

Titelblad:

AANDACHT VOOR ADOPTIEOUDERS

Ondersteuning vanuit een observatie- behandelgroep aan
ouders van adoptiekinderen met ernstige hechtingsproblematiek

AANDACHT VOOR ADOPTIEOUDERS

Ondersteuning vanuit een observatie- behandelgroep aan ouders van adoptiekinderen met ernstige hechtingsproblematiek

Probleemstelling	Hoe moet ondersteuning aan adoptieouders bij de problematiek van hun adoptiekind eruit zien en op welke wijze kan observatie- behandelgroep F149 deze gewenste ondersteuning in praktijk brengen?
Student	Marit Batist SPH 4 (deeltijd) Studentnummer 981836 Studiejaar 2001 – 2002
Opleiding	Ichthus Hogeschool Unit: sociaal werk Opleiding: Sociaal Pedagogische Hulpverlening Theresiastraat 8 2593 AN Den Haag
Scriptiebegeleider	Els Roskam

Voorwoord

Deze scriptie is geschreven als afstudeerproject voor de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening aan de Ichthus Hogeschool in Den Haag.

Ondanks flinke tijdsdruk en enkele tegenslagen heb ik met enthousiasme en veel inzet aan deze scriptie gewerkt en ben ik tevreden over het uiteindelijk resultaat.

Ik ben mij in eerste instantie gaan verdiepen in de theorie rond interlandelijk adoptie, daar ik hieraan tot voorkort een gebrek aan kennis over had. Wat houdt (interlandelijke) adoptie en de daaruit voortkomende problematiek feitelijk in?

Vervolgens heb ik mij gericht op de ervaringsverhalen van adoptieouders. Welk proces hebben zij met hun adoptiekind moeten doormaken? Waar lopen zij tegenaan met betrekking tot het kind, de omgeving en de hulpverlening? Wat zou de hulpverlening hen moeten bieden?

Voor een deel heb ik deze vragen kunnen beantwoorden door de onderzoeken naar de ervaringen van ouders, die al eerder zijn uitgevoerd en gepubliceerd door gedragswetenschappers. Het beeld dat ik hierdoor verkreeg is aangevuld en compleet gemaakt door de adoptieouders zelf, die hun verhalen publiekelijk hebben gemaakt (op papier dan wel op internet). Geheel vrijwillig hebben enkele van hen mij hun vaak moeilijke ervaringen verteld en mijn vragen beantwoord. Hierdoor hebben zij mij enorm gestimuleerd in het zoeken naar mogelijkheden om de jeugdhulpverlening ook voor hén een stukje hulpverlening te laten worden. Naar hen gaat dan ook mijn grootste dank uit.

Tevens bedank ik iedereen uit mijn sociale leven voor het oneindige geduld, terwijl ik hen schandelijk verwaarloosde. En tot slot een woord van dank aan de mensen van F149, niet alleen voor het overnemen van mijn diensten in alle drukte van het afstuderen, maar ook door soms net dat te doen, wat niet gedaan moet worden. Dit laatste was mijn grootste motivatie, het deed mij beseffen dat er écht meer aandacht voor adoptieouders moet zijn...

Marit Batist
Mei 2002

Inhoudsopgave

VOORWOORD	3
INHOUDSOPGAVE	4
INLEIDING	6
HOOFDSTUK 1: INTERLANDELIJKE ADOPTIE	8
1.1. INTERLANDELIJKE ADOPTIE	8
1.1.1. <i>GESCHIEDENIS</i>	8
1.1.2. <i>WETGEVING EN PROCEDURE</i>	8
1.2. DE BETROKKENEN	10
1.2.1. <i>ADOPTIEKINDEREN EN HUN BIOLOGISCHE OUDERS</i>	10
1.2.2. <i>DE ADOPTIEOUDERS</i>	11
1.3. RISICO'S VAN ADOPTIE	12
1.4. CONCLUSIES	12
HOOFDSTUK 2: ADOPTIEPROBLEMATIEK	14
2.1. HECHTINGSSTOORNIS	14
2.1.1. <i>WAT IS HECHTING?</i>	14
2.1.2. <i>VEILIGE EN ONVEILIGE HECHTING</i>	15
2.1.3. <i>HECHTINGSSTOORNIS</i>	15
2.1.4. <i>DIAGNOSE</i>	15
2.1.5. <i>OORZAKEN VAN VERSTOORDE HECHTING</i>	16
2.1.6. <i>CONSEQUENTIES</i>	16
2.1.7. <i>GEDRAGSPATRONEN</i>	17
2.2. GEEN-BODEM-SYNDROOM	19
2.2.1. <i>WAT IS GBS?</i>	19
2.2.2. <i>KENMERKEN EN GEVOLGEN</i>	20
2.2.3. <i>UITINGSVORMEN</i>	20
2.3. MOGELIJKHEDEN IN DE HULPVERLENING	22
2.3.1. <i>HERSTELLEN VAN EEN VERSTOORDE HECHTING</i>	22
2.3.2. <i>METHODIEKEN</i>	22
2.3.3. <i>GESPECIALISEERDE HULPVERLENING</i>	24
2.4. CONCLUSIES	24
HOOFDSTUK 3: ADOPTIEOUDERS EN HULPVERLENING	26
3.1. DE INVLOED VAN EEN HECHTINGSSTOORNIS OP OUDERS	26
3.1.1. <i>GEVOLGEN VOOR OUDERS AAN DE HAND VAN ENKELE KENMERKEN</i>	26

3.1.2. <i>HET UITEINDELIJKE GEVOLG</i>	28
3.2. ERVARINGEN MET HULPVERLENING	29
3.2.1. <i>ONDERZOEKEN</i>	29
3.2.2. <i>VISIE VAN OUDERS: DE DIAGNOSTISCHE FASE</i>	30
3.2.3. <i>VISIE VAN OUDERS: DE BEHANDELING</i>	31
3.3. OUDERBEGELEIDING	32
3.4. ORGANISATIES	33
3.5. CONCLUSIES	34

HOOFDSTUK 4: ONDERSTEUNING AAN ADOPTIEOUDERS VANUIT F149

4.1. OBSERVATIE- BEHANDELGROEP F149	36
4.1.1. <i>GRENZEN EN MOGELIJKHEDEN</i>	37
4.1.2. <i>UITGANGSPUNTEN</i>	37
4.1.3. <i>PLANMATIG WERKEN</i>	37
4.1.4. <i>VRAAGGERICHT WERKEN</i>	37
4.2. F149 EN ADOPTIEKINDEREN	38
4.2.1. <i>DE DIAGNOSTISCHE FASE</i>	38
4.2.2. <i>TUSSENFASE IN PLAATS VAN BEHANDELFASE</i>	39
4.2.3. <i>BENADERING NAAR HET KIND</i>	40
4.3. BENADERING NAAR DE OUDERS	41
4.4. SYSTEEM THEORETISCHE BENADERING	42
4.4.1. <i>WAT IS EEN SOCIAAL SYSTEEM?</i>	42
4.4.2. <i>ALGEMENE METHODIEK</i>	43
4.4.3. <i>STRUCTUURGERICHTE SYSTEEMBENADERING</i>	44
4.4.4. <i>COMMUNICATIEGERICHTE SYSTEEMBENADERING</i>	45
4.5. EXTRA ONDERSTEUNING	45
4.6. TOT SLOT	46

HOOFDSTUK 5: CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

5.1. BEANTWOORDING VAN DE PROBLEEMSTELLING	47
5.2. AANBEVELINGEN	48

LITERATUURLIJST

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: DE ADOPTIEPROCEDURE EN KOSTEN	52
BIJLAGE 2: UITINGSVORMEN VAN GBS	55
BIJLAGE 3: DE R.I.J.	56
BIJLAGE 4: HET 'OBSERVATIEHUIS'	58

Inleiding

Sinds de jaren zeventig is interlandelijk adoptie uitgegroeid tot een wereldwijd verschijnsel. Dat er aan interlandelijke adoptie ook de nodige risico's verbonden zijn, hadden overheid, adoptieorganisaties en -ouders destijds waarschijnlijk niet kunnen vermoeden. In de begintijd van interlandelijk adoptie werd de nadruk gelegd op de positieve aspecten ervan. Hoewel adoptie voor veel kinderen heeft geleid tot een nieuw, bevredigend bestaan, bleek de groep van ouders en adoptiekinderen met problemen van min of meer ernstige aard niet gering.

Aan interlandelijk adoptie gaat een zeer lange procedure vooraf. De wachttijd duurt jaren en de kosten liggen hoog. Al die tijd zitten adoptiefouders in spanning en onzekerheid. Deze gevoelens gaan gepaard met hoop, geluksgevoel, verwachtingen en goede voornemens. Ouders gaan er vanuit zelf, en met veel liefde en warmte, een hechte relatie met het adoptiekind op te zullen gaan bouwen.

Soms loopt de adoptie echter helemaal niet naar verwachting. Het kind lijkt niets van de adoptieouders te willen weten, er valt geen contact mee te krijgen. Ernstige moeilijkheden met betrekking tot het gedrag en de interpersoonlijke relaties van het kind roepen vaak grote spanningen op. Hoewel op jonge leeftijd reeds aanwezig, blijken problemen op wat latere leeftijd tot onhoudbare situaties te kunnen leiden. Problemen en situaties die niet altijd door de omgeving worden erkend of herkend.

Langzaam maar zeker brokkelt het geluksgevoel af, verwachtingen komen niet uit. Hoop op betere tijden wordt steeds weer de bodem ingeslagen. De teleurstelling is immens groot. Uiteindelijk zijn de adoptieouders opgebrand: doodmoe en radeloos.

De drempel voor hulpverlening ligt hoog. Buitenstaanders lijken het niet te begrijpen en ouders voelen zich alleen staan. Ongeloof, schuld- en insufficiëntiegevoelens bij de ouders weerhouden hen er vaak van om tijdig hulp in te schakelen, met als gevolg veel leed en soms onherstelbare schade aan relaties binnen het gezin.

Van hen die wel hulp zochten, kwamen geluiden dat een aantal hulpverleners weinig begrip voor hun situatie toonden en onvoldoende kennis bleken te bezitten van de specifieke aspecten van deze problematiek. Het gevolg hiervan is dat te veel adoptieouders de hulpverlening als negatief (hebben) ervaren.

In de afgelopen jaren is gebleken, dat problemen rond adoptie een aparte benadering vragen. De hulp die hiervoor nodig is, blijkt soms moeilijk te vinden.

Motivatie

Sinds september 2000 ben ik werkzaam op F149, een observatie- behandelgroep van de Stichting R.I.J. Haaglanden. Het is een project voor jongeren van twaalf tot en met achttien jaar met psychosociale gedragsproblemen. Hier heb ik mijn eerste praktijkervaring opgedaan met adoptieproblematiek en hierdoor vanzelfsprekend met adoptieouders.

Jeugdhulpverlening is er niet alleen voor de jongeren, maar ook voor hun ouders. Zonder alle ouders over één kam te willen scheren kan ik zeggen dat mijn ervaringen met de ouders van de op ons project verblijvende jongeren niet altijd even positief zijn. Oorzaak van de (gedrags-)problemen van jongeren ligt in zeer veel gevallen in de thuissituatie: misbruik, mishandeling en verwaarlozing door ouders is in dit werkveld een veelvuldig terugkomend gegeven. Zwart-wit gezegd krijgen we met ouders te maken waarvan iedereen wel eens denkt: "zij hadden geen kinderen mogen krijgen." Met dit type ouders valt zeer moeilijk samen te werken. Hier kan ik meerdere verklaringen voor geven, maar dan dwaal ik af. Waar ik naar toe wil is het voor mij opvallende verschil tussen deze ouders en adoptieouders.

Mijn ervaring met adoptieouders is een stuk positiever. Deze ouders blijken zeer gemotiveerd te zijn voor hulpverlening van hun kind en staan open voor een goede

samenwerking. Maar dit zijn tevens ouders die soms moeilijk te begrijpen zijn, want het gedrag van het kind (en de gevolgen hiervan voor henzelf) waar zij over spreken, zie ik zelf zelden bij het kind. Overdrijven zij dit dan? Ik geloof van niet. Dit zijn mijn inziens geen ouders die hun kind 'zomaar' naar beneden zouden halen. Daarvoor zouden zij alle moeite van een adoptie niet gedaan hebben. En daarvoor is ook de zichtbare warmte, liefde en bezorgdheid die zij voor het kind voelen te groot.

Door het feit dat het beeld dat ik en mijn collega's van het kind hadden soms in grote tegenstrijdigheid was met het beeld dat ouders van het kind schiepen, ben ik mij gaan interesseren in adoptieproblematiek. Ik ben mij in deze problematiek gaan verdiepen en door de kennis die ik hierdoor verwierf ben ik de ouders uiteindelijk veel beter gaan begrijpen. Hierdoor ben ik mij ook gaan realiseren dat ouders in een zware, misschien wel slopende situatie verkeren en dat zij extra steun vanuit de hulpverlening hard nodig hebben.

In deze scriptie wil ik mij richten op de vraag hoe deze steun er uit moet zien. Wat kan F149 betekenen voor adoptieouders?

Probleemstelling

Hoe moet ondersteuning aan adoptieouders bij de problematiek van hun adoptiekind eruit zien en op welke wijze kan observatie- behandelgroep F149 deze gewenste ondersteuning in praktijk brengen?

Opbouw

Hoofdstuk 1 dient als een algemene inleiding, waarin uitleg volgt over interlandelijke adoptie. Hierbij komen zaken aan de orde als geschiedenis, wetgeving en procedure. Ook wordt stilgestaan bij de betrokkenen: wie zijn dit, wat zijn hun motieven? Tot slot volgt een korte uitleg over de gevolgen van adoptie.

In hoofdstuk 2 volgt een uitleg van de adoptieproblematiek: hechtingsproblematiek in het algemeen en het specifieke Geen-Bodem-Syndroom in het bijzonder. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een korte toelichting over de bestaande hulpverlening voor deze doelgroep.

In hoofdstuk 3 ga ik in op de gevolgen van de adoptieproblematiek voor de adoptieouders. Hun beleving en ervaring met het adoptiekind en de hulpverlening staan hierin centraal. Ook het belang van ouderbegeleiding komt hierin naar voren.

Hoofdstuk 4 wordt ingeleid met een beschrijving van observatie- behandelgroep F149. Vervolgens breng ik een aantal punten aan de orde die adoptieouders als ondersteuning vanuit de hulpverlening ervaren. Deze punten worden besproken vanuit de mogelijkheden van F149.

Ik sluit mijn scriptie af met het beantwoorden van de probleemstelling aan de hand van de voornaamste conclusies. Tot slot geef ik enkele aanbevelingen.

Hoofdstuk 1: Interlandelijke adoptie

In dit eerste hoofdstuk wil ik een algemene uitleg geven over interlandelijke adoptie. Hierbij wordt kort stilgestaan bij de wetgeving en de procedure, alvorens over te gaan op de betrokken partijen: de biologische ouders, het adoptiekind en de adoptieouders. Tot slot worden in het kort de risico's en enkele verklaringen hiervan beschreven, die adoptie voor zowel het adoptiekind als voor de ouders met zich mee kan brengen.

1.1. Interlandelijke adoptie

1.1.1. Geschiedenis

De geschiedenis van de interlandelijke adoptie begint in de jaren vijftig, tijdens de Koreaanse oorlog. Tussen Koreaanse vrouwen en Amerikaanse soldaten ontstonden relaties en hieruit werden kinderen geboren. In de Koreaanse samenleving werden deze kinderen niet geaccepteerd; zij werden naar de Verenigde Staten gehaald en geadopteerd.

De interlandelijke adoptie begon sinds de jaren zeventig toe te nemen en groeide van een regionaal verschijnsel uit tot een wereldwijd verschijnsel. De vraag naar kinderen in de rijke westerse landen nam toe en het aanbod in ontwikkelingslanden was groot. Er ontstond een markt. Het gevaar hiervan was dat het doel van adoptie veranderde: ouders zagen adoptie als een middel tot het vinden van een kind, in plaats van het vinden van een gezin voor het kind. Hierdoor kon interlandelijke adoptie niet (langer) worden overgelaten aan de markt en werden er speciale richtlijnen opgesteld voor het adopteren van buitenlandse kinderen. (Bron: www.defenceforchildren.nl)

1.1.2. Wetgeving en procedure

Nederland kent sinds 1956 de adoptiewet. Adoptie wordt omschreven als een rechtsinstelling waardoor iemand in een nieuw familieverband overgaat, en wel zo dat hij gelijke rechten heeft als een biologisch kind uit die familie. Bij adoptie worden alle bestaande familierechtelijke banden tussen de natuurlijke ouder(s) en het kind verbroken. Daarvoor in de plaats komen familierechtelijke betrekkingen tussen adoptieouders en kind. Dit betekent dat de adoptieouder het gezag krijgt, het kind zijn of haar naam kan geven en dat het kind en de ouder van elkaar kunnen erven. (Literatuurlijst 23, hierna te noemen: Lit. 23)

In 1974 werden door het Ministerie van Justitie speciale richtlijnen opgesteld voor interlandelijke adoptie. Hoewel er al jarenlang kinderen uit het buitenland werden geadopteerd, kwam in 1988 pas de wet 'opneming van een buitenlands kind ter adoptie' tot stand.

In 1993 is het Verdrag inzake Internationale Samenwerking en Bescherming van Kinderen op het gebied van Interlandelijke Adoptie tot stand gekomen in het kader van de Haagse Conferentie inzake Internationaal Privaatrecht. Nederland heeft dit verdrag goedgekeurd.

Een aantal opvattingen van de internationale kinderbescherming over interlandelijke adoptie zijn de volgende:

- armoede is de belangrijkste oorzaak bij het afstand doen van kinderen. Bestrijding van armoede blijft prioriteit om te bevorderen dat kinderen gewoon bij hun ouders op kunnen groeien;

- er is een groot misverstand over het aantal kinderen dat beschikbaar is voor adoptie. Veel mensen denken dat er veel kinderen wachten op een adoptie. Dit is helemaal niet het geval. De vraag naar kinderen is veel groter dan het aanbod;
- adoptie moet een alternatief zijn voor een langdurig verblijf in een tehuis. Toch moet nog verder onderzocht worden wat de gevolgen zijn van het leven in een tehuis;
- het subsidiariteitsbeginsel, dat bepaalt dat eerst de mogelijkheid van plaatsing in het eigen land moet worden onderzocht, is belangrijk. Dit moet bevorderd worden door hulp aan kinderen en alleenstaande moeders te geven;
- er moet zoveel mogelijk worden gedaan om ontvoering, verkoop van kinderen en kinderhandel te stoppen;
- het kind heeft het recht om te weten waar hij of zij vandaan komt en wie zijn ouders zijn, ook als het kind geadopteerd is.

In artikel 21 van het VN-Verdrag inzake de Rechten van het Kind staat dat bij adoptie het belang van het kind de voornaamste overweging moet zijn.

Op 1 oktober 1998 is het Haagse Adoptieverdrag in werking getreden, met daarbij de wet 'Opneming Buitenlandse Kinderen Ter Adoptie'. In deze wet staan de criteria, voorwaarden en eisen waaraan aspirant-adoptiefouders moeten voldoen. Het voornaamste doel van het Haagse Adoptieverdrag is bescherming van kinderen en samenwerking op het gebied van interlandelijke adoptie.

Adoptie dient op zodanige wijze plaats te vinden dat het belang van het kind voorop staat en dat zijn of haar grondrechten volgens internationaal recht wordt geëerbiedigd.

Daarbij wordt uitdrukkelijk vastgelegd dat ieder land behoort na te streven dat een kind in zijn land van herkomst kan blijven. Daarnaast beoogt het Verdrag een samenwerkingsverband tussen de aangesloten landen op te zetten om zeker te stellen dat deze waarborgen in acht genomen worden en ontvoering of handel in kinderen wordt voorkomen. Een andere belangrijke factor is dat, als men een kind adopteert uit een land dat bij het Haagse Verdrag is aangesloten, de adoptie automatisch door alle andere aangesloten landen wordt erkend.

Het Haags Adoptieverdrag is door zesenzestig landen ondertekend en geratificeerd. Deze landen worden 'verdragsstaten' genoemd.

Sinds de inwerkingtreding van de nieuwe wet behoort één-ouderadoptie tot de mogelijkheden. Ieder individu kan een aanvraag voor één-ouderadoptie indienen: een gehuwd persoon, een ongehuwd samenwonende (van zowel hetero- als homoparen) en een alleenstaande.

Wel zijn er een aantal voorwaarden waar adoptiefouders aan moeten voldoen, die te maken hebben met onder andere leeftijd, gezondheid en het kunnen dragen van de financiële verantwoording voor het kind.

Naast deze voorwaarden stellen de landen waar de kinderen vandaan komen vaak aanvullende voorwaarden. Hierbij moet gedacht worden aan eisen ten aanzien van leeftijd, godsdienst, huwelijksduur, ongewenste kinderloosheid en gezinsgrootte. Ook is het momenteel nog niet duidelijk hoe landen van herkomst zullen omgaan met adoptieaanvragen van alleenstaanden en ongehuwd samenwonenden.

Aan interlandelijke adoptie gaat een zeer lange procedure vooraf (zie hiervoor bijlage 2). Na inschrijving bij het Ministerie van Justitie worden er een aantal zaken van de adoptiefouders verwacht. Er is een verplichte voorlichting door Bureau Via, er vindt een gezinsonderzoek plaats en ouders worden verzocht een medische keuring te ondergaan.

Ouders moeten echter vooral zeer lang wachten. Wie op dit moment een verzoek tot inschrijving indient bij het Ministerie van Justitie moet rekenen op een gemiddelde wachttijd van zeker drie tot vijf jaar. De belangrijkste reden voor deze lange wachttijd is dat er minder kinderen voor adoptie beschikbaar zijn dan er aspirant-ouders zijn.

Ook de kosten rond een adoptie kunnen behoorlijk oplopen. De adoptiekosten per kind zijn gemiddeld tussen de 7000 en 14000 euro.

(Bronnen: www.minjust.nl, www.adoptie.nl en www.adoptie.net)

1.2. De betrokkenen

1.2.1. Adoptiekinderen en hun biologische ouders

Volgens de 'Internationale verklaring van de rechten van het kind' heeft ieder kind, waar ook ter wereld, recht op een goede lichamelijke en geestelijke verzorging, wat onder andere inhoudt: minimale materiële zorg, ouders en een liefdevolle omgeving om in op te groeien. Er zijn kinderen die dit moeten missen en geen kans hebben op een menswaardig bestaan. Het zijn kinderen die hun hele leven in een tehuis of op straat moeten doorbrengen. (Bron: www.adoptie.nl)

Er zijn, naast armoede, meer redenen te noemen waarom kinderen ter adoptie worden gesteld. Het toekomstbeeld van het kind zelf hoeft hier niet altijd de aanleiding toe te zijn. Een voorbeeld hiervan zijn kinderen van ongehuwde moeders of van gemengd bloed. Zij kunnen door familie en omgeving niet geaccepteerd worden, waardoor de moeder of beide ouders een groot risico lopen verstoten te worden. Dit kan hen tot het besluit brengen het kind, ten bate van hun eigen toekomst, op te geven. Dit gebeurt al dan niet in het geheim, bijvoorbeeld door het kind direct na de geboorte te vondeling te leggen. Ook de één-kind-politiek in China heeft tot gevolg dat zeer veel kinderen (meisjes) ter adoptie worden afgestaan.

Tot slot zijn er onder adoptiekinderen veel weeskinderen. Oorzaken voor dit verwezen zijn vaak grote calamiteiten als oorlogen, hongersnoden of natuurrampen.

Wanneer ouders niet voor het kind kunnen zorgen wordt er, zoals eerder beschreven, in eerste instantie gekeken of er in het land van herkomst een oplossing gevonden kan worden. Er wordt gekeken naar eventuele mogelijkheden binnen het netwerk van het gezin of een geschikt pleeg- of adoptiegezin. In sommige gevallen kan financiële adoptie een oplossing bieden. Wanneer dit alles niet mogelijk is, wordt gekeken of adoptie naar het buitenland voor het kind een mogelijkheid is. Dit is voor deze kinderen vaak de laatste mogelijkheid om op te groeien in een gezin en de laatste kans op een betere toekomst. Alleen kinderen waar afstand van is gedaan en die in hun eigen land geen toekomstmogelijkheden meer hebben, komen in aanmerking voor adoptie naar het buitenland. (Lit. 23)

Het laatste decennium komen er gemiddeld 700 kinderen per jaar naar Nederland. Hun leeftijd varieert in het algemeen van 0 tot 6 jaar, waarvan bijna de helft van de kinderen jonger is dan 1 jaar. Het aantal meisjes (55%) is iets groter dan het aantal jongens. De achtergrond van deze kinderen is zeer divers. Jaarlijks zijn er 20 tot 25 landen bij betrokken. De huidige adoptiekinderen komen voornamelijk uit Derde Wereldlanden en Oost Europa. Het betreft hier kinderen die in kindertehuizen of op tijdelijke opvangplaatsen verblijven. (o.m. Lit. 7)

Over de feitelijke achtergrond en geschiedenis van deze adoptiekinderen is meestal niets tot zeer weinig bekend. Dit geldt tevens voor de biologische ouders. De vader is niet zelden onbekend, en de situatie van de moeder tijdens de zwangerschap is vaak een raadsel.

Adoptiekinderen hebben vaak al verschillende scheidingen achter de rug. Het is geen uitzondering dat het kind van moeder of familie, naar een ziekenhuis, een tijdelijk pleeggezin, en vervolgens naar één of meer kindertehuizen is gegaan.

Veel adoptiekinderen (50 tot 75%) vertonen bij aankomst in het adoptiegezin medische problemen. Hierbij moet vooral gedacht worden aan bloedarmoede, infecties aan de luchtwegen, tuberculose, ondervoeding en groeiachterstand. Een oorzaak hiervan kan deels gezocht worden in de voormalige leefwereld van het kind (een minder schoon en hygiënisch milieu). Ook moet men zich realiseren dat de weerstand van het kind gericht is op andere

ziekten; het lichaam maakt antistoffen aan voor de ziektes die in het eigen milieu voorkomen. Ernstig geestelijk gehandicapte kinderen mogen volgens de regelgeving niet ter adoptie in een gezin worden geplaatst. (Lit. 10 en 16)

1.2.2. De adoptieouders

Net als voor het afstaan van kinderen, gelden ook voor het adopteren van hen meerdere motivaties. In de meeste gevallen gaat men over adoptie denken, als blijkt dat er geen eigen kinderen zullen komen. Het grootste gedeelte van de adoptieouders, ongeveer 90%, zijn ongewenst kinderloos. Ongeveer 9% van de adoptieouders hebben al kinderen, maar willen hun gezin met een adoptiekind uitbreiden. Een klein gedeelte van de adoptieouders, ongeveer 1%, ziet er (voorlopig) bewust vanaf om zelf kinderen te krijgen. (Bron: www.adoptie.nl)

Bij echtparen die bewust afzien van (meer) eigen kinderen doch wel voor adoptie kiezen, kunnen motieven meespelen als sociale bewogenheid en gevoelens van morele verplichting ten aanzien van minderbedeelden. Soms heeft één van de biologische kinderen een erfelijke ziekte en is het risico groot dat een volgend kind die ook zal hebben. Ook angst voor zwangerschap in het algemeen of voor een nieuwe zwangerschap in het bijzonder kan doen beslissen tot adoptie over te gaan. Een andere motivatie is soms dat zij zelf pleeg- of adoptiekind zijn.

Nulandt noemde, ter aanvulling, de volgende motivaties: "Mensen adopteren kinderen om dezelfde redenen waarom ze biologische kinderen willen hebben: ze houden van kinderen en willen er graag voor zorgen. Bij Derde Wereld kinderen komt erbij, dat veel mensen oprecht begaan zijn met de vele kinderen, die zonder ouders en in behoeftige omstandigheden leven. De echtparen, die tot adoptie besluiten, hebben verschillende beweegredenen. Het grootste aantal bestaat uit ongewenst kinderloze echtparen. Het grote verdriet om de kinderloosheid, de vurige wens samen voor een kind te zorgen, leidt tot de beslissing één of meer kinderen aan te nemen. Ze besluiten dikwijls mede tot adoptie, omdat ze hun biologische kind niet als enig kind willen laten opgroeien. De echtparen die al twee of meer biologische kinderen hebben en daar naast tot adoptie besluiten, kunnen dat om praktische redenen doen: ze hebben twee jongens en willen graag een meisje erbij." (Lit. 10)

Adoptieouders willen over het algemeen een zo jong mogelijk kind. Voorkeur voor een bepaald land van herkomst is beperkt, hoewel men soms wel bewust kiest voor kinderen uit Oost Europa, of uit hetzelfde land van herkomst als een eerder geadopteerd kind. (Lit. 16)

Er worden jaarlijks circa 1800 aanvragen ingediend, waarvan ongeveer 40% worden teruggetrokken in de loop van de procedure. Dit leidt tot de eerder genoemde 700 voltooide adoptieprocedures per jaar (gemiddeld).

Prof. R. Hoksbergen heeft onderzoek verricht naar enkele algemene kenmerken van de totale groep adoptieouders. Gebleken is dat veel adoptieouders al een geruime tijd gehuwd zijn eer het eerste adoptiekind in het gezin arriveert (acht tot tien jaar). Verklaringen hiervoor kunnen gevonden worden in de voorgeschiedenis: het ontdekken dat zij zelf geen kinderen kunnen krijgen, het jarenlang bezig zijn met velerlei medische technieken (zoals In Vitro Fertilisatie) en de lange procedure en wachttijd rond de uiteindelijke adoptie. Het gevolg hiervan is dat adoptieouders vaak wat ouder zijn dan biologische ouders.

Tevens blijkt dat de meeste adoptieouders een hoog sociaal-economisch niveau hebben. Hun inkomen ligt vaak ver boven het gemiddelde, wat ook geldt voor hun opleiding. Veel adoptieouders hebben een HBO- of universitaire studie afgerond.

Deze kenmerken zijn te verklaren, wanneer men kijkt naar de voorwaarden die door de keuze voor adoptie van ouders verwacht worden. Van aspirant-ouders wordt zeer veel verwacht, waarbij te denken valt aan de (ingewikkelde) administratieve procedures, het

beheersen van vreemde talen (met name Engels en Spaans) en de mogelijkheid het enorme bedrag dat adoptie vraagt te kunnen betalen. Daarnaast dient men zeer geduldig en vasthoudend te zijn. (Lit. 7 en 24)

1.3. Risico's van adoptie

Voor veel kinderen heeft adoptie geleid tot een nieuw, bevredigend bestaan. Toch is de groep van adoptieouders en -kinderen met problemen niet gering. Uit onderzoek blijkt dat geadopteerde kinderen in 25% van de gevallen problemen ondervinden, in 6% zijn de problemen van zulke grote mate dat het kind uit huis geplaatst wordt. (Lit. 7) Dit percentage is zeer hoog.

Dat er aan interlandelijke adoptie ook de nodige risico's verbonden zijn, hadden overheid, adoptieorganisaties en -ouders in de jaren zestig en zeventig waarschijnlijk niet kunnen vermoeden. In de begintijd van interlandelijk adoptie werd de nadruk gelegd op de positieve aspecten ervan. Hoewel echter in veel gezinnen de ontwikkeling van deze kinderen redelijk scheen te verlopen, bleken er ook veel gezinnen te zijn die grote problemen ondervonden. Ernstige moeilijkheden met betrekking tot het gedrag en de interpersoonlijke relaties van het kind riepen vaak grote spanningen op. Hoewel op jonge leeftijd reeds aanwezig, bleken problemen op wat latere leeftijd tot onhoudbare situaties te kunnen leiden. Problemen en situaties die niet altijd door de omgeving worden erkend of herkend. Ongeloof, schuld- en insufficiëntiegevoelens bij de ouders weerhouden hen er vaak van om tijdig hulp in te schakelen, met als gevolg veel leed en soms onherstelbare schade aan relaties binnen het gezin. Van hen die wel hulp zochten, kwamen geluiden dat een aantal hulpverleners weinig begrip voor hun situatie toonde en onvoldoende kennis bleek te bezitten van de specifieke aspecten van deze problematiek. (Lit. 23) In hoofdstuk 3 zal ik verder ingaan op de ervaringen van adoptieouders met de hulpverlening.

Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat de kans op problemen groter wordt naarmate de leeftijd van het kind bij aankomst in het gezin hoger is. De verklaring hiervoor ligt in het feit dat het kind langer en ernstiger blootgesteld is geweest aan negatieve omstandigheden in het land van herkomst. Voorbeelden hiervan zijn materiële en/of affectieve verwaarlozing, geestelijke, lichamelijke en/of seksuele mishandeling, of een andere traumatische gebeurtenis (o.m. Lit. 23).

Tegenstrijdig hieraan is de opvatting van Hoksbergen (1994), die aan de hand van één van zijn onderzoeken heeft aangetoond dat ook een grote groep (25%) kinderen die op jonge leeftijd (0 tot 6 maanden) is geadopteerd op latere leeftijd gedragsproblemen is gaan vertonen. Dit wordt verklaard doordat deze groep adoptiekinderen eerst in een gewoon gezin is opgegroeid en de mogelijkheid tot hechting gehad heeft met de ouders. Deze kinderen zouden zich dan ook in de toekomst kunnen hechten aan anderen, zoals aan de adoptieouders (bijvoorbeeld na sterfte van de biologische ouders). Wanneer kinderen op zeer jonge leeftijd zijn overgeplaatst, hebben zij nooit de kans gehad om zich aan iemand te leren hechten, wat de kans op problemen in de toekomst groter maakt. (o.m. Lit. 7)

In hoofdzaak is de problematische achtergrond de voornaamste reden voor (latere) problemen, de feitelijke leeftijd bij aankomst is hierbij minder van belang.

1.4. Conclusies

Zonder al te veel te generaliseren kan men aannemen dat adoptieouders over het algemeen goed zijn opgeleid en dat zij over een modaal inkomen beschikken. Ze hebben een zekere

maatschappelijke positie en beschikken over duidelijke opvattingen met betrekking tot onder meer de opvoeding van hun kind(eren).

Interlandelijke adoptie blijkt niet altijd naar behoren te verlopen. Adoptiekinderen kunnen veel problemen krijgen bij het opgroeien in het adoptiegezin. In 25% van de gevallen ondervinden adoptiekinderen problemen, in 6% zijn de problemen van zulke grote mate dat het kind uit huis geplaatst wordt.

Opvattingen over de invloed van de leeftijd van het kind bij adoptie op de latere ontwikkeling zijn tegenstrijdig. De voornaamste reden voor (latere) problemen is de problematische achtergrond van het kind. Het problematische verloop van de eerste levensjaren, onder andere de affectieve verwaarlozing waarmee het kind te kampen heeft gehad, heeft een te grote invloed op de ontwikkeling van het kind. Dit is nou net datgene wat adoptieouders in veel gevallen niet kennen: over de feitelijke achtergrond van het kind of diens biologische ouders is vaak zeer weinig bekend.

Aanwijzingen voor eventuele vermoedens van verwaarlozing kunnen gegeven worden door de toestand waarin het kind naar Nederland komt: een grote groep adoptiekinderen vertoont op dat moment medische problemen. Hierbij moeten ouders zich realiseren dat sommige medische problemen typerend zijn voor het land van herkomst. Andere problemen, zoals ondervoeding en groeiachterstand, duiden wel degelijk op een vorm van verwaarlozing.

Naar aanleiding van verschillende studies is duidelijk geworden dat adoptiekinderen en hun ouders vaak veel psychische worstelingen en spanningen moeten doormaken. Het inschakelen van hulp is voor ouders een grote stap die zij onder meer door schuldgevoel en ongelooft niet altijd tijdig nemen. Hierdoor kunnen de problemen in de thuissituatie uit de hand lopen met als gevolg veel leed en onherstelbare schade aan de relaties binnen het gezin.

Hoofdstuk 2: Adoptieproblematiek

“Adoptie zal het leven van elk kind blijven kleuren in positieve of negatieve zin. In positieve zin omdat een kind een nieuwe kans op een gezinsleven en wellicht een betere toekomst geboden wordt, in negatieve zin omdat het kind vervreemd wordt van z'n wortels. Het feit dat een kind wél is verwekt maar niet is opgevoed door zijn biologische ouders, om welke reden dan ook, veroorzaakt een litteken dat een leven lang pijn blijft doen.” (Lit. 21)

Hoewel deze scriptie gericht is op de adoptieouders, wil ik eerst een beschrijving geven van de problematiek van het adoptiekind zelf. Dit is mijn inziens noodzakelijk om de gevolgen voor en de beleving van ouders beter te begrijpen. Gebleken is dat de problematiek van het kind voor buitenstaanders, waaronder de hulpverlener, moeilijk te herkennen is. Mede hierdoor kan inleving in de situatie van ouders een lastige opgave zijn. Uitleg over deze problematiek zie ik als een essentiële stap, voordat ik mij daadwerkelijk op de ouders kan richten.

Daarnaast is mij duidelijk geworden dat kennis over deze problematiek bij de hulpverlener (te) vaak ontbreekt, wat het stellen van een juiste diagnose nog moeilijker maakt dan het al is. Onder meer door dit gegeven heb ik ervoor gekozen ook een korte, algemene uitleg te geven over het begrip ‘hechting’ om op deze wijze aan te geven hoe veelzeggend de voorgeschiedenis van een kind kan zijn. Van hieruit kunnen hulpverleners al bij opname gerichte observatievragen opstellen, om zo sneller tot een diagnose te komen.

Zoals eerder vermeld gaat de adoptie in veel gevallen goed. In een in een groot aantal gevallen verloopt de adoptie echter absoluut niet naar behoren en is een uithuisplaatsing niet zelden het laatste redmiddel voor zowel het kind als de ouders.

De belangrijkste oorzaak hiervan is de hechtingsproblematiek, dat bij 25% van de adoptiekinderen voorkomt. (o.m. Lit. 20 en 21) Bij veel adoptiekinderen komen de problemen voort uit het, door de hechtingstoornis gekenmerkte, Geen-Bodem-Syndroom (GBS). Daarom richt ik mij, na mijn uitleg over hechtingsstoornis in het algemeen, aansluitend op deze specifieke vorm van hechtproblematiek.

2.1. Hechtingsstoornis

2.1.1. Wat is hechting?

Bowlby introduceerde in 1951 de term ‘hechtgedrag’. Het is een aangeboren gedragspatroon dat zowel de baby als het heel jonge kind vertoont om in dezelfde veiligheid te blijven als vóór de geboorte. Om een goede, veilige hechting tot stand te laten komen, is een intensief lijfelijk contact vereist. Het kind heeft de nabijheid van met name de moeder nodig en de zekerheid dat moeder na een korte afwezigheid altijd weer terugkomt. Ook al zijn er andere, vertrouwde personen in de omgeving die het kind verzorgen. Dit blijft de eerste drie levensjaren van belang. Het is noodzakelijk voor een goede emotionele ontwikkeling. (Lit. 11)

Er is veel onderzoek gedaan door gedragsdeskundigen naar de relatie tussen een kind en zijn of haar eerste verzorger. Hieruit is gebleken dat de wijze waarop ouders gevoelig zijn voor de behoeften van hun kinderen (sensitiviteit) en de mate waarin ze daarop reageren (responsiviteit) van groot belang zijn voor de ontwikkeling van het kind. Zo wordt in de eerste jaren bij het kind een basisidee gevormd van hoe mensen zullen reageren als het in nood is en wordt vertrouwen of wantrouwen gevormd. Dit is op zijn beurt weer van invloed bij het opbouwen en onderhouden van relaties in latere leeftijdfases. (Lit. 12)

“Hechting is een wederkerige en diepgaande emotionele en fysieke relatie tussen een kind en zijn ouder. Hechting vereist de fysieke en emotionele beschikbaarheid van zowel kind als ouder.” (Lit. 8)

2.1.2. Veilige en onveilige hechting

Onder veilige hechting wordt een goed contact verstaan, waarbij de ouder het kind constant het gevoel heeft gegeven er te zijn als het de ouder nodig heeft. Met een veilige hechting keert het kind zich naar zijn ouders voor hulp, geborgenheid en verzorging. Het kind vindt de gezamenlijke, intieme en liefhebbende relatie prettig en reageert hier op. Het kind ontwikkelt nieuwsgierigheid naar zijn omgeving en ontwikkelt ook het verlangen en de mogelijkheden om deze omgeving te onderzoeken. Door deze onderzoeking ontwikkelt hij een gevoel van competentie en beheersing, terwijl hij weet dat hij kan terugkeren naar de veiligheid die zijn ouders hem kunnen bieden op het moment dat de spanningen even te groot worden.

Kinderen die te maken hebben gehad met een ouder die niet of in wisselende mate aan de vraag om contact en bescherming heeft kunnen voldoen, ontwikkelen een onveilige hechtingsrelatie met hun opvoeders. Het gedrag dat kinderen laten zien bij de scheiding met ouders is afhankelijk van de ervaring die zij hebben opgedaan in hun eerste levensjaar met de voor hen belangrijkste personen. Kinderen die nooit enige vastigheid in het contact met één of enkele volwassenen hebben gekend, zal het ontbreken aan eenkennig gedrag in hun ontwikkeling. (o.m. Lit. 8)

2.1.3. Hechtingsstoornis

Kinderen met een hechtingsstoornis (of: hechtingsbeschadiging) kunnen geen normale relatie(s) aangaan, daar zij hier een omvermogen of diepgewortelde angst voor hebben. Zij kennen de wederkerigheid in een relatie niet en hebben een noodzakelijke emotionele afstandelijkheid in relationeel opzicht nodig (Lit. 4).

James formuleerde in 1989 de betekenis hiervan als volgt: “Een hechtingsbeschadiging is een blijvend patroon van angstige en/of vervormde hechtingsgedragingen dat de mogelijkheden van het kind verstoort om bevredigende relaties met anderen aan te gaan. In eerste instantie gaat dat om de relatie met zijn ouders, later breidt dit zich uit tot alle relaties, zowel de vriendschappelijke als de meer intieme”. (Lit. 8)

2.1.4. Diagnose

Van de gewone, gemiddelde kinderen blijken er 30 tot 50% onveilig gehecht te zijn (Lit. 20). Kinderen, die op één moment een bepaald hechtingspatroon laten zien kunnen bij een nieuw onderzoek een half jaar later onder een andere categorie vallen. Ook kan een kind veilig gehecht zijn aan de ene persoon en onveilig aan de andere. Andersom kan één en dezelfde ouder een onveilig gehecht kind hebben terwijl het broertje of zusje wel veilig gehecht is. Men moet dus erg voorzichtig zijn met conclusies verbinden aan een beeld van veilige c.q. onveilige hechting. Ook mag men niet teveel waarde hechten aan één onderzoeksmoment, maar is langdurige observatie van het kind nodig.

De praktijk heeft geleerd dat het mogelijk is bij een kind vanaf de leeftijd van 3 maanden vast te stellen of het hechtingsgestoord is of niet. Dit kan alleen maar gebeuren door een bevoegd persoon die hechtingsstoornis grondig kent.

Recent onderzoek aan de K.U. Leuven en in de V.S. heeft aangetoond dat emotionele verwaarlozing bij sommige kinderen hersenbeschadigingen kan veroorzaken. Sinds kort is men in staat om hechtingsstoornissen via een hersenscan op het spoor te komen.

(bron: home.tiscalinet.be/contactgroepwatnu/watnu.html)

2.1.5. Oorzaken van verstoorde hechting

Een kind kan door bepaalde omstandigheden een trauma oplopen, waardoor een hechtingsstoornis kan ontstaan. Met name de beschikbaarheid in de eerste levensjaren van het kind hebben hier grote invloed op. Hierbij valt te denken aan (Lit. 8):

- misbruik, mishandeling en/of verwaarlozing door ouders;
- emotioneel of fysiek niet beschikbare ouders;
- hospitalisatie, uithuisplaatsing (pleeggezinnen) of andere regelmatige wisselingen van verzorgers
- Het in de steek gelaten worden door ouders of ander plotseling verlies van contact met ouders (overlijden van ouder(s), afstand doen / te vondeling leggen, adoptie)

Onveilige hechting hoeft niet altijd een oorzakelijk verband te hebben met de stijl van opvoeders. In de praktijk blijkt dat kinderen soms onveilig gehecht kunnen zijn hoewel beide ouders sensitief en responsief reageren. Naar aanleiding van verschillende onderzoeken mag men aannemen dat factoren als erfelijkheid en omgeving ook een belangrijke rol kunnen spelen bij de vorming van een hechtingstoornis. (o.m. Lit. 12)

Bij adoptie is er een belangrijk verschil in kinderen die zijn afgestaan en kinderen die zijn afgewezen. (Lit. 21)

Een kind dat is afgestaan, kan gewenst geweest zijn en in eerste instantie geaccepteerd, maar door allerlei omstandigheden van buitenaf na verloop van tijd zijn aangeboden voor adoptie. Zo een kind kan de 'bodem' hebben waarop zijn verdere sociaal-affectieve hoedanigheden gebouwd moeten worden. Hierdoor is er een basis, waar de adoptieouders heel voorzichtig en met heel veel ruimte voor het verleden van het kind en voor zijn biologische ouders, mee verder kunnen.

Voor een kind dat is afgewezen ligt dit anders. Een onwelkome, ongewenste zwangerschap, is wel degelijk van invloed op de emotionele ontwikkeling van een kind. Een geboorte zal dan ook anders verlopen, wat tevens geldt voor de behandeling die het kind daarna ten deel valt. De ontwikkeling van tweezaamheid komt hierbij niet tot stand. Tweezaamheid is het vermogen om een langdurige, wederzijdse relatie in stand te houden, het gaat gepaard met gevoelens als herkenning en wederkerigheid.

Door de onbekende voorgeschiedenis van het adoptiekind is het vaak onduidelijk of het kind wel of niet de basis heeft om uiteindelijk mee verder te kunnen. Voor ouders houdt dit in dat zij meerdere hypothesen moeten hanteren. Hypothesen houden hoop in stand ("als dit gebeurd is dan kan het zijn dat..., maar als dat gebeurd is dan kan het ook zijn dat..."). Hoop kan ouders enerzijds op de been houden, maar anderzijds een slopend proces veroorzaken. Een duidelijke diagnose kan voor ouders een confrontatie zijn met de harde werkelijkheid, maar heeft in alle gevallen een vorm van rust tot gevolg. Meer over het belang van het stellen van een diagnose staat beschreven in hoofdstuk 3.

2.1.6. Consequenties

Wanneer een kind geen kans ziet zich op een veilige manier te hechten aan volwassenen, heeft dit grote gevolgen voor de sociale en emotionele ontwikkeling. Het kind komt, met name met betrekking tot zijn zelfbeeld en zijn angst om relaties aan te gaan, in een vicieuze cirkel terecht. Het kind kán deze cirkel zelf niet doorbreken, de problemen worden echter langzaam alleen maar groter (sneeuwbaaleffect).

Bij een verstoorde hechting is angst bij het kind allesoverheersend. Het kind is bang dat zijn ouders er niet meer zullen zijn of niet meer op dezelfde manier als hij weggaat. Hoewel hij geen enkele bevrediging vindt in hoe zijn ouders met hem omgaan, biedt het toch een bepaalde zekerheid. Het wegvallen van die zekerheid moet voorkomen worden, dus blijft het kind in de buurt en wordt zijn afhankelijkheid van zijn ouders nog sterker bevestigd. Het kind kan geen onderzoeksdrang en -mogelijkheden ontwikkelen, waardoor hij geen gevoel van competentie en beheersing krijgt. Omdat hij geen veiligheid en geborgenheid kan vinden bij mensen, zoekt het kind meer bevrediging in materiele zaken dan in menselijke contacten. Mede hierdoor kan het kind zichzelf niet op een gezonde manier beschouwen. Zijn gevoelens over zichzelf hangen af van de mate van zekerheid die hij op het moment voelt. Dit kan hij zichzelf echter niet bieden. Het hangt hierdoor constant af van impulsen van buitenaf, zonder dat het kind het gevoel heeft dat hij daar invloed op kan uitoefenen. Het kind kan bij verlies van (één van) zijn ouders uiterlijk ongevoelloos reageren, maar zal in ieder geval zijn angstige gedrag versterken. Hierdoor wordt zijn gedrag nog zeurderiger en veeleisender. Verzorgende aandacht wordt opgeslokt maar het kind zal zich slechts minimaal tevreden- of gerustgesteld voelen.

Deze angst voor onzekerheid bepaalt ook het gedrag van het kind naar andere mensen. Hij kan zeer sociaal vaardig zijn, maar is alleen oppervlakkig gezien responsief in relaties. Gevoelens die hij laat zien, lijken oppervlakkig en niet echt uit zichzelf komend. Hierdoor leveren toenaderingspogingen van zijn kant over het algemeen weinig respons op. Latere pogingen van anderen om het kind toch te benaderen, bieden hem geen geborgenheid of troost meer en het kind is niet langer in staat dit op waarde te schatten. Mensen krijgen sterk de neiging om hem af te wijzen, omdat er niets teruggegeven wordt na een emotionele investering. Terwijl het kind zich onzeker en kwetsbaar voelt, reageert het minachtend of afwijzend. Als gevolg hiervan wordt er geen bevestiging geboden en wordt het negatieve gevoel dat niemand van hem houdt, voor het kind bevestigd. (Lit. 8)

2.1.7. Gedrag patronen

Een kind dat niet in staat was om zich veilig te hechten aan zijn ouders in zijn vroege jeugd, ontwikkelt manieren om zich door zijn jeugd heen te helpen. Deze manieren blijken echter schadelijk te zijn als het kind dit model aanneemt voor al zijn significante relaties. Hoewel het doel van het gedrag bij al deze kinderen hetzelfde is (overleven op een voor hen zo een veilig mogelijk wijze), uiten zij dit op verschillende manieren.

Beverly James maakte in haar boek "Treating traumatised children" (1989) onderscheid in verschillende gedrag patronen. Dit zijn beschermende stijlen van interactie die het kind heeft ontwikkeld om zelf tegemoet te kunnen komen aan hechtingsbehoeften zoals veiligheid, geborgenheid, intimiteit en verzorging. Deze gedrag patronen kunnen los van elkaar of in combinaties voorkomen, in meer of mindere mate. Ze zijn allen gebaseerd op de alom aanwezige angst om opnieuw gekwetst en afgewezen te worden. De gedragsvormen die tevens opgaan voor adoptiekinderen met hechtingsproblematiek staan weergegeven op de volgende pagina. Rebellion (rebellie), dat grote overeenkomsten vertoont met het Geen-Bodem-Syndroom, lijkt hiervan het vaakst van toepassing te zijn op deze doelgroep. (Lit. 8)

De overeenkomst in de verschillende gedrag patronen is dat deze kinderen allemaal de behoefte hebben om de situatie en de ander(en) te beheersen. Controle hebben is voor hen een methode om nog enige zekerheid voelen. Op verschillende manieren vragen zij allemaal en continu dat de ander geeft, zich aanpast aan hun wijze van communiceren. Hun wantrouwen is tegelijk zo sterk dat ze de ander steeds op de proef blijven stellen, zonder zelf iets te kunnen geven. (Lit. 14) Dit gedrag is vergelijkbaar met wat bij het Geen-Bodem-Syndroom 'survivors-gedrag' genoemd wordt.

Gedrag patronen bij (adoptie-)kinderen met een onveilige hechting (James, 1989):

Deze gedrag patronen kunnen los van elkaar of in combinaties voorkomen, in meer of mindere mate.

Clampy	Klamperig-eisend	Het kind klampt zich vast aan zijn ouders. Zijn eisen om aandacht roepen echter juist het gedrag van de ouders op waar hij bang voor is, iets wat op zijn beurt weer het klamperige gedrag verheft. Vermoeidheid, ziekte en andere stressfactoren verheffen eveneens dit gedrag, dat manipulatief kan overkomen. Sussen helpt niet, omdat zijn basale angsten niet worden weggenomen.
Rebellion	Rebellie	Het kind is boos, gefrustreerd en kwetsbaar. Hij doet erg stoer en heeft een grote mond, maar zijn geheime boodschap is: "ik heb je nodig". Hij heeft liefhebbende relaties nodig maar wantrouwt deze ook. Terwijl hij nabijheid wil, wijst hij pogingen van anderen daartoe af of interpreteert deze verkeerd. Het kind leeft continu in een toestand van onverlichte spanning en zorg.
Superstar	Superster	De superster kan zeer succesvol zijn in zijn prestaties, als vervanging van wederkerige intieme relaties. Hij identificeert zichzelf met de rol van superster, wat hem in staat stelt om controle te houden en nabijheid met andere mensen te vermijden. Afhankelijkheid is voor hem hetzelfde als verlies van controle. Hij concentreert zich vaak op gebieden waarbij zelfstandigheid de norm is. Hij heeft weinig tolerantie voor tegenslagen, fouten of prestaties die minder dan perfect zijn. Hij is geneigd tot overwerken zodat er geen tijd overblijft voor relaties. Zijn gedrag is geconcentreerd en gefixeerd en kan gedreven en dwangmatig worden als hij door zijn omgeving gespannen raakt.
Robot	Meegaande robot	Het kind geeft het op om zich tot volwassenen te wenden om aan zijn behoeften te voldoen. Hij accepteert geen vervanging en wendt zich tot niemand anders. Scheiding van verzorgers roept weinig of geen reactie op en verzorgers lijken onderling makkelijk verwisselbaar te zijn. De gelaatsuitdrukking van dit kind is immobiel, niet-flexibel en verandert zelden. Omdat hij meegaand, beleefd en aantrekkelijk is, de regels volgt en geen moeilijkheden veroorzaakt, wordt dit kind over het hoofd gezien en verwaarloosd. Het kind wordt niet aardig gevonden. Hij is niet geïnteresseerd in interactie met anderen of in emotioneel contact. Hoeveel hem ook gegeven wordt, hij geeft niets terug. Dit meegaande, niet-betrokken kind lijkt ongeïnteresseerd en non-empathisch ten opzichte van anderen.
Indifferent	Onverschillig koel	Het kind stelt zich egocentrisch op en zoekt het meer in bezittingen dan in relaties. Zijn overmatige drang tot onafhankelijkheid voorkomt dat hij om hulp moet vragen of deze accepteert. Zijn afkeer van gevoel komt voort uit pijnlijke en vergeefse pogingen om hechting aan te gaan met ouders die hem afwezen. Hij is vaak omgeven door mensen en materiele zaken en gedraagt zich op een dermate zelfverzekerde manier dat de leegheid van zijn emotionele banden verborgen blijft.

Tabel 1

Deze beschrijvingen zijn vergelijkbaar met de omschrijvingen die in de DSM-IV worden weergegeven over hechtingsstoornissen:

“Duidelijke gestoorde en niet bij de ontwikkeling passende sociale bindingen in de meeste situaties, beginnend voor het vijfde jaar zoals blijkt uit ofwel (1) ofwel (2)”:

(1) Aanhoudend er niet in slagen de aanzet te geven of te reageren op de meest sociale interacties op een bij de ontwikkeling passende manier, zoals blijkt uit buitensporige geremdheid, overmatige waakzaamheid of sterk ambivalente en tegenstrijdige reacties. Het kind kan bijvoorbeeld op verzorgers met een mengeling van toenadering en afstand nemen reageren, of weigert getroost te worden, of kan verstijfd op zijn hoede blijven.

(2) Oppervlakkige hechtingen, zoals blijkt uit kritiekloze vriendelijkheid met duidelijk onvermogen passende selectieve hechtingen te tonen, bijvoorbeeld buitensporig vrijpostig ten opzichte van betrekkelijk vreemden zijn, of een gebrek aan selectiviteit in de keuze van de hechtingsfiguren tonen. (Lit. 24)

2.2. Geen-Bodem-Syndroom

2.2.1. Wat is GBS?

Het Geen-Bodem-Syndroom (GBS) is geen officiële term, waardoor het in de meeste wetenschappelijke boeken nog niet is terug te vinden. De term is afkomstig uit het boek “Bodemloos bestaan, problemen met adoptiekinderen” van Geertje van Egmond, dat in 1987 verscheen. De term ‘Geen-Bodem-Syndroom’ heeft een dubbele betekenis. De eerste betreft de diepe oorzaak van de handicap: emotioneel heeft het kind geen bodem onder zijn bestaan. Er ontstaat geen wederkerigheid in de hechting en dus geen basisvertrouwen. De tweede betekenis duidt op het meest opvallende symptoom, namelijk dat je met het kind niets kunt opbouwen: niets werkt of houdt stand, wat men er ook instopt aan liefde, aandacht en energie. Het kind lijkt emotioneel op een bodemloze put. (Lit. 4 en 13)

Sinds de introductie van de term GBS is het begrip ‘het bodemloze kind’ steeds meer in de aandacht komen te staan. Hoewel GBS geen wetenschappelijke benaming is, is de term inmiddels ingeburgerd in het circuit van (adoptie-)ouders en hulpverleners (van groepsleiders in residentiële instellingen tot kinderpsychiaters en hoogleraren ontwikkelingspsychologie). Daarbij komend worden de bij GBS horende gedragskenmerken in de dagelijkse omgang met deze kinderen vaker herkend. (Lit. 13)

Het syndroom komt veelal voor bij adoptiekinderen die op (soms) oudere leeftijd werden geadopteerd en waarvan de voorgeschiedenis onvoldoende is gekend. GBS wordt gekenmerkt door de emotionele handicap, die bij kinderen kan ontstaan door ernstige affectieve, pedagogische en lichamelijke verwaarlozing in de vroeg kinderlijke jaren, zelfs vlak na de geboorte. Er heeft op geen enkele manier hechting kunnen plaatsvinden. (Lit. 23)

Inmiddels is gebleken dat de kenmerkende verschijnselen niet alleen bij adoptie-, pleeg, of stiefkinderen voor kan komen, maar tevens bij biologische eigen kinderen. Kinderen die gewenst waren en niet door de ouders zijn verwaarloosd. De oorzaak is dus niet meer, zoals met lange tijd dacht, eenduidig. Het gevolg hiervan is dat ook de diagnose moeilijker te stellen is. Tegenwoordig wordt er rekening mee gehouden dat er wellicht ook genetische en/of medische oorzaken ten grondslag kunnen liggen aan hechtingsstoornissen (zoals GBS). Een voorbeeld van een medische oorzaak kan een gecompliceerde bevalling zijn, waarbij het kind tijdelijk een zuurstoftekort had. (Bron: www.deknoop.org)

2.2.2. Kenmerken en gevolgen

Bij adoptiekinderen kenmerkt de beginfase zich meestal door onbegrijpelijk goed aangepast gedrag, zonder heimwee. Dit geldt zowel thuis als op school. Naarmate de tijd verstrijkt is het gedrag van het kind naar de verzorgende ouder(s) steeds afwijzender. Naar anderen toe blijft het begin-gedrag echter gehandhaafd, soms ook tegenover de ouder die niet onmiddellijk de dagelijkse zorg over het kind heeft. (Lit. 4)

Van Egmond beschrijft in het theoretische deel van haar boek de meest voorkomende gedragskenmerken van GBS. De publicaties die sindsdien over dit onderwerp zijn verschenen houden allemaal vast aan deze kenmerken.

Naar aanleiding van verschillende onderzoeken (grotendeels met behulp van internet) en gesprekken met ouders heb ik bepaalde kenmerken en de gevolgen hiervan uitgewerkt of aangevuld. Op de volgende pagina staan de meest genoemde kenmerken met daarbij de gevolgen (met betrekking tot beleving en/of gedrag) die deze hebben voor het kind zelf. In hoofdstuk 3 komen de gevolgen aan bod die deze kenmerken voor de ouders hebben.

Bodemloze kinderen beschouwen, als ze wat ouder zijn, hun eigen gedrag niet als een gevolg van beslissingen of keuzes die ze zelf gemaakt hebben maar als gebeurtenissen die hen gewoon overkomen. Deze overtuiging, gecombineerd met hun zelfbeeld als slachtoffers, laat hen zichzelf ervaren als slachtoffers van hun eigen gedrag. Dit ondersteunt hun houding van "niet verantwoordelijk zijn". (Bron: home.tiscalinet.be/contactgroepwatnu/watnu.html)

2.2.3. Uitingvormen

Uitingen van het Geen-Bodem-Syndroom zijn niet of nauwelijks gebonden aan bepaalde landen van herkomst, leeftijd, huidkleur, culturele achtergrond, enz. (o.m. Lit. 4)

Deze hechtingsgestoorde kinderen zijn te verdelen in twee types: de geremde en de ongeremde. Beide types vertonen hun eigen karakteristieke gedragingen. (Lit. 24)

De geremde types vermijden alle intimiteit. Het zijn de zogenaamde 'frozen children' die niet kunnen reageren op toenaderingspogingen van vooral volwassenen. Ze vertonen vermijding en soms duidelijk afwijzend gedrag.

De meer ongeremde types zijn gemakkelijk in de directe omgeving, maar gaan zeer oppervlakkig met vreemden om. Ze maken een charmante indruk. Het zijn de allemansvriendjes die meestal geen vaste relaties met leeftijdgenoten kunnen opbouwen.

Slechts weinig kinderen vertonen alle symptomen van het syndroom. Het ene kind heeft een introvert, het andere juist een expressief en soms zelfs agressief temperament. Een bodemloos kind van het eerste type zal wellicht ooit zichzelf pijn doen of verwonden, het tweede zal snel ontremd raken en veel vechten. (Lit. 13)

De (combinatie van) kenmerken van GBS hebben verschillende uitingvormen. Enkele voorbeelden hiervan zijn: gewelddadig optreden, vertonen van crimineel gedrag, pogen zelfmoord te plegen en drugs gebruiken. Het komt erop neer dat het bodemloze kind andere afhankelijkheden zoekt en zijn behoefte direct wil bevredigen. Hierin is het grenzeloos, het stelt zijn eigen regels.

In het algemeen zijn er vele uitingen van GBS. Het zijn er teveel om hier allemaal te noemen. Voor een lijst met een aantal concrete voorbeelden van verschillende uitingvormen verwijs ik dan ook naar bijlage 3.

Kenmerken van GBS en de gevolgen hiervan voor het adoptiekind (Van Egmond e.a.):
De kenmerken zullen niet allemaal in dezelfde mate voor elk kind met GBS gelden.

Kenmerk:	Gevolg(en):
Er is geen bodem in het bestaan.	Geen beleving van tweezaamheid in een relatie: de liefde, aandacht en zorg die het krijgt kan niet teruggegeven worden.
Er is geen lijn in het leven.	Weinig gevoel voor tijd en ruimte, de wereld blijft ongestructureerd. Hierdoor ontstaan vaak specifieke leerproblemen, ondanks een meestal normale begaafdheid.
De gewetensontwikkeling is niet op gang gekomen.	Weinig onderscheid kunnen maken tussen hoofd- en bijzaken (tussen een beetje stout en heel erg gemeen) en geen gevoel voor oorzaak-gevolg. Zelden spijt of berouw tonen. Geen schuldgevoel kennen; de boosheid en straf van de volwassenen blijft het kind wel bij, maar de reden daarvan niet.
Er is geen 'ik' en geen basaal vertrouwen in volwassenen.	Onvermogen en/of diepgewortelde angst om relaties aan te gaan.
Er is een sterke neiging tot het leggen van oppervlakkige, inwisselbare contacten.	Het verschil tussen vriend en vreemde wordt niet echt gevoeld. Emoties kunnen daarbij aan- en uitgeschakeld worden, als op bevel.
Vertonen van survivors-gedrag en schijnaanpassing. Het kind probeert zich staande te houden door de wereld om zich heen voortdurend onder controle te houden.	Geniaal in het observeren, taxeren en manipuleren van de mensen om zich heen. Er is een sterke tendens de ouders en andere gezinsleden tegen elkaar uit te spelen. Het besteedt hieraan een groot deel van zijn energie, waardoor bijvoorbeeld leerprestaties achterblijven. De basale angst kan meesterlijk gecamoufleerd worden doordat het kind aanvoelt wat men van hem verwacht.
De intieme emotionele banden binnen het gezin worden als bedreigend ervaren	Het appèl van de gezinsleden op een vertrouwensrelatie is slecht invoelbaar, verwarrend en bedreigend. Het brengt soms gevoelens van anders-zijn, tekortschieten en eenzaamheid te weeg. Afwijzende opstelling naar de meest nabije figuren.
Het vroegste ervaren - misschien reeds voor de geboorte - van "ontkend", "niet gewenst", "afgewezen" en "weggedaan" te zijn, is onvoorstelbaar vernietigend.	Vernietigingsdrang dat zich richt tegen zichzelf (automutilatie), maar vaak ook tegen anderen (met name moeder). Andere bekende uitingen van agressie zijn: fysiek geweld, uitingen van wreedheid jegens dieren, (dwangmatig) vreten, stelen, vernielen, slapeloosheid, provocerend seksueel gedrag en weglopen. Er is sprake van een onverzadigbare honger naar aandacht.

Handelen gaat meestal te werk volgens het lustprincipe.

Nauwelijks hebben van “remmen” en “drempels”, onmiddellijk bevredigen van behoeftes op vele gebieden staat centraal. Niet bestand zijn tegen normale verleidingen.

Tabel 2

2.3. Mogelijkheden in de hulpverlening

Dit hoofdstuk wil ik afsluiten door een korte beschrijving te geven van enkele mogelijkheden wat betreft hulpverlening voor het kind. Hoewel ik mij realiseer dat ik mij hier wederom op het kind in plaats de ouders richt, kies ik hier toch bewust voor. In mijn praktijkervaring heb ik onder meer ondervonden dat een doel voor ogen hebben voor ouders van grote betekenis kan zijn. Ondanks dat de instellingen die gericht zijn op deze problematiek zeer schaars zijn, zijn er namelijk wel degelijk verdere mogelijkheden. Gerealiseerd moet worden dat deze instelling in de meeste gevallen besloten dan wel gesloten zijn.

2.3.1. Herstellen van een verstoorde hechting

Uit gesprekken met instanties en deskundigen blijkt dat de ideeën over hechtingsproblematiek bij adoptiekinderen in de loop van de afgelopen vijftien jaar sterk veranderd zijn. Voorheen ging men ervan uit dat het nooit meer goed zou komen als een kind zich slecht, ofwel niet veilig, gehecht had aan de adoptieouders. Uithuisplaatsing zou volgens deze theorie de beste oplossing zijn. Deze kinderen zouden het beste af zijn in een anonieme omgeving zonder al te veel liefde, maar met een duidelijke structuur.

Rond 1998 ontstond een nieuwe stroming. Die meent dat je terug kunt gaan naar de tijd waarin hechting in het algemeen ontstaat. De verloren periode zou wel degelijk in te halen zijn door middel van therapie. Hier moet nog veel onderzoek naar gedaan worden, maar met name adoptieouders zijn blij dat men het kind niet meer opgeeft. (Lit. 19)

Uithuisplaatsing lijkt momenteel nog steeds de beste optie voor kinderen met een hechtingsstoornis. Hoewel steeds meer deskundigen mogelijkheden zien in het (gedeeltelijk) herstellen van de verstoorde hechting van deze kinderen, beseffen zij dat de liefde die ouders hun kinderen geven hier niet genoeg voor is. Het kind moet een zwaar proces doormaken, waarin hem structuur, duidelijkheid en zakelijkheid geboden moet worden. Deze opstelling, die voor de opvoeders van deze kinderen is vereist, is voor ouders een zware opgave. In een instelling zijn wisselende opvoeders, die ook gemakkelijker afstand van het kind kunnen en zullen nemen. Zij zijn emotioneel niet verbonden met het kind. Voor het kind is een dergelijke omgeving veiliger dan de warmte van het gezin. Gebleken is dat deze kinderen beter gedijen in een omgeving waar zij geen emotionele band aan hoeven gaan en waar op emotioneel vlak geen eisen aan hen worden gesteld. (Lit. 18 en 21)

2.3.2. Methodieken

Op de volgende pagina staan een aantal methodieken beschreven die gericht zijn op hulpverlening aan jongeren met gedragsproblemen. Deze zijn met name van toepassing op jongeren met een hechtingstoornis. (Lit. 22) Elke hulpverlenende instantie kiest voor de methodiek die de meeste aanknopingspunten geeft voor de praktijk (met name aan de hand van cliëntgericht (willen / kunnen) werken en de mogelijkheden van de instelling).

Vergelijking van behandelmethodieken bij kinderen met een hechtingstoornis:

	Psychodynamische georiënteerde methodiek	Ervaringsleerprojecten	Het Cursushuis
Gebaseerd op	Psychodynamische theorie	Erlebnispedagogiek (Kurt Hahn) en de Reality Therapy (Glaser)	De leerprincipes van gedragstherapie (op grond van het taak-vaardigheid model)
Doel	Bewustwording en verwerking van vroegere problemen.	Jongeren leren ervaren welke mogelijkheden ze hebben en leren verantwoordelijkheid te nemen.	Het leren en verbeteren van de zelfredzaamheids- en sociale vaardigheden en zodoende indirect ook het competentiegevoel te verhogen.
Plaats van hulpverlening	De leefgroep met daarnaast aanvullende psychotherapie.	Hoofdzakelijk buiten de leefgroep.	Een gewoon huis in een doorsnee buurt, waarin een zestal jongeren van 14 t/m 18 jaar (Cursisten) wonen.
Methodiek	Niet zozeer terug gaan naar het verleden, maar het gedrag en de problematiek van de jongere zodanig hanteren dat er via het heden bewustwording en verwerking kan optreden.	Jongeren worden in omstandigheden gebracht, waarin ze uitgedaagd worden om hun grenzen te verleggen en waarin ze onmogelijk hun eigen basisbehoeften kunnen ontkennen.	Belangrijk is dat het accent niet op de problematiek van de bewoner ligt, maar dat de aandacht wordt verschoven naar het aanleren van essentiële vaardigheden.
Gehanteerde middelen / technieken	<ul style="list-style-type: none"> - Herkennen en hanteren van herhaling van gezinsrelatiepatronen. - Leefklimaat van de groep bepalen en individualiseren. - Actieve interventie binnen het groepsproces. - Directe beïnvloeding van rollen en relaties. - Incidentenbewerking - psychotherapie 	Zelfconfrontatie en leren door te doen. Het aanbieden van ervaringen (via sport, werk, avontuur en overleven) die duidelijk verschillen van de belevenissen die jongeren tot dan toe in hun dagelijkse leven ervaren.	<p>Vooraf afkomstig uit de gedragstherapie, zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> - systematische positieve feedback bij gewenste vaardigheden; - de gedragsinstructie - self-managment-technieken; - een puntensysteem waarmee cursisten extra feedback krijgen bij gewenst en ongewenst gedrag; - crisisinterventietechnieken

Tabel 3

2.3.3. Gespecialiseerde hulpverlening

Er bestaan in Nederland zeer weinig (residentiële) hulpverleningsinstellingen, die gespecialiseerd zijn in adoptieproblematiek. Een behandelinstelling die hier wel in is gespecialiseerd is Harreveld.

Harreveld heeft verschillende afdelingen voor jongeren van 12 jaar of ouder met diverse problemen, waaronder adoptieproblematiek.

De doelstelling van Harreveld is jongeren een dusdanige behandeling te geven dat zij na hun verblijf beter toegerust zijn om op een aanvaardbare wijze in de maatschappij te functioneren. Naast deze algemene doelstelling heeft iedere afdeling zijn eigen, specifieke doelstellingen. Er wordt gestreefd om elke jongere een leefsituatie te bieden die toegespitst is op zijn eigen specifieke hulpvraag. Iedere afdeling (doelgroep) heeft zijn eigen methodiek.

Behandeling vindt in de leefgroep plaats, die zoveel mogelijk is aangepast aan de doelgroep. In de leefgroep kunnen jongeren nieuwe ervaringen opdoen en veelal zelf hun mogelijkheden, behoeften en grenzen ontdekken. Hiernaast wordt de jongeren een ondersteunend therapieprogramma geboden (zowel gespreks- als creatieve therapie). Jongeren zijn verplicht om dagvulling te hebben. Op het terrein is een school aanwezig en, indien jongeren nog niet in staat zijn hier naar toe te gaan, een werkplaats waar jongeren hun dag kunnen vullen.

Jongens en meisjes met adoptieproblematiek verblijven op verschillende afdelingen. Er wordt vanuit een psychodynamisch kader behandeld. Impulsen en behoeften worden hierin extern gereguleerd. Door weinig relationele eisen aan de jongere te stellen en door trouw wordt de jongere gemotiveerd verantwoording te nemen voor zijn gedrag en hierover controle te ontwikkelen. Aan het eind van de behandeling wordt getracht de jongere zo goed mogelijk voor te bereiden op de stap naar de maatschappij. Jongeren krijgen daarom in de laatste fase van de behandeling meer vrijheden en verantwoordelijkheden. De duur van behandelen is in het algemeen ongeveer twee jaar. (Bron: brochures Harreveld)

2.4. Conclusies

Een groot deel (25%) van de adoptiekinderen kampt met een hechtingsstoornis, in veel gevallen gekenmerkt door het Geen-Bodem-Syndroom. Deze kinderen ervaren een grote, diepgewortelde angst om affectieve relaties aan te gaan en hebben hun diepe contactverlangens opgegeven. Hierdoor vertonen zij gedrag waarmee zij hun eigen verwaarlozingproces in stand houden. Een hechtingsstoornis diagnosticeren is moeilijk, zeker wanneer de voorgeschiedenis van een kind onbekend is. Er is een lange observatieperiode voor nodig en men dient hiervoor veel kennis van de problematiek te hebben.

Ouders spreken over verschillende vormen van adoptieproblematiek. De meeste problemen worden ervaren als ernstig tot zeer ernstig, enkele voorbeelden zijn: aandacht trekken, liegen, stelen, het gebruik van drugs, prostitutie, geweld en bedreigingen naar de adoptieouders toe. Dit zijn stuk voor stuk gedragsvormen die bij ouders grote zorgen oproepen, niet alleen voor de veiligheid van de ouders en overige gezinsleden, maar tevens voor de veiligheid van het kind zelf. Hierdoor leven ouders continu met een grote spanning: zij zien de gevaren voor het kind, maar hebben geen invloed op enige gedragsverandering en kunnen slechts machteloos toekijken.

Kinderen met adoptieproblematiek hebben meerdere jaren hulpverlening nodig om zich te kunnen ontwikkelen en in de toekomst weer relaties aan te gaan. De hulpverlening vindt meestal plaats in de vorm van een uithuisplaatsing. De behandeling die deze kinderen krijgen dient fasegewijs te zijn en start over het algemeen met het bieden van veel structuur en zakelijkheid. Er zijn verschillende methodieken die aansluiten op deze problematiek. Instellingen waar opvoeders de deskundigheid over deze specifieke problematiek hebben, zijn er momenteel echter zeer weinig. Voor ouders betekent dit een onzekere en onrustige periode van machteloos afwachten, totdat hun kind terecht kan op een geschikte plek.

Hoofdstuk 3: Adoptieouders en hulpverlening

In hoofdstuk 2 heb ik een beschrijving gegeven van de problematiek die bij een adoptiekind kan spelen. In dit hoofdstuk wil ik kijken wat de betekenis van deze problematiek voor de ouders is. Wat zijn de gevolgen voor de ouders zelf en wat is de invloed van deze problematiek met betrekking tot hun relatie met het kind, elkaar, eventueel andere kinderen en de omgeving? Tevens komen de ervaringen van adoptieouders met de hulpverlening aan bod. Dit om de wensen en verwachtingen van ouders wat betreft hulpverlening duidelijker te krijgen en zo deze informatie te kunnen benutten voor het beantwoorden van de probleemstelling.

3.1. De invloed van een hechtingsstoornis op ouders

Een adoptiekind is in het gezin een zeer gewenst kind. De adoptieouders hebben vaak jaren op de komst van dit kind moeten wachten en willen er dan ook alles aan doen om dit verlaten kind een nieuwe kans te geven. De adoptieouders zijn vastbesloten het kind met veel liefde en zorg groot te brengen. In het algemeen is er bij deze ouders sprake van relatiegerichtheid en persoonsbetrokkenheid. (Lit. 2) Het kind krijgt de tijd om te wennen en zelf aan te geven dat het contact wil. Als echter blijkt dat het kind helemaal geen dieper contact wil en zich zelfs afkeert van hen die zich continu met zorg en liefde met hem bezighouden, komt dat voor de adoptieouders erg hard aan. De brute afwijzing van het kind bij elke poging tot dieper contact wordt door de ouders als zeer pijnlijk ervaren. (Lit. 5 en 24)

3.1.1. Gevolgen voor ouders aan de hand van enkele kenmerken

Aan de hand van enkele eerder genoemde kenmerken van GBS, waarvan sommige kenmerken nader toegelicht worden met algemene kenmerken van een hechtingsstoornis, wil ik aantonen wat de gevolgen van een ernstige hechtingsstoornis van een adoptiekind zijn voor de adoptieouders. Hierbij heb ik gebruik gemaakt van het theoretisch deel uit 'Bodemloos Bestaan' (Lit. 4), maar tevens van ervaringsverhalen van adoptieouders.

- *Er is geen bodem in het bestaan.*

De relatie tussen ouders en bodemloze kinderen is niet wederkerig. Ouders stoppen oneindig veel liefde, zorg en aandacht in het kind, maar krijgen er vrijwel niets voor terug. De kinderen wijzen deze liefde en zorg keer op keer af. Het kan zelfs grote conflicten veroorzaken. Doordat de kinderen de wederkerigheid niet kennen en zich hierdoor bedreigt voelen, gaan zij hiertegen ageren. Zij gaan negatieve aandacht eisen.

- *Er is geen 'ik' en geen basaal vertrouwen in volwassenen.*

De kans is zeer klein dat het kind ooit een (wederkerige) relatie met de ouders aan kan gaan, daar het kind hier een onvermogen en/of diepgewortelde angst voor heeft. Ouders zullen moeten (leren) accepteren dat hun relatie een andere, meer oppervlakkige vorm zal moeten aannemen om een acceptabel contact te kunnen blijven onderhouden.

- *De intieme emotionele banden binnen het gezin worden als bedreigend ervaren.*

Van de verschillende gedragspatronen voor (adoptie-)kinderen met een hechtingsstoornis, zoals beschreven op pagina 18, is zoals eerder genoemd Rebelle in grote overeenkomst

met GBS. Typerend aan Rebelle is, ondanks de stoere houding, de geheime boodschap die het kind uitzendt: "ik heb je nodig".

Voor de ouder gaapt de valkuil van het ingaan op deze relationele signalen van het kind, ondanks de eerdere, zeer pijnlijke ervaringen die zij inmiddels hebben met de afwijzende reactie van hun kind op deze nabijheid. Ouders gaan hier echter op in met de verwachting en de hoop dat het deze keer anders zal zijn. Zij zullen het blijven proberen, totdat ze op zijn. Zij staan zichzelf echter niet toe dat zij zich opgebrand voelen, want zij blijven steeds verantwoordelijk voor het kind.

- *Het vroegste ervaren - misschien reeds voor de geboorte - van "ontkend", "niet gewenst", "afgewezen" en "weggedaan" te zijn, is onvoorstelbaar vernietigend.*

Bij een aantal (ernstig) hechtingsgestoorde kinderen is de haat, het pesten en het treiteren op een soms sadomasochistische wijze in de relatie met moeder opvallend. Het zijn 'kinderen die haten', wat zich op een agressieve manier uit. Soms tegen zichzelf (automutilatie), soms gericht op anderen (en dan met name de moeder).

Het onverzadigbaar en dwingend vragen naar aandacht is voor ouders uitermate hinderlijk en uitputtend. Door de negatieve aandacht zuigt het kind zoveel energie weg dat bij ouders op den duur de energie nog ontbreekt om nog bewust te zoeken naar de schaarse momenten waarin het kind positieve aandacht zou kunnen krijgen.

Deze honger naar aandacht heeft ook grote gevolgen voor eventuele broers en zussen, die veel aandacht moeten missen aangezien het bodemloze kind dit naar zich toe trekt. Dit kind is extreem jaloers, wat in enkele gevallen tot gevaarlijke situaties kan leiden, waarbij het kind er niet voor terugdeinst een ander lichamelijk letsel toe te brengen. Ook hiervoor geldt: het kind is een bodemloze put, het krijgt tienmaal zoveel aandacht als alle andere kinderen in het gezin samen, maar het is nooit genoeg.

- *Vertonen van survivors-gedrag en schijnaanpassing. Het kind probeert zich staande te houden door de wereld om zich heen voortdurend onder controle te houden.*

Deze kinderen proberen een split te drijven tussen hun opvoeders. Ze zijn geniaal in het ontdekken van kwetsbare plekken, maar nog meer in onderliggende relaties. Wanneer de gelegenheid zich voor doet, zullen zij alles in het werk stellen om de volwassenen tegen elkaar uit te spelen, om daar zelf voordeel uit kunnen halen. Ouders komen emotioneel alleen te staan. Hierdoor kan de relatie tussen de ouders onder grote druk komen te staan. Daarnaast zijn ook eventuele broers en zussen zeer kwetsbaar aangezien dit kind hun zwakheden nooit ontziet. Dit gedrag gaat zo ver, dat menig gezin totaal ontwricht is geraakt. Door de schijnaanpassing is het kind zo slim geworden dat het geniaal aanvoelt wat mensen van hem verwachten en welk gedrag het meest geapprecieerd wordt in welke situatie. Hoewel niet geïnternaliseerd (het kan ze niet integreren in zijn dagelijks handelen), kan het kind begrippen als loyaliteit, trouw en eerlijkheid verstandelijk meestal uitstekend verwoorden. Hierdoor weet het ouders, maar vaker nog buitenstaanders en hulpverleners, in veel situaties te misleiden en manipuleren.

- *Er is een sterke neiging tot het leggen van oppervlakkige, inwisselbare contacten.*

De problematiek van het gezin is voor anderen slecht invoelbaar. Anderen 'zien' niets of weinig. De opstelling van het kind binnen het gezin is in grote discrepantie met de presentatie naar buiten toe.

De problemen blijven hierdoor verborgen voor de buitenwereld. Ouders willen hun kind naar buiten toe liever niet afvallen of ontmaskeren, maar dreigen daardoor zelf in een heel ander daglicht te komen in de ogen van de buitenwereld (familie, vrienden, bureaus, leerkrachten). De omgeving ziet een leuk kind zonder problemen en trekken de verhalen van ouders in twijfel. Ouders vinden bij familie en vrienden geen erkenning voor de problematiek en krijgen

in het ergste geval zelfs met verwijten te maken. Uiteindelijk brokkelen sociale contacten langzaam af en komt het gezin in een isolement terecht: niemand gelooft of begrijpt hen. Het komt herhaaldelijk voor dat hulpverleners misleid worden door de uiterlijke verschijning van het bodemloze kind: vrolijk, charmant, aanvankelijk coöperatief en meegaand. Dit in combinatie met de schijnaanpassing van het kind, zorgt ervoor dat hun beeld haaks komt te staan op het verhaal van de ouders. Ouders balanceren vaak op de rand van algehele ineenstorting.

- *De gewetensontwikkeling is niet op gang gekomen.*

In conflictsituaties worden deze kinderen teruggeworpen op hun basale angstgevoelens. Het ziet de volwassenen als dreigend en zal op een primitief niveau op zijn houding reageren. De vluchtwegen die het kind zoekt worden door de volwassene bestempeld als liegen en ontkennen. De ervaring van veel ouders is, dat het kind bij en na een conflict niet te bereiken is. Het kind toont nauwelijks spijt of berouw, voor wat het anderen aandoet.

Doordat het kind zich niet de oorzaak maar slechts het gevolg (de straf) herinnert, blijft het dit negatieve gedrag dikwijls herhalen. Dit kan gaan om kleine dingen, die voor de omgeving verborgen blijven, maar ook om ernstiger zaken zoals grote conflicten, vernielingen of stelen. Zaken die bij herhaling toch niet onopgemerkt aan buitenstaanders voorbij gaan, ondanks het survivors-gedrag en de schijnaanpassing van het kind. Ouders kunnen hierdoor uiteindelijk in hun omgeving in een zwart daglicht komen te staan (als zijnde verantwoordelijk voor het kind) en kunnen zelfs buitengesloten worden door familie, vrienden of kennissen vanwege het herhaaldelijk negatieve gedrag van het kind.

Voor de ouders brengt dit bijkomende spanningen wanneer er meer kinderen in het gezin zijn. Zij moeten niet alleen het ene kind in bescherming nemen tegen het andere, maar ook het ene kind leren omgaan met grenzen, normen en regels, die door het andere demonstratief worden overtreden.

- *Handelen gaat meestal te werk volgens het lustprincipe.*

Het kind is niet bestand tegen normale verleidingen. Wanneer het kind bijvoorbeeld een portemonnee op tafel ziet liggen, zal het eerder dan een ander kind daar iets uit halen. Van ouders wordt hierdoor een constante waakzaamheid verwacht wordt, onder meer wat betreft hun bezittingen.

3.1.2. Het uiteindelijke gevolg

Ouders gaan meer en meer twijfelen aan hun kwaliteiten als opvoeders en krijgen te kampen met schaamte en grote schuldgevoelens. Schuldgevoelens werken verlamdend, het maakt machteloos en doodt elke creativiteit. (Lit. 13) Juist deze creativiteit is nodig in de dagelijkse omgang met deze kinderen. Vaak moeten razendsnel alternatieven worden bedacht om te voorkomen dat conflicten binnen korte tijd escaleren. Creativiteit is ook nodig om bij het kind misschien zeldzame positieve dingen te kunnen blijven zien. Het vereist bovenmenselijk geduld en grote flexibiliteit om niet vast te lopen in een vicieuze cirkel van negativiteit (provocerend en negatief gedrag van het kind, gekwetstheid van de ouders en boosheid aan beide kanten).

Uiteindelijk moeten ouders afstand nemen van het kind. Zij komen voor de moeilijke taak te staan hun kind los te moeten laten. De eenzame en verbitterde strijd met het kind, waarin zij trachtten het kind in te laten zien het beste met hem voor te hebben, moet opgegeven worden. Er begint een proces waarin ouders moeten leren accepteren dat zij het kind niet kunnen veranderen, slechts de eigen opvattingen en houding kan veranderen.

3.2. Ervaringen met hulpverlening

Wanneer ouders, na een soms jarenlang proces van vechten met zichzelf en het kind, de stap zetten naar de hulpverlening, botsen zij op een nieuwe muur van 'professionele' achterdocht, (in)directe beschuldiging en dikwijls een gebrek aan begrip, erkenning en waardering voor de ouderlijke inzet.

3.2.1. Onderzoeken

In het begin van de jaren tachtig werd duidelijk dat de opvoeding van interlandelijke adoptiekinderen bijzondere problemen met zich mee kan brengen. Pedagogische vaardigheden, enthousiasme en inzet van adoptieouders bleken niet voldoende te zijn om deze problemen te kunnen hanteren. Duidelijk werd dat problemen rond adoptie een aparte benadering vragen. De vraag naar, met name gespecialiseerde, hulpverlening werd groter. In deze periode werden dan ook de eerste onderzoeken op het gebied van adoptieproblematiek in Nederland gestart. (Lit. 23) Hieronder vermeld ik enkele onderzoeken die verband hebben met adoptieouders.

In 1982 hebben Hoksbergen en Bakker-van Zeil onderzoek verricht bij verschillende instellingen op het gebied van jeugdhulpverlening in de provincies Zuid-Holland en Utrecht. Een aantal conclusies uit dit onderzoek luiden:

- Adoptiekinderen worden vier- tot vijfmaal vaker aangemeld voor hulp dan kinderen die in Nederland geboren zijn. Hieruit kan worden afgeleid dat bij adoptieouders blijkbaar een relatief grote behoefte bestaat aan het zoeken van pedagogische hulp.
- Adoptiekinderen worden op gemiddeld jongere leeftijd (7,5 jaar) aangemeld voor jeugdhulpverlening dan in Nederland geboren kinderen (9,5 jaar).
- Meer dan de helft van de adoptieouders heeft eerder contact gehad met andere hulpverleningsinstanties dan de instanties die in het onderzoek zijn opgenomen. Sommige ouders zijn zelfs bij een groot aantal hulpverlenende instellingen geweest, voordat zij de juiste hulp kregen. Blijkbaar sluit de vraag om hulp niet altijd goed aan bij het aanbod.
- Tussen de visie van de ouders en de visie van de hulpverlener(s) bestaat vaak grote tegenstrijdigheid, wanneer het gaat om het ontstaan van de problematiek. Ouders zien vaak de emotionele beschadiging van het kind als belangrijkste oorzaak, terwijl de hulpverlener de oorzaak legt bij de soms onvoldoende pedagogische kwaliteiten van ouders, en de mate van acceptatie van het kind door ouders. Hieruit lijkt de hulpverlening vaker geneigd te zijn de schuld bij de ouders te leggen.

Uit een onderzoek in 1989 van Verhulst en Versluit-Bierman, gericht op de hulpvraag van adoptieouders, kwam het volgende naar voren:

- Er is een groot verschil tussen de hulpvraag en de hulpbehoefte, waarbij de behoefte van adoptieouders veel groter is dan de hulpvraag.
- Veel adoptieouders zoeken geen hulp, omdat zij zich moedeloos en radeloos voelen.
- Een deel van de adoptieouders die wel professionele hulp zocht, bijna 25%, gaf aan onvoldoende begrip te krijgen van de hulpverlener.
- De kritiek op de hulpverlening spitste zich voornamelijk toe op het benoemen van de oorzaak van de problemen, zoals ook bleek uit het onderzoek van Hoksbergen en Bakker-van Zeil. Hulpverleners zochten volgens ouders de oorzaak te veel bij hen en hadden te weinig oog hadden voor de rol die het kind speelde in de problemen. Het bleek ook dat het kind zelf lang niet altijd direct betrokken werd in de diagnostische fase.

- Hulpverleners bleken onvoldoende op de hoogte te zijn van de specifieke adoptieproblematiek.

Hoksbergen en Walenkamp kwamen naar aanleiding van hun onderzoek in 1991 tot de volgende conclusie: "Hulpverlening in het algemeen is een soort avontuur, een speurtocht waarvan het eindpunt en de uitkomst niet van tevoren bekend zijn. Des te meer geldt dit voor hulpverlening aan adoptiegezinnen, waar veelal gewerkt moet worden met onvolledige en onduidelijke gegevens en met ernstige, soms onbekende problemen van velerlei soort. Zo'n avontuur, zo'n proces heeft de meeste kans van slagen, als het een gezamenlijk avontuur is van adoptieouders, kind en hulpverlener." Hieruit kan gesteld worden dat een goede relatie tussen ouders en hulpverlener van groot belang is.

Gebleken is dat de reguliere hulpverlening in veel gevallen (nog) onvoldoende is toegerust op adoptieproblematiek. Deze specifieke doelgroep is in zijn geheel te klein om er plaatselijk, regionaal of landelijk deskundigheid mee op te kunnen bouwen. Naast een gebrek aan deskundigheid moet ook bedacht worden dat de complexe problematiek en de hevige emoties die dergelijke verstoorde relaties binnen het adoptiegezin met zich mee kunnen brengen, de hulpverleners kunnen verwarren. Hierdoor kan men de neiging krijgen zich meer afzijdig te houden en door te verwijzen. (Lit. 23)

Het gevolg hiervan is dat te veel adoptieouders de hulpverlening als negatief (hebben) ervaren. De belangrijkste klacht van ouders ten opzichte van de hulpverlening is het feit, dat zij het gevoel hebben in de meeste gevallen niet geholpen te worden. Ouders krijgen te vaak het gevoel de schuld van de problemen te krijgen, voelen zich niet serieus genomen, krijgen niet de indruk dat er naar hen geluisterd wordt. De problematiek wordt in veel gevallen gebagatelliseerd of zelfs ontkent. Mede door deze ervaringen trekken ouders de deskundigheid van de hulpverlening in twijfel, en blijven zij achter met een grote frustratie.

Tevreden zijn de mensen die van de hulpverlening hebben kunnen leren over en van hun situatie en daar een stukje begrip, herkenning en hulp hebben gekregen.

3.2.2. Visie van ouders: de diagnostische fase

In Nederland bestaan vele vormen van hulpverlening, van ambulante tot residentiële en van individueel- tot groepsgericht. In deze vaak onoverzichtelijke wereld raken ouders het spoor nogal eens bijster (Lit. 24). Ouders met een ernstig hechtingsgestoord kind hebben vaak al een heel traject van hulpverlening afgelegd voordat de problematiek de erkenning krijgt die het verdient en de problemen serieus genomen worden.

Het stellen van een diagnose is zowel voor het kind als voor de ouders zeer belangrijk. Hoewel het met name voor ouders moeilijk kan zijn om de waarheid onder ogen te zien, schept het wel duidelijkheid. Er is een vertrekpunt waaruit men kan nadenken over verdere begeleiding. Pas na het stellen van een diagnose kan gezocht worden naar een passende vorm van hulpverlening. Een duidelijke diagnose betekent tevens dat ouders hun ondraaglijke schuldenlast kunnen afleggen. Dat is een enorme verlichting en maakt nieuwe energie vrij. (Lit. 13)

De praktijk wijst uit dat het voor ouders vaak een langdurige en moeizame weg is om de juiste diagnose gesteld te krijgen door hulpverlenende instanties. Zoals eerder beschreven is het stellen van een diagnose niet eenvoudig. Hier zijn drie argumenten voor aan te voeren:

- De voorgeschiedenis van het kind is in veel gevallen onbekend.
- Gebleken is dat er meer oorzaken voor een hechtingsstoornis zijn dan verwaarlozing.
- Het kind laat buiten het gezin, dus ook bij de hulpverlener, nooit het gedrag zien waar het gezin mee te kampen heeft.

Adoptieouders krijgen bij de adoptie van hun kind zeer weinig informatie over de voorgeschiedenis van het kind, of de waarheid wordt verdraaid. Dat hun kind in de eerste periode van zijn leven is verwaarloosd is in meer gevallen een vermoeden dan een feit.

Deze kinderen beheersen de kunst om iedereen voor zich te winnen, zelfs professionele hulpverleners. Zij kunnen de buitenwereld inpalmen en 'bewerken' door zichzelf op een heel andere en positievere manier op te stellen dan in het gezin. Zij kunnen hier zeer ver in gaan, bijvoorbeeld door zich aan te dienen als slachtoffer van een verwaarlozende of mishandelende ouder. Hierdoor krijgt iedereen, inclusief de hulpverlener, een verkeerde kijk op wat er daadwerkelijk aan de hand is, en met wie.

Ouders hebben inmiddels een lange weg afgelegd, zij zijn opgebrand en radeloos. Hierdoor kunnen zij een overspannen indruk wekken, dat het beeld van de hulpverlener versterkt. Het gevolg is dat ouders niet meer echt begrepen worden en er naar hun hulpvraag nog nauwelijks geluisterd wordt. De problemen worden in het ergste geval gebagatelliseerd of ontkend.

Daarnaast is gebleken dat voor het stellen van een juiste diagnose een langdurige observatie nodig is. Dit is zeer tegenstrijdig met het feit dat het kind zelf lang niet altijd direct betrokken wordt in de diagnostische fase.

Hulpverleners lijken zich meer toe te spitsen op de voorgeschiedenis, het ontstaan van de problematiek. Waar ouders hierbij naar de vroegste periode kijken en de emotionele beschadiging van het kind als belangrijkste oorzaak zien, richten hulpverleners zich meer op de periode na de adoptie. Zij kijken vooral naar de rol die de adoptieouders spelen en leggen de oorzaak eerder bij factoren als (een tekort aan) pedagogische kwaliteiten, te hoge verwachtingen vanuit de ouder naar het kind, enzovoorts. Ouders ervaren dit als onterechte verwijten en beschuldigingen.

Voor de meeste gezinnen geldt dat erkenning van (de ernst van) de problematiek, als deze al plaats vindt, pas in de puberteit aan de orde is. Een leeftijd waarop nauwelijks meer hulp mogelijk is.

3.2.3. Visie van ouders: de behandeling

Net als bij de adoptieprocedure krijgen ouders bij het zoeken van geschikte hulp opnieuw te maken met lange wachttijden, machteloosheid van hen die het wél begrijpen en onwil van hen die dit niet doen. Daarbij is de situatie voor ouders, vanaf het moment dat de professionele begeleiding werkelijkheid wordt, in een drietal opzichten vervelend te noemen (Lit. 5):

- Ouders worden nu gedwongen om de realiteit onder ogen te zien, de feiten die erop wijzen dat het ondanks al hun liefde en geduld niet loopt zoals ze hadden gehoopt en verwacht;
- ze moeten die teleurstelling voor zichzelf en naar de buitenwereld toe leren accepteren;
- ze moeten de hulp ook nog eens daadwerkelijk toelaten wil het effect krijgen.

Wanneer de diagnose uiteindelijk gesteld is, zijn er voor verdere hulpverlening in eerste instantie vaak meer mogelijkheden: ambulante (zoals Families First), semi-residentieel (zoals naschoolse opvang, boddaertcentra) of residentieel (uithuisplaatsing). Veel adoptieouders kiezen in eerste instantie voor ambulante of semi-residentiële hulpverlening. Ondanks de hulp die in deze periode geboden wordt, gaan de problemen thuis vaak door en verergeren zelfs. Deze vormen van hulpverlening lijken voor kinderen met een dergelijke zware problematiek dan ook niet genoeg te zijn, waardoor ouders uiteindelijk toch beslissen de volgende stap te nemen: die van uithuisplaatsing. Deze stap nemen zij niet alleen in belang

van het kind, maar ook uit zelfbescherming en uit bescherming voor eventuele andere kinderen.

Voor adoptieouders is het zeer moeilijk om de beslissing te nemen over te gaan tot een uithuisplaatsing. Zij hebben zich bij de komst van het kind in hun gezin voorgenomen het kind een goede toekomst te geven en het liefdevol in het gezin op te laten groeien. Het kind laten opnemen in een instelling, het in de steek laten, is wel het laatste wat zij voor ogen hadden. Ondanks dat zij zich beseffen dat het kind juist gebaat is bij een meer zakelijke en gestructureerde omgeving is hier daadwerkelijk voor kiezen een immens grote stap. Het kind zelf ervaart de hele situatie vaak niet als problematisch, juist de ouders verkeren in ontredde en krijgen te kampen met gevoelens van schuld en verwarring, boosheid, onmacht, verdriet en rouw om wat had kunnen zijn. Ouders hebben in dit hele proces professioneel ondersteuning nodig, willen zij in het reine kunnen komen met hun geweten.

Wanneer de uithuisplaatsing rond is en het kind geplaatst kan worden in een reguliere residentiële setting, blijken ouders en kind ook hier vaak niet (voldoende) mee geholpen te zijn. Deze vorm van hulpverlening blijkt in veel gevallen onvoldoende toegerust voor adoptieproblematiek. Het ontbreekt de opvoeders dikwijls aan deskundigheid en waar zij bereid zijn, is de mogelijkheid tot behandelen gering. De mogelijkheden van het kind om niet mee te (willen) werken zijn groot: de deur is open en het kind kan zich onttrekken aan elke vorm van hulpverlening. De conclusie van de hulpverleners luidt naar verloop van tijd dat met het kind niets te bereiken valt. Het gevolg is doorverwijzing en doorplaatsing.

Deze altijd durende cirkel kan pas doorbroken worden door een plaatsing binnen een gesloten setting. Ook hier gelden in het algemeen lange procedures en wachttijden voor. Echter hier zijn mogelijk wel middelen om het kind te kunnen helpen. De ervaring van ouders is dat ook zij pas rust vinden als het kind hier geplaatst is. De behandeling kan beginnen en in veel gevallen ook worden afgerond.

3.3. Ouderbegeleiding

Wanneer een kind (tijdelijk) uit huis wordt geplaatst blijft het gezin in een nieuwe situatie achter. Deze situatie is niet plotseling normaal of prettig. Het gezin heeft met een problematiek te maken gehad die de andere gezinsleden als persoon en in hun onderlinge relaties heeft beïnvloed. (Lit. 9) Daarnaast kan de uithuisplaatsing op zich de emotionele problemen van de ouders versterken: zij kunnen gaan twijfelen over hun beslissing of schuldgevoelens naar het kind toe krijgen. Ook het feit dat kinderen soms beter gedijen in hun nieuwe omgeving kan voor de ouders averechts werken. Ouders kunnen hieruit concluderen dat het kind thuis niet of nooit goed heeft gezeten.

Vanuit de hulpverlening moet er niet alleen oog zijn voor het kind, maar ook voor de ouders. Zoals de behandeling van het kind gefaseerd is, geldt dit ook voor de begeleiding van de ouders. Voor zowel het kind als van de ouders is het van belang in eerste fase op adem te kunnen komen. Een tijdelijke verwijdering kan hiertoe helpen. Hoewel ze daar soms zelf sterk aan twijfelen, blijven ouders ondanks alles van hun kind houden, en elk kind heeft een relatie met zijn ouders. Deze relatie kan verstoord zijn, maar blijft altijd positieve aanknopingspunten geven. Misschien is het nodig dat ouders langere tijd afstand nemen, maar het is cruciaal dat een hechtingsgestoord kind weet dat zijn ouders hem nooit zullen laten vallen. (Lit. 13) Tijdens de uithuisplaatsing dient er voor alle partijen een acceptabele en leefbare vorm van contact te blijven bestaan. Dit kan variëren van elk weekend naar huis tot één telefoontje per maand.

In de ouderbegeleiding kan een onderscheid gemaakt worden tussen huishoudelijke taken, pedagogische en het open houden van de plaats. De eerste en derde dienen vanaf het begin van de plaatsing vorm te krijgen, de tweede komt in een latere fase aan de orde. (Lit. 9)

Huishoudelijke taken zijn de verantwoordelijkheden die de ouders naar het kind toe hebben, met name in materieel opzicht: het aanschaffen van kleding, schoolboeken, e.d. Ook het plannen van vakanties en feestdagen vallen hieronder.

Met het openhouden van de plaats wordt bedoeld dat ouders door een positieve opstelling hun kind laten ervaren dat het, ondanks de (tijdelijke) uithuisplaatsing, deel van het gezin blijft uitmaken. Regelmatig thuis verblijven kan hier een bijdrage aan leveren. Het gaat hier om een ontspannen samenzijn, het opvoeden in de thuissituatie moet tot een minimum worden beperkt.

In begeleidingsgesprekken kunnen ouders naar aanleiding van hun observaties in de thuissituatie aangeven of het specifiek opvoeden, dat in de residentiële setting gebeurt, veranderingen met zich meebrengt. Naar aanleiding hiervan kunnen ouders een tweede fase in, waarin zij de opvoeding van hun kind weer langzaam proberen over te nemen.

Hiervoor hebben ouders, wanneer het kind in de thuissituatie verblijft, duidelijke richtlijnen nodig. Richtlijnen die niet altijd tot in de details gegeven wordt. Gebleken is dat het doornemen van een enkel gedragsaspect, met het bespreken van het hanteren van die situaties, de meeste steun verleent. Het beter gaan verlopen van dergelijke situaties blijkt dan niet het gevolg te zijn van het advies, maar van de rust en zekerheid die bij de ouders gaan ontstaan.

3.4. Organisaties

Onder andere naar aanleiding van eerder genoemde onderzoeken zijn er verschillende organisaties ontstaan, die zich specifiek bezig houden met adoptieproblematiek. Ook zijn er lotgenoten- en belangenverenigingen opgericht voor ouders die te maken hebben (gehad) met problemen rond adoptie. Deze organisaties en verenigingen blijken een grote steun te kunnen zijn voor adoptieouders die te maken krijgen met de (ernstige) problematiek van hun adoptiekind. Ik noem hier enkele voorbeelden, zodat de hulpverlener adoptieouders attent kan maken op deze mogelijkheden van (extra) hulpverlening. Voor een uitgebreide (adressen-)lijst met organisaties en verenigingen verwijst ik naar de website van de Stichting Adoptievoorzieningen (www.adoptie.nl).

Sinds 1987 is er het WAN (Werkverband Adoptie Nazorg). Hun doelstelling is het bevorderen, stimuleren en uiteindelijk doen verwezenlijken van een doelmatig gespreid en deskundig advies- en hulpverleningsaanbod aan adoptieouders en/of adoptiekinderen bij sociaalpsychische problematiek, verband houdend met adoptie en zich manifesterend na de komst van het adoptiekind in het gezin.

Binnen het RIAGG zijn sinds een aantal jaren aandachtsfunctionarissen voor adoptie aangesteld. Het doel hiervan is om enerzijds meer specifieke kennis en deskundigheid op te bouwen en anderzijds de hulpverleningsdrempel voor adoptiegezinnen te verlagen.

Sinds 1987 is er het LOGA (Landelijke Oudervereniging Gezinsproblematiek Adoptie), een onafhankelijke belangenvereniging met een tweeledig doel: vanuit eigen ervaringen hulpverlenen aan gezinnen met geadopteerde probleemkinderen; en het signaleren van problemen rond adoptie in het algemeen en constructief meewerken aan het zoeken naar structurele oplossingen.

Nerva is een werkgroep van en voor adoptieouders die te maken hebben of hadden met problemen op het gebied van opvoeding of met bijzonder gedrag van hun adoptiekinderen. De werkgroep bestaat uit vrijwilligers die te beschouwen zijn als ervaringsdeskundigen met veel eigen praktijkervaring. Nerva stelt zich tot doel ondersteuning te bieden aan adoptiegezinnen met psychosociale (ontwikkelings-)problemen en de algemene

bewustwording van de problematiek binnen adoptiegezinnen bij ouders, instellingen en deskundigen te bevorderen.

De landelijke oudervereniging De Knoop, opgericht in 1999, biedt ouders, verzorgers en opvoeders van kinderen met hechtingsstoornissen / Geen-Bodem-Syndroom steun. Dat gebeurt door het verschaffen van informatie, het beleggen van thema-avonden en het onderhouden van contacten. Ouders zijn voor elkaar de deskundigen, en kunnen zo elkaar begrijpen en helpen. De Knoop zoekt daarnaast erkenning voor kinderen met hechtingsstoornissen / GBS bij de medisch specialisten, geestelijke gezondheidszorg en de wetenschap.

3.5. Conclusies

De hechtingsstoornis die een adoptiekind met zich meedraagt heeft een grote invloed op het leven van de adoptieouders en overige gezinsleden. Binnen het gezin kunnen zich grote problemen afspelen waar de omgeving vaak geen weet van heeft. In plaats van erkenning of steun krijgen zij te maken met onbegrip en verwijten. Het gezin komt uiteindelijk in een isolement terecht. Daarnaast spelen er bij ouders gevoelens als schaamte en schuldgevoel, en krijgen zij twijfels over hun eigen kwaliteiten als opvoeders.

Wanneer adoptieouders uiteindelijk de hulpverlening inschakelen lopen zij dikwijls tegen hetzelfde probleem aan: hulpverleners staan niet open voor de hulpvraag van ouders, daar zij de problemen zelf niet zien. Zo reageert ook de hulpverlener vaak met onbegrip, achterdocht en verwijten. Tussen ouders en hulpverleners bestaat vaak grote tegenstrijdigheid in de visie op de problematiek. Een belangrijke klacht van ouders met betrekking tot hulpverlening is dat zij te vaak het gevoel krijgen de schuld te krijgen van de problemen (de oorzaak wordt bij hen gelegd). Andere klachten van ouders zijn dat zij zich niet serieus genomen voelen, dat er niet naar hen geluisterd wordt en dat de problematiek in veel gevallen gebagatelliseerd of zelfs ontkend wordt. Mede door deze klachten ervaren veel ouders de huidige hulpverlening dan ook als negatief.

Geconcludeerd kan worden dat ouders veel behoefte aan begrip, erkenning en aandacht voor hun problematische situatie hebben. Dit blijkt ook uit de reacties op verschillende lotgenotenverenigingen, plekken waar ouders de net genoemde punten wel vinden en deze verenigingen daardoor als grote steun ervaren. De wens van ouders is dat hier ook binnen de hulpverlening ruimte voor is. Naast hulp voor hun kind hopen zij tevens enig begrip van de hulpverlener te krijgen en van hun situatie te kunnen leren. Ouderbegeleiding is een methode waarbij goed ingespeeld zou kunnen worden op deze aandachtspunten.

Adoptieouders komen terecht in een langdurig, zwaar en frustrerend proces, zowel in de diagnostische fase als de periode erna. De weg naar een plek waar hun kind effectief behandeld kan worden is in de meeste gevallen zeer lang. Gebleken is dat de reguliere hulpverlening in veel gevallen onvoldoende is toegerust voor de adoptieproblematiek. Problemen rond adoptie vragen duidelijk een aparte benadering. De vraag naar, met name gespecialiseerde, hulpverlening wordt steeds groter. Tegelijk blijkt dat niet alleen ouders, maar ook hulpverleners door deze specifieke problematiek geconfronteerd werden met een verregaande handelingsverlegenheid.

Het grote gebrek aan deskundigheid ervaren ouders als negatief. De doelgroep zou in zijn geheel te klein zijn om meer deskundigheid op te bouwen. Eerder is echter vermeld dat 6% van de adoptiekinderen (uiteindelijk) uit huis wordt geplaatst, dit zijn momenteel ongeveer 40 kinderen per jaar. Deze twee gegevens zijn mijn inziens zeer tegenstrijdig aan elkaar. Gestreefd wordt naar een situatie waarin adoptieproblematiek adequaat herkend en behandeld kan worden.

Samenwerking met ouders is essentieel. Niet alleen omdat, zoals Hoksbergen en Walenkamp beschreven, het een gezamenlijk avontuur betreft, maar tevens daar het kind geniaal is in het manipuleren en uitspelen van mensen om hem heen. Dit geldt niet alleen voor de gezinsleden, maar kan ook opgaan voor de relatie tussen ouder en hulpverlener. Openheid van beide kanten moet dit kunnen voorkomen. Hulpverlening aan het kind heeft de meeste kans van slagen wanneer er sprake is van een goede relatie tussen ouders en hulpverlener.

Hoofdstuk 4: Ondersteuning aan adoptieouders vanuit F149

Uit voorgaande hoofdstukken zijn een aantal punten naar voren gekomen waardoor adoptieouders de hulpverlening als ondersteunend ervaren.

Ouders kiezen uiteindelijk niet alleen voor een uithuisplaatsing ten bate van het kind, maar ook uit eigen belang: ter bescherming van zichzelf en eventuele andere kinderen. Wanneer hen de zorg voor het kind (tijdelijk) uit handen wordt genomen, kunnen zij zich eindelijk overgeven aan de rust waar zij al lange tijd aan toe zijn.

Voor ouders is het zeer belangrijk dat men beschikbaar voor hen is: luisteren, inleven en erkennen zijn hierin enkele kernwoorden. De benadering naar ouders dient hierop te worden afgestemd.

Zicht krijgen op de problematiek van het kind blijkt voor ouders zeer belangrijk te zijn. Het stellen van een diagnose brengt hen rust en tevens een vertrekpunt voor verdere hulpverlening. Het bieden van zicht aan ouders blijkt tevens van belang doordat ouders hierdoor kunnen begrijpen en (uiteindelijk) accepteren wat er met hun kind aan de hand is. Het kan helpen om schuldgevoelens los te laten. Daarnaast willen ouders met behulp van de hulpverlening van en over hun situatie hebben kunnen leren.

Na een algemene uitleg over het project F149 wil ik ingaan op deze punten. Hierbij stel ik mijzelf de vraag hoe wij vanuit F149 aan al deze punten aandacht kunnen geven, om zo in totaal een ondersteunende functie voor de adoptieouders te zijn. Op deze wijze probeer ik de probleemstelling in zijn geheel beantwoordt te krijgen.

4.1. Observatie- behandelgroep F149

F149 is een project dat valt onder de dag- en nachtopvang van de R.I.J. (stichting Regionale Instelling Jeugdhulpverlening Haaglanden, zie bijlage 1). Het is een open setting waar zowel jongeren vrijwillig als met een OTS verblijven.

Op het project wonen maximaal acht jongeren, zowel jongens als meisjes, met psychosociale gedragsproblemen. De leeftijd van de jongeren varieert tussen de 12 en 18 jaar. Duur van het verblijf is maximaal 9 maanden.

De jongeren verkeren in een dermate problematische opvoedings- en/of gezinssituatie, dat zij in hun ontwikkeling ernstig belemmerd (dreigen te) worden. De problematiek die bij de jongeren speelt is erg divers. Hierin kan wel een onderscheid gemaakt worden tussen externaliserende en internaliserende problematiek. In enkele gevallen is er sprake van beiden. Bij externaliserend valt te denken aan agressieproblemen, vormen van verslaving en criminaliteit. Onder internaliserend gedrag valt onder andere depressiviteit of extreme geslotenheid. De problemen kunnen veel verschillende oorzaken hebben, zoals (affectieve) verwaarlozing, misbruik, psychische stoornissen, e.d. In enkele gevallen blijkt het vertoonde gedrag leeftijdsadequaat te zijn en hebben vooral de ouders handvatten nodig om verder te gaan.

Het team van F149 bestaan uit 7 pedagogisch medewerkers en een leidinggevende. Daarnaast is er een stagiaire en een gastvrouw.

F149 werkt nauw samen met het stafbureau van de R.I.J. Het stafbureau stelt zich ten doel faciliterend en initiërend te zijn voor de afdelingen en is afdelingsoverstijgend. Haar functie ligt voornamelijk in behandel-, begeleidings-, ontwikkelings- en onderzoeksactiviteiten. In nauw overleg met anderen worden behandelvisies en behandelmethoden ontwikkeld, actueel gehouden en uitgedragen. Deskundigen zijn gedragswetenschappers als psychologen en (ortho-)pedagogen.

Naast deze interne samenwerking is er ook sprake van externe samenwerking, zoals bijvoorbeeld met politie, Parnassia en andere organisaties die betrekking hebben tot de jeugdhulpverlening.

4.1.1. Grenzen en mogelijkheden

Het bieden van hulp aan jongeren op F149 gaat samen met bepaalde grenzen en mogelijkheden. De grenzen liggen met name bij jongeren met wie op behandelniveau niets te bereiken is. Dit kan het gevolg zijn van onder andere verslaving, niet kunnen hanteren van agressie, een grote mate van afwezigheid (weglopers) of ernstige psychiatrische problemen (psychose). Dit zijn jongeren die in een open setting niet op de juiste plek zitten. Ook jongeren die vastzitten in een negatief netwerk (bijvoorbeeld familie of vrienden), hier in hun ogen totaal afhankelijk van zijn en het daarom niet los kunnen laten, blijken buiten onze grenzen te vallen.

Onder de jongeren die mogelijk wel hulp geboden kunnen worden, worden alle overigen verstaan.

4.1.2. Uitgangspunten

Er zijn een aantal opvattingen over de wijze van hulp verlenen, die de identiteit van de R.I.J. vormgeven. Ook voor F149 zijn dit de belangrijkste uitgangspunten.

- Flexibel en vraaggericht werken is zeer belangrijk, waar mogelijk wordt dit toegepast.
- Er wordt niet gewerkt volgens één bepaalde methodiek, daar dit het cliëntgericht werken belemmert.
- Rationaliteit staat centraal: het verstand is de leidraad voor het handelen binnen de organisatie, niet de emotie of de institutie.
- De hulpverlening beperken tot een zo kort mogelijk tijdsbestek (maximaal 9 maanden), gebleken is dat de kracht van interventies daarna sterk afneemt.
- Ouders zo veel mogelijk bij de hulpverlening betrekken: zij zijn deskundig over hun eigen kind.
- Zorg en aandacht houden voor het cliëntenbeleid (kwaliteitsmeting, participatie, cliëntenraad en cliëntvertrouwenspersoon).

De dominant visie is: elk kind / gezin heeft recht op passende hulp.

4.1.3. Planmatig werken

Het planmatig werken wordt vormgegeven door het kader van F149. Dit houdt in dat de eerste zes weken uit een observatieperiode bestaan, gevolgd door de behandelperiode van maximaal negen maanden. In de observatieperiode proberen we zicht te krijgen op de kernproblematiek. Vanuit de kernproblematiek volgen de behandeldoelen, waarin het van belang is om de doelen te onderscheiden: liggen ze op opvoedkundig gebied of is er sprake van specifiek opvoeden? Tevens wordt er gekeken naar de fase waarin de jongere verkeert: moeten we ons richten op bewust worden, motiveren of behandelen?

4.1.4. Vraaggericht werken

Binnen de observatie-behandelgroep is het principe van vraaggericht werken uitgewerkt. Niet het hulpaanbod van het project, maar de vraag die jongeren en/of hun systeem stelt is

belangrijk. De vraag of het verhelderen van de vraag is het uitgangspunt om te komen tot een voor de jongere en zijn systeem passend plan van aanpak. Soms is het nodig een voortraject of afstemmingsfase in te stellen, waarin alle partijen tijd hebben om te komen tot een gezamenlijk plan van aanpak.

Er wordt gewerkt volgens een vaste behandelcyclus. Voor elke jongere die in behandeling is, wordt voor opname een concept-opnamerapport gemaakt en is binnen zes weken een concept-behandelplan gereed. Het behandelplan bevat een probleemanalyse, inclusief CBCL / YSR en een hulpaanbod. Met de jongere en zijn/haar ouders wordt het concept-behandelplan besproken. Nadat ideeën van cliënten over de hulp zijn bijgevoegd en bijstelling heeft plaatsgevonden, wordt het plan voor akkoord getekend. De terminering van de behandeling wordt vastgesteld. Dit proces vindt, afhankelijk van de behandelduur, meerdere keren plaats gedurende de behandeling. De procedure met betrekking tot de behandelplannen is zodanig vastgelegd dat de kwaliteit bewaakt wordt. (bronnen: jaarverslagen en organisatiewijzer R.I.J.)

4.2. F149 en adoptiekinderen

De problematiek van adoptiekinderen (hechtingsproblematiek / GBS) komt bij meer kinderen voor. Ofwel zoals eerder beschreven: adoptie is niet de enige 'oorzaak' van deze problemen. Op F149 worden dikwijls kinderen opgenomen met hechtingsproblematiek (waaronder het specifieke GBS). Een wezenlijk verschil tussen adoptiekinderen en de overige kinderen met deze kenmerkende problematiek is in veel gevallen het gezin, waarin het kind tot voor kort is opgegroeid. Waar veel andere kinderen dikwijls tot op het laatste moment in een verwaarlozings situatie leefden, hebben adoptiekinderen deze na hun adoptie achter zich gelaten. Ware het niet dat dit kind het verwaarlozingproces deels, en op een andere manier, zelf in stand houdt.

4.2.1. De diagnostische fase

Daar F149 een observatie- behandelgroep is, zijn de eerste doelen bij plaatsing vaak gericht op observeren. Gebleken is dat bij adoptieproblematiek het stellen van een diagnose een jarenlang proces kan zijn. F149 kan hier een belangrijke schakel in zijn.

Door observaties kan er zicht komen op de problemen van de jongere. Hierbij zijn er een aantal knelpunten die het zien van het probleem kunnen belemmeren. Ten eerste is het van belang om niet alleen geconcentreerd te zijn op het zichtbare. Een hechtingsstoornis is een handicap die niet (altijd) uiterlijk herkenbaar is. Daarnaast moet men altijd attent zijn en blijven voor de manipulatie van het kind. (bron: www.deknoop.org) Men mag zicht niet tevreden stellen met dat wat het kind verteld, maar moet ook andere gegevens in zijn diagnose bestrekken, zoals: hoe komt het kind over, hoe praat het, thuis, op school, enz. F149 hanteert een aantal observatiemethodes.

In de wekelijkse teamvergadering worden de observaties in kaart gebracht aan de hand van het zo genaamde 'observatiehuis' (zie bijlage 4). Dit kan gezien worden als een ondersteuning bij het observeren, het helpt om gericht naar een aantal gebieden te kijken. Deze gebieden zijn gericht op: school, gezin, sociale-, cognitieve- en emotionele vaardigheden. Hierbij wordt zowel gekeken naar dat waar het kind zwak in is als wel waar het kind sterk in is. Soms is het efficiënter om dat wat sterk is verder uit te breiden, in plaats van alle aandacht richten op de zwakke kanten van het kind. Onder het 'hier en nu' worden de observaties per week genoteerd, daar bepaald gedrag ook afhankelijk kan zijn van bijvoorbeeld de duur van het verblijf op F149. Uiteindelijk kan uit de observaties het kernprobleem naar voren komen, wat een belangrijke stap is om tot een diagnose te komen.

Bij het gericht observeren is het van groot belang direct de mogelijkheid van een hechtingsstoornis te benoemen. Ook dienen de eerste levensjaren van het kind expliciet in kaart te worden gebracht. Deels kan dit worden opgemaakt uit de COZH-rapportage. Het kind en de ouders kunnen dit verder zelf aanvullen of toelichten, door met hen een levenslijn van het kind te maken. Voor het maken van een levenslijn bestaat geen procedure of vaste werkwijze. Ouders mogen hun verhaal op hun manier vertellen. Op die manier kunnen zij hun verhaal kwijt en wordt onze informatie aangevuld.

In de observatieperiode wordt met het kind dagelijks een observatielijst ingevuld. Hierop staan gerichte vragen die betrekking hebben op meerdere gebieden. Enkele van deze gebieden zijn: de dagelijkse gang van zaken, school, vrije tijd, sociale vaardigheden en emotionele vaardigheden.

Binnen de eerste vijf weken van het verblijf moet de jongere de YSR invullen (Youth Self Report), een vragenlijst waarin diverse vormen van gedrag aan de orde worden gesteld. Ouders vullen, net als de mentor, dezelfde vragenlijst in. Het formulier wordt in dit geval echter CBCL genoemd (Children Behaviour Checklist). Deze vragenlijsten dienen er met name voor om de verschillende visies op de problematiek duidelijk te krijgen. Ook wordt hieruit duidelijk of het om internaliserende of externaliserende problematiek gaat (of beiden).

In samenwerking met het stafbureau, die over de mogelijkheid beschikt diagnostische onderzoeken uit te voeren, kunnen we op deze wijze tot een diagnose komen, die van belang is voor verdere effectieve hulpverlening. Tijdens de observaties en omgang met het kind moet constant bedacht worden dat het kind niet in de thuissituatie verkeerd en mede daardoor ander gedrag vertoont: zogenaamde schijnaanpassing. Vandaar dat ook samenwerking met de ouders, die ervaringen met het kind hebben welke voor alle anderen onbekend zijn, van groot belang is om tot een uiteindelijke diagnose te kunnen komen.

Het zicht dat we uiteindelijk op de jongere krijgen moet niet alleen aan elkaar geboden worden, maar ook (of: met name) aan de plaatsende instantie. Deze gaat uiteindelijk over de vervolgplek van het kind, wij kunnen hier slechts advies over uitbrengen.

Tot slot dient de observatieperiode niet alleen om zicht te krijgen op de problematiek van het kind, maar doet deze periode ook goed dienst om meer zicht te krijgen op het gezinssysteem. Onderzoeksvragen hierin zijn onder andere: wat zijn de mogelijkheden vanuit het systeem en wat zijn de noodzakelijke handvatten voor het systeem? In paragraaf 4.4 (systeem theoretische benadering) ga ik hier uitgebreider op in. Ik zal daar het doel bespreken van onder meer deze vragen en de methode om zicht te krijgen op het systeem.

4.2.2. Tussenfase in plaats van behandelfase

Voor een kind met zware hechtingproblematiek en daaruit voortkomend gedrag is F149 niet de juiste plek (zoals eerder werd aangegeven bij grenzen en mogelijkheden van F149). De diagnose die na de observatiefase volgt, zal dit in veel gevallen ook bevestigen. Dit betekent dat er gezocht moet worden naar een goede vervolgplek. Daar er zeer weinig specifieke hulpverleningsmogelijkheden zijn voor adoptiejongeren, zal de jongere en zijn ouders (opnieuw) worden geconfronteerd met een lange wachtlijst.

Het kind zit niet op de juiste plek, maar de vervolgplek kan nog erg lang op zich laten wachten. Wat kan F149 op zo een moment doen? Afhankelijk van het gedrag van het kind op het project en de wens van de ouders kan er gekeken worden waar het kind de tussenliggende periode doorbrengt. Men moet er echter niet van uit gaan dat het gedrag van het kind binnen het gezin in enkele weken is veranderd, laat staan verbeterd.

Zolang het gedrag van kind binnen zekere grenzen blijft (zowel van het project als de persoonlijke grenzen van de groepsleiders) moet getracht worden het kind op het project te laten verblijven. Hierdoor wordt de ouders een periode van rust en (enige) zekerheid aangeboden. Daarnaast blijft in deze periode de hulpverlening ook voor hen beschikbaar. Van belang is dat het contact tussen kind en ouders in deze periode bewaakt blijft. Een tweede afwijzing (eerst de biologische ouders en vervolgens de adoptieouders) zou voor het kind teveel zijn. Misschien zelfs fataal.

Hoewel er met het kind op behandelniveau op dit project zeer weinig bereikt kan worden, kan de hulpverlening mijn inziens voortgezet worden. De behandelfase wordt dan een tussenfase, waarin het accent van de hulpverlening zich verplaatst.

De basis van het kind komt voorop te staan, wat voor een groot deel wordt vormgegeven door de dagelijkse verzorging, het bieden van ontspanning en het ondersteunen in werk of school. In de tussenperiode kan voorkomen worden dat de problemen groter worden. Zo worden er verschillende cursussen aangeboden, zowel vanuit het project als vanuit het stafbureau. Met behulp van assertiviteit- en sociale vaardigheidstraining en de Anger Control Groep (omgaan met boosheid) kan het kind vaardigheden leren die betrekking hebben op het omgaan met anderen én met zichzelf. Opvoeden naar zelfstandigheid en het leren dragen van verantwoordelijkheid.

Daarnaast kan er getracht worden het kind (voor zover mogelijk) tot inzicht te laten komen over zijn eigen handelen. Dit kan helpen om problemen in de toekomst voor te blijven. Een voorbeeld hiervan is het inzetten van een spanningsmeter. Dit is een meter met de cijfers nul tot en met tien; hoe hoger de meter staat des te hoger is de spanning die het kind voelt. Het is een veilige methode voor het kind om aan te geven hoe hij zich voelt, er wordt tenslotte naar een voorwerp gevraagd en niet rechtstreeks naar zijn beleving. Het doel van deze meter is tweeledig. Ten eerste is de groepsleiding op de hoogte van het spanningsveld van het kind en kan op deze manier een uitbarsting van het kind voor zijn (door hem bijvoorbeeld tijdig uit de situatie te halen). Ten tweede kan het kind bij zichzelf spanning leren herkennen.

4.2.3. Benadering naar het kind

Ouders ondersteunen is onder meer de zorg van hun problematische kind uit handen nemen. Zoals hiervoor aangegeven kan het voor ouders rust en zekerheid betekenen wanneer het kind de tussenfase op F149 kan verblijven. Dit kan door de ernstige problematiek van het kind een zware opgave zijn voor de groepsleiding. Door bewust te zijn van de behoeften van het kind, met name wat betreft de benadering, kan groepsleiding hierop inspelen en er zo voor zorgen dat het verblijf van het kind in goede banen wordt geleid.

De begeleider moet zich blijven realiseren dat kinderen met hechtingsproblemen zich bedreigd voelen door emotionele nabijheid. Er is een noodzakelijke emotionele afstandelijkheid in relationeel opzicht nodig: er mag geen appèl worden gedaan op emoties die in een relatie thuis horen. De omgeving moet neutraal zijn, wat echter niet impliceert dat het hierdoor ook koud moet zijn.

Van groot belang is een zakelijke aanpak, een neutrale en afstandelijke benadering. Dit is ook wat het kind van de begeleider verwacht, hij heeft hier te maken met groepsleiding en niet met zijn ouders.

Reageren op nestelgedrag van de jongere door bijvoorbeeld extra aandacht of beloning is een grote valkuil. Als begeleider mag je niets terug verwachten, de hoop moet worden losgelaten dat het deze keer wel lukt. De uitdaging zal blijven om bij de afstandelijkheid die het vraagt niet op de signalen van schijnbare affectieve relatie vorming in te gaan.

Structuur bieden, duidelijke grenzen stellen en deze consequent handhaven, is essentieel. De benadering naar de jongere bestaat uit een gepaste dosering van aandacht en afstandelijkheid, van beloning en correctie.

Deze specifieke aanpak kan enkel bestaan wanneer er een zeer hecht team is, waarbinnen in alle eerlijkheid met elkaar gewerkt kan worden. Deze jongeren proberen zeker een split te drijven, om opvoeders tegen elkaar op te zetten. Openheid, op één lijn met elkaar samenwerken en vertrouwen in elkaar moet helpen.

De begeleider moet er constant bewust van zijn dat het beeld dat de jongere over zichzelf schept, niet overeenstemt met de werkelijkheid. Het is van belang de gedragskenmerken van deze jongeren te onderkennen en bedacht te zijn op consequenties van dit gedrag in elke specifieke situatie.

4.3. Benadering naar de ouders

Er is een groot onderscheid tussen adoptieouders en biologische ouders die betrokken zijn bij de jeugdhulpverlening. In hoofdstuk 1 is geconcludeerd dat adoptieouders over het algemeen goed zijn opgeleid en dat zij over een modaal inkomen beschikken. Ze hebben een zekere maatschappelijke positie en beschikken over duidelijke opvattingen met betrekking tot onder meer de opvoeding van hun kind(eren). Zonder opnieuw al te veel te generaliseren heeft mijn ervaring uitgewezen dat veel biologische ouders van kinderen met ernstige hechtingsproblematiek vaak in een problematische situatie verkeren. Deze biologische ouders hebben een belast verleden en beschikken niet over de nodige mogelijkheden en opvattingen om de opvoeding van hun kind(eren) zelfstandig vorm te geven. De hulpverlener moet zich blijven realiseren dat hij bij adoptie met een ander type ouders te maken heeft en dat dit zijn weerslag heeft op hun opstelling binnen de hulpverlening.

Adoptieouders zijn in de hulpverlening vaak mondig en zeer betrokken. Zij hadden hooggespannen verwachtingen en zien dit als een boze droom ineens instorten. Wanneer zij dan hulp in durven en kunnen roepen van een professionele instelling, willen zij koste wat het kost betrokken blijven bij hun kind en een stem hebben in het geheel. Zij zijn immers degene die het kind het beste kennen en de problemen het beste kunnen verwoorden. Vanuit de hulpverlening moet dit serieus genomen worden en dient men een optimale samenwerking met de ouders voor ogen te houden, in plaats dat men hen als 'lastig' of 'bemoeierig' ervaart. (Lit. 24) Zoals één van de conclusies in hoofdstuk 3 luidt: voor optimale hulpverlening aan het kind is een goede relatie tussen ouders en hulpverlener van groot belang.

In eerste instantie is het voor de hulpverlener van belang om zich te realiseren dat ouders al een lange weg gegaan zijn. Zij komen in veel gevallen pas naar de hulpverlener toe, nadat hun eigen inventiviteit uitgeput is. Zonder succes hebben zij alle denkbare adviezen van omstanders reeds uitgeprobeerd. Van de hulpverlening hebben zij in het algemeen hoge verwachtingen. Echter wanneer er sprake is van eerdere (en veelvuldige) hulpverlening, dan resulteert dit vaak in het tegenovergestelde: ouders zijn verbitterd ten aanzien van hulpverleners. Zij lijken hierdoor dan ook dikwijls minder gemotiveerd tegenover de hulpverlening te staan. Er is bij ouders echter geen sprake van vijandigheid, eerder van een normaal portie kwaadheid, die zij door hun eerdere ervaringen hebben opgedaan (Lit. 21).

Ouders die hulp vragen hebben recht op erkenning van hun hulpvraag. Hun wanhoop en radeloosheid moet vooral niet als oorzaak, maar als gevolg van de hechtingsproblemen van hun kind worden geïnterpreteerd. Bevraging rond onder meer achtergrond en voorgeschiedenis van het kind behoort zo neutraal en ontschuldigend mogelijk te zijn. De ernst van de situatie mag niet onderschat worden. Luisterbereidheid en inlevingsvermogen

zijn vereist, het is nodig om het verhaal van ouders op de juiste manier te kunnen interpreteren.

Ook na het vaststellen van een diagnose moeten ouders ondersteunt blijven worden. Het stellen van een diagnose kan rust brengen (eindelijk erkenning), maar gaat ook met vele negatieve gevoelens gepaard. Inlevingsvermogen in het verdriet van de ouders en andere gezinsleden, dat een (tijdelijke) uithuisplaatsing met zich mee kan brengen, kan hen tot steun zijn.

Ouders komen voor de moeilijke taak te staan het kind los te laten, de zorg over te dragen aan anderen. Datgene uit handen geven waarvoor zij lange tijd hebben geknokt. De noodzaak om hun kind aan professionele hulpverleners toe te vertrouwen, stelt geen einde aan de betrokkenheid, de zorg en het verantwoordelijkheidsgevoel van de ouders. Ouders blijven hopen, verder zoeken en telkens opnieuw proberen, zelfs na uithuisplaatsing van het kind. Wanneer ouders de raad van hulpverleners niet (kunnen) opvolgen, zien zij zichzelf als 'de slechte' of wederom als 'de schuldige'. Ditzelfde beeld kan bij de hulpverleners ontstaan, doordat zij onbegrip (blijven) hebben over de situatie. Ouders verdienen echter bevestiging in hun positieve betrokkenheid, een compliment voor hun doorzettingsvermogen.

Begrip opbrengen, zowel vanuit inleving als vanuit kennis rond de problematiek, kan ouders helpen hun schuldgevoel los te laten. Het kan voor ouders prettig zijn om uitgelegd te krijgen waarom het op het project wel goed gaat: zij doen het niet verkeerd, maar het kind bevindt zich op het project in een voor hem veilige situatie.

Ook de aanvaarding van het kind kan een belangrijke stap zijn in het omgaan met schuldgevoelens. De hulpverlener kan ouders helpen inzien dat zij geen misstap hebben begaan, dat het kind uniek is en vandaar uit een unieke benadering nodig heeft. Vervolgens kunnen ouders door begrip voor de handicap acceptatie opbrengen voor het kind (wat niet impliceert dat men begrip om hoeft te brengen voor het onacceptabele gedrag van het kind). In het gunstigste geval kunnen de ouders dan zelfs respect voelen voor bepaalde overlevingsstrategieën van het kind. (Lit. 13)

Het is van groot belang dat er ruimte is voor de beleving van ouders. De buitenwereld snapt niet dat het kind thuis een 'probleem' is en dit voor ouders, ondanks de hulpverlening, blijft. Er moet constant rekening worden gehouden met de uitputtingstoestand van de ouders. Draagkracht verschilt van ouder tot ouder. Draaglast verschilt volgens de graat van de handicap.

4.4. *Systeem theoretische benadering*

Er zijn in dit hoofdstuk reeds een aantal methodes benoemd waardoor ouders meer zicht kunnen krijgen op de problematiek van hun kind, zoals het stellen van de diagnose en het vanuit deskundigheid en professionaliteit verklaren van bepaald gedrag van het kind. Er zijn echter meer vlakken waarop zicht verkregen en geboden kan worden. De rol die ouders zelf spelen in de omgang met het kind is hierin zeer belangrijk, want ook zij maken deel uit van de problematiek. Daarmee is niet gezegd dat zij de oorzaak van de problematiek zijn. Zij zijn echter wel de ene helft van een relatie, of wat daarvan over is. (Lit. 13) Als gezin vormen zij een systeem, waarin ook zij, onwetend en met de beste bedoelingen, fouten maken.

4.4.1. *Wat is een sociaal systeem?*

De definitie van de algemene systeemtheorie luidt: "Een systeem is een geheel, dat als een geheel functioneert door de onderlinge afhankelijkheid van de delen. Het geheel is meer dan de som der delen." (Lit. 25) Deze definitie geeft aan dat er binnen een systeem een meerwaarde is, de 'delen' hebben elkaar nodig om een bepaald doel te bereiken. Zoals een voetbalelftal van de individuele kwaliteiten van alle spelers afhankelijk is om een wedstrijd te kunnen winnen, zo zijn ook gezinsleden van elkaar afhankelijk om hun gezamenlijk doel te kunnen bereiken.

Drie grondregels van een systeem zijn (Lit. 3):

- Veranderingen in een deel van het systeem hebben gevolgen voor de andere delen van dat systeem.
- Hoe onderdelen in een systeem op elkaar reageren, heeft gevolgen voor elk individueel onderdeel.
- Een systeem heeft per definitie de neiging om zichzelf in stand te houden.

Binnen een sociaal systeem (een systeem dat gevormd wordt door een groep mensen) is, naast persoonlijke doelen, sprake van een gezamenlijk doel. In een gezin is dit doel in het algemeen het zijn van een gezin: op elkaar kunnen rekenen, er voor elkaar zijn, met elkaar kunnen delen. Het gevoel van bij elkaar te horen.

Een sociaal systeem functioneert alleen goed als er sprake is van zingeving en evenwicht. De zingeving (ook wel: bestaansmotivatie) van een systeem kan omschreven worden als het belang inzien van het gezamenlijk doel (Lit. 25). De zingeving kan de leden een gevoel van saamhorigheid geven. De leden van het systeem hebben elkaar nodig om het gezamenlijke doel te realiseren. Zolang de leden het belang voor het sociale systeem ervaren is er een zingeving. Verzwakt deze zingeving, dan is er minder motivatie om actief bezig te zijn met het gezamenlijke doel. Als de inzet en motivatie niet meer aanwezig is, zal het sociale systeem verdwijnen.

De elementen in een systeem vertonen een onderlinge samenhang. Ze trekken elkaar aan, stoten elkaar af en houden elkaar onderling in evenwicht door elkaar te beïnvloeden. Dit evenwicht is van belang, wil een systeem stand houden. (Lit. 3) Het evenwicht van een sociaal systeem hangt nauw samen met de zingeving.

Het sociale systeem heeft grenzen, omdat er ook mensen zijn die geen deel uitmaken van dit systeem. Deze grenzen geven aan wie wel bij het systeem hoort en wie niet. Door deze grenzen wordt duidelijk wat voor soort sociaal systeem het is, de identiteit wordt duidelijk. Door een duidelijke identiteit onderscheidt het systeem zich van de omgeving, het systeem profileert zich.

4.4.2. Algemene methodiek

Professioneel handelen is een direct inzicht ontwikkelen in de voorkomende situaties. Dit gebeurt met behulp van een theoretisch concept, om zo adequaat mogelijk te reageren op voorkomende situaties. Men werkt hierbij methodisch. Dit houdt in dat met doelgericht bezig is, systematisch (volgens een plan) en bewust handelt. (Lit. 25)

Hulpverleners via de systeembenadering houdt in dat de hulpvraag behandeld wordt in de context (in dit geval de thuissituatie) van de cliënt. De hulpverlener probeert voor de cliënt en zijn systeem een zo zinvol mogelijke leefplek te creëren.

Via de systeembenadering kijkt men naar het sociale systeem van de cliënt. Dit systeem kan geanalyseerd worden. De systeembenadering geeft zicht op de betekenis van het gedrag van mensen binnen de context van het systeem. Men analyseert vanuit circulaire causaliteit door middel van "hoe?" en "waarvoor?" -vragen. Circulaire causaliteit houdt in dat mensen elkaar beïnvloeden. Een reactie van een gezinslid op een bepaalde situatie bepaalt dat de

situatie verandert en er een ander startpunt is. Daar reageert weer een ander gezinslid op en de situatie verandert. Het is een cirkelvormige reactie van wederzijds beïnvloeden.

Zo kan men adequaat interventies plegen om het patroon wat negatief gedrag te weeg brengt te doorbreken. Om het patroon te doorbreken moet een sfeer van vertrouwen en veiligheid gecreëerd worden.

Aan de hand van de systeemtheorie kan zowel gekeken worden naar het gezin zoals het was en het gezin zoals het is geworden. Ouders kunnen hierdoor onder meer zicht krijgen op het feit dat de structuur en communicatie binnen het gezin niet fout is (wegnemen van schuldgevoel) maar voor het hechtingsgestoorde kind slechts onveilig. Vervolgens kan er gezocht worden naar een manier waarop omgaan met elkaar acceptabel blijft, ondanks enige veranderingen in bijvoorbeeld de benadering van en naar het kind.

Binnen de systeembenadering kan men verschillende stromingen onderkennen. Ik beperk mij hier tot de stromingen die de meeste raakvlakken hebben met hulpverlening aan het adoptiegezin: de structuurgerichte systeembenadering en de communicatiegerichte systeembenadering. In deze stromingen wordt aandacht besteed aan de gezinsstructuur en de wijze van communiceren binnen het gezin van de cliënt. (Lit. 3)

4.4.3. Structuurgerichte systeembenadering

Structuur van een systeem is van grote invloed op welbevinden van de deelnemers. In een gezonde structuur zijn de deelnemers betrokken op elkaar en durven zich kwetsbaar op te stellen. Tegelijkertijd bestaat er in dit systeem ook nog ruimte voor individuele behoeften van de verschillende deelnemers (Lit. 3).

Bij een sociaal systeem wordt de structuur gevormd door de verhoudingen die de leden onderling met elkaar hebben. De onderlinge verhoudingen zijn variabel, omdat het samenhangt met de individuele doelen van de leden. De onderlinge verhoudingen van de leden zijn niet altijd zichtbaar.

De structuur binnen een gezin wordt vormgegeven door de combinatie van een aantal afzonderlijke structuren. Enkele van deze structuren zijn (Lit 25):

- De materiële structuur: deze structuur bestaat uit de zichtbare positie van leden van het sociale systeem. Dit is zichtbaar te maken door het opstellen van een genogram (stamboom).
- De macht structuur: dit is een patroon van zeggenschap die de leden van het sociale systeem over elkaar hebben. Binnen een gezin ligt de zeggenschap bij de ouders.
- De interactie structuur: dit is een patroon van personen die meer of minder met elkaar omgaan, dit hangt samen met de individuele doelen die de leden hebben.
- De affectieve structuur: dit is een patroon van emotionele betrokkenheid van de leden van het sociale systeem onderling.
- De culturele structuur: dit is een patroon van relatie regelingen (regels, afspraken, verwachtingen tot elkaar, enz).

Bij de structuurgerichte systeembenadering worden de verschillende structuren binnen het gezin in kaart gebracht. Zo kan met elkaar bekeken worden van welk type gezin er sprake is. Het kan bijvoorbeeld voorkomen dat de betrokkenheid van de gezinsleden binnen een gezin zo hevig is, dat men elkaar geen vrijheden meer laat om nog iets zelfstandigs te ondernemen. Een dergelijk systeem zou voor één van de gezinsleden verstikkend en onderdrukkend kunnen zijn. In een systeem dat hier tegenovergesteld aan is kan iemand die een grote behoefte aan geborgenheid heeft zich onveilig voelen.

De structuurgerichte systeembenadering kan een bijdrage leveren aan de herdefiniëring van de onderlinge relaties binnen het gezin. De gezinssituatie is veranderd en zal, ondanks de liefde die hen blijft verbinden, nooit meer hetzelfde worden. Het kan voor ouders een ondersteuning zijn wanneer dit met elkaar in kaart wordt gebracht. Er is geen sprake van schuldgevoelens of (stilgehouden) verwijten over de omgang met elkaar, er wordt over gesproken.

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 is het hechtingsgestoorde kind geniaal in mensen tegen elkaar uitspelen. Het is belangrijk ouders te wijzen op het belang van eendracht tussen hen beiden: als zij elkaar geloven en steunen, kunnen zij coalitievorming tussen het kind en een ouder (met uitsluiting van de ander) beperken of verhinderen. Structuurgerichte systeembenadering kan hierbij van belang zijn.

4.4.4. Communicatiegerichte systeembenadering

In een problematisch systeem is vaak sprake van psychisch ongezonde communicatie: men zendt onduidelijke boodschappen uit, waarbij men als zender zoveel mogelijk buiten schot blijft en de verantwoordelijkheid voor het verloop van de communicatie vooral bij de ontvanger legt. (Lit. 3) De communicatiegerichte systeembenadering tracht dit soort communicatiepatronen bloot te leggen. Tevens leert men hoe de deelnemers in zo'n systeem op een psychisch gezondere manier met elkaar kunnen communiceren.

Om communicatiepatronen sneller te kunnen analyseren, worden een aantal aspecten met betrekking tot communicatie meer belicht. Zo is er aandacht voor de non-verbale communicatie, de lichaamstaal. Non-verbale communicatie geeft heel veel informatie. Over woorden die men uitspreekt is nog enige controle, wat betreft lichaamstaal ligt dit anders. Men heeft weinig invloed op dat wat hij of zij uitstraalt. Een ander aspect is het inhouds- en betrekkingniveau. Onder inhoudsniveau verstaat men dat wat letterlijk gezegd wordt, het betrekkingniveau is datgene wat men eigenlijk bedoelt, door middel van non-verbale signalen. Het betrekkingniveau geeft de aard van de relatie weer, hoe iemand zich in die relatie voelt of hoe hij die relatie ervaart. Dit neemt risico's met zich mee: een kwetsbare opstelling is hierbij onontkoombaar.

In hoofdstuk 2 is beschreven dat adoptiekinderen met een hechtingsstoornis een allesoverheersende angst met zich meedragen. Het appèl op een vertrouwensrelatie is slecht invoelbaar, verwarrend en bedreigend. Dit geldt in het algemeen voor de totale benadering van het kind. Communicatie dient hierop afgestemd te worden. De benadering naar adoptiekinderen dient zakelijk en neutraal te zijn. Zij moeten niet aangesproken worden op hun gevoel maar op hun gedrag. Dit geldt tevens voor het eigen gevoel ('je hebt me gekwetst'). Dit is beangstigend voor het kind, het kan er geen raad mee en zal er niet op de juiste manier op kunnen reageren. Problemen kunnen er zelfs groter door worden.

4.5. Extra ondersteuning

Tot slot kunnen ouders ondersteund worden in hun contact met buitenstaanders, dit om te voorkomen dat (familie-)relaties stuk gaan. Wanneer er toegang is tot de nabije omgeving van het gezin (familie, vrienden, kennissen) kan hen, in overleg met ouders, voorlichting worden gegeven over de problematiek van het kind. Hierdoor wordt de kans verhoogd dat buitenstaanders meer begrip kunnen opbrengen voor de situatie waarin ouders, het adoptiekind en eventuele broers of zussen verkeren. Daarnaast kan men ook hierbij attent gemaakt worden op het gevaar van (ongezonde) coalitievorming tussen het betreffende kind en de omgeving.

Van de ouders wordt in principe dezelfde benadering naar het kind toe gevraagd als van de professionele hulpverlener: afstandelijk en zakelijk. Dit is voor ouders een zeer zware opgave, zeker wanneer het kind langere tijd, bijvoorbeeld tijdens een logeerweekend, bij de ouders (het gezin) verblijft. Ouders kunnen hierin ondersteund worden door het kind bijvoorbeeld van tevoren een weekendplan te laten maken. Dit kan hen helpen een bepaalde afstand ten aanzien van kind aan te nemen. Er wordt een structuur gecreëerd en er worden momenten gepland die ouders en kind los van elkaar doorbrengen. Dit is veiliger voor het kind en rustgevender voor de ouders.

Ook de eerder genoemde spanningsmeter kunnen ouders thuis inzetten. Voor hen kan dit het hanteren van bepaalde situaties vergemakkelijken.

Wanneer de situatie erom vraagt, bijvoorbeeld wanneer het kind terug naar huis zal gaan, en de ouders hier klaar voor zijn, kunnen ouders met behulp van F149 en het stafbureau gaan trainen in de vaardigheden die nodig zijn voor het specifiek opvoeden.

4.6. Tot slot

In dit hoofdstuk heb ik de verschillende vormen die ouders als ondersteunend ervaren verder uitgewerkt. Op deze manier heb ik uitvoerig in kunnen gaan op de vraag die ik in mijn probleemstelling aan de orde stel. In het laatste hoofdstuk wil aan de hand van mijn bevindingen mijn eindconclusies geven en zo tot een antwoord op de probleemstelling komen. Tevens geef ik enkele aanbevelingen.

Hoofdstuk 5: Conclusie en aanbevelingen

5.1. Beantwoording van de probleemstelling

Het onderwerp van deze scriptie is adoptieouders. Gebleken is dat hulpverleners vaak een gebrek aan kennis hebben wat betreft adoptieproblematiek en hierdoor niet beseffen in welke problematische situatie het adoptiegezin dikwijls verkeert. Hierdoor is het zeer lastig de ouders de ondersteuning te kunnen geven waar zij behoefte aan hebben.

De probleemstelling van deze scriptie luidde:

Hoe moet ondersteuning aan adoptieouders bij de problematiek van hun adoptiekind eruit zien en op welke wijze kan observatie- behandelgroep F149 deze gewenste ondersteuning in praktijk brengen?

De afgelopen jaren is er veel gepubliceerd over het thema 'adoptieproblematiek'. Het betreft hier zowel wetenschappelijke literatuur als ervaringsverhalen van adoptieouders. Door mij te verdiepen in deze literatuur, door persoonlijke gesprekken met adoptieouders en door mijn praktijkervaring op F149 heb ik een goed beeld gekregen over de wens van ouders wat betreft ondersteuning vanuit de hulpverlening. Ik ben tot de conclusie gekomen dat er drie belangrijke punten zijn die tezamen de ondersteuning naar adoptieouders grotendeels vormgeven. Deze drie punten zijn:

1. De zorg van het adoptiekind (tijdelijk) uit handen nemen.
2. Beschikbaar zijn voor onder meer de beleving van adoptieouders.
3. De ouders zicht bieden op de problematische situatie van hun kind.

Vervolgens ben ik gaan kijken hoe deze punten binnen F149 kunnen worden vormgegeven. Zo ben ik tot de volgende kernpunten gekomen.

1. Om er als team voor te zorgen dat het adoptiekind tijdens de 'tussenfase' op F149 kan verblijven, moet het kind op een voor hem of haar zo veilig mogelijke manier benaderd worden. In de omgang met het kind moet men altijd bewust blijven van de eigen houding en benadering jegens het kind. Deze dient neutraal en afstandelijk (zakelijk) te zijn. De begeleider moet dan ook oppassen zich niet door de charmes van het kind te laten leiden, zich niet te laten verleiden tot uitzonderingen als extra aandacht. Dit is een grote valkuil! Structuur, grenzen en consequenties zijn de kernwoorden in de omgang met het kind.

Om deze benadering naar en omgang met het kind vast te kunnen houden, is het van belang dat het team in eerlijkheid met elkaar samenwerkt. Vereist hierin zijn openheid, vertrouwen en het op één lijn met elkaar kunnen samenwerken.

2. Beschikbaar zijn voor ouders hangt nauw samen met de benadering die naar hen toe wordt aangenomen. In het contact met de ouders draait het om erkenning: de bereidheid tot luisteren en het vermogen tot inleven. De hulpverlener moet zich blijven realiseren dat het kind binnen het gezin ander gedrag vertoont en dat dit effect heeft op de uitputtingstoestand van de ouders. Ruimte en begrip voor de beleving van ouders staan op de eerste plaats.

3. Ouders zicht bieden op de problematiek van hun kind kan op verschillende wijzen. Het stellen van een diagnose is voor ouders zeer belangrijk: zij krijgen hierdoor een verklaring voor wat er met hun kind aan de hand is, wat hen uiteindelijk meer rust kan geven. Om tot deze diagnose te komen is gericht observeren een vereiste vaardigheid. Hoewel er een aantal hulpmiddelen binnen F149 gehanteerd worden die dit kunnen vergemakkelijken, blijft

het met deze doelgroep geen gemakkelijke opgave. Het diagnosticeren van ernstige hechtingsproblematiek vraagt om een zeer lange observatieperiode. Daarnaast moet men zich er constant van bewust blijven dat het kind schijnaanpassing vertoont, in elke andere omgeving weer ander gedrag laat zien. De manipulaties van het kind mogen niet onderschat worden.

Naast het stellen van de diagnose kan ouders ook veel zicht geboden worden door het vanuit deskundigheid en professionaliteit verklaren van bepaald gedrag van het kind. Tot slot is ook de Systeem Theoretische Benadering een methode waarbij ouders veel zicht en duidelijkheid kunnen krijgen over de situatie van hun kind, waarbij ook zicht verkregen wordt op de invloed dat het hele gezin (als systeem) op elkaar heeft. Deze methode kan vanuit het stafbureau van de R.I.J. in werking worden gesteld.

Hiermee ben ik tot de conclusie gekomen dat er mijn inziens genoeg ruimte en mogelijkheden zijn om adoptieouders die vorm van ondersteuning te geven die zij nodig hebben. Er is hierbij echter geen sprake van enige vanzelfsprekendheid, het zijn punten waar het hele team van F149 continu aandacht voor moet hebben. Bij verslapping van aandacht, ontstaat onder andere het risico dat het kind het niet volhoudt op F149 en dat prioriteiten te vaak vanuit een ander kader gesteld worden (bijvoorbeeld 'dringende' telefoontjes in plaats van beschikbaar zijn voor ouders).

Tot slot wil ik nog één ding kwijt. Tijdens mijn onderzoek naar adoptieproblematiek en de ervaringen van adoptieouders ben, hoewel niet rechtstreeks in verband zijnde met mijn probleemstelling, voor mijzelf tot een belangrijke conclusie gekomen die ik niet achterwege wil laten. Ik ben van mening dat elke hulpverlener in zijn of haar werk met adoptieouders zich moet realiseren dat ouders van kinderen met adoptieproblematiek géén ongemotiveerde ouders zijn, zij zijn slechts verkeerd gericht. Zij trachten het kind te helpen vanuit hun warme benadering, terwijl er een zakelijke benadering vereist wordt. Vanuit de liefde die zij voelen en die hen verbindt zijn er echter wel mogelijkheden, al is het alleen al het doorzettingsvermogen om altijd met en voor hun kind te blijven zoeken naar de juiste vorm van hulpverlening.

5.2. Aanbevelingen

Ik wil deze scriptie afronden met enkele aanbevelingen:

- Deskundigheidsbevordering met betrekking tot hechtingproblematiek: kennis verwerven rond de problematiek (kenmerken, uitingsvormen, e.d.) en vaardigheden aanleren wat betreft de omgang met en benadering naar deze kinderen.
- De kinderen met hechtingsproblematiek, waaronder adoptiekinderen, moeten in de teamvergaderingen onderwerp van gesprek blijven. De essentie hierin is: hoe staat men in het werk en hoe is het beeld van de situatie (kind, ouders, problematiek)?
- Teamleden attenderen op de informatie over hechtingsstoornissen welke binnen de stichting verkrijgbaar is.
- Ouders attent maken op het bestaan van de lotgenotenverenigingen, waar zij op begrip en (h)erkenning van lotgenoten kunnen rekenen.

Literatuurlijst

Boeken:

1. Angenent, H.
Opvoeding en persoonlijkheidsontwikkeling
Intro, Baarn 1998
2. Broos, D. en Dun, K. van
Hou me (niet) vast - Hulpverlening en hechtingsstoornis
Garant, Leuven/Apeldoorn 1997
3. Delft, F. van en Wijers, G.J.
Therapeutische modellen in de sociaal pedagogische hulpverlening - Theorie en praktijk
H. Nelissen, Baarn 1999
4. Egmond, G. van
Bodemloos Bestaan - Problemen met adoptiekinderen
Ambo, Baarn 1987
5. Grasvelt, C.
Adoptie: ouderschap of hulpverlening
De Toorts, Haarlem 1999
6. Heuvelman, A. en Gutteling, J
Psychologie
Boom, Amsterdam 1997
7. Hoksbergen, R.A.C. en Walenkamp, H.
Adoptie: een levenslang dilemma
Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 2000
8. James, B.
Treating traumatised children – New insights and creative intervention
Lexington Books, USA 1989
9. Kok, J.F.W.
Specifiek opvoeden - Orthopedagogische theorie en praktijk
Elsevier/De Tijdstroom, Maarsen 1997
10. Nulandt, H. van
100 vragen over adoptie
Het Spectrum, Utrecht 1981
11. Reedijk, J.S.
Psychiatrie
Elsevier/De Tijdstroom, Maarsen 1998

Artikelen:

12. Druten, M. van
De kans op hechten in een pleeggezin
In: Mobiel (nr. 2), april / mei 2000
13. Egmond, G. van
Bodemloze kinderen – leven werken met bodemloze kinderen en adolescenten
In: SPH
14. Hendriks, C. en Hellendoorn, J.
Een spelprogramma voor ernstig verwaarloosde kinderen
In: tijdschrift K&O, december 1992
15. Hoksbergen, R.A.C.
Ik wou dat het 'gewoon' was
In: Mobiel (nr. 2), april 1999
16. Hoksbergen, R.A.C.
Adoptie en pleegzorg, hoogste tijd voor samenwerking
In: Mobiel (nr. 2), april / mei 2000
17. Juffer, F.
Adoptie is second best voor een kind
In: Perspectief (nr. 2), april 2001
18. Libert, M.
Gek hè, mensen zonder gevoel?
In: De Morgen, 24 november 2001 (België)
19. Mulders, M.
Adoptie kan zwaar vallen
In: Haagsche Courant, 8 februari 2002
20. Reyveld, C., Roetman, E. en Vries, S. de
Hechtingsproblematiek is genuanceerder
In: Mobiel (nr. 5), oktober / november 2000
21. Vereycken, H
Een adoptiekind opvoeden is soms onmogelijk
In: Ouders Online Magazine, december 2000 / januari 2001

Moduleboek:

22. Roskam, E.
Orthopedagogische hulp bij affectieve verwaarlozing
SPH jaargroep 2 voltijd en deeltijd

Scripties:

23. Goede, C. de
Het blijft toch je kind – een onderzoek naar adoptieproblematiek en LOGA
Universiteit Utrecht, opleiding Culturele Antropologie, 1999
24. Kooi, M. van der
Geen bodem...wel perspectief? – onderzoek naar mogelijke behandelwijzen voor adoptiekinderen met het Geen-Bodem-Syndroom in een Boddaertcentrum
Ichthus Hogeschool Den Haag, opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening, 2001
25. Slomp, P
Vrijwilligerswerk – een aanvulling of devaluatie van het beroep?
Hanze Hogeschool Groningen, opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening, 2000

Voorlichtingsmateriaal:

Behandelinstelling Harreveld: brochure voor jongeren
Behandelinstelling Harreveld: brochure voor hulpverleners
Regionale Instelling Jeugdhulpverlening Haaglanden: jaarverslag 1999
Regionale Instelling Jeugdhulpverlening Haaglanden: jaarverslag 2000
Regionale Instelling Jeugdhulpverlening Haaglanden: jaarverslag 2001
Regionale Instelling Jeugdhulpverlening Haaglanden: organisatiewijzer (1999)

Internet:

<http://www.defenceforchildren.nl> – Defense for Children

<http://www.adoptie.nl> – Stichting Adoptievoorzieningen (bureau Via, VIB en WAN)

<http://www.adoptie.net> – Adoptie Trefpunt

<http://www.minjust.nl> – Ministerie van Justitie

<http://www.deknoop.org> – Landelijke oudervereniging De Knoop

<http://home.fiscalinet.be/contactgroepwatnu/watnu.html> – Wat Nu (België)

<http://www.harreveld.com> – behandelinstelling Harreveld

<http://www.geocities.com/brasil.nl> – ervaring van een adoptieouder

Bijlagen

Bijlage 1: de adoptieprocedure en kosten

Procedure

Aan interlandelijke adoptie gaat een lange procedure vooraf. De procedure bestaat, in het kort, uit de volgende stappen:

1. Inschrijving bij het Ministerie van Justitie

Inschrijving gebeurt door middel van een aanmeldingsformulier, hiermee wordt aanvraag gedaan voor de beginseltoestemming. Bij inschrijving krijgt men een BKA-nummer (Buitenlands Kind ter Adoptie). Het BKA-nummer bepaalt wanneer men voor de verschillende stappen in de procedure aan de beurt is. Aanvragen worden op volgorde van binnenkomst behandeld.

2. Voorlichting door Bureau VIA

De algemene voorlichting start ongeveer anderhalf jaar na aanmelding. Tijdens de zes voorlichtingsbijeenkomsten wordt ingegaan op wat het kan betekenen een adoptiekind in het gezin op te nemen. Dit gebeurt aan de hand van drie hoofdthema's: de adoptieouders, de oorspronkelijke ouders en het adoptiekind. Voorafgaand aan de bijeenkomsten ontvangt men het handboek van VIA. De voorlichtingsbijeenkomsten worden overdag gehouden en voor de aanvrager is het verplicht deze bij te wonen. Bij adoptie van een tweede of volgend kind hoeft met geen voorlichting meer te volgen.

3. Gezinsonderzoek

In het kwartaal volgend op de voorlichting vindt het gezinsonderzoek plaats. Voordat het onderzoek start moet de aanvrager toestemming geven voor het opvragen van een uittreksel uit het Justitieel Documentatieregister (strafblad). Ook zal er gevraagd worden een medische keuring te ondergaan. Een raadsonderzoeker van de Raad voor de Kinderbescherming heeft een aantal gesprekken met de aanvrager(s). Hiervan wordt een verslag gemaakt, een zogenaamd gezinsrapport, met daarin een advies ten aanzien van het adoptieverzoek. Aanvragers krijgen zelf inzage in dit rapport. Dit wordt naar het Ministerie van Justitie gestuurd.

Het gezinsrapport wordt ook gebruikt in het land van herkomst bij de beoordeling of, en zo ja welk kind in het gezin geplaatst zal worden.

In geval van zwangerschap wordt het gezinsonderzoek uitgesteld tot het kind één jaar is. Men gaat ervan uit dat de gezinssituatie dan weer zo stabiel is dat er ruimte is voor een eventueel adoptiekind. Tevens blijkt dat een aantal aspirant adoptieouders na de geboorte van een baby anders tegen adoptie aankijkt en besluit van adoptie af te zien.

4. Beginseltoestemming

Het Ministerie van Justitie doet de aspirant adoptieouders een beschikking toekomen, waarin toestemming wordt verleend tot opname van een buitenlands kind met het oog op adoptie. De beginseltoestemming is drie jaar geldig en kan op verzoek, na een aanvullend gezinsonderzoek, voor maximaal drie jaar verlengd worden. Dit is alleen mogelijk tot de aanvrager(s) 46 jaar is (zijn) geworden.

Bij het al dan niet geven van de beginseltoestemming neemt het ministerie het advies van de Raad voor de Kinderbescherming in acht. Slechts in zeer weinig gevallen wordt een negatief advies gegeven. Het is mogelijk een bezwaarschrift in te dienen tegen deze uitspraak binnen 6 weken na datum van de afwijzing.

De beginseltoestemming wordt afgegeven voor één kind. Men kan er echter ook voor kiezen twee of meer kinderen tegelijk te adopteren. Dat betekent dat de beginseltoestemming moet worden aangepast. Hierover kan al tijdens het gezinsonderzoek gesproken worden. Bij adoptie van meerdere kinderen gaat het meestal om zusjes of broertjes die op hetzelfde moment voor adoptie in aanmerking komen. Voor de kinderen kan het fijn zijn als ze samen met hun zusje(s) of broertje(s) opgroeien. Ook kinderen die een aantoonbare sterke band met elkaar hebben en daardoor niet van elkaar gescheiden mogen worden, kunnen tegelijk geadopteerd worden.

Ook kan men vooraf aangeven of men bereid is een kind met een medisch probleem in het gezin op te nemen.

5. Inschrijving bij vergunninghouder

Inschrijving bij één van de bemiddelende organisaties (vergunninghouders). Dit zijn door de overheid erkende instellingen die een vergunning hebben om bij de adoptie van buitenlandse kinderen te bemiddelen. Vaak hebben zij zich gespecialiseerd in adoptie uit een bepaald land. Tijdens de voorlichtingsbijeenkomsten bij Bureau VIA wordt duidelijk hoe een vergunninghouder gekozen kan worden.

Het gezinsrapport wordt doorgestuurd naar de betreffende vergunninghouder. Zonder tussenkomst van een vergunninghouder is adoptie niet mogelijk. De verdere procedure is afhankelijk van persoonlijke omstandigheden, zoals leeftijd, voorkeur voor één of meer kinderen en het land waar men voor kiest.

Na aanmelding bij een vergunninghouder komt u op een wachtlijst. Als de Centrale Autoriteit van het land van herkomst beslist dat een bepaald kind geadopteerd kan worden, krijgen aanvragers een plaatsingsvoorstel voor dat kind. De vergunninghouder bemiddelt hierbij tussen aanvrager(s) en het land van herkomst van het kind en is behulpzaam bij de afhandeling van de benodigde documenten. Ook speelt deze een actieve rol bij de begeleiding van de komst van het kind.

6. Voorstellen

Door de vergunninghouder zal een kind aan de adoptieouder(s) worden voorgesteld.

7. Aankomst in het gezin

In de meeste gevallen moeten adoptieouders zelf het kind in het buitenland ophalen. Veel landen eisen van de adoptieouders dat zij het kind zelf komen ophalen en vaak moet men enige weken in het betreffende land verblijven. Vanuit enkele landen komen de kinderen onder begeleiding naar Nederland.

8. Aanmelding bij gemeente

Als de adoptie-uitspraak tijdens het verblijf in het land van herkomst in werking treedt en het een adoptie uit een Verdragsland is, hoeft het kind alleen aangemeld te worden bij de afdeling Bevolking van de desbetreffende woonplaats (binnen vijf dagen na aankomst van het kind). Is dit niet het geval dan moet het kind ook aangemeld worden bij het hoofd van de plaatselijke politie voor een vergunning tot verblijf (binnen acht dagen).

9. Gezag aanvragen

Indien in het land van herkomst geen adoptie-uitspraak heeft plaatsgevonden, moet na aankomst in Nederland bij het kantongerecht het gezag over het kind worden aangevraagd. Ook wanneer er wel een uitspraak is gedaan, is dit aan te raden. Bij adoptie door één persoon, berust het ouderlijk gezag bij die persoon. Desgewenst is het mogelijk dat de partner medegezag aanvraagt. Dit geldt voor alle samenlevingsvormen.

10. Adoptie aanvragen

Voor landen waarvan het rechtssysteem niet eist dat de adoptie ter plekke wordt uitgesproken en voor landen die niet het Haags Adoptieverdrag hebben ondertekend, moet men nog wel adoptie naar Nederlands recht aanvragen. Gehuwden en samenwonenden

kunnen na een verzorgingstermijn van één jaar en een samenlevingsverband van drie jaar de adoptie aanvragen. Bij adoptie door één persoon kan na drie jaar de adoptie naar Nederlands recht worden aangevraagd.

Wie op dit moment een verzoek tot inschrijving indient bij het Ministerie van Justitie moet rekenen op een gemiddelde wachttijd van zeker drie tot vijf jaar. De belangrijkste reden voor deze lange wachttijd is dat er minder kinderen voor adoptie beschikbaar zijn dan er aspirant-ouders zijn.

Kosten

De kosten rond een adoptie kunnen behoorlijk oplopen.

De (verplichte) voorlichting kost € 385,71.

De bemiddelingskosten variëren, afhankelijk van het land van herkomst en de vergunninghouder, tussen de € 6.800,- en € 16.000,-. Deze kosten omvatten onder meer de verzorging van het kind vanaf het moment dat het aan u wordt voorgesteld, soms een donatie aan het tehuis, reis- en verblijfkosten ouders, reiskosten kind, procedurekosten in het buitenland en personele kosten.

De adoptie-uitspraak naar Nederlands recht bedraagt ongeveer € 454,-.

Daarnaast moet men er, afhankelijk van werkomstandigheden, rekening mee houden dat de kosten kunnen oplopen, doordat men vaak gedwongen wordt (onbetaald) verlof op te nemen. De vereniging V.A.B maakt zich sterk voor betere wettelijke verlofregelingen op adoptiegebied.

Uitgaven die gemaakt worden voor adoptie zijn als buitengewone lasten aftrekbaar van de inkomstenbelasting, als de gestelde drempel overschrijdt wordt in het jaar waarin de kosten gemaakt zijn. Onderstaande kosten kunnen hiertoe gerekend worden.

Kosten die in Nederland gemaakt zijn:

- Juridische bijstand (bijvoorbeeld advocaat en vertaalkosten)
- Voorlichting Bureau VIA inclusief reiskosten
- Reiskosten naar de Raad voor de Kinderbescherming i.v.m. het gezinsonderzoek
- Notaris, griffierechten, leges, de reiskosten naar de rechtbank
- Porti, telefoon, kopieën m.b.t. het contact met Ministerie van Justitie, Bureau VIA en de Raad voor de Kinderbescherming
- De medische verklaring inclusief reiskosten
- Verplichte (deel) bemiddeling tot een maximum van fl 1500,-
- Noodzakelijke inenting
- Vertaalkosten buitenlandse documenten

Kosten die in het buitenland gemaakt zijn:

- Het indienen en behandelen van het verzoek tot het uitspreken van de adoptie volgens het recht in het land van herkomst
- Vervoer en begeleiding van het kind naar de woonplaats in Nederland inclusief visum en paspoort

De noodzakelijk te maken reis- en verblijfkosten door de adoptieouder(s)

(bron: www.adoptie.nl)

Bijlage 2: uitingsvormen van GBS

Hieronder staan enkele uitingsvormen van GBS beschreven, die nog niet eerder zijn vernoemd. Elk kind is anders en bepaalde uitingsvormen zijn leeftijd gebonden.

Zeer onregelmatig slapen / eten, agressieve gelaatsuitdrukking, ook bij baby's.

Zoeken op onnatuurlijke manier lichamelijk contact.

Ze hebben een extreem onnatuurlijk claimend gedrag.

Sommigen willen daarentegen helemaal niet worden aangeraakt, en worden bij knuffel pogingen angstig en / of agressief.

Bij kinderen die überhaupt niet aangeraakt willen worden is het nog moeilijker om tot lijfelijk tot verzoening te komen.

Sommigen zijn druk, vrolijk, hangen de clown uit.

Anderen zijn stil en afwachtend, teruggetrokken op het apathische af.

Nog anderen zijn schreeuwerig, ruw, zoeken voortdurend ruzie.

Ongecoördineerde bewegingen, waarbij van alles omvalt en breekt.

Bij een conflict kun je het kind niet bereiken, niets schijnt indruk te maken, zachtheid, nog harder straffen hebben ook maar het geringste effect.

Op een onverwachte momenten stort het kaartenhuis van schijnaanpassing plotseling in één en doen zich aanvallen voor van verschrikkelijke agressie en panische angst.

Door negatieve faalangst begint het vaak al bij voorbaat niet aan allerlei werkzaamheden, en wendt dan een soort onverschilligheid of schijn domheid voor.

Het vereist bijna boven menselijk geduld en veel aanmoediging om het kind zover te krijgen dat het 'over de drempel stapt'.

Door de zwakke ik-functie maar nog veel meer door wat het meemaakt gaat het zich welhaast boven menselijk aanpassen.

Het kind is zo slim geworden in het aanvoelen van wat mensen van hen verwachten dat het daar geniaal op inspeelt.

Van daar ook dat het bij oppervlakkige relaties buitenshuis als mestgevierde gast de show pleegt te stelen.

Ze lijken op een plek even 'vertrouwd' als 'vreemd' te zijn, kennen na jaren nog geen gevoel van heimwee.

Ze zijn geniaal in het ontdekken van kwetsbare plekken in hun ouders hun broertjes en zusjes leerkrachten en hulpverleners, maar nog het meest in hun onderlinge relaties.

(bron: www.deknoop.org)

Bijlage 3: De R.I.J.

De R.I.J. (Regionale Instelling Jeugdhulpverlening Haaglanden) stelt zich ten doel het organiseren en uitvoeren van activiteiten gericht op het bij jongeren voorkomen, verminderen of opheffen van problemen of stoornissen van geestelijke, sociale of pedagogische aard en voorts al hetgeen met één en ander rechtstreeks of zijdelings verband houdt of daartoe bevorderlijk kan zijn.

In de praktijk betekent dit, dat het gaat om jongeren die in de knoop zitten met zichzelf, met school of met de huiselijke omstandigheden. Dat kan zover gaan, dat alleen nog professionele hulp een uitkomst kan bieden. Ouders of jongeren die er door wat voor oorzaken niet meer uitkomen, kunnen een beroep doen op de R.I.J. Deze organisatie helpt bij zowel het voorkomen en oplossen van de voorkomende problemen als het realiseren van een toekomstperspectief. Op een manier die aansluit bij de jongere en het gezin. Elk probleem kent een aparte aanpak. Binnen de R.I.J. zijn er vier afdelingen:

Preventie schoolgaande jeugd

De afdeling preventie richt zich op probleemleerlingen en geeft aandacht en hulp op scholen voor het voortgezet onderwijs in de regio Haaglanden. Hiervoor is een consultatieteam onderwijs-jeugdhulpverlening in het leven geroepen. Een belangrijke taak is het adviseren van de leerkrachten om te voorkomen, dat problemen van leerlingen worden genegeerd. Enerzijds gaat het dus om het zichtbaar maken van de problematiek. Anderzijds wordt dit team ingezet om gedurende korte tijd leerlingen en (eventueel) hun ouders te begeleiden. Primair doel is om te voorkomen, dat bepaalde problemen verergeren.

Daghulp niet-schoolgaande jeugd

Er zijn uiteenlopende redenen waarom jongeren niet meer naar school gaan, geen werk kunnen krijgen of niet in staat zijn om langere tijd een baan te houden. Voorkomende oorzaken zijn angstige of sombere stemmingen, moeilijk of agressief gedrag. Met als gevolg dat zij van school gestuurd of ontslagen worden. De weg naar verder afglijden is niet ver meer. Voor deze problematiek biedt de R.I.J. een dagprogramma, onder leiding van de afdeling niet-schoolgaande jeugd. Samen met de jongeren, en waar mogelijk in overleg met de ouders, wordt uitgezocht wat zij nu eigenlijk wel en niet kunnen of willen. Het streven is uiteraard om de jongeren weer naar school te krijgen of weer aan een baan te helpen. En deze dan ook te houden.

Dag- en nachtopvang

De problemen thuis kunnen over langere tijd zo hoog oplopen, dat thuis wonen niet meer verantwoord is. In elk geval niet voor een bepaalde periode. In dat geval biedt de residentiële afdeling tijdelijk onderdak aan in een woonvoorziening van de R.I.J. Maar het gaat niet alleen om een dak boven het hoofd, het draait om verbetering van de situatie. De hulpverlening bestaat dan ook uit opvoeding, behandeling en begeleiding. Bij voorkeur in samenwerking met ouder(s) en/of de familie. Mocht blijken dat terugkeer naar huis niet meer tot de mogelijkheden behoort, dan volgt een fase waarin de betrokkenen moeten leren omgaan met de nieuwe werkelijkheid: de ouders en de jongere moeten voorbereid worden op het gegeven, dat deze laatste zelfstandig op kamers gaat leven.

Individuele hulpverlening

Hierbij gaat het vooral om jongeren van 17 jaar en ouder met op het eerste gezicht weinig uitzicht op een normaal maatschappelijk leven. Zoals bijvoorbeeld dak- en thuislozen die als gevolg daarvan geen contact meer hebben met het ouderlijk huis, geen geld hebben, niet meer naar school gaan en makkelijk verzeild (kunnen) raken in rand-criminele circuits. Of jonge meisjes die zwanger raken, geen contacten hebben met de familie en niet kunnen terugvallen op een vrienden- of kennissenkring. Zij moeten leren omgaan met het jonge, aanstaande moederschap en zinvolle sociale contacten op te bouwen. Dat kan alleen met intensieve professionele hulp, met als doel het krijgen van een zelfstandige plaats in de samenleving. Veelal gaat het om een individuele benadering, waarin zij worden uitgedaagd zelf een actieve rol te spelen.

In 2003 zal de R.I.J. gaan fuseren met drie andere instellingen: SJD, de Ark en CJH.

(bron: jaarverslagen 1999, 2000 en 2001)

Bijlage 4: het 'observatiehuis'

Benadering: 1. = ...
 (15/5) 2. = ...

Kernprobleem: - - - -		
	Sterk	Zwak
Gezin		
School		
Sociaal		
Cognitief		
Emotioneel		
Hier + Nu		
1. -	3. -	-
-		-
-		-
-		-
-		-
2. -		
-		
-		
Historisch perspectief:		