

Over kinderdoding en daders

Paul Cosyns* en Guido Pieters**

I. Inleiding

De doding van een kind door een volwassene is een vorm van crimineel gedrag dat specifieke kenmerken bezit. Het kan niet zo maar gelijkgesteld worden aan de doding van een volwassene door een andere volwassene.

Kinderen worden in de grootste meerderheid van de gevallen – tot 81 procent in Engeland (GIBSON, 1975) – door hun eigen ouders gedood. Het is de meest frekwente vorm van doding tussen personen die in een bloedverwantschapsrelatie staan. Meestal worden kinderen door hun moeder gedood. Kinderdoding wordt dan ook beschouwd als een typische vorm van vrouwelijke criminaliteit, daar het aandeel van vrouwen in de doding van volwassenen eerder gering is.

Een ander kenmerk is de spontane reactie van de publieke opinie wanneer een kind gedood wordt. Stemmen gaan op voor de toepassing van de zwaarste straf. Ofwel – als het om een moeder gaat – hoort men verontschuldigende uitspraken zoals “Je moet gek zijn om zoiets te doen”. Wanneer de psychiater-deskundige de beklaagde ontoerekeningsvatbaar verklaart is iedereen gerustgesteld. Kindermoord is in strijd met ons stereotiep cultureel beeld van de goede moeder die liefdevol voor haar baby of kind zorgt. Er wordt verwezen naar een onnatuurlijke daad, naar een perversie van een ingeboren “moederlijk instinkt”, naar een daad welke een sterk taboe overtreedt en daardoor hevige emotionele reacties opwekt.

Dergelijke culturele stereotypen en vooroordelen vervormen onze huidige perceptie van het verschijnsel. Onderzoek hieromtrent wijst erop dat kinderdoding door de eeuwen heen in gebruik was en door vele volkeren gepraktiseerd werd, om religieuze redenen (offer aan de Goden), om economische redenen (te weinig voedsel), om demografische redenen (als vorm van geboorteregeling of als eliminatie van ongewenste babys). Dit kon veelal slechts geschieden met de actieve medewerking van de moeders. Etnologische studies in Afrikaanse Chimpanzee-kolonies, die in de vrije natuur leven, hebben aangetoond dat kinderdoding ook daar geregeld voorkomt. (GOODALL, 1979). Kinderdoding werd ook bij Indonesische Orangoetangs beschreven (GALDIKAS, 1980). HRDY (1977) spreekt van kindermoord als een “primate reproductive strategy”.

* Psychiater, docent Vrije Universiteit Brussel, verbonden aan het Penitentiair Oriëntatie Centrum (Dir. : Prof. Dr. J. De Waele), en het Psychiatrisch Centrum St. Jozef, Kortenberg, (Dir. : Prof. Dr. R. Pierloot).

** Psychiater, verbonden aan het Psychiatrisch Centrum St. Jozef, Kortenberg, en aan de Universitaire Dienst voor Geestelijke Gezondheidszorg, Leuven.

Het is ongetwijfeld zo dat de term "kinderdoding" een zeer heterogene lading dekt. Enerzijds heeft men de doding van een pasgeborene door zijn moeder, anderzijds ziet men het oudere kind dat sexueel aangerand wordt door een pedofiel en vermoord wordt. Het lijkt ons zinnig wat orde te brengen op dit terrein. De uiteenlopende terminologie in de literatuur is mede verantwoordelijk voor de heersende verwarring. Vanuit ons standpunt dekt het woord "kindermoord" of "infanticide", elke vorm van doding van een prepubertair kind, wat ook de ouderdom en de biologische of psychologische relatie tot de dader moge zijn. Doding van kinderen door hun eigen ouders wordt vaak "filicide" genoemd terwijl door "neonaticide" de doding wordt bedoeld van een pasgeborene, aansluitend op de bevalling of binnen de 24 uren ervan. De eng juridische definitie van "Kindermoord" stemt overeen met wat hier neonaticide genoemd wordt. In de wetenschappelijke literatuur gebruiken sommige auteurs de term "lactenticide" (KERSSEMAKERS et al. 1975). Hiermede wordt bedoeld het doden van de zuigeling, tot ongeveer 6 maanden. Dit lijkt ons nochtans vanuit gedragswetenschappelijk standpunt weinig zinvol en zelfs totaal overbodig.

Een ander opvallend kenmerk van kinderdoding is zijn intense verbondenheid met suicidaal gedrag. Infanticide is vaak gekoppeld aan het al dan niet geslaagd suicide plegen van de dader. GIBSON et al. (1961) vermelden dat van 113 vrouwen die hun kind vermoordden, 70 (62 %) zelfmoord pleegden vóór hun verschijning voor de rechtbank. De statistieken hieromtrent zijn erg uiteenlopend, afhankelijk van de wijze waarop de gegevens verzameld werden, maar hoe dan ook, de uitgesproken associatie met suicidaal gedrag blijft opvallend.

Kindermoord is ook een vorm van crimineel gedrag die vaak op de internering van de dader uitdraait, wat de vraag oproept naar de verbondenheid ervan met psychiatrische aandoeningen. Hierbij is het merkwaardig op te merken dat vrouwen gemakkelijker geïnterneerd worden dan mannen voor analoge feiten. Als er gestraft wordt is de straf ook zwaarder voor de mannen dan voor de vrouwen (RESNICK, 1969). Er bestaat een discriminatie, ten nadele van de man (!), in de wijze waarop gelijkaardige feiten strafrechterlijk benaderd worden. Dit houdt verband met bestaande vooroordelen. Een man die een kind doodt, wordt a priori benaderd als zijnde een agressief, brutaal, egocentrisch en gevoelloos wezen, terwijl de moeder die haar kind doodt, het beeld oproept van de ongelukkige depressieve vrouw die door de omstandigheden tijdelijk over haar toeren geraakt is, en die moet beschermd en medisch verzorgd worden. Het zou dan gaan om een pervertering van het moederlijk instinct waarvoor zij geenszins verantwoordelijk zou kunnen gesteld worden.

II. Historiek

Twee dingen springen hier in het oog : enerzijds blijkt infanticide niet zo'n zeldzaam gebruik geweest te zijn (en te zijn), anderzijds rust er zeker nu en bij ons een sterk taboe op.

In sagen, verhalen en in de literatuur verschijnt het thema van de kindermoord op verschillende plaatsen maar meestal vervormd. Zo blijkt het taboe op de infanticide zeer duidelijk uit het verhaal van Abraham en Isaac, waar het kinderoffer gewijzigd wordt en vervangen door de besnijdenis ("een infanticide in miniatuur" –, COLIN, 1963). De moeder-kindermoordenaar wordt veelal vervangen door een stiefmoeder of een oude vrouw, een heks. Ofwel speelt de vader de rol van kindermoordenaar : aan hem schrijft men geen ouderinstinct toe, zijn gedrag wordt meer bepaald door socio-economische en politieke motieven; Ifigeneia wordt geofferd opdat de wind goed zou blazen.

In de Griekse mythologie vinden we het thema van de kindermoord terug in het verhaal van Medea, die haar 2 kinderen vermoordt om zich te wreken over de vermeende ontrouw van haar gemaal Jason. Het is tenslotte deze laatste die zal zelfmoord plegen ! Vandaar dat in de literatuur in verband met kindermoord wordt gesproken over het "Medea-complex", wanneer wraak op de partner als motief speelde. In een artikel waarin ze een historisch overzicht van het verschijnsel kindermoord tracht te geven, betoogt PIERS (1976) dat kindermoord geen produkt is van de ontmenselijking in de geïndustrialiseerde 20ste eeuw. Het doden van (vooral vrouwelijke) kinderen was niet ongewoon bij vele volkeren, vooral om economische redenen, in perioden van dreigende hongersnood of overbevolking.

Het lijkt begrijpelijk dat ouders zich in perioden van grote kindersterfte niet al te sterk aan hun kinderen hechtten, om emotionele uitputting te vermijden. Daarnaast wijst PIERS op de samenhang tussen prostitutie, de functie van de moedermin en kindermoord. Een vrouw kan maar een goede min zijn – t.t.z. andermans kind met moedermelk voeden – wanneer haar eigen kind overleed.

DAMME (1978) wijst eveneens op de lage status van kinderen in de Middeleeuwen, en hoe deze in de Engelse en Amerikaanse wetgeving werd en wordt geïnstitutionaliseerd. Zij verwijst daarbij naar een recente ophefmakende rechtzaak omtrent passieve euthanasie van een volwassen meisje in de V.S., daar waar zulke beslissingen dikwijls routinematig worden genomen in verband met ernstig gehandicapte pasgeborenen zonder enige juridische tussenkomst. KERSSEMAKERS et al. (1975) geven eveneens een historisch overzicht waaruit de veranderende houding tegenover het verschijnsel infanticide blijkt, en waarin ze aangeven hoe deze attitudeverschuiving wordt weerspiegeld in de rechtspraak.

III. De omvang van kinderdoding

Het is erg moeilijk om betrouwbare cijfers te verkrijgen over het voorkomen van infanticide. Niet alleen gaat het om een misdaad die, gezien de hulpeloosheid van het slachtoffer, gemakkelijk uit te voeren en te verbergen is, maar ook wijzen auteurs zoals PIERS (1976) op de collectieve verdringingsmechanismen die ons verhinderen de realiteit van de kindermoord in onze tijd duidelijk waar te nemen.

Waarschijnlijk gaat een aantal kindermoorden schuil in de statistieken van ongevallen met kinderen en van de zogenaamde "Wiegedood", "Crib death" of "sudden infant death" (20.000 gevallen per jaar in de U.S.A.) waarvan ASCH (1968) een verband met postpartum depressie bij de moeder aantoonde. Men spreekt van wiegedood wanneer een schijnbaar normaal gezond kind plots dood in zijn bedje wordt gevonden. Het gaat meestal om kinderen tussen 2 en 4 maanden oud. De etiologie ervan is nog niet zeker bekend, doch mogelijks speelt de onrijpheid van het ademhalingscentrum in de hersenen hierbij een rol.

Daarnaast zijn de cijfers die in de literatuur worden aangegeven moeilijk te interpreteren gezien de verschillende betekenis die de term infanticide bij de verschillende auteurs krijgt. We geven daarom de hiernavolgende cijfers met het nodige voorbehoud.

RESNICK (1969) overliep de literatuur van 1751 tot 1967 over dit onderwerp. Hij vond 155 gevalsbeschrijvingen. Dit cijfer geeft slechts een idee over de interesse die er in de (psychiatrische) vakliteratuur voor het onderwerp infanticide bestaat. Het gaat om een steekproef die zeer eenzijdig is, in de zin van aanwezigheid van psychopathologie bij de daders, en het lijkt vrijwel onmogelijk hieruit enige konklusie te trekken in verband met het vóórkomen van infanticide.

De in Tabel 1 aangegeven percentages die het aandeel van filicides ten opzichte van het totaal aantal homicides in de verschillende landen aangeeft, zijn zo verschillend dat zij vrijwel niet te interpreteren zijn.

TABEL 1 : % FILICIDE T.O.V. HOMICIDES

VS, 1966 : (Resnick, 1969)	4,5 %
Denemarken, 1946-60 : (Harder, 1967)	49 %
Tsjecho-Slowakije : (Mecir, 1976)	16 %
Engeland en Wales, 1975 : (d'Orban, 1979)	± 25 %

De cijfers van het aantal veroordelingen voor infanticide in verschillende landen geven even grote verschillen te zien. We probeerden gegevens over de omvang van kindermoord in België te bekomen. Totnogtoe bleven deze pogingen vruchteloos.

IV. Eigen onderzoek

Gedurende de laatste jaren hadden wij de gelegenheid om persoonlijk 16 mensen, die allen strafrechterlijk vervolgd werden wegens kinderdoding of poging daartoe, intensief en langdurig te onderzoeken. Zeven daders werden onderzocht in het kader van een psychiatrische expertise op aanvraag van de onderzoeksrechter, vijf werden bijzonder grondig onderzocht na hun veroordeling en met de vraag naar een voorwaardelijke invrijheidstelling, tijdens een verblijf in het Penitentiair Oriëntatie Centrum van St. Gillis (Dir. Prof. Dr. J.P. De Waele) en de overige vier werden na de feiten om therapeutische

redenen opgenomen en onderzocht in het psychiatrisch centrum St. Jozef te Kortenberg (Dir. Prof. Dr. R. Pierloot).

Het gaat om 10 vrouwen en 6 mannen. Wij tellen bij de slachtoffers 11 jongens (10 vermoord, één moordpoging) en 5 meisjes, waarvan er 3 gedood werden en 2 de agressie overleefden. Eén slachtoffer was een pasgeborene. Wij beschouwen deze groep geenszins als representatief voor de groep kindermoordenaars. Elk geval werd uitgebreid en diepgaand maar op zichzelf bestudeerd. Vertrekkende van deze eigen ervaring en geconfronteerd met literatuurgegevens zijn wij tot de volgende voorlopige interpretatie van de verzamelde gegevens gekomen.

Verschillende pogingen tot indeling werden ondernomen. Tabel 2 geeft hiervan een overzicht.

TABEL 2 : VOORGESTELDE INDELINGEN VAN KINDERMOORD

<i>Auteurs</i>	<i>Indelingsprincipe</i>
Gibson and Klein, 1961	Motief van de dader
Steele and Pollock, 1968	Motief van de dader
Resnick, 1969	"Klaarblijkelijk motief"
The Royal Medico-Psychological Association Seminar-London, 1970	Onderliggende psychopathologie
Scott, 1973	"Bron van de impuls tot doden"
Kerssemakers en Van Loo, 1979	Leeftijd van het slachtoffer
	Relatie tussen dader en slachtoffer
	Strafrechterlijke artikelen over infanticide
d'Orban, 1979	"Bron van de impuls tot doden".

De veelheid van voorgestelde indelingen geeft o.i. een idee van de complexiteit van infanticide-gedrag. Daarnaast is het bv. zo dat een indeling die gebaseerd is op het motief van de dader veelal berust op post-factum rationalisaties van deze laatste, of op het beeld dat de waarnemer van zichzelf in de situatie projekteert.

De hier voorgestelde indeling geschiedt grotendeels op basis van de individuele criminogenese, waarbij nagegaan wordt welke plaats de criminele daad inneemt in de biografische ontwikkelingsgeschiedenis van de dader. Hierbij wordt van meet af aan het standpunt ingenomen van de dader, wat niet wil zeggen dat voor hem partij gekozen wordt. Als invalshoek worden de gepleegde feiten teruggeplaatst in de totale levenskontekst van de dader, zoals hij deze beleeft en waarneemt. De maatschappelijke reactie op de daad vindt hier veel minder gehoor.

Tot op zijn eenvoudigste herleid is moord een interactioneel gebeuren tussen een dader en een slachtoffer. Ons eerste indelingscriterium is dan ook de plaats en betekenis van het slachtoffer in de biografische ontwikkelingsgeschiedenis van de dader. Het kan gaan om een eigen kind of om andermans kind, waar dus geen afstammingsverwantschapsband aanwezig is. Wij rekenen in principe bij de "eigen kinderen" ook diegenen voor dewelke de dader als plaatsvervangende vader of moeder fungeert, zonder daarom eigenlijk de biologische ouder te zijn.

TABEL 3 : SYNOPTISCHE TABEL VAN DE BESTUDEERDE GEVALLEN VAN DODING VAN EIGEN KIND*

A. Zonder relatie : Neonaticide

Martine D., 20 j, ongehuwd, IQ middelmatig; pasgeborene, moord verdrinking in W.C.; onbekend

B. Met relatie :

a. Kindermishandeling :

- Jacques C.** 22 j, geh; IQ 75; A. jongen, 3 maand, moord, verwaarlozing en mishandeling; B. jongen, 7j, moord, ter dood mishandeld; geïnterneerd
- Christine W.** 23j, geh; IQ 69; idem Jacques C. maar meer passieve rol; geïnterneerd

b. Schizofrene psychose of borderline schizofrenie :

- Denise V., 28j, geh; IQ 103; jongen 4j; moord, verdrinking in bad & TS; geïnterneerd (schizofrenie)
- Greta V., 26j, geh; IQ 105; jongen 3j; moordpoging, medicatie en messteek; geïnterneerd (schizofrenie)
- Dora W., 27j, gesch; IQ < 70; jongen 2j en jongen 4j; samen verdronken in bad & TS; geïnterneerd (borderline)
- Elisa N., 33j, geh; IQ 110; meisje 7j; moordpoging met medicatie & TS; geïnterneerd

c. Depressieve syndromen

- Nadine T., 22j ong; IQ 95; meisje 3j; moord strangulatie & TS; geïnterneerd (pleegde zelfmoord 2j later)
- Karine Q., 27j, gesch; IQ 120; meisje 2j; moordpoging messteken & TS
- Nadia T., 43j, geh; IQ 85; meisje 6j; moord, messteken & TS; geïnterneerd (pleegde zelfmoord na 1 1/2 jaar)

d. Wraakneming :

- Norbertus W.*** 24j, geh; IQ \pm 85; meisje 2j; moord verdrinking; 10 jaar dwangarbeid

e. Eliminatie moorden :

- uit liefde "mercy killing"; euthanasie
- uit haat of onverschilligheid; ongewenste kinderen

Een volgend fundamenteel aspect van de relatie is het al dan niet bestaan van een affektieve verbondenheid tussen de dader en het kind-slachtoffer. De doding van kinderen door hun eigen ouders gebeurt doorgaans in het kader van een intense persoonlijke binding. Welk is de geschiedenis van die binding en wat betekent zij voor beide partijen ? Hier kan slechts voortgegaan worden op de dader aangezien het kind ofwel gedood werd ofwel verder leeft maar even onmondig blijft in heel het gebeuren. De doding van andermans kin-

* Over elk geval worden volgende kenmerken vermeld : schuilnaam, ouderdom van de dader, echtelijke status, intelligentiequotiënt (IQ), geslacht van kind-slachtoffer, zijn (haar) ouderdom, het gebruikte middel voor de moord (-poging) met al dan niet een suicidepoging (Tentamen suicidi TS), gerechtelijke gevolgen en eventuele follow up gegevens. Eén onderzocht geval werd uit Tabel 3 bewust en voorlopig weggelaten om medisch deontologische redenen.

** Jacques C. en Christine W. zijn gehuwd. Het slachtoffer B is de jongste broer van Christine W. Het koppel fungeert hier als plaatsvervangende ouders.

deren daarentegen gebeurt doorgaans buiten elke kontekst van een duurzame affektieve verbondenheid. Het gaat om toevallige slachtoffers die gedood worden, omwille van de even toevallige plaats die zij innemen in het interactioneel netwerk van de dader; bijvoorbeeld, een kind dat een lastige getuige is wordt geëlimineerd, een kind wordt gebruikt om een derde te treffen, een kind wordt gebruikt als seksobject en gedood om het te doen zwijgen, enz. Hier worden in onze reeks meer mannen aangetroffen, terwijl de doding van de bloedeigen kinderen meestal door de moeder gepleegd wordt.

Zo komen wij tot het volgend ordeningsprincipe, namelijk de plaats en betekenis van de gepleegde feiten in de biografische kontekst van de dader. Hier wordt rekening gehouden met twee reeksen gegevens. Enerzijds, de aanvankelijke intentie van de dader, zijn emotionele toestand op 't moment van de feiten en de aanwezigheid van eventuele psychopathologische verschijnselen. De aanvankelijke intentie kan b.v. zelfmoord van de moeder zijn en niet de doding van het kind. De volgende reeks gegevens omvat de problemen en conflicten welke de dader met de omgeving heeft en waaraan hij geen bevredigende oplossing kon bieden. Er werd dan nagegaan of deze problemen tijdelijk en situationeel gebonden zijn of integendeel reeds lang bestaan in de biografische ontwikkelingsgeschiedenis van de dader. In een chronisch mankgelopen echtelijke of familiale situatie kan het doden van een kind de betekenis hebben van een wraakneming van de dader tegenover de partner of de overige familieleden.

Deze nieuwe klassificatie heeft tot doel verscheidene categorieën te onderscheiden om wat klaarheid te brengen in dit complex gedrag en tevens na te gaan of zekere wetmatigheden teruggevonden kunnen worden. De waarde van dit model kan getoetst worden door na te gaan in welke mate nieuwe

*TABEL 4 : SYNOPTISCHE TABEL VAN DE BESTUDEERDE GEVALLEN VAN DODING VAN ANDERMANS KIND**

A. Zonder relatie :

a. Sexueel motief

- Karel I.^{***} 27j, ongeh; IQ \pm 80. jongen 8j; moord, messteken; levenslang (homosex. pedofiel)
- T.D. (man)^{***} 36j, ongeh; IQ 105; jongen 13j; moord, versmaching, levenslang (homosex. pedofiel)

b. Wraakneming :

- Gaston F.^{***} 26j, ongeh; IQ 78; jongen 18 maanden; moord, verdrinking, levenslang

c. Eliminatie :

- M.P. (man)^{***} 27j, ongeh; IQ 86; jongen 2j; moord, wurging, doodstraf (multiepele moorden)

B. Met relatie : Geen gevallen gezien.

* Zie noot * op vorige pagina.

*** Gevallen onderzocht door één der auteurs (P.C.) in het Penitentiair Oriëntatie Centrum (Gevangenis St. Gillis, Dir. Prof. Dr. J.P. De Waele).

grondig onderzochte gevallen erin kunnen geplaatst worden. Zoniet moet het model gewijzigd worden, aan de hand van de nieuwe gegevens of inzichten.

We zullen ons in het bestek van dit artikel beperken tot de bespreking van de groep van daders van doding van eigen kinderen. Om een totaalbeeld te geven vermelden we in Tabel 4 ook de groep van kindermoordenaars met andermans kind als slachtoffer. De bespreking hiervan weerhouden we voor een ander artikel.

4.1. NEONATICIDE

Onder deze term wordt het doden verstaan van een pasgeborene, niet ouder dan 24 uur, doorgaans door zijn moeder.

Gevalsbeschrijving Martine D. Dit 20-jarige ongehuwde en ernstig fysiek, doch niet mentaal, gehandicapt meisje geraakt zwanger tengevolge van een incestueuze relatie met haar broer. Zij doodt haar kind onmiddellijk tijdens de heimelijke en eenzame bevalling op een W.C.

Biografische gegevens : Martine is het vijfde kind in een werkmansgezin dat zes kinderen telt. Vader is sinds zes jaar gepensioneerd en Martine is steeds wat door hem verwend geweest terwijl de moeder eerder strenger optrad. Het familiaal milieu vertoont geen bijzondere kenmerken op psychopathologisch of criminologisch vlak. De fysieke handicap die sinds haar geboorte aanwezig was speelt een belangrijke rol in de ontwikkeling van haar persoonlijkheid. Zij voelt zich wat geïsoleerd, minderwaardig en uitgestoten. Zij kan een reeks leeftijdsgebonden ervaringen niet of slechts gedeeltelijk opdoen, zoals uitgaan, vrienden maken, met jongens omgaan...

Reeds vanaf het lager onderwijs werd Martine naar een bijzondere school verwezen, aangepast aan haar handicap. Op intellectueel vlak kende zij geen problemen. Zij moest er als intern verblijven en vertoonde wat aanpassingsproblemen. Zij voelde zich vervreemd van haar dorpsgenoten en kinderen van haar leeftijd. Een poging tot integratie via de jeugdbeweging mislukte, omdat zij uitgelachen werd omwille van haar handicap. Zij was enkel en alleen op haar familie aangewezen en werd er zo goed als mogelijk opgevangen. Eenmaal begon zij gedurende korte tijd een relatie met een jongen maar zij maakte het zelf uit daar ze meende dat zij toch nooit zoals een ander meisje een gezin zou kunnen vormen.

Criminogenese : Op 14 jaar begonnen in het veilige kader van het gezin sexuele spelletjes tussen Martine en een ietwat oudere broer. Vanaf 17 jaar werd er af en toe tot coïtus overgegaan. Enerzijds voelde Martine bij haar broer steun en waardering anderzijds waren er sterke schuldgevoelens. Zij kon over deze verhouding met niemand praten "omdat ik geen ruzie in de familie wilde". Toen zij zich realiseerde zwanger te zijn stond zij plots geconfronteerd met een probleem dat voor haar onbespreekbaar was en waarvoor zij ook geen adequate oplossing kende. In een eerste fase vluchtte Martine naar fantasmatische oplossingen "Ik ga een misval hebben... het zal dood geboren worden". De zwangerschap evolueerde verder onopgemerkt zowel voor de familie als voor de omgeving (in de school). "Ik kon toch niet zeggen tegen mijn ouders of zusters dat ik in verwachting was... uit pure schrik". Aangezien niemand van iets wist groeide snel de gedachte het kind bij de geboorte te doden "moest het toch levend zijn". Een ander alternatief kende zij niet. Zij baarde een kind, op school, alleen in een toilet, duwde het in de W.C. "tot het niet meer bewoog" en gooide het lijk door een venster.

Persoonlijksgegevens : De ruimte ontbreekt om hier dieper op in te gaan. Er werd geen pathologische structuur teruggevonden. Hoogstens kunnen problemen weerhouden worden te wijten aan de psychologische verwerking van de aangeboren handicap.

Het beeld dat uit de literatuur naar voor komt stemt helemaal overeen met ons geval. Het gaat om jonge, vrijwel steeds ongehuwde meisjes uit de lagere

socio-ekonomische klasse. Meestal is er geen voorgeschiedenis op psychiatrisch vlak en het slachtoffer is hun eerste onwettelijk kind.

De doding wordt vaak, in tegenstelling tot wat men verwacht, op een vrij aktieve en agressieve wijze uitgevoerd. In praktisch alle gevallen worden door de dader duidelijke pogingen ondernomen om het gebeuren te verbergen. Persoonlijkheidskenmerken zoals onrijpheid en passiviteit werden als kenmerkend beschreven bij deze meisjes. Samen met KERSSEMAKERS et al. (1975) zijn wij nochtans van oordeel dat de faktor sociale druk, onder de vorm van angst voor de schande en stigmatisering, de doorslaggevende pathogenetische rol speelt. Zij ontvluchten ten allen prijze, zelfs ten koste van het leven van een kind, de veroordeling door de publieke opinie.

Deze moeders mobiliseren hierbij primitieve psychologische verdedigingsmechanismen zoals de ontkenning. Zij negeren als het ware de zwangerschap, raadplegen geen geneesheer of volgen geen prenatale raadplegingen, zij kiezen geen naam voor de baby die gaat komen, kopen geen klederen, kortom, vertonen niets van het gedrag dat eigen is aan zwangere vrouwen. Deze ontkenning van het zwanger zijn wordt vaak door het openbaar ministerie misbruikt als zijnde een bewijs van voorbedachte rade.

Vorbereidingsmaatregelen of voorzorgsmaatregelen voor de doding worden evenmin genomen. Het is vaak het geschreeuw van de baby bij de geboorte die op een brutale wijze de bevallende vrouw met de realiteit konfronteert. Het is op het geschreeuw dat onmiddellijk met wurging, versmaching of verdrinking gereageerd wordt.

Alhoewel het hier formeel duidelijk gaat om de doding van een levend wezen, komt dit niet zo evident over in de belevenis van de dader. Er is geen moeder-kind relatie tot stand gekomen, ook niet tijdens de zwangerschap. De doding betekent de vernietiging van een ongewenste lichamelijke aanwas en in die zin kan neonaticide psychologisch misschien gelijk gesteld worden met een verlate abortus provocatus. Vrouwen die in analoge situaties abortus plegen onderscheiden zich van deze groep neonaticidale moeder doordat zij aktiever ingesteld zijn, de confrontatie met de realiteit van de zwangerschap aandurven en dus geenszins ontkenningsmechanismen gebruiken.

4.2. KINDERMISHANDELING

Waarschijnlijk is dit de meest voorkomende (en de meest miskende) vorm van kindermoord. De ontkennende houding van onze maatschappij tegenover geweld tegen kinderen wordt of treffende wijze geïllustreerd in de geschiedenis van het "Battered Child Syndrome". Reeds in 1946 beschreef de Amerikaanse röntgenoloog Caffey een syndroom bij kinderen, gekenmerkt door veelvuldige beenbreuken en subdurale bloedingen. Het zou echter meer dan 15 jaar duren voor dit beeld aanvaard werd als "getuige" van kindermishandeling door de ouders (KEMPE et al. 1962) en de term "Battered Child Syndrome" werd gelanceerd.

In deze groep vindt men onder de daders relatief meer mannen (RESNICK, 1969 – SCOTT, 1973). De meerderheid van de daders zijn gehuwd of leven samen met een partner. De slachtoffers zijn meestal erg jong (d'ORBAN,

1979).

Men zou bij deze mishandelende ouders kunnen spreken van “accidentele Kindermoord”. Hierbij dient opgemerkt dat slechts het doden van het slachtoffer “accidenteel” is, en niet de mishandeling. Meestal zoeken de daders achteraf ook hulp voor de slachtoffertjes, wat bv. in de groep van neonaticides eerder uitzonderlijk is.

In een artikel waarin ze 112 gevallen van kindermoord in New York city beschrijven, betogen KAPLUN et al. (1976) dat kindermoord meestal het eindpunt is van een langdurige geschiedenis van kindermishandeling. Ze wijzen erop dat een zeer hoog percentage van deze families reeds voor het fatale ogenblik in aanraking kwamen met sociale, juridische (en soms psychiatrische) voorzieningen, terwijl dikwijls na het fatale accident verdere mishandeling plaats vond (!).

SCOTT (1973) wijst eveneens op het belang van langdurige spanningstoestanden, die de defensiemechanismen van de daders ondermijnen, en dan aanleiding geven tot uitbarstingen van “onbegrijpelijke” agressie. Mc DERMAID et al. (1955) beschrijven dit proces bij 6 gevallen van infanticide in het kader van “childcentered obsessional depression”.

d'ORBAN (1979) onderzocht de aanwezigheid van 3 soorten stresserende factoren bij verschillende groepen van daders. “Familiale stress” wordt gedefinieerd als een familiale voorgeschiedenis van mishandeling, psychiatrische aandoeningen, criminaliteit of ouderlijke onenigheid, of als een scheiding van één of beide ouders vóór de leeftijd van 15 jaar. Onder “sociale stress” wordt verstaan de aanwezigheid van financiële problemen, echtelijke moeilijkheden, contact met de justitie, moeilijkheden met behuizing of alleen wonen. De term “psychiatrische stress” wordt gebruikt wanneer duidelijk psychiatrische symptomen aanwezig waren op het ogenblik van de daad, wanneer vroeger reeds een formele psychiatrische diagnose werd gesteld, of wanneer een suïcidepoging werd gepleegd na de daad.

De mishandelende ouders scoorden het hoogst wat betreft familiale- en sociale stress, en minder hoog op psychiatrische stress. Deze gegevens lijken het werk van BANDURA et al. (1959) te bevestigen, waarin wordt gesteld dat leren een zeer belangrijke rol speelt bij het ontstaan van agressie. Dit lijkt in ieder geval op te gaan voor vormen van “habituëel” geweld, waarin een deel van deze groep valt. In gevallen van occasionele agressie (b.v. de overgeënhibeerde persoon, die plots “ontploft”) is dit minder duidelijk. Hier lijkt frustratie belangrijker te zijn (BERKOWITZ, 1962).

Een theorie die rekening houdt met een aantal konvergerende factoren lijkt ons nog het meest bruikbaar om deze groep van kindermishandelingen te begrijpen. De volgende elementen spelen bij de groep van mishandelende ouders een rol :

- een leergeschiedenis van geweld, en van tekortschieten van adekwate assertieve responsen
- frustratie t.g.v. psychosociale problemen
- inadekwate, zwakke persoonlijkheid
- additionele exogene factoren zoals intoxicaties, vermoeidheid, enz.

4.3. SCHIZOFRENE PSYCHOSE EN BORDERLINE SCHIZOPHRENIE

Het gaat hier om daders die ernstig gestoord zijn in hun psychisch functioneren in de periode waarin de feiten gepleegd werden. Dergelijke toestanden worden o.a. gekenmerkt door een kontaktverlies met de realiteit, denkstoornissen, perceptiestoornissen zoals hallucinaties en/of wanen. Vooral wanneer kinderen sterk betrokken worden in de waan van één van hun ouders zou er een gevaar voor infanticide bestaan.

Hoewel de omvang van schizofrenie in vrijwel alle culturen $\pm 0,3\%$ bedraagt, vinden we in de literatuur over kindermoord slechts weinig gevallen van psychotische ouders beschreven (HOPWOOD, 1927). De diagnose van schizofrene psychose is als dusdanig onvoldoende. Er moet eveneens een verband kunnen aangetoond worden tussen de gepleegde feiten en de psychopathologische symptomatologie. Het is immers denkbaar dat een schizofrene patient overgaat tot het stellen van criminele handelingen die niet rechtstreeks verband houden met zijn psychiatrische toestand.

In de groep van infanticides, gepleegd door mentaal gestoorde daders, ligt de gemiddelde leeftijd van de slachtoffertjes hoger dan bij de groep van "mishandelende ouders". d'ORBAN (1979) vond dat een meerderheid van deze daders verschillende slachtoffers maakten : meestal probeerden ze al hun kinderen te vermoorden. Daar waar psychiatrisch gestoorde moeders slechts zeer zelden hun partner trachten te vermoorden, was dit in het geval van de mannelijke daders veel frekwenter het geval.

Op het verband tussen postpartum psychotische aandoeningen en infanticide komen we verder terug.

Gevalsbeschrijving : Greta V., een 26 jarige, gehuwde moeder van 2 kinderen, met een psychiatrische voorgeschiedenis van psychotische opstoten, werd naar een psychiatrisch centrum verwezen na een moordpoging op haar driejarig zoontje door middel van slaapmedicatie en messteken.

Biografische gegevens : Greta is de derde uit een werkmansgezin met 4 kinderen. Er zijn geen familiale psychiatrische antecedenten bekend. Ze was een onopvallend, nogal teruggetrokken kind. Ze volgde technische studies en vatte daarna de studie van sierkunsten aan in een kunstakademie. Daar leert ze haar toekomstige echtgenoot kennen. Wanneer ze zwanger is huwt ze op 18 jarige leeftijd. De echtelijke relatie is niet erg goed : haar echtgenoot is weinig thuis, en verandert verschillende malen van werk. Op korte tijd verhuist het gezin zesmaal.

Acht dagen na de bevalling van een tweede, gewenst kind wordt Greta gedurende 3 maanden opgenomen in een psychiatrische kliniek met een akueel psychotisch beeld met schuldwanen. Twee jaar later wordt ze opnieuw opgenomen met een gelijkaardig beeld (denkstoornissen, paranoïde interpretaties, discordant affekt en gedragingen), nu echter zonder duidelijk exogene uitlokkende factoren.

Criminogenese, De feiten : Greta verhuisde een viertal maanden vóór de feiten omwille van een werkverandering van haar echtgenoot. Ze kon zich in de nieuwe omgeving, ver van haar familie en schoonfamilie, moeilijk aanpassen. Ze maakt opnieuw opmerkingen over de kinderen van de burens, die er "zoveel beter gevoed" uitzien dan de hare. Geleidelijk ontwikkelt zich opnieuw een schuldwaan. Haar man spreekt er opnieuw van haar in een psychiatrisch centrum te laten opnemen. Drie weken voor de feiten had ze bij haar schoonzus "plots ingezien" dat haar 2 zoontjes

van 7 en 3 jaar slecht gevoed waren (dat zag ze aan hun blik) en dat zij "enorm tekort" geschoten was. Omdat zij in haar waanwereld vreesde dat de kinderen in die toestand toch geen leven zouden hebben besloot zij hen te vermoorden en daarna zelfmoord te plegen. Zij dient aan het jongste kind een grote dosis slaapmedicatie toe, waarna ze hem met messteken in de borst zwaar verwondt. Bij het zien van het bloed komt zij tot bezinning en verwittigt ze zelf de hulpdiensten.

Persoonlijkheidsgegevens : Greta is middelmatig begaafd. Uit het psychologisch testmateriaal komt een sterke agressieproblematiek naar voren. Daarnaast zijn er duidelijke aanwijzingen voor een zware schizoïde problematiek, met sterke paranoïde trekken. Klinisch vertoont patiënte een duidelijk psychotisch beeld. Deze gegevens, samen met de voorgeschiedenis van twee psychotische decompensaties, doen besluiten tot de diagnose van schizofrenie.

Verder verloop : Patiënte werd geïnterneerd, en vrijgelaten op voorwaarde dat ze zich verder psychiatrisch liet behandelen. Na een verblijf van \pm 1 jaar in een groepstherapeutisch georiënteerde behandelingsafdeling werd ze uit de kliniek ontslagen. Ondertussen had haar echtgenoot de echtscheiding aangevraagd en was hij met een nieuwe partner gaan samenwonen. Patiënte knoopte eveneens een tijdelijke nieuwe relatie aan. Na haar ontslag woont patiënte bij haar ouders in, en volgt ze een herscholingskursus bij de R.V.A. Ze werd verder ambulantly psychiatrisch gevolgd. Wanneer ze voor deze opleiding eksamens moet afleggen decompenseert ze opnieuw in psychotische zin met o.a. auditieve hallucinaties, motorische agitatie, symbolisch en associatief denken. Ze wordt daarvoor \pm 6 weken heropgenomen. Sindsdien is patiënte gedurende \pm 1 jaar klachtenvrij, en woont ze verder bij haar ouders in.

4.4. DEPRESSIEVE SYNDROMEN

Hier worden de feiten gepleegd met als achtergrond een depressieve toestand van de dader. De depressieve symptomatologie moet voldoende ernstig zijn. Het woord depressie wordt hier gebruikt in zijn enge psychopathologische betekenis en niet in de bredere betekenis van "overspanning" zoals het in de alledaagse taal gebruikt wordt. Dit depressief syndroom kan reactioneel zijn, op relationele moeilijkheden bijvoorbeeld, neurotisch of endogeen van aard zijn.

Absoluut kenmerkend voor deze groep is de suicidaliteit van de dader die zich onnuttig, onmachtig en onwaardig voelt.

Zelfvernietiging staat centraal en het doden van het kind (of kinderen) komt slechts op de tweede plaats. De kinderdoding is hier een uitbreiding van de suicide van de dader "omdat er niemand meer zal zijn om voor de kinderen te zorgen en er toch niets goeds meer te verwachten valt in deze hopeloze wereld". Suicidale moeders vertonen een intense psychologische regressie waardoor zij zich sterk identificeren met hun jonge kinderen. Daarbij is het doorgaans zo dat hoe jonger de kinderen zijn hoe gemakkelijker dit verschijnsel optreedt. Deze regressieve identificatie kan gaan tot een verdwijning van de grens tussen moeder en kind. Het kind wordt letterlijk "vlees van mijn vlees, lichaam van mijn lichaam", dus geen afzonderlijk wezen meer maar een verlengstuk van de moeder. Psychopathologisch bekeken wordt het doden van het kind hier niet beleefd als het doden van een ander persoon maar wel als een eerste stap van de zelfvernietiging.

In deze psychopathologische kontekst is het mogelijk dat moeders kinderen doden waaraan zij intens positief affectief gebonden zijn. Dit kan evenmin als een altruïstische doding (waar het welzijn van het kind primeert) beschouwd worden want het is de moeder die centraal staat : "Wat goed is voor mij

(eventueel de dood) is ipso facto goed voor mijn kind". In het hogerop besproken geval van Greta V. daarentegen ligt de psychologische dynamiek anders. Zij doodt de kinderen om hen van een gewaand gevaar te sparen en de zelfdoding is eveneens een gevolg hiervan.

Zelfdoding is niet strafbaar maar kinderdoding natuurlijk wel. De gerechtelijke tussenkomst zal zich vooral op dit laatste centreren en daardoor ontstaat er vaak een gevaarlijke accentverschuiving in de benadering van het geval. Al de gebeurtenissen worden a posteriori gereïnterpreteerd in functie van de kinderdoding die een onverantwoorde centrale plaats krijgt terwijl de eigenlijke suicidaliteit op de achtergrond geschoven wordt.

Gevalsbeschrijving : Nadine T., een 22-jarige, ongehuwde moeder, vermoordde haar 3-jarig dochttertje door strangulatie, gepaard aan een suicidepoging in het kader van een depressieve decompensatie, reactief op lang bestaande relationele moeilijkheden.

Biografische gegevens : Patiënte is de tweede uit een gezin met drie kinderen. De ouderlijke relatie is niet goed, en wanneer zij 16 jaar is scheiden haar ouders. Haar vader zou veel gedronken hebben, haar moeder beschrijft ze als instabiel en agressief. Ze was ongewenst thuis en heeft geen enkele prettige herinnering aan haar jeugd die zij meestal in internaten doorbracht. Door de scheiding van haar ouders moet ze haar studies in het middelbaar onderwijs-handel-opgeven. Ze begint daarop een relatie met de 29-jarige verloofde van haar beste vriendin, die echter met haar breekt wanneer ze na een half jaar zwanger is. Een abortus wordt overwogen maar gaat tenslotte toch niet door. Wanneer ook haar moeder met haar breekt moet ze alleen overleven met een mager loon van verkoopster.

Criminogenese : Na de bevalling keert ze terug op haar flat, is erg depressief en koestert zelfmoordplannen. Ze leert dan een man kennen, waar ze een verhouding mee begint. Zo maakt ze ook kennis met diens vriend, die veel om haar geeft, en met wie ze tenslotte zal gaan samenwonen. Haar dochttertje wordt tweemaal voor ± 1 maand opgenomen wegens fysische problemen. Het kind verbleef aanvankelijk in een crèche ; na de tweede opname in de kliniek verblijft het overdag bij de ouders van haar vriend. Wanneer Nadine eveneens fysische klachten begint te vertonen en haar stemming opnieuw meer depressief wordt gaat ze, samen met haar vriend bij diens ouders inwonen. Korte tijd daarna wordt bij haar kind tuberculose gediagnosticeerd, waarvoor het één jaar in een preventorium moet verblijven, waar zij het slechts om de 14 dagen mag bezoeken. Rond deze periode konsulteert Nadine een psychiater omwille van seksuele problemen (pijnlijke coïtus) en slaapstoornissen. Ze krijgt calmantia voorgeschreven. Geleidelijk aan komen er meer spanningen in de relatie met haar vriend, die overigens van een huwelijk niet wil weten. Wanneer ze een avontuurtje heeft met haar afdelingschef op het werk stijgen de spanningen nog. Ze krijgt ook het gevoel dat de ouders van haar vriend zich teveel met haar dochttertje inlaten. Nadine vertoont toenemende fysische klachten. Tenslotte komt het toch tot een breuk, en blijft Nadine alleen met haar dochttertje achter. Impulsief neemt ze een grote hoeveelheid medicatie in. Dan schiet haar plots de gedachte door het hoofd dat haar dochttertje als een wees zal achterblijven en zoals zijzelf, ongelukkig zal opgroeien. Ze wurgt daarop haar kind, neemt de rest van de medikamenten in en gaat op het lijkje liggen om zo te sterven. Dan bedenkt ze dat men haar vriend van de moord zou kunnen verdenken. Daarom gaat ze naar beneden de burens wittigen, die de politie alarmeren. In de moord op haar dochttertje zit enerzijds een element van identificatie met het kind (uitbreiding van zelfmoord), anderzijds een element van agressie tegenover haar vriend en (vooral) diens ouders, die haar, haar meest dierbare bezit dreigen af te nemen.

Persoonlijkheidsgegevens : Nadine is middelmatig begaafd. Het psychologisch testonderzoek kringt rond twee polen : enerzijds de problematische geslachtidentiteit, de seksuele preoccupaties, de oedipale thematiek, die samen met de theatraal-dramatiserende verteltrant eerder hysterisch aandoen. Anderzijds de thematiek van veiligheid, eenzaamheid, het zich nergens thuisvoelen, de ongelukkige kindertijd, de abandon-gevoelens. Deze schizoïede problematiek lijkt te over-

heersen. Opvallend in haar biografie is het feit dat zij recidiverend zo omgaat met mensen dat zij uiteindelijk verworpen wordt door diegene met wie zij een relatie aangaat. Zij provoceert telkenmale de affectieve verwerping om er nadien depressief op te reageren. Dit neurotisch mechanisme, onverzadigbare affectieve nood/ een relatie aangaan/ affectief breken/ depressief reageren, komt stereotiep terug.

Verder verloop : In de gevangenis is Nadine oorspronkelijk erg depressief. Wanneer ze foto's van het lijk van haar dochtertje te zien krijgt weigert ze alle activiteiten, eet niet meer en koestert ze zelfmoordplannen. Ze doet een tweetal suicidepogingen in het raam van een pathologisch rouwproces om haar dochtertje. Nadine wordt geïnterneerd en doorverwezen naar een privaat psychiatrisch centrum voor behandeling. Hier evolueert ze van een labiel functioneren, met veel problemen in verband met drinken, pillen slikken en suicidepogingen naar een rustiger gedrag. Tenslotte engageert ze zich in een relatie met een medepatiënt, waarmee ze tot vaste trouwplannen komt. Daarop wordt haar gedrag opnieuw meer chaotisch : het werd meer en meer duidelijk dat ze de relatie niet aankon en er zich door de officiële trouwplannen (iets waar ze altijd naar verlangd had) in voelde vastlopen. Spijts de genomen voorzorgsmaatregelen slaagde ze erin zelfmoord te plegen door verstikking met een plastic zak.

4.5. WRAAKNEMING

Intrafamiliale relationele konfliktsituaties zijn vaak de bron van een chronische spanningstoestand die uiteindelijk de weerstand van de dader ondermijnt en de drempel voor acting out verlaagt. Hier wordt de agressie, gericht naar een sleutelfiguur in de omgeving (vaak de partner), verplaatst naar een hulpeloos slachtoffer : “zijn/haar” (!) kind. Dit kan soms door de dader zelf als bewust motief opgegeven worden : de andere wordt getroffen in wat hem het dierbaarst is... Verwijzend naar de Griekse mythologie wordt hierbij dan gesproken van “Medea-situatie”. Het kind wordt als slachtoffer genomen omwille van de plaats dat het toevallig inneemt in een relationeel netwerk, en de betekenis dat het heeft voor de verscheidene protagonisten. Hier wordt niet voor zichzelf gedood maar omwille van conflicten die zich elders en in ieder geval boven zijn hoofd afspelen.

4.6. ELIMINATIE

Ongewenste kinderen kunnen geëlimineerd worden, hetzij actief hetzij passief (door verregaande verwaarlozing). Uit “liefde” kan een wezenlijk lijdend kind gedood worden. Wij hebben tot nog toe geen gelegenheid gehad om zelf dergelijke gevallen te onderzoeken. Volgens de literatuur komen zij eerderzeldzaam voor, vooral het laatste dat het probleem van de onvrijwillige euthanasie stelt (d'ORBAN, 1979).

5. Bespreking

5.1. Is preventie mogelijk ? Een aantal maatregelen lijken zeker aangewezen : het uitwerken van een directe interventiestrategie bij kindermishandeling, het verbeteren van de sociale voorzieningen voor ongewenste kinderen, een beter statuut voor onwettige kinderen en een verdere brede verspreiding van de contraceptieve informatie.

Buiten neonaticide blijken 40 % van de daders medische of psychiatrische hulp te zoeken vóór hun daad (RESNICK, 1969). Artsen en welzijnswerkers moeten hierop bedacht zijn en aan deze mogelijkheid durven denken in hun omgaan met cliënten, zeker wanneer zij te doen hebben met een depressieve ouder die suicide overweegt. In geval er een sterke identificatie bestaat met een kind waarvoor een overdreven bekommernis bestaat, is het gevaar nog groter. Hoe jonger het kind hoe groter het risico. Een meer "holistische" evaluatie en begeleiding van zwangerschap, bevalling en postpartum periode (in tegenstelling tot een eng gynecologische benadering) waarbij ook aandacht wordt geschonken aan psycho-sociale en relationele problemen, zou ongetwijfeld kunnen bijdragen tot het onderkennen van risicogeveallen en tot preventie.

Patiënten die komen raadplegen met als hoofdklacht obsessies van kindermoord stellen een bijzonder moeilijk probleem. Volgens BUTTON et al. (1972) vertonen 3,36 % van de verwijzingen naar de psychiater infanticidale obsessies als klacht. Deze patiënten vertonen een aanhoudende overbezorgdheid over het welzijn van het kind, egodystone obsessionele gedachten om dat kind te schaden en vaak gevoelens van inadekwaatheid als moeder of vader. In tegenstelling tot andere dwanggedachten zou het risico tot uitvoeren van de obsessie niet gering zijn als de symptomen voorkomen in het kader van een depressief syndroom en/of een beginnende psychotische decompensatie.

5.2. Vaders of moeders, die hun eigen kind gedood hebben, vertonen tijdens de voorarrestfase in de gevangenis vaak een ernstig gecompliceerd rouwprobleem. Dergelijke situaties verscherpen het rollenconflict van de psychiaterdeskundige die expert moet blijven en in principe niet therapeutisch mag optreden. De ervaring leert nochtans dat het niet mogelijk is voor een deskundige die nauwe contacten heeft met de beklagde geen rekening te houden met de aan gang zijnde – of uitgestelde – rouwverwerking. Eigenlijk zou de voorarrestprocedure moeten kunnen versoepeld worden en de beklagde in de mogelijkheid gesteld worden om opgenomen te worden in een aangepast psychiatrisch centrum waar, naast de door de onderzoeksrechter bevolen expertise, een stuk therapeutisch werk kan verricht worden.

5.3. Hoe jonger een kind, hoe kwetsbaarder het is, ook op juridisch vlak. Kinderen, en a fortiori pasgeborenen, vormen een onmondige machteloze minderheid zonder stemrecht (DAMME, 1978). Daar waar ook de vrouw lange tijd vrijwel rechteloos was, is daar geleidelijk, onder impuls van feministische bewegingen verandering in gekomen. Indien elk kind dat geboren wordt thans het recht heeft om te leven, dan is dit een prestatie van onze eeuw (PIERS, 1980).

5.4. De verhoogde omvang van psychiatrische aandoeningen in de postpartum periode is een sinds lang bekend feit. Men ziet een piek in een periode van 14 dagen, beginnend na een latentieperiode van 2 dagen na de bevalling. In de volgende 3 maanden daalt de omvang dan geleidelijk.

Het patroon van de beschreven beelden is in de loop der jaren veranderd. Op dit ogenblik lijkt depressie de meest voorkomende psychiatrische aandoening in het postpartum, gevolgd door schizofrenie en (minder frekwent), door manie (PITT, 1968). Daar waar men vroeger meende met een apart verschijnsel te doen te hebben, is men nu algemeen van oordeel dat het hier gaat om een latent aanwezige aandoening, die onder de stress van het postpartum tot uiting komt.

Vele auteurs zijn van oordeel dat fysieke factoren (m.n. de plotse val van hormonenconcentraties in het bloed) de belangrijkste rol spelen. De latentieperiode van 2 dagen past in deze theorie. Nochtans blijven endocrinologische behandelingen tot nog toe zonder succes. Psychosociale factoren zijn waarschijnlijk even belangrijk. Zwangerschap en bevalling betekenen voor de kraamvrouw een ingrijpende verandering, waardoor de relaties met haar echtgenoot, en haar eigen familie sterk veranderen, terwijl ze t.o.v. het pasgeboren kind de moederrol moet opnemen. Het bestaan van een zgn. "adoptie-psychose" en het voorkomen van een puerperaal psychose bij mannen wijzen in deze richting (PITT, 1968).

De "premorbiditeit" persoonlijkheid speelt een belangrijke rol : waar de draagkracht verlaagd is zal de last van de bevalling, die door de meeste vrouwen kan gedragen worden, mogelijk tot een decompensatie leiden. De prognose van de postpartum psychiatrische aandoeningen is redelijk goed. Meestal ziet men een vlugger en vollediger herstel dan van dezelfde aandoening die buiten het postpartum optreedt. Hoewel het beeld van een dergelijke aandoening dus niet verschilt van het beeld buiten het postpartum, zijn de gedachteninhoud en de relatiestoornissen meestal op de baby gecentreerd, waarbij overbezorgdheid en agressie de meest voorkomende thema's zijn.

Belangrijk in verband met infanticide is dat hier veelal geen duidelijke differentiatie heeft plaatsgevonden tussen moeder en kind. De kans dat het kind in een "suicide" van de moeder betrokken wordt is daarom groter. Dikwijls zal, na het uitvoeren van de kindermoord, de suicide niet meer plaats vinden, alsof in de infanticide de zelfmoord heeft plaatsgevonden.

Qua behandeling legt men, naast een adequate medikamenteuze behandeling en psychologische steun, nu sterk de nadruk op het behoud, onder supervisie, van het contact tussen moeder en kind.

5.5. Kindermoord bestaat, mag niet ontkend worden en moet openlijk kunnen besproken worden. Deze bijdrage werd om die reden geschreven en tevens met de hoop dat in de komende jaren meer informatie hierover zal kunnen verzameld worden, zoals dit reeds het geval geweest is voor een ander aloud taboe-onderwerp zoals kindermishandeling.

Bibliografie

ASCH S.S., Crib Deaths : Their possible relationship to post-partum depression and infanticide. Int. Mount Sinai Hospital, 35, 1968, 214-220.

- BANDURA A. & WALTERS R.H., Adolescent Agression. New York, Ronald Press, 1959.
- BERKOWITZ L., Agression : A social Psychological Analysis. New York, Mc Graw-Hill, 1962.
- BUTTON J.H. & REIVICH R.S., Obsessions of Infanticide. Archives of General Psychiatry, 27, 1972, 235-240.
- COLIN M., Infanticides et Matriopathies. In : Etudes de Criminologie Clinique. Masson, 1963.
- DAMME C., Infanticide, the worth of an infant under law. Medical History, 22, 1978, 1-24.
- GALDIKAS B.M.F., Living with the great orange apes. National Geographic, 157, 1980, 830-853.
- GIBSON E., Homicide in England and Wales 1967-1971. Home Office Research Study N 31. London, Her Majesty's Stationery Office, 1975.
- GIBSON E. & KLEIN S., Murder. A Home Office Research Unit Report. London, Her Majesty's Stationery Office, 1961.
- GOODALL J., Life and Death at Gombe. National Geographic, 155, 1979, 592-621.
- HARDER T., The psychopathology of infanticide. Acta Psychiatrica Scandinavia, 43, 1967, 196-245.
- HOPWOOD S., Child murder and insanity. Journal of Mental Science, 73, 1927, 95-108.
- HRDY S.B., Infanticide as a primate reproductive strategy. American Scientist, 65, 1977, 40-49.
- KAPLUN D. & REICH R., The murdered child and his killers. American Journal of Psychiatry, 133, 1976, 809-813.
- KEMPE C.H., SILVERMAN F.M., STEELE B.F., DROEGEMUELLER W. and SILVER H.K., The Battered Child Syndrome. Journal of the American Medical Association, 181, 1962, 17-24.
- KERSSEMAKERS I. & VAN DE LOO, K.J.M. Infanticide. Nederlands Tijdschrift voor Criminologie, 17, 1975, 28-44.
- Mc DERMAID G. and WINKLER E.M., Psychopathology of Infanticide. Journal of Clinical and Experimental Psychopathology, 16, 1955, 22-41.
- MECIR J. Homicidal behavior towards children. CS Psychiatry, 72, 1976, 297-306.
- d'ORBAN P.T., Women who kill their children. British Journal of Psychiatry, 134, 1979, 560-571.
- PIERS M.W., Kindermord – ein historischer Rückblick. Psyche, 30, 1976, 418-435.
- PIIT B., Psychiatric Illness following childbirth. Hospital Medicine, 1968, 815-818.
- RESNICK P.J., Child murder by parents : a psychiatric review of filicide. American Journal of Psychiatry, 126, 1969, 325-334.
- The Royal Medico-Psychological Association Seminar, London, 1970.
- SCOTT P.D., Parents who kill their children. Medicine, Science and the Law, 13, 1973, 120-126.

STEELE P. & POLLOCK C., *The Battered Child*. (Ed. Helper R.E., and Kemp C.). Chicago, University of Chicago Press, 1968.

WEST D.J., *Murder followed by suicide*. Heinemann, London, 1965.