

Adoptieproblematiek: De hulpverlening op zoek naar “de roots”

**Hoe kan de hulpverlening adequaat
inspelen op gezinnen die te maken
hebben met adoptieproblematiek?**

**Geschreven door: Samanthika van den Haak
Opleiding: Orthopedagogiek
Scriptiebegeleider: Josine Dekker
Datum: 6 juni 2005**

Inleiding	2	
<hr/>		
Hoofdstuk 1		
De start van adoptie	3	
1.1 Wat is adoptie?	3	
1.2 De beweegredenen voor adoptie	4	
1.3 De voorwaarden voor adoptie	5	4
1.4 De adoptieprocedure	5	
1.5 De criteria voor kinderen en de knelpunten die daarbij een rol kunnen spelen	7	
1.6 Hechting	8	
Hoofdstuk 2		
De mogelijke gevolgen van adoptie	10	
2.1 Gevolgen voor het kind	10	
2.2 Gevolgen voor de adoptieouders	12	
2.3 Gemengde gezinnen	15	
Hoofdstuk 3		
Hulpverlenersland in kaart gebracht	16	
3.1 Hulpverlenende instanties	16	
3.2 De weg naar de instantie toe	17	
3.3 Hulpverleningsvormen voor deze problematiek	18	
3.4 En hoe verder?	19	
3.5 Visie van de hulpverleners over de hulpverlening	20	
Hoofdstuk 4		
Ervaringen met de hulpverlening	22	
4.1 Samenvatting van de interviews met adoptieouders	22	
4.2 Samenvatting van de interviews met adoptiekinderen	24	
4.3 Voorlichting en begeleiding	25	
4.4 Hoe zou de hulpverlening eruit moeten zien?	25	25
4.5 Advies voor de hulpverlening	27	27
Hoofdstuk 5		
Samenvatting en aanbevelingen	31	
Samenvatting	31	
Aanbevelingen	33	
Literatuur	35	
Internet sites	36	
<hr/>		
Bijlagen		
Bijlage 1	Overzicht van hulpverlenende instanties	
Bijlage 2	Beantwoorde vragenlijsten	
Bijlage 3	Hulpverleningsvormen	
Inleiding		

Wereldwijd worden er zo'n dertigduizend kinderen, verdeeld over honderd landen, opgenomen in nieuwe gezinnen. Van de adoptiekinderen komt 50 tot 75 procent aan met psychische problemen (Hoksbergen 2000). Deze kinderen hebben niet alleen last van deze problemen bij de aankomst in Nederland, maar ze hebben later ook nog met deze problemen te kampen. Een deel van deze kinderen komt met hun adoptieouders bij de hulpverlening terecht. Zelf ben ik ook een adoptiekind die adoptieproblemen heeft gehad en ik ben daarvoor vroeger in aanraking gekomen met de hulpverlening op dit gebied. Als ik daar achteraf op terug kijk, besef ik dat de hulpverlening niet aansloot op de problemen waar ik tegenaan liep. Daarom heb ik besloten mijn scriptie te schrijven en een advies uit te brengen over hoe de hulpverlening adequaat kan inspelen op de adoptieproblematiek.

Deze scriptie gaat voornamelijk over interlandelijke adopties van kinderen tussen de nul en vijf jaar. Femmie Juffer is hoogleraar adoptie aan de universiteit in Leiden en zij heeft geschreven dat kinderen die ouder zijn dan twee jaar al een stempel op zich gedrukt hebben. Ze zijn al te oud en daarom is het moeilijk om hen te bemiddelen. Uit het onderzoek dat beschreven staat in *Adoptie* door Margot Pol blijkt dat kinderen die tussen de een en twee jaar bij het adoptiegezin aankomen later meer kans hebben op gedragsproblemen dan kinderen die vóór hun eerste verjaardag zijn opgenomen (Juffer 1997: 25).

Ik zal beschrijven wat adoptie is en ik zal het lange proces dat afgaat voordat het kind komt, kort uitleggen. Vervolgens vertel ik over wat ik in de literatuur gevonden heb over gedragsproblematiek die voorkomt bij adoptiekinderen. Veel van die problematiek heeft te maken met onveilig hechtingsgedrag. Wat dat is zal ik ook uitleggen en daarvoor beschrijf ik hoe de hechting "hoort" te verlopen.

Niet alleen de kinderen hebben last van de problemen. De adoptieouders ook. De brusjes, (broertjes/zusjes) spelen ook wel een rol, maar die blijven in deze scriptie op de achtergrond, omdat de ouders en het adoptiekind centraal staan in deze problematiek. Ik zal beschrijven waar de problematiek voor de ouders en het kind uit bestaat. Dit alles doe ik, omdat ik aan het eind een advies uitbreng. Dit kan natuurlijk alleen als duidelijk is om wat voor problematiek het gaat.

Verder zal ik uitgebreid de ervaringen van adoptieouders en kinderen met de hulpverlening aan bod laten komen. Met de interviews/vragenlijsten wil ik een vergelijking maken tussen wat er in de literatuur wordt beschreven en hoe de praktijk verloopt. Er komt nu steeds vaker naar voren wat voor problemen zich op langere termijn kunnen afspelen. Hoe gaat de hulpverlening daar mee om? Onder andere daarom ben ik benieuwd naar de meningen van ouders over de hulpverlening en wil ik kijken welke essentiële elementen missen in de hulpverlening, zodat ik dit kan verwerken in mijn advies. Ook de beleving van het adoptiekind zelf is belangrijk.

En natuurlijk vergeet ik de hulpverleners zelf niet. Zij zijn degenen met ervaring en ze vertellen in de interviews hoe zij deze problematiek zelf ervaren. Aan de hand van alle ervaringen en de gelezen literatuur breng ik mijn advies uit over hoe de hulpverlening adequaat kan inspelen op gezinnen met adoptieproblematiek.

1. De start van adoptie

In dit hoofdstuk zal ik toelichten wat er onder adoptie wordt verstaan. Ook beschrijf ik wat voor mensen de beweegredenen zijn om tot adoptie over te gaan en aan welke voorwaarden aspirant-ouders en adoptiekinderen moeten voldoen om aan de adoptieprocedure te mogen deelnemen. Deze procedure is complex en duurt lang. Daarom zal ik ook de adoptieprocedure uit leggen. Als laatste in dit hoofdstuk leg ik de hechtingstheorie uit, omdat de meeste problemen die ik later beschrijf gebaseerd zijn op deze theorie.

1.1 Wat is adoptie?

“Het woord adoptie komt van het Latijnse woord 'adoptare', dat 'uitkiezen, als kind aannemen' betekent. Bij adoptie wordt een kind door mensen, die niet zijn natuurlijke ouders zijn, in hun gezin opgenomen. Zij worden wettelijk de ouders. Voor het kind betekent dit dat het dezelfde rechten krijgt als een biologisch kind van zijn ouders.” (Van Nulandt 1981:16)

Het aannemen van een kind is dus adoptie. Wanneer men besluit een kind te adopteren, dan neemt men de dagelijkse verzorging en opvoeding op zich. Men gaat dan zorgen voor een kind dat geboren is bij andere ouders. Kenmerkend van adoptie is dat de familieband met de biologische ouders verbroken wordt. Het adoptiekind komt bij nieuwe ouders terecht. De rechter spreekt de adoptie uit en vanaf dat moment hebben de adoptiefouders een wettelijk geldende familieband met het adoptiekind.

Adoptie heeft verschillende vormen: interlandelijke en binnenlandse adoptie. Bij interlandelijke adoptie komen de kinderen uit het buitenland. Tot de jaren zeventig werden er ook kinderen uit Nederland zelf geadopteerd. Dit aantal nam daarna af, omdat er minder ongewenste zwangerschappen kwamen. De seksuele voorlichting werd beter en het werd op maatschappelijk vlak aanvaardbaarder om een ongehuwde moeder te zijn. Ook op financieel vlak werd het draagbaarder. Er kwam steeds betere financiële ondersteuning voor alleenstaande moeders. Terwijl de binnenlandse adoptie af nam, nam de interlandelijke adoptie toe. Het gaat voornamelijk om kinderen die te vondeling werden gelegd of werden afgestaan omdat de biologische ouders niet genoeg financiële middelen hadden om voor het kind te zorgen en op te voeden. Een ander soort kinderen die geadopteerd werden waren slachtoffers van milieurampen en oorlogen.

De familieband tussen de biologische ouders en het kind is verbroken (zie pagina 2). Dit gebeurt bij gesloten adoptie. Er is ook een vorm waarbij dit niet gebeurt en dat is bij open adoptie. Deze vorm is in Nederland wettelijk gezien niet mogelijk. Bij open adoptie nemen de adoptieouders wel de verantwoordelijkheid voor de opvoeding van het kind, maar het kind blijft juridisch gezien van de biologische ouders.

De laatste vorm van adoptie is financiële adoptie. Hierbij blijft het kind bij de biologische ouders en blijven deze ook verantwoordelijk voor de opvoeding van het kind. De rol van de adoptieouders is op financieel gebied. Ze geven per periode een bepaald bedrag aan de biologische ouders van het kind, waarmee het kind op zijn eigen plek kan opgroeien. (www.adoptie.nl)

In deze scriptie komt alleen de gesloten vorm van interlandelijke adoptie aan bod, gespecificeerd op kinderen die tussen de nul en de vier jaar worden geadopteerd.

1.2 De beweegredenen voor adoptie

Er zijn verschillende redenen om te besluiten tot adoptie van een kind over te gaan. De meeste aanvragers zijn ongewenst kinderloos.

“Meestal gaat men over adoptie denken, als blijkt dat er geen 'eigen' kinderen zullen komen. De meeste adoptieouders zijn ongewenst kinderloos (ongeveer 90%).” (De Goede 1999). Er zijn ook ouders die al een kind hebben en er nog een willen, maar niet kunnen krijgen. Dit wordt secundaire

kinderloosheid genoemd. Het percentage dat hoort bij deze mensen die al kinderen hebben, maar hun gezin met een adoptiekind willen uitbreiden is ongeveer 9%.

“Dan is er ook nog een kleine groep echtparen die er (voorlopig) bewust vanaf ziet om zelf eigen kinderen te krijgen (ongeveer 1%).” (De Goede, 1999).

Ook kunnen aanvragers ideële motieven hebben, zoals hun mogelijkheid om een kind dat zelf in een arm land en in slechte omstandigheden leeft een beter thuis te bieden, of om geen eigen kinderen te nemen omdat er genoeg kinderen zijn waar niet voor gezorgd kan worden.

1.3 De voorwaarden voor adoptie

Er zijn een aantal voorwaarden waar ouders aan moeten voldoen bij het adopteren van een kind. Ik benoem ze kort.

- Aanvragers mogen niet ouder zijn dan 41 jaar. Er zijn uitzonderingen, zoals wanneer het kind dat geadopteerd wordt al minimaal 2 jaar is. Als beide aanvragers 44 zijn, wordt de aanvraag niet eens meer in behandeling genomen.
- Het leeftijdsverschil tussen het kind en de oudste ouder mag niet meer zijn dan 40 jaar. Bij plaatsing van kinderen met een handicap of ouder dan twee jaar wil er nog wel eens een uitzondering gemaakt worden.
- Alleenstaanden, gehuwden en mensen met een samenlevingscontract mogen een aanvraag indienen. Een kind samen adopteren is alleen mogelijk voor gehuwde paren van het ongelijke geslacht. De andere vormen vallen onder individuele aanvragers.
- De aanvragers moeten zich medisch laten keuren en dit rapport gaat naar de Raad van Kinderbescherming. Alleen met dit medische rapport kan het gezinsonderzoek gestart worden. Uit dit onderzoek komt naar voren of de huidige gezins- en leefsituatie wel geschikt is voor het kind.
- De ouder moet bereid zijn om het kind alle noodzakelijke medische behandelingen en inenting te geven.
- De ouder moet garant staan voor alle kosten die de verzorging van het kind met zich meebrengt. Dus je moet financieel wel in staat kunnen zijn om voor het kind te zorgen.
- Het land van herkomst kan aanvullende voorwaarden stellen aan de aanvragers. Dit kan gaan om bijvoorbeeld de huwelijksduur, godsdienst of inkomen. Ook wordt er vaak als voorwaarde gesteld dat de aanvragers getrouwd en ongewenst kinderloos moeten zijn. Ook mogen ze vaak maar één eigen biologisch kind hebben.

1.4 De adoptieprocedure

Voordat aspirant-ouders een kind mogen adopteren gaan ze eerst door een molen van allerlei stappen. De weg naar adoptie toe is een hele lange en zware. In de literatuur komt naar voren dat het “in verwachting zijn” een heel spannende periode is, omdat er na veel inspanning en voorbereiding dan eindelijk een kind komt. Maar welke weg moet er dan bewandeld worden? Om dit te illustreren, leg ik de adoptieprocedure uit. Maar voordat ik dit ga doen, sta ik even stil bij de afspraken die er gemaakt zijn over de adoptieprocedure.

De procedure zit redelijk complex in elkaar en om ervoor te zorgen dat de procedure zo zorgvuldig mogelijk verloopt, is in 1993 het Haags adoptieverdrag gesloten. Met zorgvuldig wordt bedoeld: “dat de belangen en rechten van het kind centraal staan en dat bijvoorbeeld bemiddeling door

twijfelachtige personen of organisaties, kinderhandel en winstbejag zijn uitgesloten.” (www.adoptie.nl).

Dit verdrag is door 66 landen ondertekend, zowel ontvangende landen, waar het kind aankomt, als de verzendende, de landen van herkomst. Alle landen die het verdrag getekend hebben volgen dezelfde procedure.

“Een adoptie die uitgesproken is in een verdragsland wordt door alle landen die bij het verdrag zijn aangesloten automatisch en volledig erkend. Een dergelijke adoptie is in Nederland direct rechtsgeldig.” (www.adoptie.nl). Dit vergemakkelijkt het proces bij de aankomst van het kind.

De adoptieprocedure is onder te verdelen in drie fasen:

Fase 1: van het aanvragen tot het verkrijgen van de beginseltoestemming

Fase 2: de fase van bemiddeling

Fase 3: formaliteiten als het kind in Nederland is

Per fase zijn er een aantal stappen. De stappen die niet voor zichzelf spreken licht ik even kort toe.

Fase 1: van het aanvragen tot het verkrijgen van de beginseltoestemming

- **Indienen van een aanvraag**
Het begint allemaal met het invullen van een aanvraagformulier dat te verkrijgen is bij Stichting Adoptievoorzieningen. Dit kan alleen gedaan worden door beide aanvragers. Bij het aanmelden wordt er een BKA-nummer verstrekt. Dit staat voor Buitenlands Kind ter Adoptie. Dit BKA-nummer bepaalt de volgorde van de behandeling van alle aanvragen.
- **Toelating tot de procedure**
De Stichting Adoptievoorzieningen checkt of de aanvragers wel toegelaten mogen worden tot de procedure. Om een voorbeeld te geven: het samen adopteren van een kind is alleen mogelijk voor gehuwden. Daarnaast zijn er nog andere regels.
- **Voorlichtingsbijeenkomst**
De Stichting Adoptievoorzieningen heeft een afdeling die voorlichting en informatie over adoptie verschaft (VIA). Deze houdt zes voorlichtingsbijeenkomsten, waarin verschillende thema's behandelen worden die voor adoptiegezinnen heel belangrijk zijn, bijvoorbeeld hechting, verlies en rouw. Dit doen ze om de aanvragers een goed beeld mee te geven waardoor zij hun beslissing nog eens goed kunnen overwegen.
- **Gezinsonderzoek**
De Raad van Kinderbescherming neemt een gezinsonderzoek af. In dit onderzoek komt naar voren of de gezins- en leefsituatie wel of niet geschikt is voor het kind. Ook wordt er gekeken naar de beweegredenen van de ouders om een kind te adopteren. Uit het onderzoek komt een rapport, waaruit de geschiktheid van de aanvragers van de beginseltoestemming blijkt. Het rapport wordt in het land van herkomst gebruikt om te kijken welk gezin het meest geschikt is voor welk kind.
- **Verlening beginseltoestemming**
De Raad van Kinderbescherming adviseert het Ministerie van Justitie of het geven van beginseltoestemming wel correct is. Hier wordt een besluit over genomen.

Beginseltoestemming is toestemming voor de aanvragers om een kind te mogen adopteren uit het buitenland. De toestemming geeft geen recht op bemiddeling en adoptie.

Fase 1 duurt momenteel een tot twee jaar.

Fase 2: de fase van bemiddeling

- **Kiezen voor volledige of deelbemiddeling**
Wanneer er toestemming gekregen is, melden de aanvragers zich aan bij een bemiddelingsbureau. Deze worden ook wel vergunninghouders genoemd. Via deze bureaus gaat de bemiddeling van adoptiekinderen. De aanvragers kunnen kiezen tussen volledige bemiddeling, maar ze kunnen er ook voor kiezen om zelf contacten te leggen met het land van herkomst, dus het voor een deel zelf te doen.
- **Voorstel van een adoptiekind**
De vergunninghouder kan bepalen of er een goede match is gevonden. De aanvragers, nu aspirant-ouders genoemd, krijgen dan informatie over het kind, zoals de leeftijd, het geslacht en andere bijzondere en medische informatie.
- **Aankomst van het kind in het gezin**
De meeste ouders halen hun kind op uit het land van herkomst. De kinderen uit de landen van het Haags Adoptieverdrag zijn in Nederland meteen erkend. (zie pagina 5)

Fase 2 heeft een duur van een tot vier jaar. Dit komt omdat er een wachttijd is bij de vergunninghouders. De wachttijd heeft te maken met de voorstellen die de landen van herkomst doen. De wachttijd voor jonge kinderen (onder de 2 jaar) is langer dan die voor oudere kinderen.

Fase 3: formaliteiten als het kind in Nederland is

- **Aanmelden van het kind bij officiële instanties**
Als het kind in Nederland is moeten er nog wat formaliteiten geregeld worden, zoals het inschrijven in de gemeente (www.adoptie.nl).

1.5 De criteria voor kinderen en de knelpunten die daarbij een rol kunnen spelen

Het belangrijkste is dat de kinderen in het land van herkomst geen toekomst kunnen hebben omdat er niet voor hen gezorgd kan worden. Niet door familie of door een ander gezin. De oorzaken hiervoor kunnen politieke en economische factoren zijn. Ook ongewenste zwangerschappen is een veel voorkomende oorzaak. Als er dus wél mogelijkheden voor het kind zijn om daar op een menselijke manier op te kunnen groeien, komen ze niet in aanmerking voor adoptie. Ook gehandicapte kinderen komen in aanmerking voor adoptie, zowel geestelijk als lichamelijk gehandicapte kinderen.

De knelpunten die een rol kunnen spelen zijn de “beschadigingen” die kinderen hebben opgelopen in het land van herkomst. Deze zijn niet altijd zichtbaar aan de buitenkant en komen vaak naar buiten in Nederland bij het nieuwe gezin. Dit zijn de mogelijke risicofactoren met betrekking tot het adoptiekind:

- 1 Verwaarlozing en (seksuele) mishandeling in het land van herkomst

- 2 Slechte gezondheidstoestand ontstaan in het land van herkomst
- 3 Moeilijk temperament: snel van streek, moeite met veranderingen
- 4 Veelvuldige scheidingen of verplaatsingen in het land van herkomst
- 5 Geen mogelijkheid gehad om zich te hechten
- 6 Overvriendelijk gedrag, een allemansvriendje
- 7 Ontwikkelingsachterstand
- 8 Leeftijdverwisseling
(Juffer 2002)

In dit overzicht staan verschillende factoren genoemd. Wel wil ik er graag bij vermelden dat ik ze zou onderverdelen in de volgende categorieën:

- Medische factoren (1, 2 en 3)
- Hechtingsfactoren (4, 5 en 6)
- Ontwikkelingsfactoren (7 en 8)

1.6 Hechting

Deze paragraaf gaat over de hechtingsperiode van kinderen. Veel adoptiekinderen lijden aan een hechtingsstoornis. Hechting is een emotionele en fysieke relatie tussen een kind en zijn opvoeder(s). Er zijn verschillende theorieën die deze hechting analyseren, zoals de objectrelatietheorie van Mahler en de psychoanalytische theorie van Freud. Ook zijn er theorieën die ontleend zijn aan de al eerder genoemde theorieën maar dan met een zijweg, zoals de omgevingspsychologie, de territoriumtheorie, enz. De twee theorieën die voor mij het meest aannemelijk zijn, zijn die van Freud en die van Bowlby. Uiteindelijk heb ik besloten om de hechtingstheorie van Bowlby eruit te halen om extra te belichten. Hier heb ik voor gekozen omdat deze theorie het meest verklarend is voor de hechtingsproblematiek. Adoptiekinderen zijn namelijk vaak niet op de juiste manier gehecht. Dit is de oorzaak van hechtingsstoornissen.

Een andere benaming van hechtingsstoornis is het “Geen bodem syndroom”. Deze benaming is niet officieel en komt ook alleen in Nederland en België voor. Ik heb er daarom voor gekozen om hier niet verder op in te gaan en het te blijven benoemen als hechtingsstoornis. De officiële benaming is “reactieve hechtingsstoornis” (RHS).

Ik zat in dubio over welke theorie ik het meest passend vond en daarom zal ik voor de duidelijkheid de verschillen in de theorieën benoemen.

Een verschil tussen de psychoanalytische theorie en de hechtingstheorie is dat de hechtingstheorie vanaf de “kindertijd” begint en vervolgens kijkt hoe dat uitgewerkt heeft in de volwassenheid. De psychoanalytische theorie doet dit juist andersom en redeneert terug van de volwassenheid naar de “kindertijd”. Ook is de beleving van het hier en nu bij de psychoanalytische theorie heel erg belangrijk, terwijl bij de theorie van Bowlby juist wat er in de kindertijd gebeurd is centraal staat. Een ander verschil is dat Bowlby zich, in tegenstelling tot de psychoanalytische theorie, richt op de dingen die werkelijk geobserveerd werden en niet op verhalen van volwassenen die tijdens een therapie naar voren kwamen.

Tussen de objectrelatietheorie en de hechtingstheorie zit ook een groot verschil. Bij de objectrelatietheorie wordt er uitgegaan van een biologisch drift model.
(Rigter 1997: 67-68, 292-294)

Ik geef nu een uitleg over hoe een veilige hechtingsperiode verloopt, omdat in de adoptieproblematiek vaak te zien is dat adoptiekinderen te maken hebben gehad met een onveilige hechting. Maar om de onveilige hechting te analyseren moet er eerst worden gekeken hoe een veilige hechting eruit ziet. Als een kind veilig gehecht is heeft hij de hechtingperiode op de goede manier doorlopen.

Het juiste verloop van de hechtingsperiode bestaat uit vier fases:

De eerste fase is de periode waarin de baby 0 tot 3 maanden oud is.

De baby zendt zelf signaaltjes uit zoals lachen, huilen en uitdrukkingen in zijn gezicht. De signalen die hij uitzendt zijn nog niet gericht naar een specifieke persoon.

Het gedrag dat de baby vertoont is volgens Bowlby aangeboren. Zijn repertoire aan signaaltjes heeft hij meekregen toen hij werd geboren. Dit gedrag wordt al hechtingsgedrag genoemd en neemt toe naarmate de baby zich onveiliger voelt. Wanneer die persoon op de baby reageert, is dit een signaal voor de baby dat hij zich veilig kan voelen.

De fase die volgt is de periode van 3 tot 6 maanden.

Het lukt de baby om specifiek te reageren op bepaalde personen, maar het is voor hem nog niet duidelijk wie wie is. Iedereen die de baby wat vaker ziet, zou de rol van opvoeder kunnen zijn in de ogen van de baby.

Het zijn niet alleen de kinderen die hechtingsgedrag vertonen. De volwassenen hebben namelijk ook een aangeboren zorginstinct. Een moeder weet bijvoorbeeld wat ze moet doen als een baby begint te huilen. Niet omdat dit aangeleerd is, maar omdat het instinctief gedrag is.

De derde fase is de periode van 6 tot 8 maanden.

De baby herkent nu bepaalde personen en geeft zijn voorkeur. Hij probeert de aandacht van die persoon te trekken en vast te houden. Als die persoon de ruimte verlaat, kan de baby denken dat die persoon hem verlaat en is hij bang om diegene kwijt te raken. Het daadwerkelijke verlies van deze persoon kan heftige scheidingsangst veroorzaken.

De laatste fase is vanaf 8 maanden tot de periode dat het kind 3 jaar is.

De laatste fase is de langste periode. De gehele hechting is pas compleet als het kind 3 jaar oud is. Het kind kan dan geleerd om zich in te leven in de persoon waar hij aan gehecht is en kan rekening houden met deze persoon. Om een voorbeeld te geven: als het kind weet dat die persoon verdrietig wordt van iets wat het kind doet, zal het kind overwegen om het niet te doen.

Veilig gehechte kinderen zoeken troost en hulp bij hun ouders, maar hebben genoeg exploratiedrang om hun omgeving te onderzoeken. Zij zijn zich ervan bewust dat ze altijd steun van hun ouders krijgen en de ruimte hebben om hun eigen gang te gaan. Deze kinderen hebben geen last van verlatingsangst. (www.communities.zeelandnet.nl) (Rigter 1997: 67-68, 292-294).

2. De mogelijke gevolgen van adoptie

Zoals de adoptieproblematiek laat zien, brengt adoptie veel gevolgen met zich mee op sociaal, psychisch en emotioneel gebied. Dit zijn niet alleen gevolgen voor het adoptiekind, maar ook voor de adoptieouders en de rest van het gezin. In dit hoofdstuk laat ik de gevolgen zien die beschreven staan in de literatuur. Deze vul ik aan met citaten die uit mijn praktijkonderzoek komen. Achter de citaten vermeld ik tussen haakjes wie het gezegd heeft en welke leeftijd diegene heeft op het moment van het citaat.

De werkwijze van praktijkonderzoek ging als volgt. Ik heb de instantie WAN benaderd (voor uitleg van WAN zie bijlage 1:1), waarvan ik namen en telefoonnummers heb gekregen van ouderverenigingen op het gebied van adoptie. Sommigen van deze ouders en kinderen hebben meegewerkt door mijn vragenlijsten in te vullen en anderen door zich door mij te laten interviewen. Ook heb ik veel hulpverleners, ouders en kinderen benaderd wiens namen ik op internetsites ben tegengekomen. Ook door het plaatsen van mijn vragenlijsten op verschillende forums (o.a. www.adoptietrefpunt.nl, www.wereldkinderen.nl) heb ik een aantal reacties gehad. Sommige citaten komen uit interviews, uit de literatuur en uit de vragenlijsten die ik per mail ontvangen heb. De vragenlijsten zijn terug te vinden in bijlage 2.

2.1 Gevolgen voor het kind

De gevolgen voor het kind op sociaal gebied hebben voornamelijk te maken met de manier waarop het kind zich heeft gehecht. Zoals in het vorige hoofdstuk beschreven is, hebben veilig gehechte kinderen een goede balans tussen exploratiedrang en gehechtheidgedrag (troost, hulp en steun zoeken bij hun ouders). Kinderen die onveilig gehecht zijn kunnen zich enorm vastklampen aan hun ouders of juist heel veel afstand van ze doen, door bijvoorbeeld een muur om zich heen te bouwen. Ze durven niemand dicht bij te laten komen in de angst dat ze opnieuw gekwetst of verlaten worden. Dit leidt ertoe dat het heel lastig is om een vertrouwensband met iemand op te bouwen. In de vroege kinderjaren komen deze problemen al naar voren.

Ook kan het kind hierdoor problemen hebben met het zich aanpassen aan de omgeving, aan de adoptieouders en, als die aanwezig zijn, de brusjes. Dit uit zich dan in een permanente machtsstrijd. Doordat ze niet goed weten hoe ze zich het beste kunnen gedragen, kan dit leiden tot psychische problemen, wat geuit wordt in probleemgedrag. Ze kunnen internaliserend gedrag vertonen, maar juist ook externaliserend. Onder internaliserend gedrag wordt verstaan: symptomen van angst, depressie, zelfmoordgeneigdheid, automutilatie en psychosomatische klachten. Externaliserend gedrag is bijvoorbeeld agressie, regeloverschrijdend gedrag en delinquentie, drug- en alcoholmisbruik en ander gevaarlijk gedrag. Dit gedrag kunnen ze al laten zien in de basisschoolperiode, in lichte vorm. Later in de puberteit kan het gedrag verergeren. De jongere ziet er meestal goed verzorgd uit en weet hoe hij de omgeving kan manipuleren. De jongere heeft heel erg behoefte om de macht te hebben en om te laten zien dat hij controle heeft. Dit uit zich bijvoorbeeld in spijbelen, het plegen van diefstallen, soms tot dreigen met zelfdoding. Liegen en manipuleren is een kenmerk van jongeren met een hechtingsstoornis. Externaliserend gedrag vertonen de meeste adoptiekinderen om te testen of hun adoptieouders wel echt van ze houden. Er is tenslotte wel een band, maar geen echte bloedband. Door het grensoverschrijdende gedrag proberen ze erachter te komen of de liefde echt wel onvoorwaardelijk is, of dat ze, net zoals voor hun gevoel iedereen doet, toch weer in de steek worden gelaten (Juffer 2002: 145).

Een stukje van de theorie over hechtingsstoornis die hierboven beschreven staat wordt bevestigd door een adoptiekind. Dit vertelde hij tijdens het interview:

“Wat bij mij erg naar voren kwam, wast het feit dat ik me slecht kon hechten aan personen. Het contact maken was geen probleem, maar het contact behouden wel. Ook had ik een fase waar ik een muur creëerde tussen mij en mijn ouders. Communicatie was op dat moment onmogelijk en ik kreeg daardoor de nodige problemen thuis.” (adoptiekind, 27 jaar)

In de literatuur staat ook vaak aangegeven dat kinderen willen bewijzen dat er niet onvoorwaardelijk van hen gehouden wordt (o.a. Juffer 2002: 154). Hier volgt een citaat waarin dit ook een rol speelde:

“Daarom ben ik ook vaak weggelopen, een uurtje gewoon het bos ingegaan. Dan dacht ik: misschien komen ze er dan achter dat ze van me houden. Ik heb er ook altijd naar verlangd dat ze iets over mij zouden zeggen, waaruit je kon opmaken dat ze trots op me waren. Vooral voor mijn vader heb ik altijd een dochter willen zijn waarmee hij eer kon inleggen. Maar hij heeft nooit laten blijken dat hij trots op me was.” (Van den Berg-Bakker 1995: 71)

In mijn interviews vertelden adoptiekinderen ook over hun gedrag. Hieronder staat beschreven hoe externaliserend gedrag in de praktijk naar voren kan komen.

“Ik voelde me altijd alsof ik in een soort van isolement zat. Ik voelde me altijd alleen. Toen ik acht was, werd dat voor mij echt duidelijk. Dan kreeg ik ook last van woede-uitbarstingen en dan ging ik naar mijn kamer en sloeg alles kort en klein. Toen ik ouder werd, leerde ik mezelf beheersen maar reageerde ik me op een andere manier af, door bijvoorbeeld drugs, of door dingen te stelen.” (adoptiekind, 33 jaar)

Ook kwam er uit een interview naar voren hoe symptomen van internaliserend gedrag er in de praktijk uit kunnen zien. Dit geeft ook aan dat er gradaties zijn in gedrag en dat het niet altijd extreem begint (maar het kan wel escaleren tot extreem gedrag). Ook is het per geslacht verschillend tegen welke problemen er aan wordt gelopen. Voor een meisje kan dit dus anders zijn dan voor een jongen. Hieronder een stukje uit mijn interview.

“Ik zag er anders uit dan de meiden in mijn klas. Ik was lichamelijk al veel verder. Ik was als eerste ongesteld, ik had als eerste borsten en dat vond ik heel vervelend. Ik wilde plat. Ik heb heel er met mezelf in de knoop gezeten. Ik zat vaak alleen om mijn kamertje te huilen. Ik werd heel erg gesloten en ik kon er niet over praten. Ik was voor anderen niet meer bereikbaar. Ik had een heel laag zelfvertrouwen. Ik keek altijd naar anderen. Ik vergeleek mezelf dan en daardoor voelde ik me nog meer alleen.” (adoptiekind, 24 jaar)

Problemen van andere aard kunnen zich ook voordoen in de puberteit. Dan kunnen ze namelijk ook te maken krijgen met loyaliteitsvragen naar hun adoptieouders toe. Dit kan het sociale contact met de adoptieouders belemmeren, of juist bevorderen. Ze kunnen het gevoel krijgen dat het niet eerlijk is dat ze willen weten waar ze vandaan komen en dat ze zich hier schuldig over voelen.

“Soms gaat deze loyaliteit zo ver dat adoptiekinderen pas naar hun biologische ouders gaan zoeken als hun adoptieouders niet meer leven.” (Juffer 1997: 150).

Het kan ook het tegenovergestelde zijn, het kind kan zich juist verraden voelen omdat de adoptieouders hem hebben weggehaald uit zijn eigen omgeving.

Het stukje hieronder beschrijft het laatst genoemde. Een adoptiekind beschrijft de gevoelens van zichzelf en haar moeder:

“Toch zijn er wel diepe angsten blijven zitten. Vooral nadat ik hier in een tehuis m'n dossier heb gelezen. Daarin stond dat ik de oorzaak zou zijn geweest van de huwelijksproblemen van mijn ouders, dat ze bijna om mij waren gescheiden. M'n moeder koesterde daarom zelfs haatgevoelens tegen mij. Nou, dat was een behoorlijke schok. Want ik had beter haatgevoelens tegen m'n moeder kunnen koesteren. Ik had toch zeker niet voor deze situatie gekozen, dat hebben mijn ouders gedaan. Zij hebben mij zelf in huis gehaald. Ik was nota bene nog een baby! Natuurlijk heb ik er later wel over gepraat. Met mijn tante en mijn oom. En met mijn moeder. Maar die zegt dat ik die periode maar moet vergeten. Ze is er zelf nu ook over gaan denken dan toen. Maar ik weet het nog niet zo net. Zelf ben ik hier nog lang niet mee klaar.” (Van den Berg-Bakker 1995: 90-91)

Als het kind vervolgens in de fase van jonge volwassenheid terechtkomt, kan het problemen krijgen bij het aangaan van een vaste relatie. Het kunnen hechten aan iemand is een zodanig gecompliceerd proces geworden dat de jong volwassene zich óf juist heel erg vastklampt aan zijn partner, óf juist een continue afstand bewaart om zichzelf niet nog eens te laten kwetsen doordat hij misschien weer verlaten wordt (verlatingsangst). Je ziet dan een herhaling van wat er heeft plaatsgevonden in de vroege kinderjaren.

Een adoptiekind vertelt er het volgende over:

“Op een of andere manier gaat het met relaties altijd mis. Of ik ben te aanhankelijk en verwacht heel veel liefde van de ander, of ik ben veel te afstandelijk. Als ik zo afstandelijk ben, dan doe ik dat om mezelf te beschermen. Dan wil ik niet gekwetst worden en dan heb ik die muur weer om me heen. Als ik te veel liefde wil, dan benauwt het de ander. Ik merk ook dat ik veel bevestiging nodig heb. Als ik die niet krijg word ik onzeker en ga ik steeds meer om aandacht vragen, waardoor ik de ander uiteindelijk bij me weg jaag. En ondanks ik dit allemaal van mezelf weet, kan ik er toch niets mee doen.” (adoptiekind, 23 jaar)

2.2 Gevolgen voor de adoptieouders

Voor de adoptieouders is een kind met deze problematiek natuurlijk heel lastig. Ze hebben al een lang en ingewikkeld adoptieproces achter de rug (zie pagina 5-7). Tijdens dat proces zijn ze voorbereid op de geschiedenis die een adoptiekind kan meenemen. Veel adoptieouders hebben het kind opgehaald in het land van herkomst. Het meenemen van het kind uit de natuurlijke omgeving is voor veel adoptieouders zwaar, ondanks dat ze zich ervan bewust zijn dat ze het kind meenemen naar een land waar het kind onder veel betere omstandigheden kan opgroeien.

Eindelijk komt het kind aan in hun gezin. Vervolgens blijkt dat voor het kind lastig is zich aan te passen. Niet alleen voor het kind maar ook voor de ouders. Zij doen heel erg hun best om het voor het kind zo gemakkelijk mogelijk te maken. In het begin is het heel erg onwennig. Het kind spreekt de taal niet en weet zich niet echt een houding te geven. Als het kind wat ouder wordt laat het een soort van afstandelijkheid zien. Ouders hebben het idee dat het kind helemaal niet op hun liefde zit te wachten en dat ze geen goede ouders zijn. De adoptie moeder wordt meestal als eerste door het

adoptiekind afgewezen. Dit komt omdat zij de primaire opvoeder is. Dit kan ook leiden tot een breuk in het contact tussen vader en moeder. Ook is het lastig voor de ouders als het kind ze tussen elkaar probeert uit te spelen. Dit kan ervoor zorgen dat de ouders elkaar niet meer begrijpen, niet meer op dezelfde lijn zitten en zelfs praten over een echtscheiding.

Ook kunnen de sociale contacten van het gezin verstoord worden. Familie die de situatie niet begrijpt, de opvoeding van de ouders afkeurt. Het contact met school verwatert omdat de school ook te kampen heeft met de gedragsproblemen van het kind.

Een moeder beschrijft over haar gevoel het volgende:

“Verdriet om de illusie van het kind dat je je had gewenst en dat je kwijt bent geraakt en het verdriet om te moeten ervaren dat je er een ander kind aan hebt overgehouden dat buiten je illusie staat. Bij verdriet laat de omgeving je vaak in de steek, ze zien de roep om hulp wel maar weten niet hoe te helpen. Opbeuren helpt niet, stil aanwezig zijn is bij het meeste verdriet vaak het prettigst. Het is ook niet te bevatten dat dit geen tijdelijk verdriet is maar levenslang. Een kind met hechtingsstoornis wordt niet beter, het kan er alleen mee leren leven. Door je verlies krijg je al dan niet tijdelijk, een andere maatschappelijke functie. Je valt buiten de groep waar je in hoorde (bijvoorbeeld van de "gezellige gezinnen"). Mensen kijken anders naar je omdat je met een heel andere wereld in aanraking komt. Bij hechtingsstoornis kom je in een rouwperiode. De illusie die je had is afgestorven en dat moet je een plaats geven. Verdriet door het overlijden van een kind wordt geaccepteerd, het is buiten je schuld en je kunt het afsluiten. Verdriet door scheiding van het kind is moeilijker om te worden geaccepteerd. Je lijdt zelf verlies, je voelt je mislukt en je wordt aangekeken door anderen op het mislukken. Mislukken is kwellend.” (adoptiemoeder, 40 jaar) (www.bodemloos.com)

Dezelfde moeder vertelt ook iets over de reactie van de omgeving op de problemen in de gezinssituatie:

“Bij verdriet laat de omgeving je vaak in de steek, ze zien je roep om hulp wel maar weten niet hoe te helpen. Als mensen vragen hoe het gaat en ik geef een eerlijk antwoord is dit vaak heel confronterend. Tot mijn verbazing moet ik rekening houden met het feit dat mensen eigenlijk niet willen weten hoe het met me gaat, het is vaak een vraag uit beleefdheid. Hierdoor merk je wel wie je echte vrienden zijn, de mensen die je jarenlang onvoorwaardelijk steunen. Ook binnen je gezin moet je oppassen voor verdriet. Je partner kan in een andere fase van verwerking zijn en dit moet je kunnen accepteren en ook voor je andere kinderen is de druk erg groot. We proberen daarom alles openlijk te bespreken, ze ruimte te geven om hun gevoelens kwijt te kunnen.” (adoptiemoeder, 40 jaar) (www.bodemloos.com)

Zoals ik beschreven heb op pagina 3, ontstaat er bij de uitspraak van de rechter een wettelijk geldende familieband tussen de adoptieouders en het adoptiekind. Maar hoe zit het met de emotionele band?

In mijn interviews met adoptiekinderen komt naar voren dat ze wel een bepaalde band met hun adoptiemoeder hebben. De verschillende adoptiemoeders zijn voor hun adoptiekinderen door het vuur gegaan. Ze hebben alles gedaan wat in hun macht lag om de kinderen op te voeden en van ze te houden.

“Ik vaak geprobeerd om ze van me af te schudden, maar mijn moeder hield altijd vol. We kwamen niet van haar af en nu zeg ik: gelukkig maar. Ik besef nu dat ze voor me door het vuur gaat en dat ik van haar hou.” (adoptiekind, 24 jaar)

Een ander adoptiekind vertelde in mijn interview de volgende dingen:

“Als ik achteraf terug kijk, besef ik nu dat ik het meeste te danken heb aan mijn moeder. Zij is ook degene geweest die het voor elkaar kreeg bij me dat ik weer een opleiding ging doen en ook afmaakte. Vroeger besepte ik dat niet en kon ik niet over mijn problemen praten. Nu ook niet zo goed, maar ik weet wel dat ik van mijn moeder hou.” (adoptiekind, 33 jaar)

“Ik had altijd het gevoel alsof ik alles fout deed, en het leek wel dat als ik wel eens iets goed deed, daar geen waardering voor was. En denk dat dat voor een kind heel belangrijk is, zeker als je je zo alleen voelt, het heel veel betekent als er ook de goede dingen gezien worden.” (adoptiekind, 33 jaar)

“Ik zei ook vaak tegen mijn adoptieouders, jullie zijn mijn ouders niet. Ik ben niet zoals jullie en ik zie er niet uit zoals jullie, dus jullie hebben niets over me te zeggen.” (adoptiekind, 33 jaar)

“Als ik me niet lekker voelde, was het mijn doel om iemand zo veel mogelijk te kwetsen. Het maakte me dan niet uit op wat voor manier. Als mijn nare gevoel maar wegging. Een beetje destructief eigenlijk. Het hielp ook niet, maar dat was voor mij toen de gemakkelijkste manier. Ik kreeg daar ook een overwinningsgevoel van. In de zin van: ik kan het alleen, ik heb niemand nodig. Ik besef nu dat ik daardoor nog meer een muur om mee heen bouwde en me nog meer alleen ging voelen. Maar ja, dat is achteraf.”

In de literatuur vond ik een citaat over schuldgevoel:

“En toch... ik voelde me verschrikkelijk schuldig dat ik niet van mijn vader hield. Ik dacht echt dat ik de enige was. Want tja je hoort toch van je vader te houden. Daar kwam ook nog bij dat ik geadopteerd was en dat mijn ouders alles voor me over hadden. De mensen zeiden ook maar steeds: Tjee je mag wel blij zijn dat je geadopteerd bent, anders was je vast allang dood geweest. Dan voel je je helemaal lullig!

Maar er was tussen mijn ouders en mij helemaal niets. Ik kon gewoon niet met ze praten. Alles was toen zo verschrikkelijk rot..” (Van den Berg-Bakker 1995: 71-72)

Helaas komt het ook geregeld voor dat het de adoptiekinderen en hun adoptieouders niet lukt om na de problemen dichterbij elkaar te komen. Bij oudervereniging LOGA (zie bijlage 1:2) zijn veel gezinnen waarbij dit het geval is.

2.3 Gemeinde gezinnen

Er is soms ook sprake van een gezin met al eigen biologische kinderen. Bij deze situatie kunnen zich problemen voordoen met het accepteren van een adoptiekind door het broertje of zusje. Om een voorbeeld te geven van de problemen die zich voor kunnen doen komt hier een citaat uit een van mijn interviews:

“Onze biologische dochter accepteerde onze zoon absoluut niet. Ze was gevaarlijk om met hem alleen te zijn. Als ik hem op schoot had om te verzorgen wilde ze hem er af hebben. Als hij in de

box lag, gooide ze dingen over hem heen. Eén keer kroop hij over de grond en probeerde ze met haar fietsje over zijn kruipende vingers heen te rijden. Toen onze zoon zichzelf begon te redden ging dat over. Inmiddels hebben we heel zware jaren gehad met onze zoon en onze dochter staat weer op het punt om met hem te breken, omdat hij dingen doet waarvan zij hem gevraagd heeft die niet te doen.” (adoptiemoeder, 60 jaar)

Een andere moeder zegt kort:

“Met pijn in ons hart hebben we terughalen van ons oudste kind uit het gezinsvervangend tehuis geweigerd. Mede omdat de andere 2 kinderen er aan onderdoor gingen en de situatie met ons oudste kind gevaarlijk was.”

3. Hulpverlenerland in kaart gebracht

In dit hoofdstuk zal ik weergeven hoe de hulpverlening eruit ziet op het gebied van adoptieproblematiek, hoe de weg er naar toe is en welke hulpverleningsvormen er zijn. Ook stel ik de vraag hoe er verder gegaan kan worden, omdat er blijkt dat veel gezinnen vastlopen in de hulpverlening. De visie van hulpverleners zelf laat ik aan het eind van dit hoofdstuk aan bod komen.

Het volgende citaat is van R.A.C. Hoksbergen. Hoksbergen is Hoogleraar adoptie aan de universiteit van Utrecht. Hij is van mening dat er wel goede begeleiding voor het adoptieproces is, maar dat als het kind er eenmaal is, de begeleiding ophoudt.

“Tot aan de voordeur is begeleiding dus goed geregeld, maar zodra het kind over de drempel stapt, houdt de begeleiding op. Dit is vreemd, want het opvoeden van een (zwaar) verwaarloosd kind, met allerlei gedragsproblemen en toekomstige gedragsstoornissen, vraagt natuurlijk professionele ondersteuning. En al zou het adoptiekind niet verwaarloosd zijn, het ondergaat altijd de plotselinge alomvattende verandering in zijn levensomstandigheden na de (traumatische) scheiding van de moeder.”

(Hoksbergen 2005)

Inderdaad, het lange proces van in verwachting zijn zit erop en het kind komt daadwerkelijk aan. Het kind blijkt psychische problemen te hebben, maar de begeleiding is opgehouden. Waar kun je dan als gezin naar toe? Het plaatje van hulpverlenerland met betrekking tot deze problematiek is erg wazig. Er is geen duidelijke lijn die gevolgd kan worden. Daarom probeer ik het zo goed mogelijk op een rijtje te zetten.

3.1 Hulpverlenende instanties

Er zijn ongeveer 30.000 adoptiekinderen in circa 25.000 gezinnen, waaraan er elk jaar ongeveer 1000 worden toegevoegd. Voor ongeveer de helft van deze kinderen zal direct na plaatsing in het gezin en in de jeugdperiode enige vorm van psychosociale zorg nodig zijn. Helaas moeten ouders een jaar naar plaatsing van hun kind zelf op zoek gaan naar begeleiding (Hoksbergen 2003). Ze komen dan terecht bij verschillende instanties die te maken hebben met het adoptieproces zoals FIOM en ISS. Een complete lijst is te vinden in bijlage 1. Er zijn in Nederland echter geen instanties die zich bezig houden met specifieke hulpverlening op adoptiegebied. Dit komt omdat adoptieproblematiek in verhouding met andere problematieken procentueel gezien laag is. De gezinnen met adoptieproblematiek worden daarom meestal verwezen naar het RIAGG of de GGZ. Wel kan je bij de instanties, genoemd in de bijlage 1, informatie vragen over hulpverlening en nazorg.

Wel is er een instantie die zich bezighoudt met nazorg, de instantie WAN. “Onder adoptienazorg worden alle vormen van begeleiding verstaan die na de plaatsing van een adoptiekind worden aangeboden en tot doel hebben het adoptiegezin te ondersteunen.” (www.adoptie.nl).

3.2 De weg naar de instanties toe

Voor de instanties GGZ en het RIAGG is er een verwijsbrief nodig van de huisarts. Als er echt dringende hulp nodig is, kan de verwijsbrief ook achteraf nog geregeld worden.

De andere instanties (zie bijlage 1) zijn zelf benaderbaar. Je kunt bellen, mailen en zelf naar de instanties toe gaan. Ook op internet is voldoende informatie te vinden over de instanties.

Op papier ziet het eruit alsof de instanties gemakkelijk benaderbaar zijn, maar in de praktijk verloopt het toch anders. Om informatie bij elkaar te zoeken heb ik ook verschillende instanties benaderd, zowel telefonisch als per e-mail. Ik werd regelmatig doorverwezen en met andere telefoonnummers opgezadeld. Wanneer ik deze probeerde te bereiken lukte dat niet, omdat het nummer niet in gebruik was of omdat een instantie niet meer bestond. En ik was alleen nog maar op zoek naar informatie en niet eens naar de specifieke hulpverlening.

Femmie Juffer (1997: 136-137) schrijft hierover het volgende:

“In de praktijk blijkt het voor adoptieouders die ernstige problemen met hun kind ervaren, vaak moeilijk om adequate hulp te vinden. Bij veel hulpverleners lijkt te weinig kennis aanwezig te zijn over het specifieke van de adoptie situatie of over de gevolgen van vroege verwaarlozing.”

Uit de interviews kwam naar voren komen hoe de weg naar de hulpverlening ervaren is door ouders.

“Onze zoon vertoonde agressief gedrag toen hij 15 was. Hier waren we niet tegen opgewassen. We zijn toen naar de hulpverlening gestapt. Hij werd twee keer opgenomen voor diagnose, maar deze heeft nooit gesteld kunnen worden.” (adoptiemoeder, 60 jaar)

Een ander moeder vertelt het volgende:

“In het Juliana kindziekenhuis werd er speciaal gezocht naar iemand die wel eens met adoptie te maken had gehad. Die was toen niet makkelijk te vinden.” (adoptiemoeder 60 jaar)

Wanneer de weg naar de instantie daadwerkelijk bewandeld wordt, blijkt dit een hele lange te zijn. Met veel doorverwijzingen en bureaucratie. Dit laat het volgende verhaalfragment zien:

“**Mei 2000.** De problemen escaleerden zodanig dat we beseften dat we hulp nodig hadden. Na te hebben gepraat met burens, zochten we contact met bureau jeugdzorg. Daar was echter een wachtlijst voor het telefonisch spreekuur. Via de huisarts gingen we naar het maatschappelijk werk, daar verwezen ze ons door naar het FIOM. Hier hebben we een goed gesprek gehad met een medewerker die in de adoptie zaken is gespecialiseerd. Hem leek het raadzaam om in zee te gaan met de TGV, Therapeutische Gezins Verpleging te Vught. Thuis hebben we vervolgens 4 keer een maatschappelijk werkster van T.G.V. op bezoek gehad. Naar aanleiding van dit alles was de eindconclusie, uithuis plaatsing of eventuele na schoolse opvang in een Boddeart centrum. We waren (en zijn) tegen uithuisplaatsing, daarvoor waren we de lange weg niet gegaan. Het Boddeart centrum zagen we als goed alternatief. Het team zou ons op de wachtlijst plaatsen. In **januari 2001** escaleerde het, bij navraag bij de TGV bleken zij nog niks te hebben gedaan. Plaatsing op de wachtlijst was niet gebeurd en ze zeiden dat we dit zelf moesten regelen. Het bleek later dat bureau jeugdzorg toch moest worden ingeschakeld. Hier waren ook weer zeer verwarrende telefoon gesprekken over, iedereen schuift alles op anderen af. Ondertussen waren thuis de problemen zo hoog opgelopen dat het Boddeart centrum te lang ging duren. Om alles tot rust te laten komen hebben ze ons in een time-out plaatsing aangeboden op de Widdonck, een internaat voor moeilijk opvoedbare kinderen in Heibloem, Limburg.” (adoptiemoeder, 40 jaar) (www.bodemloos.com)

Dit is niet het einde van dit verhaal. De weg naar de hulpverlening wordt nog langer. Het hele verhaal, “ons g-b-s verhaal” is te lezen op www.bodemloos.com.

In de krant *Trouw* verscheen ook een artikel over de weg naar de hulpverlening. Hier is een stukje daaruit.

“Volgens de onderzoekers voelt geen enkele organisatie zich er verantwoordelijk voor dat deze gang langs de verschillende instanties soepel verloopt. De betrokken organisaties houden zich alleen bezig met hun eigen werk, en maken geen gebruik van elkaars kennis. Terwijl de organisaties zelf vinden dat het vier maanden (toch nog) mag duren voordat een hulpaanvraag (bijvoorbeeld door ouders die problemen hebben met de opvoeding (zoals bij geadopteerden), of bij melding van kindermishandeling) leidt tot daadwerkelijke hulpverlening, loopt de wachttijd daardoor in de praktijk op van acht tot vijftien maanden. De onderzoekers pleiten ervoor dat betrokken organisaties elkaar beter informeren. Verder stellen de onderzoekers voor om de situatie van een kind dat aangemeld wordt nog maar één keer te onderzoeken. In de praktijk voeren zowel het bureau Jeugdzorg als de Raad voor de Kinderbescherming een 'uitvoerig' onderzoek naar de situatie van het kind uit. Ook de kinderrechter wil voordat hij een uitspraak doet soms nog meer onderzoek.” (Trouw, 19 april 2005)

Hieruit blijkt dat het niet alleen de ervaringen van de ouders zijn, maar dat het helaas gewoon een feit is dat de weg naar hulpverlening een warboel is van instanties, regels en onduidelijkheden.

3.3 Hulpverleningsvormen voor deze problematiek

Eindelijk ben je dan als gezin aan de beurt en krijg je hulpverlening. Maar wat voor soorten begeleiding zijn er op het gebied van adoptieproblematiek? Het antwoord is bedroevend. Er namelijk is geen specifieke hulpverlening. De hulpverleningsvormen die gebruikt worden, worden ook bij andere problematieken toegepast. Er wordt dus gekeken naar de gezinssituatie en vervolgens wordt daar een hulpverleningsvorm bijgezocht. Deze zijn vaak ontoereikend, omdat ze niet gespecificeerd zijn op adoptieproblematiek en daardoor komen ze niet tot de kern van het probleem.

Omdat er dus geen speciale hulpverleningsvorm is, zou ik nu een heel scala aan begeleidingsvormen kunnen neerzetten. Dit doe ik niet, ik noem alleen de begeleidingsvormen waar WAN het meest naar verwijst.

De verschillende soorten hulpverlening die toegepast worden zijn onderverdeeld in preventieve en curatieve nazorg. Preventieve nazorg is bedoeld ter voorkoming van een probleemsituatie. Curatieve nazorg komt er aan te pas als er al een probleemsituatie is ontstaan.

Voorbeelden van preventieve nazorg zijn:

- video interactie begeleiding;
- ‘Nieuwe ronde, nieuwe kansen’, een cursus voor adoptieouders van (buitenlandse) adoptiekinderen in de puberteit;
- lotgenotencontact voor afstandsmoeders;
- inloopavonden voor geadopteerden.

Voorbeelden van curatieve nazorg zijn:

- de dienstverlening van de aandachtsfunctionarissen bij de Bureaus Jeugdzorg en GGZ;
- diagnostiek en begeleiding door de Therapeutische Gezinsverpleging (TGV);
- ondersteunende en begeleidende gesprekken bij een deskundige hulpverlener;

- therapie;
- uithuisplaatsing.

In bijlage 3, blz. 1-4, licht ik een Video Interactie Begeleiding toe. Ook heb ik andere vormen van hulpverlening gevonden, namelijk:

- EMDR
- therapie voor kinderen
- coaching voor jongeren
- ondersteuning voor ouders
- ouder-kind behandeling
- hulp voor baby's, peuters en kleuters
- MBT

Deze vormen heb ik geselecteerd omdat ik van mening ben dat deze het meest effectief zijn als toepassing op adoptieproblematiek. De uitleg van deze begeleidingsvormen is te lezen in bijlage 3, blz. 5-10.

3.4 En hoe verder?

Er wordt dus gekeken welk van deze begeleidingssoorten het meest effectief is bij de probleemsituatie. Omdat de begeleiding, zoals ik eerder genoemd heb, niet specifiek gericht is op adoptieproblematiek, komt het regelmatig voor dat het helemaal niet aanslaat en dat de adoptiekinderen zich nog meer bedreigd voelen. Ze hebben al vaak het gevoel dat ze niemand nodig hebben (zie pagina 14) en zetten zich door al die druk nog meer tegen iedereen af. Daarom wordt de hulpverlening vaak gestopt. Hulpverleners weten zelf ook niet meer wat er nog gedaan kan worden en zitten zelf ook met hun handen in het haar. Het hangt van de adoptieouders en het adoptiekind af hoe het verder loopt.

Een adoptievader beschrijft:

“Wanneer de hulpverlener het probleem niet juist diagnosticeert, en de ouders met belezenheid hem erop wijzen, dan kan de 'professional' het kind middels een OTS aan de (invloed van de) ouders onttrekken. Dan gaat het kind de molen van ondeskundigen in.” (adoptievader, 53 jaar)

Een moeder vertelde mij haar verhaal:

“Wij zijn pas hulp gaan zoeken toen het gedrag van onze zoon onhanteerbaar werd thuis en op school. Hij was toen 14. Voor die tijd groeiden onze beide kinderen gewoon op zoals alle andere kinderen. Zijn gedrag thuis werd onhanteerbaar agressief en op school ging het ook totaal bergafwaarts. Na de nodige calamiteiten hebben we toen acuut de crisisdienst van het RIAGG te hulp moeten roepen, terwijl het de nodige keren in agressieve zin uit de hand was gelopen. Vanaf dat moment hebben wij vele "hulpverleners" meegemaakt, die, toen het hen ook te machtig werd, onze zoon weer geheel "aan ons teruggaven" omdat zij het ook niet meer wisten. Hij was toen 17 jaar” (adoptiemoeder, 61 jaar)

Een andere adoptieouder vertelt het volgende over de weg naar de hulpverlening toe:

“Voor wat het verwijzen naar de GGZ. Hiervoor heeft een psychiater van jeugdzorg (één van de eerdere hulpverleners) gezorgd. In eerste instantie werd, na een intake, hulp afgewezen (een te moeilijk geval; zoek maar particulier een goede psychiater, 'het wordt toch nooit echt wat'.) Na een zeer duidelijke brief van mij aan de directie, in kopie verzonden naar alle hulpverleners die ermee te maken hadden en melding dat ik de publiciteit zou zoeken, bleken er ineens wel mogelijkheden

te zijn. Van 'even doorverwezen worden' was dus beslist geen sprake. Als je onbekend bent met de klachtenprocedures in de gezondheidszorg lukt het niet. Het probleem dat men had was dat van het begin af aan duidelijk was dat het om een langdurige behandeling zou gaan en daar bedankt men voor." (adoptiemoeder, 48 jaar)

Zoals de citaten uit de interviews bevestigen, worden er veel gezinnen aan hun lot over gelaten. Dit komt omdat ze via allerlei instantie worden doorverwezen. Ze krijgen met zoveel verschillende mensen te maken en uiteindelijk blijkt dat er niemand precies weet wat voor hulpverlening het best aansluit. Er mist dus gewoon een centrale instantie die wel raad weet met deze gezinnen en deze problematiek.

3.5 Visie van de hulpverleners over de hulpverlening

Wanneer ouders problemen hebben met hun kinderen op het gebied van adoptieproblematiek, is het raadzaam om de hulpverlening in te schakelen. Niet pas op het allerlaatste moment wanneer er een crisissituatie is ontstaan, maar al wanneer de eerste strubbelingen in de opvoeding komen.

“Een aantal hulpverleners vindt dat een kind met grote gehechtheidproblemen beter uit huis geplaatst kan worden omdat het gezin teveel nabijheid en intimiteit zou bieden, terwijl het kind deze warmte niet aankan.” (Juffer.1997: 80)

Een hulpverlener geeft vooral aan dat het al misgaat bij de plaatsing van de kinderen:

“In de loop der jaren ben ik niet meer zo gelukkig met adoptie, maar dat komt ook omdat wij alleen de problemen zien en niet als het goed gaat. Je weet te weinig van wat de kinderen hebben meegemaakt en een goede matching is niet mogelijk. Ik denk dat het goed is dat er zoveel mogelijk over het kind bekend is, ook negatieve dingen, en dat deze informatie altijd beschikbaar blijft voor als het wenselijk is. Verder vind ik dat echt naar de mogelijkheden van adoptieouders gekeken moeten als geschikt om kinderen met problemen op te vangen, deze kinderen hebben er recht op dat de plaatsing slaagt!” (hulpverlener, 55)

Ook legt ze uit hoe de hulp die ze verleent eruit ziet:

“Wij begeleiden meer de (adoptie)ouders dan de kinderen, voor kinderen zien wij veel in therapie, bij de ouders uitleggen wat een hechtingsstoornis is, hoe er mee om te gaan en het je niet persoonlijk aan te trekken.

4. Ervaringen met de hulpverlening

De meeste ouders en kinderen zijn vaak maar kort in aanraking geweest met de hulpverlening. Ze zijn doorverwezen naar het RIAGG en de GGZ (zie pagina 16). Wel is er hulpverlening in verschillende vormen aanwezig geweest. Er werden bijvoorbeeld therapieën ingezet zoals creatieve therapie of psychotherapie.

Voor de meeste ouders is de drempel om naar de hulpverlening toe te stappen vrij hoog. Ze hebben het gevoel dat ze als ouder gefaald hebben en hierdoor willen ze zo lang mogelijk proberen om het zelf vol te houden alles weer op de rails te krijgen. Als de situatie zover uit de hand is gelopen dat er een geen andere mogelijkheid meer is, dan pas stappen de ouders naar de hulpverlening. Dit zorgt ervoor dat de eerste vorm van hulpverlening in het gezin vaak al crisisopvang is. Het kind wordt dan tijdelijk uit huis geplaatst, totdat er een gepaste oplossing wordt gevonden voor de situatie.

4.1 Samenvatting van de interviews met ouders

De ouders hebben de hulpverlening als afstandelijk ervaren. Ze beseffen uiteindelijk dat er een professionele hulpverlener nodig is die het gezin kan helpen. Omdat het kind uit huis geplaatst wordt, hebben de ouders toch meestal het gevoel dat hun kind wordt afgenomen en dat ze hun kind kwijt zijn. Sommige ouders hebben in die periode wel contact met hun kind, andere ouders niet. Wanneer de ouders wel contact hebben met een kind zijn er altijd anderen bij. Ze hebben het gevoel dat ze in de gaten worden gehouden of ze niets verkeerd doen en voelen daarom een enorme afstand, in plaats van een ondersteuning.

Een moeder vertelt het volgende:

“Er werd een ondertoezichtstelling (OTS) uit gesproken door de kinderrechter en een machtiging tot uithuisplaatsing. Dit houdt in dat we een gezinsvoogd hebben die de verantwoording met ons deelt en die meer kan regelen dan wij als ouders, omdat hij onder de Raad van Kinderbescherming werkt. We zijn een lange weg gegaan, en het einde is nog niet in zicht. De hele hulpverlening bekijken we met kritische ogen. Veel mensen zijn begaan, begrijpen alles, maar kunnen niks doen.” (adoptiemoeder, 40 jaar) (www.bodemloos.nl)

Een andere ouder beschrijft haar gevoel over een OTS:

“De hulpverlening was bijna alleen op ons kind gericht. Zeker nadat hij een OTS (onder toezicht stelling) had gekregen, waren wij buiten spel gezet. Wij zagen elkaar ook nooit zonder dat er andere mensen bij waren. Een maatschappelijk werkster, een psycholoog of psychiater of later zijn voogd waren er altijd bij als wij elkaar zagen. Wij hadden het gevoel dat we ons kind kwijt waren.” (adoptiemoeder, 60 jaar)

Ook vertelde zij dat zij niet betrokken werden bij de hulpverlening van hun kind. Ze werden wel op de hoogte gehouden, maar op een minimale manier, zo geeft het volgende stukje aan.

“Het feit dat wij niet meer “meededen” was erg moeilijk. Wij werden wel op de hoogte gehouden, maar dat was dan ook alles. Toen onze zoon een zelfmoordpoging had gedaan, hoorden wij 14 dagen later dat “er wel het één en ander was gebeurd.” (adoptiemoeder, 60 jaar)

Een van de vragen uit mijn interview was: hoe hebben jullie de hulpverlening zelf ervaren? (Was er genoeg begrip en kennis van jullie problematiek?)

Onder andere werden daarop de volgende antwoorden gegeven:

“Als er al sprake is van begrip en kennis gaat dit om theoretische kennis van de problematiek. Van de situatie van alledag in de praktijk heeft men weinig kaas gegeten. Voor wat betreft het behandelen/oplossen van de problemen is het helemaal triest gesteld. Je moet als moeder (of vader) alles zelf uitzoeken en mag al blij zijn als je een behandelplaats voor elkaar krijgt waar men wat je uitgezocht hebt wil toepassen. Een ‘kind’ met een hechtingsstoornis heeft in Nederland wel behoorlijk verbaal en schriftelijk vaardige ouders nodig, wil hij/zij voor enige behoorlijke hulp in aanmerking komen.” (adoptiemoeder, 48 jaar)

“We hebben slechte ervaringen met VIB (video interactie begeleiding) en de vele uren die we kwijt zijn geweest met gesprekken die nergens toe hebben geleid (waarschijnlijk een soort bezigheidstherapie voor hulpverleners)” (adoptiemoeder, 48 jaar)

“De meeste hulpverlening blijkt waardeloos en onbetrouwbaar te zijn . Dit is onze ervaring van inmiddels vele jaren hulpverlening. Bureaucratische regels en veel papier- en vergaderwerk zijn belangrijker dan het belang van het kind, laat staan het belang van het gezin.”

“Uiteindelijk hebben we zelf een kinderpsychiater gevonden. Daar hebben we helaas geen geluk mee gehad. De psychiater had namelijk een hele hoge dunk van zichzelf en ze dacht dat alles wel te repareren was. Ze wist volgens mij niets over adoptieproblematiek af. Het enige positieve was dat we nu het gevoel hadden dat we er niet meer alleen voor stonden.”

Er blijkt vaak een verschil te zijn tussen de visie van de ouders over hoe de problemen ontstaan zijn en de visie van de hulpverleners daarover (Hoksbergen en Bakker-van Zeil). “De ouders zien vaak de emotionele beschadiging van het kind als belangrijke oorzaak van de problemen, terwijl de hulpverlener de problemen vaker ziet liggen in de soms onvoldoende pedagogische kwaliteiten van de ouders en de mate van acceptatie van het kind door de ouders. De hulpverlening is dus vaker geneigd de 'schuld' bij de ouders te leggen.”

Ander onderzoek geeft aan dat er ook een groot verschil is tussen de hulpvraag en de hulpbehoefte (Verhulst en Versluis-Bieman 1989).

“De behoefte van adoptieouders is veel groter dan de hulpvraag. Adoptieouders gaven aan, dat ze geen hulp zochten, omdat ze zich moedeloos of radeloos voelden. Ook gaf bijna een kwart van de ouders die wel professionele hulp zochten, aan dat zij onvoldoende begrip kregen van de hulpverlener. De kritiek op de hulpverlening spitste zich voornamelijk toe op het benoemen van de oorzaak van de problemen, zoals hierboven ook al beschreven is. De ouders vonden dat de hulpverleners de oorzaak te veel bij hen zochten en te weinig oog hadden voor de rol die het kind speelde in de problemen. Het kind bleek ook lang niet altijd direct betrokken te worden in de diagnostische fase. Een andere klacht van de ouders was, dat de hulpverleners onvoldoende op de hoogte zijn van de specifieke adoptieproblematiek.” (www.adoptietrefpunt.nl)

Een praktijkvoorbeeld hiervan is de volgende:

“Wij zijn op een gegeven ogenblik doorverwezen naar het RIAGG. Dat was echt verschrikkelijk. We moesten met zijn tweeën drie keer op gesprek komen. Ik geloof dat ze na die drie gesprekken nog niet genoeg had uit geïnterviewd over onszelf. Het ging nog steeds niet over het kind en de problemen die daarmee waren.” (adoptiemoeder, 63 jaar)

De adoptie moeder vertelt me dat deze manier van behandelen een gevolg was van de logische stroming. Ze geeft aan dat deze stroming de theorie volgt waarin er eerst heel lang en diep gekeken wordt naar de persoon zelf, daarna pas naar de kinderen en twintig sessies verder pas naar de problemen die er zijn.

4.2 Samenvatting van de interviews met adoptiekinderen

Een adoptiekind dat heeft meegewerkt aan mijn interview kon het volgende vertellen over zijn ervaring met de hulpverlening.

“Ik denk dat voor mij de hulpverlening te laat was. Ze hadden daar misschien eerder mee moeten beginnen, toen ik een jaar of acht was ofzo. Ze waren daar gewoon te laat mee. Ik denk dat dit komt omdat mijn moeder dacht, ik ga het eerst op mijn eigen manier proberen, dan komt het wel goed, want ik ben nu al zo lang bezig.” (adoptiekind, 33 jaar)

“Ik kan me nog goed de eerste keer herinneren dat ik een gesprek had met een hulpverlener. Ik was 15 en toen werd ik kamertje gestopt. Ik zat daar bij een wildvreemde vrouw die van mij verwachtte dat ik mijn levensverhaal ging vertellen. Ik zat toen in mijn puberteit en ik dacht: ik ga echt niet aan een wildvreemde mijn verhaal vertellen, wat denkt ze wel niet. En dat heb ik dus ook tegen haar gezegd. Na een half uur kwamen we er dus uit dat het niet ging werken. Dat gaf mij een overwinningsgevoel. Van: zo, daar ben ik ook weer van af!” (adoptiekind, 33 jaar)

De andere adoptiekinderen die ik heb geïnterviewd wisten zelf niet meer zoveel te vertellen over de hulpverlening. Ik denk dat dit komt omdat de kinderen vroeger helemaal niet bezig wilden zijn met de hulpverlening. Ze wilden zelf hun situatie oplossen en zich bewijzen aan de rest van de wereld. Ook waren ze druk bezig met zich afzetten tegen hun adoptieouders. Ze zetten zich af en wilden niet meer dat de adoptieouders of wie dan ook voor hen de regels bepaalden.

De vormen van hulpverlening die er zijn, zijn vaak niet effectief voor deze "ontspoorde tieners". Niet alleen omdat het tieners zijn die helemaal niet bezig willen zijn hiermee, maar ook omdat ze zich niet herkend voelen in hun situatie. Bij alle interviews die ik gehouden heb kwam naar voren dat ze het fijn vonden om nu te praten met iemand die in dezelfde situatie heeft gezeten.

4.3 Voorlichting en begeleiding

Tijdens het schrijven van deze scriptie kwam ik tot de ontdekking dat veel adoptieouders aangaven dat ze meer voorbereiding op de adoptie hadden gewild. Ze wisten van tevoren niet dat er zoveel problemen mee gemoeid konden gaan. Daarom vind ik dat de voorlichting tijdens de adoptieprocedure ook hoort bij de hulpverlening en begeleiding.

Dit is de reden waarom ik aan de ouders gevraagd heb hoe zij deze begeleiding ervaren hebben. De meeste ouders gaven aan dat er geen goede voorlichting geweest is tijdens het adoptieproces.

“Bij ons was er nog niet de verplichte cursus. De Raad van Kinderbescherming verwachtte dat je zelf energie in de voorbereiding stak. Dus boeken lezen, lidmaatschap op Wereldkinderen. Die organiseerde regioavonden, algemene maar ook voor aanstaande ouders. Wij hebben de voorlichting niet echt geweldig ervaren. Problemen werden gebagatelliseerd, het kwam wel voor

maar heel weinig, niks om je druk over te maken. Wat ik me herinner van een rondetafelgesprek met een maatschappelijk werkster is een gesprek over hoe je ouderschap in zou kunnen vullen.”

“In onze tijd (1983 en 1988) bestond de verplichte voorlichting nog niet (VIA-cursus). Wij kregen officieel dus geen voorbereidingsbegeleiding. Je stapt er vrij onbevangen in.”

Een andere ouder bevestigt dit:

“Toen wij gingen adopteren was de voorlichting nog op vrijwillige basis, maar er werd wel gesproken over hechting en niet hechten. Er was echter totaal geen begeleiding achteraf, na plaatsing.” (adoptiemoeder, 49 jaar)

En nog één :

“De zgn. VIA-cursus was best goed (1992/93), alhoewel de zwaarte van problematiek bij hechtingsstoornissen werd gebagatelliseerd ten opzichte van onze ervaringen naderhand. Er is veel optimisme bij de meeste aspirant-adoptieouders, en dat wordt niet met een plastisch voorbeeld gerelativeerd.” (adoptievader, 53 jaar)

Een andere ouder geeft aan dat de organisaties toen zelf ook nog geen idee hadden van de gevolgen van adoptie:

“Wij zijn in 1983 met het adoptietraject begonnen. Jaren later was men bereid tot voor ons kostenloze hulp en bood men excuses aan voor de gebrekkige voorlichting; dit terwijl er destijds gewoon te weinig bekend was over mogelijke psychische problemen van jong-geadopteerden.”

4.4 Hoe zou de hulpverlening er uit moeten zien?

De meeste ouders beschrijven dat de hulpverlening de problemen niet erkent.

“Het is jammer dat er niet sneller gereageerd wordt als er zich problemen voor doen. De omgeving vindt adoptieouders vaak overbezorgd en reageren met “dat doen gewone kinderen ook”. De hechtingsproblematiek zou eerder gezien moeten worden.” (adoptiemoeder, 60 jaar)

“Ik vond de omgang met hulpverleners niet altijd makkelijk. Ik heb bij de hulpverleners veel eigengereidheid en ontkenning ondervonden. Nu niet meer. Ik ben namelijk zelf voorlichting gaan geven aan deskundigen.”

“Het hebben van een contactpersoon/vraagbaak is ideaal. Elkaar serieus nemen en goed naar elkaar leren luisteren en kunnen overleggen, daar win je als hulpverlener bij de ouders veel mee.”

“Wat wij als zeer positief hebben ervaren zijn de gesprekken voor jezelf, dat je juist daardoor de bevestiging kreeg dat je het goed deed en op de juiste weg was en de rust daardoor voor het hele gezin, maar ook het zien dat de therapie goed aansloot en er harmonie terug kwam in het gezin.”

Uit de interviews komt duidelijk naar voren dat ouders erkenning nodig hebben. Ze willen zich begrepen voelen en het idee krijgen dat ze er niet alleen voor staan. Ook het gebagatelliseer van de hulpverleners zijn de ouders zat. De hulpverleners zouden beter geïnformeerd moeten zijn. Ze kunnen zich volgens de ouders niet genoeg inleven in hun situatie. Daarom zou het fijn zijn als de hulpverleners zelf veel affiniteit hebben met de problematiek en er veel ervaring is. Dus er moeten geen hulpverleners toegewezen worden die eens een keertje een case hebben gehad met deze problematiek.

“De cursus mag best plastischer, voelbaarder, gebracht worden op het gebied van hoe zwaar en miskend eventuele problematiek, specifiek op adoptiegebied, ligt, qua draagkracht voor ouders en dan niet alleen vanuit het beste wensen voor je kind, maar ook qua bagatellisering door de 'professionele' jeugdhulpverlening (een kwalitatief goed [diagnostisch en therapeutisch gespecialiseerd] Adoptie Kennis Centrum is wenselijk om meteen deskundigen op dit gebied te treffen bij hulpvraag). Ook wordt er wel verwezen naar de psychologische bijzondere ontwikkeling voor de geadopteerde, maar dat moet ook veel beter (ook later na de nazorg). Bij (hechting)stoornissen kan – bij er vroeg bij zijn – men veel bijsturen, opdat het kind veel kan dragen en verwerken, alhoewel het altijd een extra 'ontwikkelingstaak' is voor een geadopteerde om z'n geadopteerd zijn te plaatsen in zijn levensverhaal/levenstaak. Qua karma kan het zelfs een interessant, zeer zinvol leven zijn. Dus de vraag hoe ouders voorbereidend te helpen met die extra 'taak' een steun te zijn / goed te begeleiden.”

Gelukkig heeft VIA nu verplichte cursussen die ouders moeten doen. De voorlichtingsbijeenkomsten zijn opgebouwd rondom een aantal thema's, waarbij zoveel mogelijk de levenslijn van het kind gevolgd wordt:

- de biologische ouders;
- de voorgeschiedenis van het kind;
- verlies en rouw;
- hechting;
- identiteit en loyaliteit;
- de wensen en grenzen ten aanzien van het te adopteren kind.

Daarnaast wordt er ingegaan op allerlei vragen, die voor een belangrijk deel door de deelnemers zelf worden ingebracht. (www.adoptie.nl)

Een ouder geeft commentaar over de voorlichting:

“Wij kregen onze voorlichting in het jaar 2000/2001. Van tevoren was de begeleiding wel voldoende er wordt/werd voldoende geboden aan infoavonden en thema-avonden om je te verdiepen in de problemen die kunnen voorkomen, en de begeleiding die wij hadden tijdens de problemen waren ook uitstekend.” (adoptiemoeder, 48 jaar)

Een adoptiemoeder geeft het aan wat zij graag zou willen zien.

“Mij lijkt het goed als er een soort verlengde 'kraamzorg' komt waarbij mensen die weten waar naar gekeken moet worden de hechting in de gaten houden en adviezen geven over hoe dat te stimuleren is, want hoe eerder hoe beter.”

4.5 Advies voor de hulpverlening

In de vorige paragraaf komt duidelijk naar voren hoe de ouders willen dat de hulpverlening eruit zou moeten zien. In deze paragraaf laat ik zien hoe de hulpverlening adequaat kan inspelen op de adoptieproblematiek. Deze heb ik onderverdeeld in de volgende kopjes: visie van de hulpverleners, werkwijze van de hulpverleners, opleidingen, voorlichting en instantie.

De gewenste visie van de hulpverleners bij hulpverlening rond adoptieproblematiek

- Het is voor hulpverleners vaak lastig om zich in te leven in de thuissituatie van de probleemgezinnen. Ze vergelijken vervolgens de verhalen met het “puberen” terwijl het juist belangrijk is om deze problematiek als een op zichzelf staande problematiek te zien. Door de adoptieproblemen over één kam te scheren met bijvoorbeeld het puberen bagatelliseer je het probleem en dit kan ervoor zorgen dat de problemen juist escaleren. De eigengereidheid en ontkenning die door een moeder beschreven wordt kan hier ook een gevolg van zijn (zie pagina 26). Alleen door de problematiek daadwerkelijk te erkennen en dus ook op tijd te herkennen kan de hulpverlening adequaat inspelen op adoptieproblematiek. Door veel kennis en informatie te verwerven over dit onderwerp kunnen de hulpverleners vraagrichter werken. Die informatie kunnen ze verwerven door bijvoorbeeld cursussen te volgen. Deze bijscholing zal er voor zorgen dat wanneer ouders naar de hulpverlening toestappen, ze niet meer met een kluitje het riet ingestuurd worden.
- Er worden altijd dossiers bijgehouden over kinderen in de hulpverlening. Deze dossiers zijn er om te laten zien wat voor proces een kind doorgemaakt heeft. Alle hulpverleners willen “onbevagen” en objectief” de behandeling met het kind ingaan. Dit is natuurlijk een goede aanpak, maar als dit gebeurt met oogkleppen op, kost dit veel tijd, omdat het wiel dan steeds opnieuw uitgevonden wordt. Hierdoor loopt het kind de juiste aanpak mis (zie pagina 17-18). Daarom is het raadzaam om altijd het dossier te lezen.
- De hulpverleners moeten ook geüpdate worden in hun kennis over de problematiek. Net zoals huisartsen elk jaar op de hoogte moeten zijn van de meest recente onderzoeken om hun beroep te mogen blijven uitoefenen, zouden hulpverleners dit ook moeten. Dit zorgt ervoor dat de hulpverleners niet blijven hangen in één bepaalde visie over adoptie. Door cursussen te volgen die gespecificeerd zijn op deze problematiek, kunnen ze de gezinnen beter begrijpen en richter helpen.
- Wanneer een hulpverlener een kind behandelt en de beoogde resultaten blijven uit, dan moet er snel binnen het team overlegd worden over de behandeling, of moet er snel een doorverwijzing volgen voor een andere aanpak. Het is niet waardevol om op dezelfde manier door te sukkelen en te wachten op resultaten die niet komen.
- Om de juiste visie te vormen zouden hulpverleners in hun opleiding al meer informatie moeten krijgen over adoptieproblematiek. Daarom heb ook ik een advies voor de studies die opleiden voor het hulpverlenerschap. Tijdens de studie die ik zelf gevolgd heb (hbo orthopedagogiek) is adoptieproblematiek nooit aan bod gekomen. Dit betekent dat wanneer studenten niet zelf geïnteresseerd zijn in deze problematiek, zo ook als een leeg blad het beroepsveld in gaat. Geen wonder dus dat er zo weinig hulpverleners zijn die verstand hebben van deze problematiek. Ik zou de studies dus willen aanraden om dit vak in te voegen in de opleiding. Ik ben me ervan bewust dat de kans relatief klein is dat hulpverleners in aanraking komen met de problematiek (zie pagina 16). Alleen is de problematiek wel heel erg groot en complex en daardoor is het voor hulpverleners belangrijk genoeg om er goed over geïnformeerd te zijn.

Specifieke aandachtspunten voor hulpverleners van kinderen en ouders met adoptieproblematiek

- Kinderen met een hechtingsstoornis kunnen doorgaans moeilijk tot geen emotionele banden aangaan met anderen (zie pagina 10-11). Het is daarom belangrijk dat een hulpverlener dit ook niet van het kind verwacht. Omdat de hulpverleners wel met hun eigen emoties te maken krijgen, bijvoorbeeld afwijzing van het kind, zullen de hulpverleners emotionele steun bij elkaar moeten vinden. Ze moeten elkaar ondersteunen en erop toe zien dat ze voldoende afstand van het kind bewaren om zelf niet gekwetst te worden en voldoende nabijheid tonen om het kind verder te kunnen helpen. (Grasvelt 1999: 106)
- Kinderen die in hun puberteit zitten willen over het algemeen niets met de hulpverlening te maken hebben. Ze willen niet dat anderen regels voor hen bepalen. De problemen die ontstaan bij adoptie spelen zich af in een proces. Het is dus niet iets wat er toevallig uitkomt bij de puberteit. Door vroegtijdig de signalen te herkennen (zoals externaliserend of internaliserend gedrag, (zie pag. 10-11), kan het hulpverleningsproces ook op tijd op gang gebracht worden. De kinderen worden dan van jongs af aan begeleid en komen hierdoor niet in een steeds escalerende situatie terecht. Niet alleen de kinderen hebben baat bij het vroegtijdig begeleiden, ook de ouders hebben dat. Ze worden tijdens de opvoeding ondersteund en dit zorgt ervoor dat de situatie niet te ver uit de hand loopt.
- Adoptiekinderen zijn goed in het manipuleren en mensen tegen elkaar uitspelen (zie pagina 10). Hulpverleners moeten hier op bedacht zijn. Het is daarom van belang dat er binnen het team, tussen collega's, veel overlegd wordt.. Hierdoor is iedereen overal van op de hoogte en zal er geen miscommunicatie ontstaan.
- De adoptiekinderen hebben behoefte aan structuur en duidelijkheid. Het is voor het kind van belang om te weten waar hij aan toe is. Wanneer een kind regeloverschrijdend gedrag vertoont, zal de hulpverlener hem hiervoor moeten sanctioneren. Dit moet wel een sanctie zijn die direct uitvoerbaar is. Het kind leert namelijk niet van een straf die hij pas later moet ondergaan, omdat hij dan de koppeling tussen de straf en zijn gedrag niet meer kan maken.

Daarentegen is het ook heel belangrijk om het kind te belonen voor zijn goede gedrag. Ook voor deze beloning geldt hetzelfde als voor de straf, hij moet direct uitvoerbaar zijn. Wanneer de kinderen beloond worden voor hun gedrag, zien ze in dat ze het niet allemaal slecht doen. Dit denken veel kinderen wel. De hulpverleners moeten zowel consequent reageren op goed als op slecht gedrag. (Van den Bos 2000: 18)

- De meeste adoptiekinderen voelen zich onbegrepen, ongeaccepteerd en ongerespecteerd. Hulpverleners moeten er daarom voor zorgen dat zij het kind proberen te begrijpen. Vanuit dat begrip kan er dan acceptatie ontstaan. En van daaruit kan respect voortkomen. Deze drie punten vind ik in het gedrag van de hulpverlener het belangrijkste. Want als deze aspecten in het gedrag naar voren komen, zullen adoptiekinderen het makkelijker vinden om zich te laten helpen. (Van den Bos 2000: 18)
- De hulpverleners moeten ook duidelijk maken aan de ouders dat er verenigingen voor lotgenoten zijn. De ouders voelen zich vaak ook onbegrepen en kunnen daarom veel steun hebben aan het contact met andere adoptieouders. Ouders kunnen hun verhaal kwijt en kunnen hun ervaringen en adviezen delen met elkaar. Het is van essentieel belang dat hulpverleners op het bestaan van deze verenigingen hameren. (Grasvelt 1999: 104)

Voorlichting tijdens het adoptieproces over de voorkomende adoptieproblematiek

- De voorlichting tijdens het adoptieproces kan beter. Ook het tijdstip van de VIA-cursus is te ver weg van de echte adoptie. Op het moment dat de VIA-cursus gegeven wordt, zijn de aspirant-ouders in zo'n blijde verwachting dat ze niet bezig willen zijn met de problematieken. De ouders moeten er dus echt heel duidelijk bewust van gemaakt worden dat het heel anders kan lopen dan ze verwachten. Door specifieke voorlichting te geven wordt er ook meteen voor gezorgd dat adoptie ouders eerder de signalen van de problematiek kunnen herkennen. De voorlichting moet daarom ook gegeven worden door een hulpverlener met ervaring in de adoptieproblematiek.

Een centrale instantie die gespecificeerd is op hulpverlening rond adoptieproblematiek

- Als laatste vind ik dat er ook één bepaalde instelling moet komen met verschillende begeleidingsvormen die gespecificeerd zijn op de adoptieproblematiek. De hulpverleningsvormen die ik geselecteerd heb zijn te vinden in bijlage 3. Deze instelling moet dan een uitgebreid scala aan verschillende soorten hulpverleners bieden. Van maatschappelijk werkers tot psychotherapeuten, want niet elke probleemsituatie is hetzelfde. Deze instelling zou de eerste instantie moeten zijn waar de gezinnen aangemeld worden. Dan wordt er per gezin gekeken welke hulpverlening het beste is. Omdat de hulpverleners echt verstand hebben hiervan, zal het diagnostisch proces beter verlopen. Wanneer een gezin in aanmerking komt voor uithuisplaatsing van het kind, dan kan deze instantie doorverwijzen.

5. Samenvatting en aanbevelingen

Samenvatting

In het eerste hoofdstuk komt naar voren dat de weg die de aspirant-adoptieouders moeten afleggen gedurende het adoptieproces erg lang is. De adoptieouders hebben het hele proces doorstaan en zijn in het bezit van standvastigheid en doorzettingsvermogen.

Het tweede hoofdstuk laat zien dat de mogelijke gevolgen van adoptie verschillend zijn, maar meestal wel dezelfde oorzaak hebben: onveilige hechting van het adoptiekind. Tot ongeveer het achtste jaar lukt het de adoptiekinderen over het algemeen om mee te komen in het gezin. Vanaf dat moment worden ze zich bewust van hun geadopteerd zijn en brengt die bewustwording sociale, psychische en emotionele gevolgen met zich mee. De adoptieouders wijten het vaak aan de puberteit en omdat de eerste symptomen niet extreem zijn, denken de ouders dat het wel meevalt. Ze hebben het gevoel dat ze al zo'n lang traject hebben afgelegd, dat ze nu het ook af willen maken. Maar door de oplopende ruzies escaleert de situatie. Pas als het echt uit de hand loopt, wordt de hulpverlening erbij gehaald. De adoptiekinderen passen op deze manier niet meer in het gezinsleven en ze komen vaak in een crisisopvang terecht.

De kinderen worden voor de tweede keer uit hun leefsituatie gehaald en ze krijgen steeds iemand anders voor zich naar wie ze moeten luisteren. Door het isolement waar ze zich in bevinden zetten ze zich af tegen de buitenwereld. Onder het mom van "ik ben toch alleen, nou ik heb ook niemand nodig!!" proberen ze verder te leven. De adoptieouders voelen zich machteloos en hebben het idee dat ze als ouders gefaald hebben.

Ondanks deze heftige, op zichzelf staande problematiek is er geen specifieke instantie die zich bezighoudt met hulpverlening aan gezinnen met adoptieproblematiek. Dit komt naar voren in hoofdstuk 3. Gezinnen met adoptieproblematiek melden zich daarom meestal aan bij het FIOM. Deze instantie geeft zelf geen begeleiding of behandeling, maar verwijst alleen door. Hierdoor komen de gezinnen terecht bij het RIAGG of de GGZ. Hier zijn aandachtfunctionarissen die gespecialiseerd zijn in adoptie. Althans, dat zeggen ze zelf. Meestal wordt er, als er al een diagnose wordt gesteld, een verkeerde diagnose gesteld waardoor de gezinnen met adoptieproblematiek door een molen gaan van wachtlijsten, instanties, regels en bureaucratie.

Dat de meeste adoptieouders en –kinderen de hulpverlening als negatief hebben ervaren is te lezen in hoofdstuk 4. De negatieve ervaringen zijn gebaseerd op het feit dat de hulpverlening niet aansloot op hun hulpvraag. De kinderen kregen de hulpverlening rond hun puberteit en wilden sowieso niet hun problemen neerleggen bij een vreemd iemand. Uit de verschillende interviews kwam er naar voren dat de adoptieouders zich niet begrepen voelden door de hulpverleners, maar eerder aangevallen omdat er werd getwijfeld aan hun pedagogische kwaliteiten. Ook het onttrekken van de ouderlijke macht door het aanstellen van een OTS voelde voor meerdere ouders als het ontnemen van hun kind. Het kind waar ze zo lang voor geknokt hebben.

De hulpverlening zou er in de ogen van veel ouders beter uit moeten zien. De hulpverleners zouden eerder de problemen moeten herkennen en niet alles maar bagatelliseren. Hierdoor geven ouders aan meer erkenning te voelen. Het gevoel samen te werken met de hulpverlening wordt ook belangrijk gevonden.

Ook de begeleiding tijdens het adoptieproces was voor de meeste ouders onvoldoende. Wel wil ik vermelden dat de meeste ouders die meegewerkt hebben aan de interviews hun kind(eren) geadopteerd hebben voordat de verplichte VIA-cursus was ingevoerd. Nu is er al veel verbeterd, maar nog kan de voorlichting beter. De reden waarom de voorlichting vroeger uitermate ontoereikend was, is dat er nog niet genoeg informatie was over adoptieproblematiek en welke gevolgen het kan hebben op langere termijn. Nu wordt er steeds meer bekend en kan de voorlichting van tevoren beter inspelen op de mogelijke problemen die er kunnen ontstaan.

Aanbevelingen

Hoe kan de hulpverlening adequaat inspelen op gezinnen die te maken hebben met adoptieproblematiek?

De gewenste visie van de hulpverleners bij hulpverlening rond adoptieproblematiek

- De visie van de hulpverlener moet open zijn. Door goed geïnformeerd te zijn over deze problematiek kunnen ze zich goed inleven in de situatie en hebben ze begrip hiervoor. Zowel begrip voor de ouders als voor de kinderen.
- Ook moet de hulpverlener bereid zijn tot verbreding van zijn horizon. Hij zal moeten samenwerken met andere hulpverleners om de beste diagnose voor het kind te stellen
- Er moet elk jaar een update komen waarmee de hulpverleners op de hoogte gebracht worden van de nieuwste ontwikkelingen en onderzoeken op het gebied van adoptieproblematiek.
- Opleidingen moeten adoptieproblematiek opnemen als vak in het vakkenpakket.

Specifieke aandachtspunten voor hulpverleners van kinderen en ouders met adoptieproblematiek

- De hulpverlener moet voldoende nabijheid tonen om het kind de juiste behandeling te geven en genoeg afstand van het kind nemen om zelf niet gekwetst te worden door afwijzingen van het kind.
- Hulpverleners moeten steun zoeken bij elkaar en veel met elkaar overleggen en situaties bespreken, zodat ze niet tegen elkaar uitgespeeld kunnen worden.
- De hulpverleners moeten vroegtijdig de signalen herkennen, zodat de situaties niet zo ver kunnen escaleren dat alles er in de puberteit pas uit komt. Dan is de hulpverlening namelijk meestal al te laat.
- Het bieden van structuur en duidelijkheid is een belangrijke taak voor de hulpverlener. Op deze manier weet het kind waar hij aan toe is. Dit kan je bieden door kinderen te belonen voor goed gedrag en te sanctioneren bij negatief gedrag.
- De hulpverlener moet het kind proberen te begrijpen, te accepteren en te respecteren.
- Voor de ouders is het van belang dat zij weten van het bestaan van lotgenotencontact. Daarom is het de taak van de hulpverleners om deze informatie ter sprake te brengen.

Voorlichting tijdens het adoptieproces over de voorkomende adoptieproblematiek

- De voorlichting tijdens het adoptieproces moet verbeterd worden. Er moet meer worden ingegaan op de problematieken die zich voor kunnen doen, zodat ouders er niet onbevangen ingaan.

Een centrale instantie die gespecificeerd is op hulpverlening rond adoptieproblematiek

- Er moet één centrale instantie komen die helemaal gespecificeerd is op adoptieproblematiek. De juiste expertise op de juiste plek. Geen verkeerde diagnoses meer en geen last meer van kastjes en muren.

Literatuur

Bastiaanse-Kuijpers, W.G..J: "Adoptie duurt een leven lang."
Kampen: Kok, 1999

Berg-Bakker, Helma van den: "Ik ben mezelf, adoptiekinderen aan het woord."
2^e herz.dr. – Baarn: Anthos, 1995

Brodzinsky, David: "Geadopteerd. Een levenlang op zoek naar jezelf."
Vert. uit het Engels door Carola Kloos, Amsterdam: Ambo, 1997

Broos, Dirk & Dun, Katrien van: "Hou me (niet) vast. Hulpverlening en hechtingsstoornis."
Leuven, Apeldoorn: Garant, 1997

DeWispelaere, J. (red.) : "Handboek voor kinderen en adolescenten."
Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000

Goede, Chantal de: "Het blijft toch je kind." Een onderzoek naar adoptieproblematiek en
LOGA, 1999 (<http://www.fss.uu.nl/ca/cases/1999/case9927.htm>)

Grasvelt, Coby: "Adoptie: ouderschap of hulpverlening."
Haarlem: De Toorts, 1999

Hoksbergen, R.A.C.: "Adoptie en pleegzorg, hoogste tijd voor samenwerking?"
Mobiël 2, april/mei 2002

Hoksbergen, R.A.C.: "Waarom bijzondere nazorg voor adoptiegezinnen."
Lava, 2003

Hoksbergen, R.A.C.: "Help een kind en gezin ook na adoptie."
Trouw-podium, 7 april 2005

Juffer, Femmie: "Adoptiekinderen: opvoeding en gehechtheid in het gezin."
Amsterdam: Boom, 1997

Nulandt, H. van: "100 vragen over adoptie."
Utrecht: Het Spectrum, 1981

Rigter, Jakob: "Het palet van de psychologie. Stromingen en hun toepassingen in de
hulpverlening." Bussum: Coutinho, 1998

Trouw: "Hulp voor kind pas na 15 maanden."
Trouw, 19 april, 2005

Internetsites

<http://www.adoptie.nl>

<http://www.adoptietrefpunt.nl>

<http://www.wereldkinderen.nl>

<http://www.bodemloos.com>

<http://www.communities.zeelandnet.nl>

<http://www.fss.uu.nl/ca/cases/1999/case9927.htm>

<http://members.chello.nl/t.visser10>

<http://www.moeilijkemensen.nl/info/MBT.html>

Bijlage 1: Hulpverlenende instanties

WAN

De Wegwijzer Adoptie Nazorg (WAN) is een afdeling van de Stichting Adoptievoorzieningen die er naar streeft ieder met een adoptie (gerelateerde) vraag verder op weg te helpen om deze vraag te kunnen hanteren, te ondersteunen of te beantwoorden. Afstand doen van een kind, adopteren en geadopteerd zijn: deze feiten beïnvloeden op indringende wijze je levensloop. WAN heeft de volgende hoofdtaken:

- Geven van telefonisch advies, consult en zonodig (door)verwijzing;
- Stimuleren van organisaties om een preventief/curatief aanbod te (doen) ontwikkelen met betrekking tot afstand en adoptie.

Om deze primaire taken uit te kunnen voeren verricht WAN onder andere onderstaande secundaire taken en activiteiten:

- Opbouwen en onderhouden van contacten met werkrelevante organisaties;
- Het bevorderen van de deskundigheid van professioneel en vrijwillig werkenden in het adoptietraject en het ontwikkelen/verstrekken van (schriftelijke) informatie, over en in het kader van preventieve en curatieve nazorg;
- Uitgeven van schriftelijk informatiemateriaal;
- Stimuleren van onderzoek gericht op de doelgroep en het begeleiden van stagiaires.

www.adoptie.nl/wan

MEE

MEE Nederland is de landelijke vereniging van MEE organisaties. MEE biedt overal in het land onafhankelijke, laagdrempelige cliëntondersteuning aan alle mensen met een handicap, functiebeperking of chronische ziekte. MEE Nederland behartigt de belangen van deze regionale bureaus en ondersteunt hen bij de beleidsontwikkeling en –uitvoering. Daartoe houdt de vereniging een landelijk bureau in stand. MEE was voorheen de SPD. MEE heeft 26 vestigingen verspreid over heel Nederland.

FIOM

De FIOM is gespecialiseerd in hulpverlening aan iedereen die vragen of problemen heeft op het gebied van onbedoelde zwangerschap, abortus, afstand ter adoptie, ongewenste kinderloosheid, adoptie-/ouderschap, zoekacties naar bloedverwanten, seksueel geweld en huiselijk geweld.

De hulp van het FIOM bestaat uit begeleidende gesprekken, het bieden van informatie en het geven van advies. Daarnaast organiseren ze gespreksgroepen waar mensen hun ervaringen kunnen delen met anderen en steun kunnen vinden. De FIOM zit verspreid in het land en heeft 15 vestigingen.

www.fiom.nl

ISS

International Social Service (ISS) is een internationale organisatie voor maatschappelijk werk die hulp, advies en informatie geeft bij vragen en problemen op het terrein van:

- afstand doen ter adoptie
- interlandelijke adoptie

- opsporing en zoekacties
- gezinshereniging
- ontvoering van kinderen door één van de ouders
- internationale echtscheiding etc.

ISS heeft afdelingen en correspondenten in ongeveer 120 landen in alle delen van de wereld. Bij ISS werken internationaal georiënteerde juristen, maatschappelijk werkers en ervaren vertalers. Het hoofdkantoor is gevestigd in Genève. ISS werkt samen met het Fiom bij zoektochten naar biologische ouders.

Basic trust

Basic trust heeft in vrijwel iedere regio in Nederland een specialist, meestal een orthopedagoog of psycholoog, die de nodige ondersteuning kan bieden. Zij of hij is deskundig op het gebied van opvoeding, herstel van basisvertrouwen of hechting en tevens gespecialiseerd in adoptie.

<http://www.basictrust.com>

RIAGG en GGZ

Ook kun je voor hulpverlening terecht bij het RIAGG en de GGZ. Deze hebben bij elkaar 47 vestigingen door het hele land. Het RIAGG biedt hulp bij geestelijke of emotionele problemen, die uw huisarts of maatschappelijk werker niet kan verhelpen. De behandeling bestaat voornamelijk uit gesprekken. De GGZ betekent Geestelijke Gezondheidszorg en is er ook om mensen met psychische problemen te behandelen. Zij vinden dat de behandeling altijd "op maat" moet zijn. Dat wil zeggen dat hun behandeling aangepast is aan wat de cliënt nodig heeft en vraagt. Dit kunnen dus gesprekken, medicijnen, een opname of directe hulp in de thuissituatie zijn.

Stichting Adoptievoorzieningen

Ook wil ik nog even de Stichting Adoptievoorzieningen noemen. Dit is de naam van de nieuwe organisatie die is ontstaan na de fusie van Bureau Voorlichting Interlandelijke Adoptie (VIA) en de Stichting Werkverband Adoptie Nazorg (WAN). Deze stichting geeft dus niet alleen voorlichting, maar houdt zich ook bezig met de nazorg. WAN geeft namelijk adviezen en informatie bij vragen op het gebied van identiteit en ontwikkeling, opvoedingsondersteuning, roots en hulpverlening op het terrein van afstand en adoptie aan adoptiefouders, geadopteerden, leerkrachten en andere professionals.

Instanties voor adoptiefouders

Zoals ik al eerder genoemd heb, zijn er ook instanties voor adoptiefouders. Deze zijn meestal niet professioneel hulpverlenend, maar vooral ondersteunend. Ik zal er een paar noemen.

L.O.G.A

Landelijke Oudervereniging Gezinsproblematiek Adoptie.

Dit is een onafhankelijke oudervereniging voor dienstverlening aan gezinnen die met een verstoorde gezinssituatie te kampen hebben als gevolg van geadopteerde probleemkinderen. Levert een bijdrage aan de mogelijke oplossing van deze problemen.

www.loga.info

LAVA

Landelijke Vereniging Adoptieouders behartigt de belangen van (aspirant)adoptieouders, zonder onderscheid in culturele, politieke of religieuze achtergrond en onafhankelijk van bij adoptie betrokken instanties.

NERVA

Dit is een werkgroep van en voor adoptieouders met gezinsproblematiek.

Netwerk OverSchatten

Dit is een netwerk voor ouders en familieleden van adoptie- of pleegkinderen met een ontwikkelingsachterstand en/of verstandelijke beperking, evt. in combinatie met hechtingsproblematiek.

Verenigingen voor adoptiekinderen

En natuurlijk zijn er ook verenigingen voor adoptiekinderen:

Kiran

Vereniging voor geadopteerden uit India

Asalsaya

Vereniging voor geadopteerde Indonesische jongeren in Nederland

Arierang

Vereniging voor geadopteerde Koreaanse jongeren in Nederland

Chicolad

Organisatie voor geadopteerde Colombianen

Guateniños

Vereniging voor geadopteerden uit Guatemala

Peruacha

Vereniging voor geadopteerde Peruanen

Shapla

Vereniging voor geadopteerden uit Bangladesh

Möbius

Stichting voor geadopteerde Nederlanders

Inesh

Vereniging voor geadopteerden uit Sri Lanka

Bijlage 3: Hulpverleningsvormen

Video interactie begeleiding

Ieder adoptiekind heeft zijn eigen voorgeschiedenis. Door eerdere ervaringen gedraagt een kind zich op zijn eigen, specifieke manier. Adoptieouders (her)kennen die reacties en gedragingen van het kind vaak niet direct. Om een goede band met het kind te kunnen ontwikkelen is het belangrijk de signalen die het kind laat zien te begrijpen en er op een juiste manier op te reageren. Adoptieouders en -kinderen zullen elkaar in de eerste aanpassingsfase moeten gaan begrijpen en hun gedrag en reacties op elkaar af gaan stemmen. De video kan hierbij een handig hulpmiddel zijn.

Video interactie begeleiding is geen vorm van hulpverlening, maar individuele begeleiding van adoptieplaatsingen. Deze vorm van opvoedingsondersteuning vindt voor een belangrijk deel plaats bij de adoptieouders thuis.

Het proces van video interactie begeleiding bestaat uit de volgende stappen:

- op video vastleggen van gezinsactiviteiten;
- beeld-voor-beeld analyseren door speciaal opgeleide medewerkers;
- met de ouders bekijken en bespreken van de opnames en geven van tips.

Doelstelling

Het doel van video interactie begeleiding is adoptiegezinnen ondersteuning te bieden bij de ingroei van hun adoptiekind(eren) in hun gezin, zodat de hechting tussen ouder(s) en kind(eren) zo voorspoedig mogelijk verloopt. Ook kunnen eventuele ontwikkelingsstoornissen op deze manier zo vroeg mogelijk worden ontdekt. De begeleider kan dan samen met de ouders zoeken naar de meest geschikte vorm van hulpverlening.

Video: een geschikt hulpmiddel

Kinderen die zich lang onveilig hebben gevoeld, weinig kans hebben gehad om zich aan iemand te hechten, kunnen soms minimale signalen uitzenden om contact te leggen of om hun wensen kenbaar te maken. Ook kan het zijn dat ze op een heel 'onhandige' manier om aandacht vragen, zodat het lijkt alsof ze het tegenovergestelde willen van wat ze eigenlijk nodig hebben.

De video legt het gedrag van het kind vast, ook het gedrag dat misschien niet zo snel opgemerkt wordt. Door de beelden langzaam, stuk voor stuk, te bekijken blijkt soms dat het kind een aantal (non-verbale) signalen uitzendt, die de adoptieouders in eerste instantie niet hebben opgemerkt. Door samen de beelden te bekijken kunnen adoptieouders de signalen van het kind eerder herkennen en zien zij hoe het kind reageert op het gedrag van adoptieouders.

Situaties waarin video interactie begeleiding in beeld komt

Niet iedere adoptieouder die nadenkt over video interactie begeleiding heeft dezelfde vraag.

Bij de afdeling Video Interactie Begeleiding bij Adoptie (VIB) van de Stichting Adoptievoorzieningen komen ouders met de meest uiteenlopende vragen, zoals:

- Ons kind is altijd zo stil en teruggetrokken, zou hij zich wel prettig bij ons voelen?;
- Onze dochter is nu al bijna een jaar bij ons, ze kan erg driftig zijn en de driftbuien nemen steeds meer toe, moeten we hulp gaan vragen of hoort dit bij haar karakter?;
- We hebben na een paar maanden nog steeds niet het gevoel speciaal voor ons kind te zijn, ze gaat met iedereen mee;
- Binnenkort adopteren wij een meisje van 5 jaar, ze heeft tot voor kort bij haar moeder gewoond, die plotseling overleden is. We zijn bang dat ze in een rouwproces zal komen en

willen daar graag wat ondersteuning bij;

- Ons kind wijst mij erg af, hij slaat en schopt en bijt mij. Tegen mijn man doet hij juist lief en aanhankelijk. Hij is nu vier weken bij ons. Hoort dit erbij en wat kan ik doen?;
- We kennen de achtergrond van ons kind niet. Het lijkt ons gewoon prettig dat er iemand over onze schouder meekijkt in die eerste periode.

Werkwijze

Het filmen

De begeleiding bestaat uit vier keer filmen en vier keer nabespreken. Een opname van ongeveer vijftien minuten per keer blijkt over het algemeen ruim voldoende te zijn. Ouders kunnen zelf aangeven wat er gefilmd wordt, bijvoorbeeld het samen aan tafel eten of samen een spelletje doen. De eerste twee opnames vinden vrij snel na elkaar plaats. In gezamenlijk overleg volgt er na drie en na zes maanden een follow-up opname om te kijken hoe het gaat.

Het nabespreken

De beelden worden eerst door de video interactie begeleider beeld voor beeld geanalyseerd. Daarna worden de opnamen samen met de ouders bekeken en besproken. In de nabespreking wordt het gedrag dat op de video te zien is benoemd. Ook worden concrete suggesties gegeven om het contact tussen ouder en kind verder uit te bouwen.

Bij het nabespreken is er ruimte voor algemene en adoptiespecifieke vragen over de ontwikkeling en opvoeding van uw kind.

Ouders zijn doorgaans erg enthousiast over deze ondersteuning en vinden het prettig om samen met een deskundige te kijken naar de interactie en gedragspatronen binnen hun gezin.

Veel gestelde vragen

1. Waarom richt de VIB zich op de eerste periode na plaatsing?

In de eerste periode na plaatsing is het kind bezig vertrouwen op te bouwen. Ook wordt in deze periode de basis gelegd voor de banden die het met de ouders aangaat. Preventieve video interactie begeleiding kan dit proces in die periode versnellen.

2. Moet er iets aan de hand zijn om voor VIB in aanmerking te komen?

De video interactie begeleiding van de VIB is er juist op gericht om ondersteuning te bieden in gezinnen waar geen probleemsituaties zijn. Als tijdens het intakegesprek blijkt dat er sprake is van hechtingsproblemen of zeer bijzondere ontwikkelings- en opvoedingssituaties zal de VIB doorverwijzen naar andere dienst- en hulpverleningsorganisaties.

3. Als er straks een onbekend iemand met een camera ons staat te filmen, dan zit iedereen toneel te spelen. Wat heb je er dan aan? Je zou ons eens moeten filmen als...

Dat geldt voor de meeste gezinnen. In het begin is het even wennen. Maar al heel snel zullen kinderen doorgaan met waar ze mee bezig waren, dus dan wordt het voor iedereen wat gemakkelijker. We hoeven niet meteen een 'moeilijke' situatie te filmen, omdat het gedrag van een kind op een rustig moment net zo veel kan zeggen als op een lastiger moment.

4. Hoe lang duurt een video-opname?

Een opname van tien minuten is vaak al voldoende.

5. Wat nemen jullie op?

We proberen dan een alledaagse situatie op te nemen zoals een maaltijd, het thuiskomen na schooltijd of het naar bed gaan. De video interactie begeleider spreekt in overleg met de

ouders de te filmen situatie en een geschikt moment af.

6. Wie moeten er allemaal bij zijn als de video interactie begeleider een opname komt maken?

Het liefst maken we een opname waar alle gezinsleden bij aanwezig zijn. Het wordt dan zichtbaar welke invloed het gedrag van het kind heeft op alle gezinsleden en andersom.

7. Gaan jullie kijken wat ik allemaal fout doe?

Nee, integendeel. Onze ervaring is dat adoptieouders in de regel hun kind al veel te bieden hebben. Er wordt dan ook juist gekeken naar wat de sterke kanten zijn, teneinde die te gebruiken bij de hulp aan het kind. De video-opname laat ook zien hoeveel invloed je als opvoeder (ongemerkt) hebt op het gedrag van het kind en hoe je die op een positieve manier kunt gebruiken.

8. Welke kosten zijn er verbonden aan de video interactie begeleiding?

De ouderbijdrage voor de totale begeleiding bedraagt €115,- voor vier opnames en vier nabesprekingen.

9. Waar kan ik me aanmelden?

Voor aanmelding en informatie kunt u op werkdagen van 9.30 tot 13.30 uur telefonisch contact opnemen met de VIB: 030 – 238 13 36. Na aanmelding vindt er een telefonisch intakegesprek plaats met één van de medewerkers van de VIB.

Uitgangspunten

Bestemd voor alle adoptiegezinnen

Ieder adoptiegezin kan in de eerste drie jaar na aankomst van hun kind(eren) video interactie begeleiding bij de VIB aanvragen. In deze periode komt de hechting tussen adoptieouders en hun kinderen op gang.

Na aanmelding volgt er een telefonisch intakegesprek met één van de video interactie begeleiders. De ouderbijdrage voor de totale begeleiding bedraagt € 115,-

Preventieve karakter

De video interactie begeleiding die door de VIB wordt verzorgd heeft een preventief karakter. Dat betekent dat de begeleiding plaatsvindt zonder dat er sprake is van probleemsituaties.

Als tijdens de begeleiding blijkt dat er zich bepaalde problemen voordoen, dat er behoefte is aan verdere hulp, dan wordt samen met de ouders bekeken wie die hulp zou kunnen bieden en kan worden doorverwezen.

Wisselwerking tussen ouder en kind

Twee belangrijke onderwerpen waar bij video interactie begeleiding aandacht aan besteed wordt, zijn communicatie en hechting. Communicatie en hechting zijn beide processen die gekenmerkt worden door tweerichtingverkeer. Bij video interactie begeleiding wordt er nadrukkelijk van uitgegaan dat relaties vorm krijgen door de bijdragen van alle betrokken partijen.

Uitgaan van de kracht in gezinnen

Bij het bekijken van de videobeelden staan ouders soms versteld van de onopgemerkte signalen die uitgezonden worden. Zij zijn verrast door de veelheid aan momenten waarop sprake is van communicatie. Bij video interactie begeleiding staan juist die momenten

centraal. Het is geen methode die uitgaat van het moeten corrigeren van de bestaande situatie. Het uitbouwen van die communicatie is uitgangspunt. Daarbij is het leren benoemen van de contactmomenten belangrijk.

Medewerkers

De video interactie begeleiding wordt gegeven door medewerkers die zich gespecialiseerd hebben in deze vorm van ondersteuning aan adoptiegezinnen. Zij hebben allen een pedagogische opleiding en/of werkervaring. Veel van de video interactie begeleiders hebben als VIA-voorlichter gewerkt. Zij beschikken dan ook over specifieke deskundigheid op het gebied van adoptie.

EMDR

EMDR is een therapie voor kinderen, jongeren en volwassenen die last blijven houden van een schokkende ervaring of beleving.

De therapie kan al worden gegeven bij kinderen van nog geen twee jaar oud. Het kan gaan om iets wat vrij onschuldig lijkt of om heel ernstige gebeurtenissen.

Het kan gaan om bijvoorbeeld een faalervaring, de ervaring dat steeds iets net niet lukt, pesterijen, verdwalen, een nare medische behandeling, een bijna verdrinking, een verkeersongeval, een overval, getuige zijn van geweld, het verlies van een dierbare, verwaarlozing, verlating en misbruik.

Bij jonge kinderen kan het ook gaan om fasegebonden angsten (angst voor spoken, angst voor donker) en gedrag samenhangend met hechtingsproblemen. Angsten kunnen bij jonge kinderen ook ontstaan doordat ze zijn gaan fantaseren over een film of een boek, geschrokken zijn enz.

Behandeling is zinvol als de herinnering aan de ervaring zo belastend is of de angsten zo groot worden dat ze het dagelijks leven verstoren.

Bij EMDR hoef je bijna niet te praten over wat er is gebeurd. Hierdoor is het minder belastend en voor jonge kinderen vaak een “spel”. De therapeut vraagt je er aan te denken en leidt je dan af met een geluid of een beweging. Dit gaat een tijdje door, zodat er een verwerkingsproces op gang komt. Vrij snel verdwijnt de spanning en angst.

EMDR kan snel starten na de nare gebeurtenis. EMDR kan afzonderlijk worden toegepast of als deel van een therapie.

Als EMDR afzonderlijk wordt toegepast zijn meestal drie tot vier contacten nodig. In een eerste contact worden de klachten geïnventariseerd en uitleg gegeven over de behandeling. Deze wordt in de 2^e en 3^e sessie uitgevoerd, waarna een controlecontact wordt afgesproken. Soms blijkt dat onder het bewerkte trauma, nog een trauma ligt. Dit kan een reden zijn hierop door te werken.

Meer informatie over EMDR kunt u vinden op: www.emdr.nl

drs. Jan de Vries, GZ-psycholoog, Kinder en Jeugd psycholoog NIP
(<http://members.chello.nl/t.visser10/>)

Coaching voor jongeren

Jongeren zitten in een dynamische levensfase. Veel verandert. Mogelijkheden nemen toe, maar ook eisen worden zwaarder. Het hoort bij jongeren dat het de ene periode beter gaat dan de andere periode. Soms gaat het te lang niet goed of op te veel gebieden niet goed. Coaching of therapie kan helpen de gewone ontwikkeling weer op gang te brengen. Er wordt ingegaan op de belevingswereld van de jongere en manier waarop met dingen wordt omgegaan. Contact is meestal eens per twee weken of (een periode) iedere week. Net als andere behandelingen is het contact meestal drie kwartier per keer. Juist bij jongeren is het soms korter, omdat er soms al genoeg gedaan is.

De vorm van de contacten kan erg verschillen. Dit is afhankelijk van wat past bij de jongere en het doel van de therapie of coaching is. Er wordt meestal gepraat, waarbij veel aandacht is voor praktische zaken. Er wordt soms gewerkt met vragenlijsten om jezelf beter te leren kennen, huiswerkopdrachten, tips en trucs en inzichtgevende gesprekken. Door samen na te denken over verschillende onderwerpen zetten we het op een rijtje, bedenken alternatieven en gaan hiermee aan de slag. Er kan aandacht zijn voor eventuele belastende ervaringen uit het verleden.

Af en toe kan er een overleg zijn met de ouders. Ook overleg met school kan zinvol zijn. De inhoud bespreek ik met de jongere of de jongere is bij het overleg. Soms is het juist niet handig dat ik het overleg met de ouders heb. Het is dan verstandig een aparte ouderbegeleider in te zetten. Hiervoor werk ik dan samen met een collega.

drs. Jan de Vries, GZ-psycholoog, Kinder en Jeugd psycholoog NIP,
Orthopedagoog-generalist NVO.

Therapie voor kinderen

Therapie voor kinderen is een vorm van hulp voor het kind. Er wordt ingegaan op de belevingswereld van het kind en de manier waarop met dingen wordt omgegaan. Doel is om het kind te helpen conflicten of angsten op te lossen, gedrag te veranderen en zijn gewone ontwikkeling verder door te maken. Ook is er aandacht voor eventuele belastende ervaringen. Contact is meestal eens per twee weken of (een periode) iedere week.

De vorm van de contacten kan erg verschillen. Dit is afhankelijk van wat past bij het kind en wat het doel van de therapie is. Er kan gestructureerd, semi-gestructureerd of meer losmakend worden gewerkt. Er kan worden gewerkt met huiswerkopdrachtjes, training, dagboekjes of er wordt in de therapie alleen gespeeld, geschilderd, spelletjes gedaan, naar muziek geluisterd enz. Via spel, contact, het verwoorden van wat er speelt en opdrachtjes help ik het kind thema's te begrijpen, te verwerken en er mee verder te kunnen. Therapie steunt, maar is (in een later stadium) ook confronterend. De eerste sessies gaan vooral over het opbouwen van contact en vertrouwen.

Hoe jonger het kind, hoe belangrijker de afstemming met de ouders is. Het kind mag in therapie zijn eigen dingen uiten. Vaak helpt het hem juist dat ouders dit niet direct weten. Toch moeten ouders mee blijven doen en kunnen geheimen belastend worden. Af en toe heb ik dan ook overleg met de ouders om bij te praten over hoe het gaat. Bij complexere problemen is het soms verstandig een aparte ouderbegeleider in te zetten. Hiervoor werk ik dan samen met een collega.

Ondersteuning voor ouders

Hulp aan kinderen heeft vaak de vorm van ouderbegeleiding. Behandeling wordt op deze manier gedaan in het dagelijkse leven, door de mensen die het meest met het kind om gaan. Hierdoor kunnen de beste effecten ontstaan. Er is aandacht voor hoe dingen thuis lopen en hoe ouders dingen doen. We hebben als het ware een "werkbespreking" over de verschillende voorvallen. In het begin kan dit lastig zijn. We weten allemaal wel dat we in de opvoeding fouten maken, maar als het niet goed gaat met ons kind voelen we ons toch schuldig. Toch geeft ouderbegeleiding vaak de beste kansen op verbeteringen. Er wordt gekeken welke vorm aansluit op uw opvoedingsstijl. Contacten zijn in het begin vaak eens per twee weken en hierna eens per maand. Tussentijds is zo nodig telefonisch overleg.

Soms is ouderbegeleiding ook zinvol, als therapie voor het kind of de jongere zelf te belastend is. Ouders worden dan ondersteund om "een vangnetje" te zijn en aanzetjes te geven voor verandering. Dit kan therapie overbodig maken, therapie voorbereiden of therapie ondersteunen.

Ouder en kind behandeling

Ouder en kind behandeling is een vorm van hulp waarbij de onderlinge band, gevoel van vertrouwen en omgang wordt verbeterd. Er zijn contacten met ouder en kind. Er worden dan bijvoorbeeld oefeningen gedaan of gepraat over dingen, wat thuis niet zo snel gedaan kan worden. Hiernaast is er zijn er afzonderlijke contacten met de ouders waarin uitleg wordt gegeven, huiswerkopdrachten worden besproken en aandacht kan zijn voor verschillende problemen rond het kind. Een speciale vorm van ouder-kind behandeling bij kinderen met een hechtingsprobleem is de "therapie terug naar het begin" van dr. G. de Lange.

Baby's, peuters en kleuters

Jonge kinderen zijn volop in ontwikkeling. Er wordt een belangrijke basis gelegd voor later. Met je baby, peuter of kleuter kan het een periode minder goed gaan. Het kan gaan om problemen die alle jonge kinderen hebben, maar ook problemen die niet iedereen heeft. Je kind kan veel ziek zijn, een moeilijk temperament hebben, angstiger of drukker zijn dan andere kinderen, je kunt als ouder zelf een periode hebben dat je niet optimaal functioneert enz. Ook gebeurtenissen (verhuizen, ziekenhuisopname, verlies van een ouder, echtscheiding, bezoeksregeling) kunnen juist op deze leeftijd grote gevolgen hebben voor het gedrag van je kind.

Jonge kinderen kunnen zelf nog niet goed vertellen wat er aan de hand is. Ze laten via hun gedrag zien hoe het met ze gaat. Tegelijkertijd is dit gedrag ook nog “niet af” en in ontwikkeling. Baby’s kunnen bijvoorbeeld veel gaan huilen en slecht eten. Peuters en kleuters worden koppig, angstig, boos enz. Peuters en kleuters willen niet meer alleen slapen, eten slecht, zijn ongehoorzaam, kunnen slecht spelen enz. Het is gedrag wat alle baby’s, peuters en kleuters kunnen hebben, maar bij extremen kan dit wijzen op problemen. Als ouder van een baby, peuter of kleuter is het terecht je zorgen te maken over je kind. Niet alles gaat zo maar over. Veel dingen die later een probleem kunnen worden, kan je nu nog gemakkelijk beïnvloeden.

In begeleiding kijken we naar de ontwikkeling van je kind. We onderzoeken of het een normale reactie is of dat het buitensporig is. Er wordt gescreend op achterstanden en eventuele ontwikkelingsproblemen. Dit doen we door samen te praten over je kind en te observeren. Soms kan een psychologisch onderzoek helpen of advies van een arts, kinderfysiotherapeut of logopedist.

Hierna werken we zo nodig aan het bijsturen van de ontwikkeling van je kind. Soms heeft je kind meer tijd nodig om zich te ontwikkelen. Soms is het handig iets extra’s te doen. Er is aandacht voor de emotionele ontwikkeling, het gevoel van veiligheid, geborgenheid en het gedrag. Meestal kan dit via ouderbegeleiding. Ouders worden ondersteund, krijgen informatie en samen zoeken we naar een stijl waarbij je kind en de ouder zich prettig gaat voelen en zich verder kan ontwikkelen.

drs. Jan de Vries, GZ-psycholoog, Kinder en Jeugd psycholoog NIP,
Orthopedagoog-generalist NVO

(<http://members.chello.nl/t.visser10/>)

Behandelprogramma Mentalization- Based Treatment (MBT)

De psychotherapeutische deeltijdbehandeling MBT is bestemd voor mannen en vrouwen vanaf ongeveer 18 jaar met een ernstige borderline persoonlijkheidsstoornis. Deze problematiek kenmerkt zich door een instabiel zelfbeeld, sterk wisselende stemmingen, en een beperkte emotionele controle soms leidend tot agressief, (zelf)destructief en/of impulsief gedrag. Soms zijn er psychotische belevingen. Hierdoor ontstaan er vaak problemen op een breed terrein van persoonlijke en sociale situaties. Voorbeelden hiervan zijn intense en instabiele relaties, financiële problemen, problemen met het aanhouden van werk en/of afmaken van een opleiding.

Bij de toelating tot dit programma gelden zo min mogelijk uitsluitingscriteria wat betreft de ernst van de stoornis en bijkomende probleemgebieden. Ook mensen die bijvoorbeeld veelvuldig zelfdestructief gedrag vertonen, komen voor MBT in aanmerking.

Het MBT-programma is in Engeland ontwikkeld door Anthony Bateman in samenwerking met Peter Fonagy. De behandeling is een van de weinig goed onderzochte behandelingen voor mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis.

Bij de MBT wordt uitgegaan van het principe dat een borderline persoonlijkheidsstoornis een stoornis is in de hechting en in het mentaliseringsvermogen. Mentaliseren houdt in dat mensen het doen en laten van zichzelf en anderen waarnemen en begrijpen in termen van gevoelens, gedachten, bedoelingen, verlangens. Patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis hebben vaak problemen op dit gebied. Als iemand bijvoorbeeld chagrijnig naar hen kijkt, kunnen ze dat meteen op zichzelf betrekken. Ze kunnen zich dan niet voorstellen dat andere redenen een rol kunnen spelen die misschien niets met hen te maken hebben, zoals slecht geslapen hebben of net uit het werk komen en nog daarover in gedachten verzonken zijn. De patiënten reageren direct op wat zij menen waar te nemen – dat is voor hen de werkelijkheid. Ze denken bijvoorbeeld dat de ander boos is op hen, en gaan dan in de aanval.

In de MBT wordt de patiënten geleerd te ‘mentaliseren’. Dat betekent dat zij het doen en laten van zichzelf en anderen leren waar te nemen en te begrijpen in termen van gevoelens, gedachten, bedoelingen, verlangens. Hierdoor nemen zij meer afstand van het intense gevoel van het moment en zullen zij uiteindelijk beter met stresssituaties om kunnen gaan en minder impulsief, agressief en zelfdestructief gedrag gaan vertonen. Uiteindelijk zal het beter kunnen mentaliseren ook een positieve invloed hebben op het interpersoonlijk en sociaal functioneren.

Het doel

Algemene doelen van de behandeling zijn:

- Committeren van de patiënt aan de behandeling
- Verminderen van algemene psychiatrische symptomen, met name depressie en angst
- Verminderen van zelfdestructief gedrag en suïcidepogingen
- Verbeteren van sociaal en interpersoonlijk functioneren
- De afhankelijkheid van opnames verminderen

Uiteraard wordt voor iedere patiënt in de beginperiode een individueel behandelplan gemaakt.

De behandeling

Tijdens de behandeling krijgen patiënten gedurende 18 maanden vijf dagen per week een deeltijdprogramma aangeboden. Het programma loopt van maandag tot en met vrijdag, start om 9:00 uur en eindigt om 15:30 uur.

In een groep van circa 8-10 personen krijgen zij dagelijks een gevarieerd programma aangeboden, bestaande uit groepstherapie, creatieve therapie beeldend, een schrijfgroep, medicatiespreekuur, ontspanningsoefeningen en een groepsactiviteit. Elke week wordt een sessie Cognitieve Gedragstherapie aangeboden, waarbij de patiënt probleemoplossende vaardigheden kan leren. Een keer per week heeft de patiënt individuele psychotherapie. Tevens zijn er individuele begeleidende gesprekken met de persoonlijk begeleider gericht op sociale en maatschappelijke problemen.

Een MBT team werkt outreachend. Dat wil bijvoorbeeld zeggen dat indien nodig een patiënt die de behandeling abrupt wil beëindigen actief wordt benaderd door hem te bellen of thuis op te zoeken. Er wordt continu op een inventieve manier contact gezocht met de patiënt om te laten weten dat het team er voor hem is. Ook wordt er actief contact gezocht en onderhouden met andere betrokken hulpverleningsinstanties.

MBT heeft een vrij lange en actieve nabehandeling. Uit eerder onderzoek blijkt dat er een stijgende lijn waarneembaar is in het functioneren van de patiënt tijdens en na deze nabehandelingfase.

Behandeleffect

MBT is een behandelprogramma dat is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek uit Engeland. Gebleken is dat MBT effectiever is dan de standaardzorg. MBT is effectief gebleken in het verminderen van zelfbeschadigend gedrag, suïcidepogingen en anderszins impulsieve gedragingen die schadelijk voor de persoon kunnen zijn. Daarnaast zijn er ook uitgesproken positieve gevolgen voor de stemming en het angstniveau.

Na het volgen van 18 maanden MBT ervaren patiënten dat de klachten en oud (probleem)gedrag in belangrijke mate zijn veranderd. Tijdens de nabehandeling zullen zij ervaren dat de stijgende lijn zich doorzet.

September 2004

Angeniet Gillissen, Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong

(<http://www.moeilijkemensen.nl/info/MBT.html>)

Bijlage 2: Beantwoorde vragenlijsten

Vragenlijst voor gezinnen

Onze leeftijden zijn: 48 en 40 jaar, de kinderen 5, 11, 12 , 13 jaar

1 Adoptief ouders: Wat zijn uw beweegredenen geweest voor het adopteren?

Wij hebben altijd het idee gehad pleeg en/of adoptie kinderen in ons gezin op te nemen, biologisch eigen kinderen zijn er om medische redenen nooit gekomen dus is het bij adoptie kinderen gebleven.

2 Adoptief ouders: Kunnen jullie iets vertellen over de eerste periode van de adoptie? (Dingen die goed gingen, dingen die lastig waren)

Wij hebben vier kinderen geadopteerd twee als baby twee op oudere leeftijd. Eentje daarvan als bijna vijfjarige die hechtings problemen had/heeft. Verder hebben we eigenlijk weinig problemen ervaren en is alles eigenlijk goed gegaan.

3 Brusjes: Kunnen jullie daar iets over vertellen?

onderling gaat het eigenlijk vergelijkbaar met "gewone" gezinnen dezelfde overeenkomsten en ruzietjes onderling. Wij en de kinderen zelf ervaren zich als echte broertjes en zusjes.

4 Adoptiekind: Weet jij daar zelf nog iets van?

het kind dat op de oudste leeftijd hier kwam heeft nog vage herinneringen aan de tijd in haar geboorteland en twee van haar broers en zussen de anderen hebben daar geen herinnering aan maar we praten er wel over. Ook over de biologische ouders voor zover daar iets over bekend is.

5 Adoptief ouders: Adoptiekind Brusjes: Adoptief ouders: Wanneer merkten jullie dat het wat stroever ging en dat jullie er niet alleen uit zouden komen?

Na ongeveer een half jaar in Nederland na aankomst, ook na signalen op school die veel overeenkwamen met de signalen die we zelf zagen.

6 Kunnen jullie aangeven hoe jullie de stap ervaren naar de professionele hulpverlening?

Wij zijn terecht gekomen bij de tgv in Leiden, een onderdeel die gespecialiseerd was in pleeg en adoptie gezinnen met problemen ons kind heeft individueel therapie (creatief) gehad bij een gezinspsychologe in Gouda en wij gesprekken met een gezins begeleider en een beetje vib om het gehele gezin te zien. Dat werkte heel goed.

7 Hoe hebben jullie de hulpverlening zelf ervaren? (Was er genoeg begrip en kennis van jullie problematiek?)

Wij hebben het heel positief ervaren en hebben heel erg het gevoel gehad dat het aansloot bij wat ons gezin nodig had.

8 Zijn er aspecten van de hulpverlening die jullie ontoereikend vonden of waar jullie juist heel veel aan gehad hebben?

de gesprekken voor jezelf, dat je juist daar door de bevestiging kreeg dat je het goed deed en op de juiste weg was en de rust daardoor voor het hele gezin. maar ook het zien dat de therapie goed aansloot en er harmonie terug kwam in het gezin.

9 Hoe gaat het nu met jullie gezinssituatie?

we groeien nog steeds, kunnen het nu zonder hulp soms met nog wat vallen en opstaan en wat hindernissen in de vorm van pubertijd die gaat meespelen (drie tegelijk in het gezin) wat soms voor het nodige vuurwerk zorgt in een gezin met veel temperament. Maar we komen er wel!

10 Willen jullie zelf nog iets kwijt?

We voelen ons een heel gewoon gezin, met ups en downs die erbij horen.

Vragenlijst voor gezinnen

Gezinssamenstelling: vader (50), moeder (48) 1 biologisch eigen zoon (sinds 1,5 jaar uitwonend ivm studie), 1 geadopteerde zoon.

Onder behandeling: ja, bij deze instelling sinds januari 2003

Instelling: GGZ De Grote Rivieren, Dordrecht

1 Adoptief ouders: Wat zijn uw beweegredenen geweest voor het adopteren?

Al voor het huwelijk besproken dat (de zeer gewenste) kinderen niet alleen 'biologische' kinderen zouden zijn maar dat er ook plaats was voor kinderen die 'ouders nodig hadden'. Nadat vast kwam te staan dat er vruchtbaarheidsproblemen waren zijn beide trajecten, zowel dus het medische als het adoptietraject, gevolgd. Dit resulteerde uiteindelijk in bovengemelde gezinssamenstelling.

2 Adoptief ouders: Kunnen jullie iets vertellen over de eerste periode van de adoptie? (Dingen die goed gingen, dingen die lastig waren).

Het ging om een ernstig ondervoed en verwaarloosd kind met een enorme ontwikkelingsachterstand (was van te voren bekend). Voor wat betreft verzorging dus in geen enkel opzicht te vergelijken met onze oudste zoon. Er was sprake van een hele snelle ontwikkeling waardoor na twee jaar er een voorsprong op leeftijdsgenoten was. Ik heb het grote aantal uren 'werk' dat hij vergde nooit als bezwaarlijk ervaren.

3 Brusjes: Kunnen jullie daar iets over vertellen?

Mijn oudste zoon (hij was toen bijna 3 jaar) besepte goed dat hij een broer zou krijgen die veel van mijn tijd zou gaan vergen. Om ook hem voldoende tijd te geven heb ik geen betaalde baan gehad tot de jongste 4,5 jaar was. De oudste ziet zijn broer ook echt als 'zijn broer'; ondanks de hechtingsstoornis van de jongste. Zij hebben, ook nu nog, vrijwel dagelijks (vaak via MSN) contact met elkaar.

4 Adoptiekind: Weet jij daar zelf nog iets van?

Nvt. Hij was bij aankomst 9 maanden oud.

5 Wanneer merkten jullie dat het wat stroever ging en dat jullie er niet alleen uit zouden komen?

eerste hulpvraag bij de leeftijd van twee jaar. Er zou 'niets aan de hand zijn'. Daarna zijn er regelmatig hulpvragen geweest, ook vanuit de basisschool. 'Problemen zouden wel overgaan als hij naar het voortgezet onderwijs zou gaan'. Toen hij op 11-jarige leeftijd naar het voortgezet onderwijs ging escaleerde de situatie. Vanaf dat moment is er constant hulpverlening geweest. Adoptiekind: zag in eerste instantie de noodzaak van hulp niet in. Iedereen om hem heen moest maar veranderen dan had hij geen probleem. Sinds enkele jaren ziet en erkent hij de meeste problemen (sommige nog steeds niet). Broer: ziet zijn broer als jongen met een mentale handicap en probeert hier zo goed mogelijk (met veel aanpassingen) mee om te gaan. Veroordeelt het gedrag niet.

6 Kunnen jullie aangeven hoe jullie de stap ervaren naar de professionele hulpverlening?

de meeste hulpverlening blijkt waardeloos en onbetrouwbaar te zijn . Dit is onze ervaring van inmiddels vele jaren hulpverlening. Bureaucratische regels en veel papier- en vergaderwerk zijn belangrijker dan het belang van het kind, laat staan het belang van het gezin. De huidige hulpverlening die we hebben, heeft verreweg de beste resultaten opgeleverd. Adoptiekind; ziet mij (adoptiemoeder) als meest betrouwbare hulpverlener. Broer: wil niets met de hulpverlening te maken hebben.

7 Hoe hebben jullie de hulpverlening zelf ervaren? (Was er genoeg begrip en kennis van jullie problematiek?)

Als er al sprake is van begrip en kennis gaat dit om theoretische kennis van de problematiek. Van de situatie van alle dag in de praktijk heeft men weinig kaas gegeten. Voor wat betreft de behandeling/oplossen van de problemen is het helemaal triest gesteld. Je moet als moeder (of vader) alles zelf uitzoeken en mag al blij zijn als je een behandelplaats voor elkaar krijgt waar men hetgeen je uitgezocht hebt wil toepassen. Een 'kind' met een hechtingsstoornis heeft in Nederland wel behoorlijk verbaal en schriftelijk vaardige ouders nodig wil hij/zij voor enige behoorlijke hulp in aanmerking komen.

Adoptiekind: ziet tegenwoordig in dat hij veel hulp nodig heeft om op een behoorlijk niveau te kunnen functioneren. De gedragsproblemen voortkomend uit de hechtingsstoornis zijn bij de huidige behandelinstantie grotendeels verdwenen, de hechtingsstoornis niet.

8 Zijn er aspecten van de hulpverlening die jullie ontoereikend vonden of waar jullie juist heel veel aan gehad hebben?

de beste resultaten zijn bereikt met langdurig individuele psychotherapie. Bij eerdere hulpverlenende instanties was er soms sprake van goede gezins- en schoolbegeleiding (sterk afhankelijk van de hulpverlener en die wisselen nog al eens). Slechte ervaringen hebben we met VIB (video interactie begeleiding) en de vele uren die we kwijt zijn geweest met gesprekken die nergens toe hebben geleid (waarschijnlijk een soort bezigsheidstherapie voor hulpverleners)

9 Hoe gaat het nu met jullie gezinssituatie?

Moeizaam. Het is voor mij heel hard, 365 dagen per jaar werken, om mijn zoon op dit niveau te kunnen laten functioneren. Op goede momenten kan hij gelukkig wel kenbaar maken dat hij hier dankbaar voor is. Hij ziet zichzelf als een fysiek gezonde, maar mentaal gehandicapte, jonge man. Met mijn man heeft hij nauwelijks contact. Dat dit voor de gezinssituatie niet bevorderlijk is mag duidelijk zijn.

10 Willen jullie zelf nog iets kwijt?

Graag zou ik weten waar informatie te vinden is over hoe het nu verder moet. Wat zijn de mogelijkheden voor dit soort jongeren voor wat betreft zelfstandig leven. Ook een goed studieadvies zou zeer welkom zijn. Nu stelt de GGZ dat men daar niet voor

is en de school stelt dat deze situatie zo specifiek is dat zij er ook niets mee kunnen.
De moeder dus maar weer..... Misschien weet jij iets?????

Vragenlijst voor gezinnen

Gezinssamenstelling: vader 61, moeder 60, 2 kinderen 28 meisje, 26 jongen

Onder behandeling: nee

Instelling: niet

1 Adoptief ouders: Wat zijn uw beweegredenen geweest voor het adopteren?

Mijn man wilde adopteren als we kinderen wilden.

2 Adoptief ouders: Kunnen jullie iets vertellen over de eerste periode van de adoptie? (Dingen die goed gingen, dingen die lastig waren).

Onze dochter accepteerde onze zoon absoluut niet. Ze was gevaarlijk om met hem alleen te zijn. Toen onze zoon zichzelf begon te redden ging dat over. Inmiddels hebben we hele zware jaren gehad met onze zoon en onze dochter staat weer op het punt om met hem te breken, omdat hij dingen doet waarvan zij hem gevraagd heeft die niet te doen.

4 Wanneer merkten jullie dat het wat stroever ging en dat jullie er niet alleen uit zouden komen?

Agressief gedrag van onze zoon toen hij 15 was waar we niet tegen opgewassen waren. Hij werd 2x opgenomen voor diagnose, die niet gesteld heeft kunnen worden.

5 Kunnen jullie aangeven hoe jullie de stap ervaren naar de professionele hulpverlening?

Er was eigenlijk geen hulpverlening, alleen maar observatie. Toen het voor de medici ook te moeilijk werd, kregen we hem weer thuis omdat niemand meer iets met hem kon.

7 Hoe hebben jullie de hulpverlening zelf ervaren? (Was er genoeg begrip en kennis van jullie problematiek?)

ERG wisselend, maar niet echt slechte ervaringen. De voogd was erg bewogen en betrokken. Ook 1 therapeut die een korte tijd bij ons thuis kwam was erg bewogen en ervaren. Het is een heel lang verhaal met verschrikkelijke spanningen geweest.

8 Zijn er aspecten van de hulpverlening die jullie ontoereikend vonden of waar jullie juist heel veel aan gehad hebben?

Riagg Tiel was slecht en sloeg zozeer de plank mis. De voogd was erg goed. Ook het crisis eerste contact was erg goed en bewogen. Een intake gesprek in een ziekenhuis in Venlo was onbeschrijfelijk slecht en sloeg totaal de plank mis bij onze zoon.

9 Hoe gaat het nu met jullie gezinssituatie?

Vallen en opstaan vwb onze zoon. Hij doet nog steeds dingen, waarvan je denkt, als hij verder zou denken dan zijn neus lang is dan zou je die dingen nooit doen, die zo erg in zijn eigen nadeel werken. Er is iets niet goed in zijn impuls beheersing en in zijn terugkoppelings mechanisme. Hij leert niet of nauwelijks van zijn fouten. En wordt agressief als hij geremd wordt in zijn impulsen.

10 Willen jullie zelf nog iets kwijt?

Vragenlijst voor gezinnen

Gezinssamenstelling: (moeder 57) ouders en 5 kinderen en 2 gastkinderen (allen volwassen)

Onder behandeling: 1

Instelling: Particulier therapeut

1 Adoptief ouders: Wat zijn uw beweegredenen geweest voor het adopteren?

In eerste instantie: idealisme om te gaan adopteren en pleeg/gastkinderen op te nemen in ons gezin.

2 Adoptief ouders: Kunnen jullie iets vertellen over de eerste periode van de adoptie? (Dingen die goed gingen, dingen die lastig waren)

Zie mijn boek: gewoon omdat ik van jullie houd.
Hierin staan de 1^e 14 jaar beschreven.

3 Brusjes: Kunnen jullie daar iets over vertellen?

Al onze kinderen zijn geadopteerd. 3 in 1983 en 2 in 1988.
Zij ervaren zichzelf als een echt gezin (incl. de gastkinderen)

Adoptiekind: Weet jij daar zelf nog iets van?

Sprekend namens hen: ze zijn allen op oudere leeftijd geadopteerd: resp. 3,6,8 en 4 en 7 en hun adoptieverleden is altijd een gesprekspunt (geweest). Het hoort er gewoon bij.

4 Wanneer merkten jullie dat het wat stroever ging en dat jullie er niet alleen uit zouden komen?

Onze oudste 3 bleken na verloop verst.bep. te zijn en het nam ca 5 jaar voordat wij daar samen met de hulpverlening echt achter kwamen. Een jaar na aankomst kregen wij hulpverlening : meer een contactpersoon. Tot op heden is er nog sprake van een contactpersoon.

Een jaar na aankomst begon de stroom aan hulpverleners: speltherapeut/logopedist/sensomotoriek etc. Bij een kind is tot op heden sprake van therapeutische begeleiding.

5 Kunnen jullie aangeven hoe jullie de stap ervaren naar de professionele hulpverlening?

Niet moeilijk. Omgang met hulpverleners was daarentegen niet altijd makkelijk. Veel eigengereidheid en onderkenning ondervonden. Nu niet meer. Geef zelf nu voorlichting aan deskundigen. (www.overschatten.nl)

6 Hoe hebben jullie de hulpverlening zelf ervaren? (Was er genoeg begrip en kennis van jullie problematiek?)

Absoluut niet. En nu t.a.v. combinatie met verst.handicap en hechting evenmin. We geven nu voorlichting aan beroeps en zetten een intervisiegroep van hulpverleners op die zich met deze combinatie van handicaps bezig houden.

7 Zijn er aspecten van de hulpverlening die jullie ontoereikend vonden of waar jullie juist heel veel aan gehad hebben?

Contactpersoon/vraagbaak was/is ideaal.

Elkaar serieus nemen en goed naar elkaar leren luisteren en kunnen overleggen, win je veel mee.

8 Hoe gaat het nu met jullie gezinssituatie?

Met de meesten gaat het goed.

9 Willen jullie zelf nog iets kwijt?

Genoeg.

Vragenlijst voor gezinnen

Gezinssamenstelling: vader (62) moeder(60) zoon(23)

Onder behandeling: Niet meer

Instelling: Julianakinderziekenhuis Den haag afd Jeugdpsychiatrie 7 jaar
Riagg Haaglanden 14 jaar
Jeugdzorg Haaglanden 14 jaar
Justitiële Jeugdinrichting Zetten. Tot 18 jaar

1 Adoptief ouders: Wat zijn uw beweegredenen geweest voor het adopteren?

Ons eerste kind werd doodgeboren. Daarna durfde mijn man geen nieuwe zwangerschap aan. Ook omdat we toen al 36 en 38 waren. We hebben toen voor adoptie gekozen.

2 Adoptief ouders: Kunnen jullie iets vertellen over de eerste periode van de adoptie? (Dingen die goed gingen, dingen die lastig waren)

Onze zoon was een heel lief en sociaal kind. Na 6 weken ging hij naar de peuterspeelzaal. Hij leerde heel snel nederlands. Ik deed heel veel met hem. Eendjes voeren, kinderboerderij, fietsen, voorlezen. Alléén spelen deed hij niet. Op de basisschool waren andere kinderen niet gewend aan donkere kinderen en wilde in eerste instantie ook niet naast hem zitten. Bij een bezoek aan de speeltuin werd er een keer ,toen hij in de draaimolen zat, naar hem gespuugd. Toch maakte hij makkelijk contact, maar de vriendschappen liepen na verloop van tijd op niets uit. Waarom weet ik niet. Hij begon geld te stelen om op die manier vriendschap te kopen. Ook speelde hij graag letterlijk met vuur. Hij vond het op school erg moeilijk een opdracht zelfstandig uit te voeren. In die tijd zochten wij hulp en werd er in het Julianakinderziekenhuis gekeken of zijn geweten genoeg ontwikkeld was.

Brusjes: Kunnen jullie daar iets over vertellen?

Onze zoon is enig kind,

Adoptiekind: Weet jij daar zelf nog iets van?

Onze zoon is sinds zijn 14^e jaar niet meer thuis.

5 Wanneer merkten jullie dat het wat stroever ging en dat jullie er niet alleen uit zouden komen?

Toen onze zoon 14 jaar was besloot hij niet meer thuis te willen wonen. Hij heeft zelf contact gezocht met de jeugdpolitie en jeugdzorg. We hebben veel gesprekken gehad, maar hij ging eerst naar een crisisopvang en na een periode in een jeugdtehuis en een begeleid kamerproject is hij, om hem goed te kunnen behandelen, via de kinderrechter in een justitiële inrichting in Zetten terecht gekomen. Daar heeft hij tot zijn 18^e gewoond.

6 Kunnen jullie aangeven hoe jullie de stap ervaren naar de professionele hulpverlening?

De hulpverlening was bijna alleen op onze zoon gericht. Zeker nadat hij een OTS had gekregen waren wij buiten spel gezet. Wij zagen elkaar ook nooit zonder dat er andere mensen bij waren. Een maatschappelijk werkster, een psycholoog of psychiater of later zijn voogd waren er altijd bij als wij elkaar zagen. Wij hadden het gevoel dat we ons kind kwijt waren.

7 Hoe hebben jullie de hulpverlening zelf ervaren? (Was er genoeg begrip en kennis van jullie problematiek?)

In het Julianakinderziekenhuis werd er speciaal gezocht naar iemand die weleens met adoptie te maken had gehad. Die was toen niet eens makkelijk te vinden.

8 Zijn er aspecten van de hulpverlening die jullie ontoereikend vonden of waar jullie juist heel veel aan gehad hebben?

Het feit dat wij niet meer “meededen” was erg moeilijk. Wij werden wel op de hoogte gehouden, maar dat was dan ook alles. Toen onze zoon een zelfmoordpoging had gedaan, hoorden wij 14 dagen later dat “er wel het één en ander was gebeurd.”

9 Hoe gaat het nu met jullie gezinssituatie?

Wij hebben nu weer contact.

Onze zoon is 23 en is al vader van twee kinderen. Hij heeft een eigen rijkschool opgezet die goed draait. Echter drie weken geleden heeft zijn vriendin te kennen gegeven niets meer voor hem te voelen en niet meer samen te willen wonen. Onze zoon is er heel verdrietig onder.

10 Willen jullie zelf nog iets kwijt?

Sinds een goed jaar zit ik in het bestuur van de Landelijke Vereniging Voor Adoptieouders. Ik heb een paar symposia en studiedagen bijgewoond. Er zijn heus wel mensen die zich, zelfs op hoog niveau, met adoptie bezighouden. Het is jammer dat er niet sneller gereageerd wordt als er zich problemen voor doen. De omgeving vindt adoptieouders vaak overbezorgd en reageren met “dat doen gewone kinderen ook”. De hechtingsproblematiek zou eerder gezien moeten worden. Mijn man: Een kind van drie jaar is mogelijk al te oud om geadopteerd te worden denken we na onze ervaring (hechtingsproblemen!). Het heeft ons grote moeite gekost om in de hulpverlening iemand te vinden die iets met adoptie had. Verder ben ik van mening dat geadopteerde kinderen heftiger problemen krijgen in de puberteit dan niet-geadopteerde kinderen.

Vragenlijst voor gezinnen

1 Wat zijn uw beweegredenen geweest voor het adopteren?

Mijn toemalige vrouw was de eerste die echt heel graag kinderen wilde, al had ze al een dochter uit haar eerste huwelijk. Ik werd al gaande ook enthousiast. Adopteren omdat biologisch/medisch het niet kon. Toen het voorstel kwam, voelde ik reeds meteen een vader-verantwoordelijkheid, en ik heb, ondanks toestanden, hieronder beschreven, nog steeds 'vaderlijk' contact met de kinderen, zus en broer uit Madras, die inmiddels bijna 16 en 15 zijn.

2 Kunnen jullie iets vertellen over de eerste periode van de adoptie? (Dingen die goed gingen, dingen die lastig waren)

Bij het voorstel van Meiling werd op onze nadrukkelijke vraag verteld dat ze een gezinsachtergrond kenden, zodat we niet bang behoeften te zijn voor hechtingsgestoorde kinderen, wat ons erg zwaar zou lijken qua draagkracht. Tijdens het voortraject bij Meiling kregen we een tweede rapport uit India via Meiling, dat we van Meiling snel moesten ondertekenen, omdat zo de adoptiekinderen snel naar Nederland zouden kunnen komen en omdat het meteen met een ander adoptiedossier naar India kon. We hebben het eerst de huisarts laten controleren (Meiling deed dat niet, al heeft Meiling een deskundige!) en we zagen geen echte onverwachte dingen en tekenden. Wel vroegen we aan Meiling wat 't betekende dat één kind van (toen) al 4 niet goed zou kunnen spreken. We vroegen bij uitblijven van antwoord het nogmaals. Pas op Schiphol, nadat de escort ons de kinderen hadden gegeven, vertelde ze (Meiling) dat deze kinderen beide niet konden spreken en lidtekens hadden, omdat ze een wel erg spreekwoordelijke stiefmoeder hadden gekend, de mishandelde. Van zulke kinderen is weinig hechtings te verwachten en de moeder, mijn vrouw, zou -naar hun zeggen- het wel moeilijk krijgen. (Dat was dus niet conform onze bemiddelingsvraag, in tegendeel).

We zagen al spoedig dat ze catatonische houdingen aannamen en bij kleine dingen in paniek raakten. Daarnaast hadden ze 8 (!) soorten lintwormen en schurft, waren ze verzwakt e.d., zodat we ook een medische en diëtistische lijn moesten volgen (wat we wel zo'n beetje hadden verwacht). We vroegen dus al snel om nazorg, bij Meiling; dat was niets, enkel een verwijzinkje naar Nerva. Die verwees door naar WAN. Die verwees door naar de TGV (Therapeutische Gezinsverpleging, nu denk ik anders genaamd). En de TGV deed geen onderzoek, maar na een paar gesprekken werd voorgesteld de kinderen te laten onderzoeken en behandelen in een MKD (Medisch Kleuter Dagverblijf), waar een wachtlijst van anderhalf jaar voor was. (En dat op een kinderleeftijd van ca. 5 jaar: te gek!). Het alternatief werd opname in het Medisch Kindertehuis Kinabu te Zeist. Dat zou snel gaan. Telkens een belofte van een datum. En telkens ging een plaatsing via de RvdK (RvdKinderbescherming) voor: uitstel op uitstel. We hadden gelezen dat de hersenen waar de eerste taal plaatsvindt zich moet hebben ontwikkeld voor het 6e à 7e levensjaar, dus was haast geboden vanwege het niet spreken (was geheel niet ontwikkeld in India 'omdat ze de taal wel in NL zouden leren', en natuurlijk niet ontwikkeld vanwege mishandelingensituatie, waaraan Meiling had moeten kunnen herkennen dat het eigenlijk geen goede matching was: duidt op hechtingsstoornis.). Dus wij dachten slim te zijn de Raad te bellen. En zowaar: zonder enige vorm van overleg werden we met een ots en uithuisplaatsing opgezadeld, zodat de kinderen, die overdag in een peuterdagverblijf waren, waar ze goed ontwikkelden,

niet eens meer thuis kwamen voor de gedwongen opname, zonder begeleiding of uitleg. Weg tweede ouders: goed voor de hechting??

De Raad (zo ontdekte ik na archiefonderzoek) heeft Kinabu misleidend en vals geïnformeerd over ons, zodat we als criminelen werden behandeld, en geen enkel adoptologisch advies werd serieus genomen. Geïndiceerd onderzoek bleef uit. Ook nadat de rechter er om vroeg. De Raad wilde ons ontzetten. Reden: Meiling vond dat wij ambivalent waren en de kinderen snel naar een ander gezin moest - zonder onderzoek!

Hoger beroep (na tijden) wees dat ze wel eerst onderzocht moesten worden. Inmiddels was op advies van prof. Hoksbergen, die zei dat één bezoek per week te weinig was, dat ene bezoek per week door de Raad omgezet naar -tegendraads- een per twee weken: dus nog minder, terwijl Hoksbergen wees op het hechtingsbelang!

Na anderhalf jaar procederen (duur!) werd de Raad veroordeeld, maar bleek uit - eindelijk- onderzoek dat de kinderen, waarvan het jongentje dat bij ons net iets ging spreken nu helemaal niets meer sprak en het meisje alleen stotterend ietsje kon zeggen in tweewoर्डzinnen, te onthecht waren voor gezinsplaatsing. Wij mochten een voogdij-instelling benoemen! De William Schrikker: gespecialiseerd in ook emotioneel gehandicapte kinderen.

We werden zelfs nog na de veroordeling van de Raad als crimineel behandeld, wat leidde tot over de rooie gaan van mijn vrouw: gescheiding...

De eerste voogdes stond omgang toe eens per jaar. Gelukkig kreeg ze een andere baan. De tweede voogd ging met mij en de kinderen uit, en sindsdien mag ik om de twee maanden de kinderen bezoeken in hun nu gelukkig betere kindertehuis, zo'n anderhalf uur van thuis komen uit school tot hun eten. Nu ik een derde voogd heb, want ze mogen niet hechten.. aan een voogd, en de voogdes nu geen te dik geworden dossiers wil lezen, gaat het nog beter zonder stempel van de Raad. Ik voel me vader, maar met de gekke scheiding van berusting dat ik weinig te zeggen heb en dat mijn woorden gewogen worden door de leiding.

Is dit genoeg?

3 Brusjes: Kunnen jullie daar iets over vertellen?

4 Adoptiekind: Weet jij daar zelf nog iets van?

Ze zijn nu bijna 16 en 15 jaar. Zij kan nu iets beter en met iets meer woorden spreken, stottrend en moeilijk verstaanbaar, en hij kan ook moeilijk artikulerend beter spreken, maar heeft zijn hoofd bijna geheel bij computerspelletjes; niets anders 'leeft'. Zij vraagt wel veel aan mij. En van de leiding krijg ik dan het commentaar dat ik niet zo veel op vragen in moet gaan. Daar zou de psychiater voor zijn...(!). Jaja.

Wat leuk is, dat ze wat filosofisch is, passend bij haar Hindoeïstische achtergrond. Ze waren vegetarisch in India, en bij ons. Van de Raad moesten ze vlees eten, waarop het meisje veel problemen kreeg aan o.a. haar huid. Ze weet dat ik geen vlees eet, en is spontaan geen vlees meer gaan eten, waarop haar huid gelukkig weer is bijgetrokken. Een mooie meid.

Ze weten (ook middels het fotoboek, waarin veel foto's van het Indische kindertehuis ook nog, en de aankomst en eerste dagen) van hun adoptie. Het meisje vraag er ook vaak naar. We hebben zelfs een video, maar die mogen ze niet zien van de leiding. Daarover moet ik nu weer met de derde voogd onderhandelen, en ook over hun achternaam. De Raad wilde niet mijn achternaam en gaf alleen het jongentje de achterste helft van zijn voornaam als achternaam. Het meisje kreeg haar voornaam ook

als achternaam, wat ze niet leuk vind. Ik heb gevraagd de achternaam van hun Indische (ongehuwde) vader te geven. Maar de ambtenarij..... (Het kan nu na zoveel jaar, maar de tegenwerking om wat te doen).

De kinderen zijn lief met grote achterstand (ZMLK-school enz.), slechts deels bewust van cognitief gehandicapt te zijn; ze mogen er zijn: geen enkele destructieve instelling, alles nemend. Wel is het meisje boos geweest, maar ze heeft hulp gekregen om daarmee om te gaan, en ik vertel ze over dat ieder een (grond)moeilijkheid in zijn leven (moet) ervaren om zo zijn levensdoel van de ziel te ontdekken. Men kan zich stoten aan karma, of door bewustworden (zich van 'bovenaf' zien, niet middenin de gevoels- en denkstromen zittend) de stroming langzaam aan gaan leren zien. Ook hun Hindoestaanse godennamen werken mee, waar ze belangstelling voor hebben getoond.

5 Wanneer merkten jullie dat het wat stroever ging en dat jullie er niet alleen uit zouden komen?

Snel (-zie je wel aan verhaal).

6 Kunnen jullie aangeven hoe jullie de stap ervaren naar de professionele hulpverlening?

Het is niet alleen in andere landen, dat het niet op alle gebied goed of niet-goed gesteld is, doch ook in Nederland heeft men te maken met onwil tot herkenning, tot werken, tot beleidverbeteren. Ik werk nu op hoog niveau (MinJus, Tweede Kamer, Hoofdkantoor RvdK, Hooginspectie, etc.) aan beleidsverbeteringen beïnvloeden en voorstellen, richting geven, knelpunten aan het daglicht brengen. Want een ots onttrekt de gezinsleden hun instemmingsrecht.

Wanneer de hulpverlener het probleem niet juist diagnosticeert, en de ouders met belezenheid hem erop wijzen, dan kan de 'professional' het kind middels een ots aan de (invloed van de) ouders onttrekken. Dan gaat het kind de molen van ondeskundigen in.

En het kan tegenwoordig beter! Echter de Wet op de jeugdzorg is een *valkuil* voor deze specifieke gevallen. Er zijn nu al vele profs en andere deskundigen (zelfs een Commissaris v.d. koninging en een gedeputeerde van Gelderland) die onderkennen dat de ene wettelijke ingang niet de kennis in huis heeft om specifieke gevallen goed te kunnen helpen en verwijzen. En het handboek De Gezinsvoogd als Jongleur definiëert ouders in de hulpverlening allemaal als asociaal, onmondig of brutaal, niet-retrospectief, etc., waar ik me als adoptieouder geheel niet in herken: deze ouders moeten met kindbeschermingsogen worden bekeken: dus een valkuil: ots als hangend zwaard boven het hoofd, naar de luimen van de 'professional'. Gelukkig zijn er goede professionals bij! Maar als je er een oelewapper treft.....

7 Hoe hebben jullie de hulpverlening zelf ervaren? (Was er genoeg begrip en kennis van jullie problematiek?)

Dus niet zo geweldig, en heel erg duur!!! Ouders niet serieus nemend. Ouders naar derden vals beschuldigend zonder onderzoek. Niet-valide.

Ook Meiling/nazorg: na de nihilatie van hulp in het begin hebben we geen contact meer gehad; doch Meiling presteerde het 't MinJus een brief te schrijven hoe onze case zou zijn verlopen: we zouden vooraf kennis hebben gehad van de mishandeling (op Schiphol pas gehoord; zij, de escort, eerder in India zonder de fax of telefoon te

gebruiken!) en toch uitdrukkelijk de kinderen te willen laten overkomen en aan te kunnen: dus een leugen, waar *niets* aan gedaan werd toen ik dat aan de openbaarheid bracht! "Het was maar een uniek geval, zoals zo vele die niet bekend worden." Meiling informeerde de RvdK dus ook vals over ons en de kinderen, mèt gevolgen...., niet geheel in het belang van het kind (Kinderrechten eigenlijk schenden).

8 Zijn er aspecten van de hulpverlening die jullie ontoereikend vonden of waar jullie juist heel veel aan gehad hebben?

Is al, denk ik zo, aan de orde geweest.

9 Hoe gaat het nu met jullie gezinssituatie?

Ach, gescheiden en in de WAO is rustig. Emotioneel heb ik wel enige rust gevonden, omdat de rechtvaardigheid van Nederland betrekkelijk en werelds is. Mensen, en vooral ambtenaren en rechters, willen geen nare knelpunten horen, tenzij verwrongen door de journalistiek, maar niet om mee te gaan werken aan verbetering.

Veel werk, vrijwilligerswerk, om alle rapporten en Kamerstukken enz. te lezen, en om te zetten in ideeën om de drukke kamerleden voor te zeggen/ beïnvloeden, en in overleg te gaan met ideeën/knelpunten bij RvdK e.d..

Wat jammer is, dat het zo moeilijk is om andere vrijwilligers op de been te krijgen, of alleen maar om adoptieouders te vinden die hun ervaringen, een beetje gespecificeerd naar hulpverlener, BJz, gezinsvoogdij-instelling en RvdK, te willen geven. De enquête hieronder heeft zijn weg nog niet breed gevonden; alleen via De Knoop, waar ik reacties van terugkreeg: allemaal (richting hulpverleners): "neem ons serieus; maak kenniscentrum voor de plaats van het hulpdoolhof; drijf ons niet uit elkaar; ondersteun ouders in hun pogen, geef pedagogische 'gereedschappen'; enz."

De kinderen willen, ziende dat andere kinderen thuis bij een vader en/of moeder opgroeien, mogelijk wel bij mij wonen, doch gezien de financiële situatie en de scheiding, en de therapieën, en de meer afstandelijke houding waar ze behoefte aan hebben ook, is het niet mogelijk. Officieel juridisch ben ik niet hun vader, omdat ze al vóór dat eerste jaar in Nederland (voor het na een jaar minimaal afronden van de adoptieprocedure) in een *dure* situatie van speciale kindertehuizen en speciale scholen zijn gekomen. Dat zou ik niet alleen kunnen dragen.

Dus misschien wel een teleurstelling voor hen, maar wsch. beter zo. Ze mogen naar mij vragen als ze willen (in die jaren maar 1 x gebeurd), maar hun geheugen is wisselend, moeilijk zicht op te krijgen.

10 Willen jullie zelf nog iets kwijt?

Natuurlijk heb ik nu ook veel ervaring met echte goed-onderbouwde (naar wet) klachten, en hoe ze in de doofpot worden geschreven en onbehandeld gelaten, ook door rechter! Want de Wobka is immers (zie artikel 27/28) niet geheel gesanctioneerd, zodat de bemiddelaars hun gang kunnen gaan. En zo ook de jeugdhulpverleners en RvdK. De Nationale ombudsman ziet uiteindelijk zulke dikke dossiers dat ze de zaak niet willen onderzoeken, al wijs ik ze met de wettelijke situatie erop, ze nemen liever de smoes van de instelling over zonder in te gaan op motivering.

Ik adviseer ouders dan ook geen energie aan klagen te wijden, doch meldingen te maken aan inspectie, ministerie en ouderorganisatie van ervaren knelpunten.

Wel kan bij de Raad goed geklaagd worden, wanneer de Normen 2000 (IIe versie) niet zijn gevolgd, maar dat is een hele klus.

Vragenlijst voor de hulpverleners:

Beroep: GZ- psycholoog, K&J psycholoog NIP, orthopedagoog-generalist NVO.

Leeftijd: 40

Instelling: eigen praktijk. www.praktijkvoororthopedagogiek.nl

Opleiding: VU Amsterdam, orthopedagogiek. Rino NH Gz psycholoog.

1 Waar denkt u aan bij adoptieproblematiek?

Een vage verzamelnaam van hulpverleners voor uiteenlopende problemen, waarbij een samenhang met adoptie wordt gesuggereerd. Deze suggestie is meestal niet onderbouwd.

2 Wat voor soort adoptieproblematiek bent u in uw werk tegengekomen? (wat komt het meest voor, waar krijgt u bijna nooit mee te maken?)

- jonge kinderen en basisschoolkinderen met hechtingsproblemen en hiermee samenhangend –ongeorganiseerd- gedrag en emotionele problemen. Vaak geeft het opvoedingsonmacht bij ouders en school.
- Jonge kinderen en basisschoolkinderen met andere problemen (bijvoorbeeld ontwikkelingstoornissen, gedragsproblemen, leerproblemen), maar waarbij door eerdere hulpverleners een samenhang met adoptie is gesuggereerd. We onderzoeken de samenhang en kijken wat er nodig is.
- Jongeren met identiteit-, depressie of levensfase problemen, waarbij adoptie een van de verschillende aspecten is. We werken over de problemen, waarbij adoptie, afhankelijk van de fase, af en toe een aandachtspunt is. Het is voor jongeren prettig te weten dat ik op de hoogte ben van veel details en processen, zonder dat het op de voorgrond moet staan.
- Gezinnen met pubers, die moeite hebben met het loslaten en omvormen tot de volgende levensfase. Ik merk dat adoptiegezinnen vaak meer moeite hebben met openlijke conflicten, vanuit een onderliggende angst dat ze elkaar dan (toch) zullen verliezen. Meestal is dit in mijn praktijk gemengd met het vorige punt.

3 Wat heeft u geleerd uit boeken over dit soort problematiek en wat past u daarvan toe in de praktijk en wat juist niet?

Weinig. Ik ben primair specialist in onderzoek en behandeling rond hechting, trauma en intrapsychische klachten. Vanuit deze specialisatie heb ik veel met adoptiegezinnen en adoptiekinderen gewerkt en klinische kennis opgebouwd.

Wat is uw mening over adoptie en de problemen die u op dit gebied tegenkomt?

(Vindt u adoptie een oplossing of juist een valkuil en waarom vindt u dit?)

- Als hulpverlener moet ik mij in het algemeen niet een mening toe-eigenen over adoptie. Dit doe ik toch ook niet over gezinnen met biologische kinderen?. Adoptie is een gegeven.
- Adoptie is biologisch mogelijk. Hechting en hechtingsgedrag zijn biologische concepten gekoppeld aan de soort. Het gaat om wie beschikbaar is voor zorg, en niet of dit een biologische ouder is.
- Uit onderzoek komt naar voren dat adoptie voor het geadopteerde kind (statistisch) een ontwikkelingskans is. De meeste geadopteerde kinderen gaan het beter doen (ook bijvoorbeeld op een intelligentietest), dan de kinderen die niet geadopteerd werden.
- Adoptiekinderen en adoptiegezinnen zijn in de eerste plaats kinderen en gezinnen, waar de zelfde problemen (kunnen) voorkomen dan bij andere kinderen en gezinnen.
- Bij problemen zijn adoptiefouders meer onzeker (maar vaak ook meer op de hoogte) dan biologisch eigen ouders.
- Adoptie is voor het adoptiekind een gegeven wat in de identiteit en zingeving een plaats moet krijgen. Soms is dit een belangrijke punt, soms ook niet. De jongere is de enige die kan aangeven hoe belangrijk dit punt voor hem/haar is.

Wat vindt u op dit moment ontoereikend of juist heel positief aan de hulpverlening op

het gebied van adoptieproblematiek?

In mijn regio is er nauwelijks inhoudelijk goede specifieke hulp. Het WAN doet goede dingen.

Zou u meer scholing willen op het gebied van adoptieproblematiek en waar wilt u dit

dan specifiek over?

Intervisie met collega's die ook regelmatig werken met adoptiekinderen/jongeren/gezinnen.

Heeft u tips voor andere hulpverleners op dit gebied of zijn er aspecten waarvan u

vindt dat er beter rekening meegehouden moet worden bij de hulpverlening?

Adoptie is niet een probleem, maar een kans. Betrokkenen kunnen goed aangeven in welke mate adoptie een aspect is van belang.

Zijn er aspecten waarvan u vindt dat er meer rekening mee gehouden moet worden bij

het adopteren van kinderen en de problematieken die daar mee gepaard kunnen gaan?

Als er problematiek is, hangt dit volgens mij vooral samen met een belaste aanleg, belaste ervaringen voor de adoptie (verwaarlozing, misbruik e.d.: niet anders dan voor niet geadopteerde kinderen) en een eventuele mismatch met adoptiefouder. Adoptie is een ingrijpende gebeurtenis, maar kan bij zorgvuldige zorg positief uitpakken.

Vragenlijst voor de hulpverleners:

Beroep: maatschappelijk werker

Leeftijd: 55 jaar

Instelling: de Bascule, cluster Therapeutische Gezinsverpleging

Opleiding: Sociale Academie en Voortgezette Opleiding

1 Waar denkt u aan bij adoptieproblematiek?

Bij adoptieproblematiek denk ik vooral aan hechtingsproblematiek

2 Wat voor soort adoptieproblematiek bent u in uw werk tegengekomen? (wat komt het meest voor, waar krijgt u bijna nooit mee te maken?)

Het meeste komt voor: hechtingsproblematiek, gepaard gaande met geen gewetensontwikkeling, egoïsme, manipuleren, te vrij, te gesloten, onbereikbaar, gedragsproblemen, zelfmoordneigingen.

Wat heeft u geleerd uit boeken over dit soort problematiek en wat past u daarvan toe in de praktijk en wat juist niet?

Wij begeleiden meer de (adoptie)ouders dan de kinderen, voor kinderen zien wij veel in therapie, bij de ouders uitleggen wat een hechtingsstoornis is, hoe er mee om te gaan en het je niet persoonlijk aan te trekken

Wat is uw mening over adoptie en de problemen die u op dit gebied tegenkomt?

(Vindt u adoptie een oplossing of juist een valkuil en waarom vindt u dit?)

In de loop der jaren ben ik niet meer zo gelukkig met adoptie, maar dat komt ook omdat wij alleen de problemen zien en niet als het goed gaat. Je weet te weinig van wat de kinderen hebben meegemaakt en een goede matching is niet mogelijk. Toestemming is ook bij: ja, tenzij, terwijl het vaak hele moeilijke kinderen kunnen zijn.

Wat vindt u op dit moment ontoereikend of juist heel positief aan de hulpverlening op het gebied van adoptieproblematiek?

Hulpverlening in eigen land lijkt mij toch het beste en als het niet anders kan dan goed matchen. Adoptieouders moeten nog beter voorbereid zijn op wat er kan gebeuren.

Zou u meer scholing willen op het gebied van adoptieproblematiek en waar wilt u dit dan specifiek over?

Meer scholing over de mogelijke problemen en ook meer nog dat je eigenlijk opvoeder bent van een kind dat veel heeft meegemaakt en dat je niet te veel moet verwachten van de kinderen.

Heeft u tips voor andere hulpverleners op dit gebied of zijn er aspecten waarvan u vindt dat er beter rekening meegehouden moet worden bij de hulpverlening?

Ik heb vaak begrepen dat adoptieouders meer gehoor willen hebben voor de adoptie problematiek en niet bijv. als puberproblematiek wordt gezien.

Zijn er aspecten waarvan u vindt dat er meer rekening mee gehouden moet worden bij het adopteren van kinderen en de problematieken die daar mee gepaard kunnen gaan?

Ik denk dat het goed is dat er zoveel mogelijk over het kind bekend is, ook negatieve dingen en dat deze informatie altijd beschikbaar blijft voor als het wenselijk is. Verder vind ik dat echt naar de mogelijkheden van adoptieouders gekeken moeten als geschikt om kinderen met problemen op te vangen, deze kinderen hebben er recht op dat de plaatsing slaagt!