — BRUCE-CHWATT, L. J. (1968) *Lancet* **II**, 1039. — Wereldgezondheidsorganisatie (1967) *Chemotherapy of malaria*. Techn. Report Series, nr. 375. — Annotation (1967) Chloroquine in the salt. *Lancet* **II**, 600.

Amsterdam, 13 juli 1970

P. J. ZUIDEMA

Met de opmerking van professor ZUIDEMA ben ik het geheel eens. De dosis die gedurende 10 jaar in Mto wa Mbu, Tanzania, werd toegediend, is trouwens heel laag: circa 0,3% chloroquinebase. Het effect op de parasietenindex in dat gebied is momenteel zeer gunstig.

Wij hebben het onderzoek ingesteld omdat nog niet bekend was, waarvan de toxiciteit afhankelijk is: van de totale dosis of van de dosis per tijdseenheid, of van beide. Bovendien was niet bekend of bij kinderen slechtere voeding en sterkere pigmentatie de stapeling van chloroquine zou beïnvloeden en daarmee een sterkere retinotoxiciteit zou worden gevonden. Grove afwijkingen zijn echter tot nu toe niet vastgesteld. Evaluatie kan pas geschieden na het onderzoek van de controlegroep, dat nu nog loopt.

Rotterdam, 14 juli 1970

H. E. HENKES

### KINDERMISHANDELING

In zijn jongste Klinische les heeft Prof. DROGENDIJK (1970) onze aandacht gevraagd voor een centraal aspect in de medische zorg voor het mishandelde kind: hoe de arts er het meest toe kan bijdragen dat een herhaling van die mishandeling voorkómen worde. Uit de door hem besproken mogelijkheden gaf hij tenslotte de voorkeur aan de nog te treffen regeling dat de arts de vrijheid zou moeten hebben, een gebleken of vermoede mishandeling aanhangig te maken bij de Raad voor de Kinderbescherming, na daarover eventueel advies te hebben gevraagd aan een daarvoor door de

Afdelingsraad (van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) aangewezen vertrouwensman.

Na lezing van deze belangwekkende Les heb ik mij afgevraagd of er nog niet een andere mogelijkheid van secundaire preventie is, waarover ik gaarne in deze rubriek het oordeel van Prof. DROGENDIJK zou vragen.

Steunend op het onderzoek van CLEMENS SCHRÖNER (1957) gaf DROGENDIJK ons door, dat slechts 38% van de onderzochte mishandelde kinderen deel uitmaakt van een normaal gezin. Ik heb mij nu vooreerst afgevraagd of men niet in beginsel zou mogen verwachten dat elk mishandelde kind uit een gezin komt dat — althans ten tijde van de mishandeling — als gestoord beschouwd moet worden. Zal niet elke mishandelende ouder de bedoelde handeling of bejegening betreuren als helaas voortgekomen zijnde uit duidelijk te benoemen spanningen? Voor zover mijn ervaring strekt, was dat steeds het geval, zodat niet alleen de vraag naar de schuld maar evenzeer die naar de preventie in een ander perspectief kwam dan tijdens het eerste moment waarop de huisarts, internist of chirurg met dit misdrijf in contact kwam. Wanneer mijn veronderstelling een redelijke grond heeft, is het — evenzeer in beginsel — verantwoord als elke arts die zich geconfronteerd ziet met een geval van kindermishandeling, ervan uitgaat dat het gezin waaruit dit kind komt, psychiatrische hulp behoeft. Mijn vraag is dus of niet in al deze gevallen de verwijzing naar een psychiater geïndiceerd is. Daarbij kan ik mij voorstellen dat dan vooral de hulp van een in teamverband werkende psychiater gezocht wordt (sociaal-psychiatrische dienst; bureau voor levens- en gezinsmogelijkheden; medisch opvoedkundig bureau).

Voor zover ik het kan beoordelen, zou deze verwijzingsregel de bezwaren wegnemen van de verschillende door DROGENDIJK besproken mogelijkheden en bovendien een aantal voordelen hebben, die zwaar wegen ten aanzien van wat men uiteindelijk beoogt.

Vooreerst zou daarmee de mishandeling in een context geplaatst worden op een zelfde wijze als een symptoom deel uitmaakt van een syndroom. In dit geval zou het symptoom van de mishandeling in het sociale en psychiatrische kader van een gezinspathologie geplaatst worden en als zodanig te behandelen zijn. Behalve dat dit de best denkbare (secundaire) preventie is, zou er in therapeutisch opzicht doeltreffender gewerkt worden dan bij elk van de door DROGENDIJK uiteengezette mogelijkheden waar te maken is. Omdat het om een zo ernstige zaak gaat, moge ik deze bewering iets verduidelijken door kort in te gaan op de voordelen die zulk een verwijzing voor alle bij dit delict betrokkenen mijns inziens heeft.

Om te beginnen de arts die het mishandelde kind te behandelen kreeg. Het zal maar zelden voorkomen dat hij de ouders dan niet te spreken kan krijgen. Zowel in het geval hij weet als in het geval hij vermoedt dat er van mishandeling sprake was, is het naar mijn mening zijn plicht, dit de ouders mee te delen. Zelfs indien deze dit zouden ontkennen, zal hij hun nu toch op korte termijn duidelijk kunnen maken, het in het belang van het kind en henzelf te vinden, hen naar een psychiater te verwijzen. Omdat het een medische verwijzing is, zal die mededeling hem emotioneel geen bijzondere moeite kosten. Te meer niet omdat er nu niets achter de rug van de ouders om gebeurt. Hij zal zich in staat voelen dit rustig met de ouders te bespreken, vooral nu hij zich gerealiseerd heeft dat het door hem waargenomene waarschijnlijk teken is van een gecompliceerde en ook voor deze mensen zelf zorgwekkende gezinssituatie. Door deze attitude zullen ook de betrokken ouders gemakkelijker hun vertrouwen in hem behouden. Bovendien geeft deze handelwijze een on-

middelrijke verlichting in de bestaande problematiek; er komt een eerste aanzet tot openheid (velen van ons zullen ervaren dat het inderdaad de eerste maal is dat zulke ouders hun moeilijkheden ter tafel leggen) en daarmee al direct een vermindering van spanningen, hetgeen uiteraard ook het kind ten goede komt. Op deze wijze krijgt de arts nu tevens de beschikking over een aantal nadere gegevens die voor de psychiater van groot nut kunnen zijn. Maar mét zo'n verwijzing zijn ook alle moeilijkheden omtrent het beroepsgeheim voorkómen, óók naar het gevoelen van de ouders, terwijl de verwijzende arts toch geheel aan zijn verantwoordelijkheid beantwoordt heeft. Daar kindermishandeling tot de hoogste urgentie behoort met betrekking tot onmiddellijke hulpverlening, zal dat zeker gerealiseerd worden als de verwijzende arts persoonlijk contact met de psychiater opneemt. Intussen krijgt de psychiater een gezin in behandeling dat zich in een duidelijke crisissituatie bevindt, dat goed voorbereid is op zijn hulp en daarom in omstandigheden verkeert die optimaal te noemen zijn. Voor de ouders is met dit alles de dreiging van een justitieel onderzoek vervallen. De angst daarvoor is daarmee niet groter geworden dan ze al was; straf (wat zou dat hier anders kunnen doen dan complicerend werken?) blijft uit, met weer als gevolg dat het bestaande schuldbesef geheel binnen de therapeutische situatie verwerkt moet worden. Op deze wijze kan het bijna niet anders of in alle gevallen waarin dan alsnog een kindbeschermingsmaatregel onontkoombaar blijkt, zullen die ouders daaraan hun medewerking geven. Juist ook die medewerking is uit preventief oogpunt van grote betekenis.

Het spreekt overigens vanzelf dat die medisch-sociale hulp van bijzonder belang is voor de toekomstmogelijkheden van dit gezin en van ieder die erin participeert.

Tenslotte het kind, want daar ging het uiteindelijk om. Behalve de reeds ontvangen strikt medische zorg wordt er nu een verbetering voelbaar gemaakt, die niet gepaard gaat met een angst voor de scheiding. Want laten wij niet vergeten dat ook mishandelde kinderen „van hun ouders houden”.

*Literatuur:* DROGENDIJK, A. C. (1970) Beroepsgeheim. Het mishandelde kind. *Ned. T. Geneesk.* **114**, 949.

Vlaardingen, 8 juli 1970

W. J. SENGERS, *zenuwarts*

Voor de aandacht die collega SENGERS aan mijn klinische les heeft besteed, ben ik zeer erkentelijk. Volgaarne wil ik hem dan ook var repliek dienen.

De vraag van SENGERS of niet elk mishandeld kind uit een gezin komt dat — althans ten tijde van de mishandeling — als gestoord beschouwd moet worden, zou ik met ja willen beantwoorden. Hieruit volgt echter nog niet dat deze gezinnen derhalve in beginsel *altijd* psychiatrische hulp behoeven. Zo geeft bijvoorbeeld BRYANT c.s. (1963) als algemeen kenmerk van ouderparen die hun kinderen mishandelen, allereerst op, dat in deze gezinnen in de meeste gevallen een ernstige sociale problematiek te constateren is (disharmonie in het huwelijk, financiële moeilijkheden, conflicten met de familie of gebrek aan goede contacten met de maatschappij). In meer dan één geval zal dan ook, hetzij de behandelend arts, hetzij een instantie gelegen buiten de gezondheidssector, de vereiste hulp kunnen bieden. Niettemin moet kindermishandeling als een typisch psychosociaal wangedrag gekenschetst worden en zal daarom in zeer veel gevallen de psychiater ingeschakeld dienen te worden.

Vervolgens stelt SENGERS de vraag of het niet geïndiceerd is, elk geval van kindermishandeling te verwijzen naar een psychiater. Volgens hem zou deze „verwijzingsregel” de be-

zwaren wegnemen van de verschillende mogelijkheden die ik in mijn klinische les van 6 juni jl. heb gesteld ten einde de moeilijkheid dat de arts *wel* zijn patiënten, in casu het mishandelde kind, wil beschermen, maar *niet* wil fungeren als aanbrengrer van een strafbaar feit, op te lossen.

In de beantwoording van het ingezonden stuk van GORTEMULDER (dd. 11 juli 1970) heb ik er reeds op gewezen dat het mogelijk is, de in mijn klinische les onder 5 genoemde suggestie zodanig uit te werken, dat de Afdelingsraad voor dergelijke aangelegenheden een psychiater aanwijst, hetzij een kinderpsychiater, hetzij een sociaal-psychiater. Het wil mij echter voorkomen dat ook met deze breder uitgewerkte suggestie de in mijn Les gestelde problematiek niet volledig is opgelost.

In de eerste plaats zou ik erop willen wijzen dat lang niet alle ouders aan deze verwijzing gehoor zullen geven. Afgezien van het feit dat wij in veel gevallen met zodanig ont-aarde ouders te maken hebben, dat zij voor reden weinig vatbaar zijn, is de gang naar een psychiater voor iedereen een moeilijke gang. Niemand vindt het immers prettig, versierd te worden met het etiket van psychiatrisch gestoord te zijn. Voor het specialisme psychiatrie bestaat altijd een zekere drempelvrees.

Vervolgens is het zo, dat uit een oogpunt van preventie, ook al is het kind onder behandeling van een psychiater, het inroepen van de hulp van de Raad voor Kinderbescherming vaak gewenst, c.q. noodzakelijk is. COHEN-MATTHIJSEN (1970) heeft hier nog onlangs uitdrukkelijk op gewezen en met duidelijke voorbeelden een en ander gestaafd.

In de derde plaats is de pathologische ouder-kindrelatie tevens de reden dat sommige ouders het mishandelde kind voortijdig aan de medische zorg onttrekken. Bij een zo groot risico voor leven, gezondheid en emotionele ontwikkeling van het kind zal dan ingrijpen via justitiële instanties niet zelden onontkoombaar zijn.

Tenslotte mag ook niet uit het oog worden verloren dat de hulp van de gemeentelijke Sociale Dienst vaak nodig is in verband met de financiële consequenties.

Hieruit volgt dat de „verwijzingsregel”, hoe nuttig ook op zichzelf, de moeilijkheden ten aanzien van het beroepsgeheim niet oplost maar slechts verschuift. Want ook de psychiater zal lang niet altijd in staat zijn de zo gecompliceerde problematiek van het mishandelde kind *alleen* op te lossen. Terecht stelt dan ook PIETERSE (1970) dat behandeling van het mishandelde kind niet meer in handen van één mens kan berusten. Voorshands zie ik daarom de oplossing van het in geding zijnde probleem uitsluitend gelegen in de in mijn klinische les onder 4. geopperde mogelijkheid, t.w. de arts de vrijheid te geven de kwestie aanhangig te maken bij de Raad voor Kinderbescherming. Dat hierbij de psychiater als tussenschakel een belangrijke rol kan spelen, spreekt overigens voor zichzelf.

*Literatuur:* BRYANT, H. D. e.a. (1963) *Child Welfare* **42**, 125. — COHEN-MATTHIJSEN, TH. (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 142. — DROGENDIJK, A. C. (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1189. — GORTEMULDER, J. B. (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1189. — PIETERSE, J. J. (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1000.

Amsterdam, 16 juli 1970

A. C. DROGENDIJK Sr.

#### DE POSTZEGELVERZAMELING VAN HET TIJDSCHRIFT

Zoals bekend is, bezit het *Tijdschrift* een fraaie collectie postzegels met geneeskundige motieven. In 1969 werd mij verzocht deze zegels te ordenen. Ze zijn thans ondergebracht in 3 albums: