



Universiteit Utrecht

Masterthesis
Kinder- en Jeugdpsychologie

Een vergelijking van risicofactoren voor de opvoedingsbelasting van ouders van Poolse en Roemeense adoptiekinderen in Nederland

Auteur: T. Vegelin, BSc.
Studentnummer: 3064476
E-mail: miemam8@gmail.com

Onder begeleiding van:
Dhr. Prof. Dr. R.A.C. Hoksbergen (r.a.c.hoksbergen@uu.nl)

Tweede beoordelaar:
Dhr. Prof. Dr. D. Brugman (D.Brugman@uu.nl)

Voorwoord

Eén paper en twee theses over het onderwerp adoptie later en mijn fascinatie voor het onderwerp adoptie in al zijn facetten blijft voortduren. Na het lezen van een honderdtal artikelen en tientallen boeken is het mij duidelijk geworden dat adoptiekinderen en hun ouders van over de hele wereld geen gewone gezinnen zijn. Zij krijgen de rest van het leven te maken met heel expliciete (identiteit)vraagstukken en specifieke problemen welke veelal onvoorstelbaar zijn voor mensen buiten de adoptiewereld.

Met veel plezier en soms ontroering kijk ik terug op de vele leermomenten die ik wederom het afgelopen half jaar heb mogen beleven. Het is moeilijk om een dankwoord uit te spreken naar de vele mensen die mij de laatste zes maanden hun wereldvisie hebben getoond, kritisch zijn geweest, en mij op unieke wijze – soms onbewust - hebben uitgedaagd mijn grenzen te verleggen. Toch wil ik in het bijzonder aan de volgende personen mijn dank betuigen.

René Hoksbergen, mijn voortdurende, hartelijke dank voor het delen van je bijzonder omvangrijke kennis en ervaring over het fenomeen adoptie en zeer kritische blikken en commentaar die me hebben uitgedaagd en gestimuleerd ook dit onderzoek weer tot een goed resultaat te brengen. Het voelt als een eer om met je samen te werken. Ik hoop ten zeerste dat ik heb kunnen bijdragen aan een toename van algemene kennis omtrent deze bijzondere onderzoeksgroep.

De Tilburgse studenten wil ik danken voor hun hulp bij de invoer van de data.

Mijn speciale dank gaat uit naar de gezinnen met Poolse en Roemeense adoptiekinderen die betrokken waren bij dit onderzoek. Zij vormen een reden voor het onderzoek en daardoor een belangrijke bron van informatie. Hun inzet is van onschatbare waarde.

Last, but certainly not least, wil ik graag mijn dank uitspreken aan mijn achterban van lieve familie en vrienden. En aan alle kinderen die mijn hart hebben geraakt. Met in het bijzonder Sarinda, Jairo, Melissa en Tristan: omdat zij mij elke dag opnieuw motiveren van de wereld een betere plaats te maken.

Utrecht, juli 2009

Tessa Vegelin

Abstract

Inleiding. Uit nationaal en internationaal onderzoek komt naar voren dat de ontwikkeling van adoptiekinderen uit Oost- Europa bij aankomst in het adoptiegezin in velerlei opzichten ernstig tekort schiet. De gedragsproblemen, mogelijk voortgekomen uit institutionele deprivatie en een posttraumatische stress stoornis, zijn van serieuze en aanhoudende aard. De opvoeding van Oost-Europese kinderen, met name Roemeense kinderen, doet een “fors appèl op de draagkracht van de adoptieouders. Naarmate de problematiek toeneemt, wordt de subjectieve gezinsbelasting verhoogt en wordt de algehele beoordeling van de opvoedingssituatie op negatieve wijze beïnvloed. Hierdoor zijn de ouders minder tevreden met de adoptiesituatie en neemt de kans op adoptiedisruptie toe. Het doel van dit onderzoek is te bepalen of de risicofactoren voor de opvoedingsbelasting van Poolse- en Roemeense adoptie kinderen in Nederland verschillen. **Methode.** Er is gebruikt gemaakt van de Child Behavior Check List, een Traumavragenlijst, de Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie en een nieuw ontworpen vragenlijst voor adoptiekinderen en het gezin. Middels frequentie analyses, kruistabellen, de Wilcoxon, Mann Whitney U, T-test en correlatiemetingen zijn de data geanalyseerd. **Resultaten.** De risicofactoren voor de opvoedingsbelasting van Poolse en Roemeense adoptiekinderen in Nederland zijn vergelijkbaar. Beide groepen adoptiekinderen zijn vóór adoptie blootgesteld aan vergelijkbare risicofactoren die van invloed kunnen zijn op een gezonde ontwikkeling. In vergelijking met een Nederlandse normgroep vertonen de groepen aanzienlijk meer ontwikkelingsproblemen. Daarnaast bestaat er een positieve correlatie tussen de totale CBCL- probleemscores en Post Traumatische Stress Syndroom- symptomen van de Poolse en Roemeense kinderen en de subjectief ervaren gezins- en opvoedingsbelasting van beide groepen ouders. De opvoedingsbelasting van een Pools kind in vergelijking met een Roemeens kind is echter aanzienlijk lager. **Discussie.** Een beperking van het onderzoek is dat niet alle beschikbare data is gebruikt in verband met de vorm van de thesis. Een suggestie voor verder onderzoek is dan ook de uitbreiding van deze thesis door het gebruik van alle data. Daarnaast wordt een longitudinale voortzetting van de dataverzameling geopperd, zoals bij de Roemeense groep, teneinde bij te dragen aan meer effectieve behandelmethoden voor de specifieke adoptieproblematiek.

Inleiding

Hoewel het al zestien jaar mogelijk is in Nederland een kind te adopteren vanuit Polen, is er naar de achtergrond en ontwikkeling van deze kinderen en hun gezinnen nog geen

wetenschappelijk onderzoek verricht. Dit leidt tot een aantal problemen. Ten eerste worden deze kinderen in de Nederlandse maatschappij opgenomen, zonder dat er veel bekend is over de gezondheid en afkomst. Dit kan zorgen voor onduidelijkheden en onbegrip binnen de medische wereld en de Nederlandse samenleving. Het tweede punt sluit hierop aan, de Nederlandse ouders van adoptiekinderen dragen de verantwoording voor deze kinderen en daarom dienen zij op de hoogte te zijn over de afkomst van hun kinderen en de eventuele gevolgen die voortkomen uit die achtergrond. Wanneer de adoptieouders niet weten wat zij kunnen verwachten en hoe zij eventueel specifieke medische, dan wel psychische problemen op zowel de korte als de lange termijn kunnen aanpakken, dan kan het (ernstig) misgaan binnen de adoptiegezinnen (Rijk, Hoksbergen, ter Laak, van Dijkum & Robbroeckx, 2006). Een goede voorlichting en nazorg is bijgevolg van enorm belang, niet alleen voor het adoptiekind, maar ook voor de adoptieouders en de Nederlandse samenleving. Onderzoek kan hier aan bijdragen en dit is een derde, belangrijke reden waarom ontwikkelingspsychologisch onderzoek naar afkomst en achtergronden van Poolse adoptiekinderen van waarde is.

Gezien het gebrek aan studies naar Poolse kinderen, worden studies naar andere groepen Oost- Europese adoptiekinderen gebruikt om hypothesen over de Poolse onderzoeksgroep op te stellen. Bijvoorbeeld studies naar Roemeense kinderen, die sinds een twintigtal jaren worden uitgevoerd. Vanuit deze studies kunnen mogelijk theorieën worden gevormd over Poolse adoptiekinderen. Daarom zal nu eerst een overzicht worden gegeven van de theoretische achtergrond van vergelijkbare groepen Oost-Europese adoptiekinderen. Daarna zal een uiteenzetting volgen over de invloed van adoptiekinderen uit Oost-Europese landen op de opvoedingsbelasting van adoptieouders.

Adoptie en kindertehuizen - institutionele deprivatie

Voordat kinderen ter adoptie zijn afgestaan, dan wel bij de ouders zijn weggehaald en in een tehuis terecht zijn gekomen, zijn zij veelal meerdere malen blootgesteld aan traumatische gebeurtenissen die zich binnen disfunctionele gezinnen kunnen afspelen. Hieronder vallen fysieke, seksuele en/ of emotionele mishandeling. Hoe langer kinderen zijn blootgesteld aan deze negatieve omstandigheden, des te groter de negatieve invloed hiervan op hun ontwikkeling en hoe kleiner de inhaalslag is die zij kunnen maken wanneer de toestand verbetert (Groze & Ileana, 1996; Hoksbergen et al., 2002a; Rutter et al., 2007; Van IJzendoorn & Juffer, 2006. Zie ook Wolters, 1999). De pedagogische en affectieve verwaarlozing die voortkomt uit het ontbreken van de fysieke en non-fysieke basisbehoeften voor een gezonde ontwikkeling wordt 'institutionele deprivatie' genoemd (Hunt, 1999, p.61).

Daarnaast zijn er tevens de risico's van lichamelijke en seksuele mishandeling (Frank, Klass, Earls & Eisenberg, 1996). De meest voorkomende vorm van verwaarlozing onder de leeftijd van twee jaar is fysieke en psychische verwaarlozing en ondervoeding, met een groeiachterstand tot gevolg. Affectieve verwaarlozing in de eerste drie levensjaren van een kind kan zich eveneens uiten in het ernstig achterblijven of stagneren van de lichaamsgroei. Klinische studies wijzen consistent uit dat ervaringen van verwaarlozing zijn geassocieerd met een verhoogd risico voor emotionele stoornissen (Rutter, 2000). Verwaarlozing op jonge leeftijd interfereert ook sterk met de mogelijkheid tot een veilige hechting te komen. Negentig procent van de kinderen met een 'failure to thrive syndroom' is onveilig gehecht aan de primaire verzorger. Dit kan leiden tot een reactieve hechtingsstoornis (RAD) in de kindertijd, die gekarakteriseerd wordt door verstoorde sociale relaties (Wenar & Kerig, 2006). Kinderen met deze stoornis maken geen normale sociale verbindingen en vertonen vaak allemansvriendjes gedrag of een zeer teruggetrokken- haast onbereikbare houding. Volgens Frank et al. (1996) vergroot institutionele deprivatie de kans op psychiatrische stoornissen in de volwassenheid. Daarnaast hebben de kinderen op korte termijn meer kans op specifieke lichamelijke infecties en ziektes (zie ook Groze & Ileana, 1996) en een vertraagde taalontwikkeling. Op de lange termijn bestaat de mogelijkheid dat de kinderen opgroeien tot volwassenen die 'psychisch beschadigd zijn, economisch improductief en met een verhoogd kans op crimineel gedrag' (Frank et al., 1996).

Institutionele deprivatie en de situatie in Roemenië ná de val van het communisme

Na de val van het communistische regime van Nicolae Ceaușescu in 1989 wordt duidelijk dat zo'n 120.000 tot 150.000 kinderen onder de zorg van de staat vallen en woonachtig zijn in overvolle kindertehuizen, die in extreem slechte conditie verkeren. Media tonen beelden van het vervallen land en slechte toestand van kinderen in de tehuizen aldaar en de adoptiemarkt van Roemenië begint. Sindsdien zijn meer dan 30.000 kinderen vanuit Roemenië geadopteerd door Amerikaanse gezinnen (U.S Departement of State, 2001; in Rijk, 2008). Tegelijkertijd worden er verschillende onderzoeken gestart om de condities van de tehuizen en de (adoptie) kinderen te bestuderen (Johnson et al., 1992. In Rutter, 1998), met name in de Verenigde Staten, Groot-Brittannië, Canada en Nederland (zie o.a. Hoksbergen, 2000; Rutter et al., 2007; Ryan & Groza, 2002; Talbot, 1998). De onderzoeken in Roemenië komen sterk overeen met de resultaten van onderzoeken over Russische adoptiekinderen (Johnson et al., 1996; Miller, Chan, Litvinova, Rubin, Tirella, & Cermak, 2007; Stoutsky, 1997;). De studies tonen de erbarmelijke omstandigheden waarin de tehuizen verkeren en hun bewoners trachten te

overleven. Door een ongelijke verdeling tussen de verzorgers en kinderen is er in de tehuizen geen ruimte voor directe persoonlijke verzorging en verbaal contact (Fisher, Ames, Chisholm & Savoie, 1997) en is de gegeven (medische) zorg minimaal en routineus (Groza, 1999; Groze & Ileana, 1996; Rutter, 1998). Nederlands onderzoek naar mishandeling en verwaarlozing (officieel valt verwaarlozing ook onder de term mishandeling, zie Wet op de Jeugdzorg, 2005) wijst uit dat in Nederland per duizend kinderen ongeveer dertig kinderen worden blootgesteld aan de wettelijke criteria van mishandeling (van IJzendoorn, 2007). Bij gebrek aan accurate cijfers over Roemenië en andere voormalige Oostbloklanden kunnen deze Nederlandse cijfers niet gegeneraliseerd worden naar Roemeense kinderen die in de instituten en tehuizen zijn verbleven. Men kan verwachten dat het werkelijke cijfer voor Roemenië in vergelijking met Nederland veel hoger ligt, gezien de veelvuldig aanwezige risicofactoren voor mishandeling (beperkingen van het kind, de verzorgers en de lage SES, zie Singer, 2007). De accumulatie van de bovenstaande risicofactoren zorgt voor een verstoring in het ontwikkelingspad van de kinderen (Juffer & Van IJzendoorn, 2007) en is op de lange termijn mede van invloed op het schoolse presteren (Groza et al., 2003; Van IJzendoorn, Juffer & Klein-Poelhuis, 2005).

Ouderlijke stress, gezinsbelasting en opvoedingsbelasting

Ouderlijke stress wordt door Judge (2003) en Patterson (2002, in Rijk, 2008, p.36) uitgelegd als een concept dat bestaat uit de tevredenheid van de ouders met de zogenoemde kindfactoren (gedrag, ontwikkeling, hechting, medische gezondheid) en de eigen emotionele mogelijkheden en aanpassing aan de rol van het ouderschap (ouderfactoren: voorbereiding op het ouderschap, gewenst kind, hoge sociaal economische status (SES) en contact met andere adoptieouders). Problemen in één van die gebieden kan leiden tot kind- gerelateerde stress en/of ouder gerelateerde stress. De stress ervaren door de ouders kan de kwaliteit van het ouderschap beïnvloeden doordat het doorwerkt op de mogelijkheid van de ouders om sensitief en gepast te reageren op het kind, het functioneren van het kind en de status van het gezin. Mogelijk kan de stress gestuurde opvoedingsstijl van de ouders de kans vergroten dat het kind gedragsproblemen ontwikkelt, waardoor een negatieve ouder- kind interactie cyclus ontstaat en de ouderlijke stress en gezinsbelasting nog meer toeneemt (Crnic & Acevedo, 1995, in Judge, 2003).

De adoptieouders van institutioneel gedepriveerde adoptiekinderen worden geconfronteerd met de kwetsbaarheden van een kind dat afkomstig is uit het buitenland en mogelijk in het eerste levensjaar in gedepriveerde omstandigheden heeft geleefd (Altstein &

Simon, 1991). Deze situatie legt een grote druk op de adoptieouders, wat kan leiden tot een zwaardere gezinsbelasting en een zwaardere opvoedingsbelasting (Judge, 2003). De meeste literatuur focust zich op de invloed van de kindfactoren op de ouders. Met name onderzoek naar de 'special needs' kinderen (kinderen met 'speciale behoeften' zoals verstandelijke, of fysieke ondersteuning. Zie ook de begrippenlijst in bijlage 1) toont consistent aan dat de ouders van deze kinderen significant meer stress rapporteren die is gerelateerd aan kindfactoren, dan de ouders van kinderen zonder (grote) problemen in de ontwikkeling (Judge, 2003; Leung & Erich, 2002; Rosenthal & Groze, 1992). Daarbij is deze stress (zowel bij vader als bij moeder) meer gerelateerd aan de getoonde gedragsproblemen, dan aan andere speciale needs karakteristieken van de kinderen zoals leeftijd bij plaatsing of fysieke handicap (Fisher et al., 1997; Judge, 2003; Mainemer, Gilman & Ames, 1998). Mogelijk heeft dit te maken met de verwachting die de ouders hadden vóór de aankomst van het kind in het gezin en voorbereidingen die zij troffen. Zo wees een studie van Ames, Fisher, Morison en Chisholm (1999, in Judge, 2003) uit dat 94% van de aspirant-adoptieouders zich vooraf zorgen maakte om mogelijke gezondheidsproblemen en ontwikkelingsachterstand van het kind en slechts 18% de zorg uitte voor mogelijke gedragsproblemen. Drie jaar later bleek dat dezelfde groep ouders - die inmiddels een adoptiekind in het gezin hadden opgenomen - bij 72% van de kinderen gedragsproblemen rapporteerde. Het gebrek aan voorbereiding op deze gedragsproblemen, mede doordat het kind het eerste kind in het gezin was, maakte het voor de ouders mogelijk extra moeilijk om met deze problematiek om te gaan (Judge, 2003). De voorbereiding op de komst van het adoptiekind met een speciale behoefte zou daarom mogelijk als beschermende factor kunnen werken voor het niveau van gezinsfunctioneren.

Risicofactoren voor verhoogde opvoedingsbelasting en adoptie disruptie

Het Nederlandse onderzoek naar de aanwezigheid van ontwikkeling- en gedragsproblemen bij Roemeense adoptiekinderen ($N=80$) (Hoksbergen, Ter Laak, Rijk, van Dijkum, & Stoutjesdijk, 2005; Hoksbergen, Ter Laak, van Dijkum, Rijk en Stoutjesdijk, 2003; Hoksbergen et al., 2002a, 2002b, 2002c, 2002d; Hoksbergen & medewerkers van het Roemenië- project, 1999; Tieman, van der Ende & Verhulst, 2005), onderzocht tevens de subjectieve beleving van de ouders van de gezinsbelasting en opvoedingssituatie door gebruik van de 'Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie (NVOS)' (Hoksbergen et al., 2002b; Rijk, 2008). De resultaten tonen dat de ouders van de Roemeense groep aanzienlijk sterkere gezins- en opvoedingsbelasting (schaal A en schaal B van de NVOS) ervaren dan ouders uit een ambulante groep of controle groep. Hiermee wordt aan gegeven dat de

opvoeding van een Roemeens kind een fors appèl doet op de draagkracht van de ouders. Vaders en moeders uit de Roemeense groep geven aan meer hulp nodig te hebben en dit ook sterker van hun partner en van derden te willen en te verwachten dan de ouders uit de controle groep. De ouders in de Roemeense groep beoordelen de medewerking van de partner bij de opvoeding als positiever dan die van de controle groep.

Wanneer de Roemeense groep werd onderverdeeld in de twee subgroepen ‘niet klinisch’ ($N=39$) en ‘klinisch’ ($N=41$) op basis van de uitkomsten van de CBCL scores, bleken deze twee groepen onderling sterk te verschillen in de beoordeling van de gezinssituatie. De ‘gezondheid bij aankomst’ van de klinische groep kinderen is gemiddeld veel slechter dan die in de niet- klinische groep. De adoptiekinderen in de klinische groep belasten de ouders veel meer dan de kinderen in de niet- klinische groep en de opvoedingssituatie wordt als aanzienlijk problematischer beoordeeld. Naarmate de opvoedingsbelasting hoger wordt beoordeeld, zijn vaders en moeders minder tevreden met de adoptiesituatie. Hierdoor neemt de kans op het uiteindelijk mislukken van de adoptie toe. Zowel de beoordeling van de opvoedingssituatie als de tevredenheid met de adoptie worden vooral bepaald door symptomen van PTSS en externaliserend probleemgedrag bij het kind. De te verwachten (ernstige) gedragsproblemen blijken niet zozeer door de leeftijd bij aankomst te worden bepaald, maar door de achtergrondgeschiedenis van het kind (Judge, 2003).

Betrekkelijk recentelijk werd door Leung en Erich (2002) aangetoond dat hoe lager de totale probleemscore van het kind is, hoe hoger het niveau van de positieve perceptie was van de ouders van het gezinsfunctioneren (zie ook Rosenthal & Groze, 1992). Dunst en Trivette (1986) toonden aan dat de steun van de (huwelijks)partner van significante invloed is op het gezinsfunctioneren. De kwaliteit van de relatie en de pedagogische vaardigheden van de ouders waren beide voorspellende factoren voor een intacte adoptie (Rosenthal, Schmidt & Conner, 1988). Individuele, persoonlijke factoren (zoals een depressie) waren van invloed op de ervaring van stress in het gezin (Crnic & Acevedo, 1995. In Judge, 2003).

Resultaten uit het onderzoek van Judge (2003) tonen aan dat hoewel de individuele gedragsproblemen van het kind ouderlijke stress voorspelde, deze stress niet afhankelijk was van de duur van de institutionalisatie, in tegenstelling tot andere onderzoeken (Groza et al., 2003; McGuinness & Pallansch, 2007; Miller, 2007; Rutter & The English and Romanian Adoptees Study Team, 1998; Van IJzendoorn, Juffer, & Klein Poelhuis 2005), zoals die van Mainemer, Gilman, en Ames (1998). Zij vonden dat de ouderlijke stress voor gezinnen met een Roemeens adoptiekind hoger was bij de groep kinderen die meer dan acht maanden in een kindertehuis had verbleven, dan bij de groep met kinderen die korter dan acht maanden in een

kindertehuis had verbleven. Tevens toonde het onderzoek aan dat de adoptie van kinderen vanuit Oost- Europese weeshuizen, ondanks de speciale of bijzondere uitdagingen, niet per se hoeft te leiden tot een problematisch gezinsfunctioneren. Rijk (2008) verklaart dit door de sterke kinderwens, de uitgebreide voorbereiding die de ouders hebben gehad tijdens het lange adoptieproces – waardoor zij realistische verwachtingen hebben kunnen scheppen (zie ook Rosenthal, 1993)- en de aanwezigheid van meer sociale en psychologische ondersteuning van familie en vrienden in vergelijking met families zonder adoptiekind(eren).

Dat de steun van familie en vrienden van significant belang is voor het niveau van gezinsfunctioneren blijkt uit het onderzoek van Leung en Erich (2002, zie ook Rosenthal, 1993), waarin blijkt dat het niveau stijgt wanneer de adoptieouders steun krijgen van andere adoptieouders, artsen en kinderdagverblijf; het zogenoemde ‘gezinsteunende netwerk’. Wanneer de steun van school, familie en professionele hulpverlening zoals maatschappelijk werkers en therapeuten toeneemt, daalt het niveau van gezinsfunctioneren. De ondersteuning van professionele hulpverlening indiceert dat het gezin dringende problemen ondervindt en verklaart waarom de ouders laag scoren op de perceptie van het gezinsfunctioneren.

Adoptie disruptie

De studies van Leung en Erich (2002) en Hoksbergen et al.(2002b) tonen aan dat het gezinsfunctioneren samenhangt met de mogelijkheid van adoptie disruptie, waarbij het gezin opbreekt door problemen omtrent de adoptie en het geadopteerde kind (zie ook begrippenlijst in bijlage 1). Rosenthal en Groze (1992) voorspellen dat ongeveer 11-13% van de gezinnen met een special needs adoptiekind te maken krijgt met adoptie disruptie. Hoewel adoptie disruptie niet een directe meting is voor stress, is het mogelijk wel gerelateerd aan significante niveaus van ouderlijke stress en een zwaardere opvoedingsbelasting (Judge, 2003).

Naast de totale probleemscore van het kind op gedragsvragenlijsten en de steun van het gezinsnetwerk kan ook de adoptieleeftijd van het kind van invloed zijn. Hoe ouder het kind is ten tijde van plaatsing, hoe groter de kans dat de adoptie mislukt, waardoor het gezin opbreekt. Een verklaring hiervoor is dat de duur en ernst van de deprivatie waaraan het kind is blootgesteld de gedragsproblemen voorspellen, die op hun beurt de disruptie van een adoptie voorspellen (Groza et al., 2003; McGuinness & Pallansch, 2007; Miller, 2007; Rutter et al., 1998; Van IJzendoorn et al., 2005). Voor deze risicofactor is in het onderzoek van Judge (2003) geen significant verband gevonden, en de studie van Hoksbergen et al.(2002b) toont aan dat de (ernstige) gedragsproblemen niet zozeer door de leeftijd bij aankomst worden

voorspeld, maar door de achtergrondgeschiedenis van het kind. Een andere verklaring kan zijn dat door het aantal eerdere plaatsingen van het kind de kans op hechtingsproblemen met de adoptieouders (sterk) toeneemt (Verrier, 2003). Deze hechtingsproblemen kunnen leiden tot gedragsproblemen met als gevolg een ernstige pervasieve ontwikkelingsstoornis (Federici, 1998, in Hoksbergen, Ter Laak, van Dijkum, Rijk & Stoutjesdijk, 2003).

Het aantal overplaatsingen vóór adoptie is gecorreleerd aan adoptie disruptie en daarmee een op zich zelf staande risicofactor (Kagan & Reid, 1986, in Leung & Erich, 2002; Rosenthal & Groze, 1990). Een andere risicofactor is een sibling-adoptie; het adopteren van meerdere, bloedgerelateerde kinderen tegelijk (zie ook bijlage 1). Voorgaande onderzoeken spreken elkaar tegen als het gaat om de grootte van het risico voor disruptie bij het plaatsen van meerdere kinderen tegelijk, in plaats van één kind (per keer) (Rosenthal, Schmidt & Conner, 1988). Een sibling plaatsing lijkt een contra indicatie te zijn wanneer er al andere (biologische) kinderen in het gezin zijn (Barth & Berry, 1988), vooral wanneer het adoptiekind en biologische kind wat betreft leeftijd dicht bij elkaar zitten (Lahiti, 1982). In de studie van Leung en Erich (2002) zorgt de aanwezigheid van geadopteerde broertjes en/of zusjes voor een verlaging van het gezinsfunctioneren. Een verklaring die wordt gegeven is dat hoe meer kinderen er tegelijk in het gezin komen door de sibling adoptie, hoe meer er gevraagd wordt van de (pedagogische) vaardigheden van de adoptieouders en hoe hoger de ouderbelasting zal zijn.

Polen en adoptieonderzoek in Nederland

Eerder onderzoek (Vegelin, 2008) naar de ontwikkeling van Poolse adoptiekinderen in Nederland toont aan dat de Poolse adoptiekinderen vóór adoptie zijn blootgesteld aan vele risicofactoren die van invloed zijn op een gezonde, natuurlijke ontwikkeling. De meerderheid van de Poolse adoptiekinderen (72%) had bij aankomst in Nederland enige tot een grote achterstand op vijf ontwikkelingsgebieden. Voor een groot deel van de kinderen waren gemiddeld ruim twee medische specialisten ingeschakeld, om de lichamelijke achterstand en andere medische problemen - waaronder veelvuldige oog- oorproblematiek - te doen verminderen. Op het moment van het onderzoek was er voor de kinderen op alle gebieden een significante verbetering opgetreden. Voor de meerderheid van de Poolse kinderen werd door ouders een vermoeden van het Foetaal Alcohol Syndroom (FAS), of het Foetaal Alcohol Spectrum Syndroom (FASD) uitgesproken; voor een volledige uitleg van FAS en FASD zie de begrippenlijst in bijlage 1. Bijna een derde van de kinderen heeft op het moment van onderzoek een klinische score op de CBCL 'totale problemen'; zij hebben allen

psychologische hulpverlening ontvangen. De scores van de klinische groep waren significant hoger dan de scores van de niet- klinische groep Poolse adoptiekinderen en weken tevens op verschillende dimensies significant af van de totale scores van een Nederlandse normgroep ($N=1172$) . Er was geen verschil tussen jongens en meisjes. Wanneer de resultaten van de traumalijst bekeken werden, waren de scores van de Poolse kinderen vrij laag. Gekeken naar de Traumavragenlijst ervoeren de kinderen volgens de ouders geen symptomen die kunnen voldoen aan de criteria van een Post- Traumatische Stress Stoornis (PTSS).

Vergeleken met de Roemeense groep adoptiekinderen blijkt dat de risicofactoren voor ontwikkeling- en gedragsproblemen tussen Roemeense en Poolse adoptie kinderen in Nederland vergelijkbaar zijn. De Poolse groep vertoont, volgens de ouders, veel minder ernstige problemen dan de kinderen van de Roemeense groep. Dit duidt erop dat de Poolse groep minder is blootgesteld aan ernstige verwaarlozing als gevolg van institutionele deprivatie. De betere verzorging van de Poolse kinderen vóór adoptie, verklaart dat de inhaalslag die de Poolse kinderen maken significant groter is dan de inhaalslag van de Roemeense groep.

Huidige studie

Het doel van het huidige onderzoek is aan te tonen “*Of de risicofactoren voor de opvoedingsbelasting van Poolse adoptiekinderen met de risicofactoren voor de opvoedingsbelasting van Roemeense adoptiekinderen vergelijkbaar zijn*”. Om deze vergelijking te kunnen maken wordt eerst de Poolse groep beschreven. Hierna wordt de groep Roemeense kinderen gebruikt die tussen 1990 en 1997 naar Nederland zijn gekomen ($N = 80$; $N_{man} = 44$, $N_{vrouw} = 36$). Sinds 1992 is het voor Nederlandse ouders mogelijk een kind vanuit Polen te adopteren via de stichting Kind en Toekomst. Heden ten dage worden er ongeveer dertig Poolse kinderen per jaar in Nederland geadopteerd. Hierdoor staat Polen op de vijfde plaats van landen van waaruit Nederlandse ouders adopteren (Ministerie van Justitie, 2008). Gezien het gebrek aan demografische informatie over de Poolse groep is een doel van het onderzoek een weergave te geven van de kenmerken van de Poolse adoptiekinderen in Nederland. Het tweede doel is na te gaan wat de risicofactoren voor de gezins- en opvoedingsbelasting van Poolse adoptiekinderen in Nederland zijn, en of deze risicofactoren verschillen van de risicofactoren van de Roemeense groep adoptiekinderen in Nederland. De te beantwoorden deelvragen zijn:

1. *Wat zijn de risicofactoren voor de opvoedingsbelasting van ouders van Poolse adoptiekinderen in Nederland?*

2. *Welke factoren hangen samen met de opvoedingsbelasting van Poolse adoptiekinderen in Nederland?*

3. *Wat is de opvoedingsbelasting van adoptieouders met een Pools adoptiekind?*

De Poolse kinderen worden vergeleken met een Nederlandse normgroep (N=1172) om een accuraat beeld van de ontwikkeling van de Poolse kinderen te geven.

In de bovenstaande tekst staat beschreven hoe Roemenië, een voormalige Oostblokland, begin jaren negentig is om gegaan met de opvang van kinderen die zijn afgestaan, dan wel wettelijk zijn weg gehaald bij de biologische ouders. Tevens wordt uiteengezet wat de gevolgen kunnen zijn van het verblijf in een weeshuis. Omdat Polen ook behoort tot één van de voormalige Oostbloklanden en in het eerste deel van de Resultaten (p.7) naar voren is gekomen dat 79% van de Poolse adoptiekinderen vooraf aan de adoptie (tijdelijk) in een tehuis is verbleven, kan op basis van eerder onderzoek verwacht dat de risicofactoren voor een problematische ontwikkeling van Poolse en Roemeense kinderen niet hetzelfde zullen zijn, waardoor de opvoedingsbelasting eveneens zal verschillen. De twee deelvragen verbonden aan deze vergelijking zijn:

4. *Versillen de risicofactoren voor de opvoedingsbelasting van Poolse- en Roemeense adoptie kinderen in Nederland?*

5. *Verschilt de opvoedingsbelasting van adoptieouders van Poolse- en Roemeense adoptiekinderen in Nederland?*

Naast de twee bovenstaande deelvragen, zijn er twee hypothesen opgesteld die zullen worden getoetst:

1. *De opvoedingsbelasting van Poolse kinderen is zwaarder dan de opvoedingsbelasting van de Nederlandse kinderen.*

2. *De Poolse kinderen zijn blootgesteld aan minder risicofactoren voor een problematische ontwikkeling dan de Roemeense kinderen, waardoor de opvoedingsbelasting van Poolse adoptiekinderen lichter is dan die van de Roemeense adoptiekinderen.*

3. *De risicofactoren voor de opvoedingsbelasting van en Poolse- en Roemeense adoptiekinderen in Nederland verschillen significant van elkaar*

Door de resultaten van de Roemeense groep, en het aanbod van aandacht en hulpverlening in Nederland, kunnen deze verwachtingen worden gemaakt en worden waar mogelijk eenzijdig getoetst.

Methoden

Participanten

Voor huidig onderzoek is een selectie gemaakt van 77 gezinnen en 107 kinderen, waarvan 59 jongens en 48 meisjes. Dit waren de eerste respondenten binnen het onderzoek van de Universiteit Utrecht (UU) in samenwerking met de Universiteit van Tilburg (UvT) naar de gezondheid en ontwikkeling van Poolse adoptiekinderen. Omdat het hier gaat over de eerste lichting respondenten, kan nog niets gezegd worden over het totaal aantal participanten welke uiteindelijk aan het onderzoek zal deelnemen. De verwachting is dat de respons rond tegen de 70% zal liggen.

Bij aankomst van het kind in het gezin zijn de vaders gemiddeld 39;09 jaar oud, met een range van 27 tot 47 jaar. De moeders zijn gemiddeld 37;04 jaar oud, met een range van 25 tot 47 jaar oud. De grote meerderheid van de ouders is getrouwd (91%). Vijf ouders zijn gescheiden (5%) en één ouder is alleenstaand (1%). Op vijf gezinnen na hebben alle gezinnen (91 %) primaire of secundaire ongewenste kinderloosheid opgegeven als rede voor hun keuze voor adoptie. Bijna 80% heeft gebruik gemaakt van één of meer medische technieken teneinde de vruchtbaarheid te beïnvloeden. Het inkomen van de ouders is gemiddeld bovenmodaal; 46% verdient meer dan €40.000 per jaar. De gemiddelde leeftijd van de Poolse kinderen bij aankomst in Nederland was 2;09 jaar (35,5 maand). Het oudste kind was 83 maanden bij aankomst, het jongste kind 11 maanden. De meeste kinderen (50 %) waren tussen de 19 en 46 maanden oud. Vóór adoptie is 49% (52 kinderen) van de onderzoeksgroep in Polen twee keer overgeplaatst, de adoptie is de derde en definitieve plaatsing. Achttien procent (19 kinderen) is drie keer overgeplaatst, 7% (zeven kinderen) vier keer en 2% (twee kinderen) is vijf keer overgeplaatst. Een groot deel van de Poolse kinderen (54%) heeft bij de biologische ouder(s) gewoond, variërend van één tot 52 maanden. Tevens heeft 79% tussen de twee en 48 maanden in een tehuis doorgebracht. Daarnaast heeft 27% voor acht tot 33 maanden in een pleeggezin gewoond en verbleef 44% variërend voor één tot 24 maanden in een ziekenhuis. Voor een overzicht van het aantal overplaatsingen en soorten verblijfplaatsen vóór adoptie, zie tabel 1.1 en 1.2 in bijlage 5.

Bijna de helft van de kinderen is voor adoptie beschikbaar gekomen, doordat de ouders uit de ouderlijke macht zijn ontzet vanwege verwaarlozing en persoonlijke problemen. Vijftien procent heeft afstand gedaan van het kind, 10% kon niet voor het kind zorgen en van 23% is de oorzaak van de ter adoptie beschikbaarstelling onbekend. Van de biologische vaders gebruikte 44% veelvuldig alcohol, bij de biologische moeders is dit bekend van 57%. Van de moeders is eveneens bekend dat een kwart zwakbegaafd was en er bij 35% sprake was

van psychiatrische problematiek. Voor de vaders gelden respectievelijk de volgende percentages: 7% en 16%. Ten tijde van het onderzoek zijn de kinderen gemiddeld 5;07 jaar in Nederland. Het kind dat het langst in Nederland woont, is hier sinds 118 maanden (9;08 jaar), de kortste inwoner is hier sinds 16 maanden. De gemiddelde leeftijd tijdens het onderzoek is 8;6 jaar. Het oudste kind is 16 jaar, het jongste kind is 2;08 jaar. Het merendeel van de kinderen is tussen de acht en de negen, of tussen de elf en de twaalf jaar oud. Voor een overzicht van de leeftijden van de Poolse adoptiekinderen uitgedrukt in percentages op het moment van aankomst en het moment van het onderzoek zie tabel 1.3 in bijlage 5. Van de 71 gezinnen bestaan er twintig uit een ouderpaar en één Pools adoptiekind (19%), 48 gezinnen hebben twee Poolse adoptiekinderen (45%), 29 gezinnen heeft drie Poolse adoptiekinderen (27%) en er zijn zes gezinnen met vier Poolse adoptiekinderen (6%). Daarnaast bestaan er twee gezinnen uit meer Poolse adoptiekinderen, waarvan echter maar één van die kinderen binnen de onderzoeksgroep valt. Zeven gezinnen hebben één biologisch kind en één adoptiekind, Twee gezinnen heeft twee biologische kinderen en één adoptiekind. Voor een schematisch overzicht zie tabel 1.4a en 1.4b in bijlage 5

Meetinstrumenten

Screeninglijst Adoptiekind- en Gezin (SAG). De SAG opgesteld om een globaal beeld te krijgen van de demografische gegevens van het adoptiekind. Het gaat om de achtergrond en ontwikkeling van het kind in Polen en een schets van de huidige ontwikkeling en gezinskenmerken in Nederland. De SAG bestaat uit veertien onderdelen die veelal bestaan uit gesloten vragen, of vragen met drie opties waartussen gekozen kan worden. Tevens is er voldoende ruimte voor opmerkingen en bijzonderheden om een zo volledig mogelijke beschrijving van het individu en het gezin te krijgen.

Child Behavior Checklist (CBCL). De CBCL scoort op de kwaliteitscriteria betrouwbaarheid en validiteit goed tot voldoende (COTAN, 2000). De adoptieouders vulden de CBCL in voor kinderen van 4 tot 12 jaar (Verhulst, 1996 in Kievit et al., 2002). De CBCL is ontworpen om door middel van competenties en probleemgedrag een gestandaardiseerde beschrijving van gedrag te geven. Ouders geven aan of een aspect niet (0), een beetje/soms (1) of duidelijk/vaak (2) voor hun kind van toepassing is. Scores in het grensgebied of klinische gebied, er wordt een T-score gebruikt ter normering, verwijzen naar aanzienlijke gedrag- en/of vaardigheidsproblemen waarbij professionele hulp benodigd is (Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996 in Hoksbergen et al., 2002a). Met behulp van de CBCL wordt een profiel van de Poolse adoptiekinderen ten aanzien van gedragsproblemen op gemaakt.

Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie (NVOS). De NVOS meet de subjectieve beleving van de gezinsbelasting en opvoedingssituatie door ouders van kinderen tot ongeveer 14 jaar oud. De NVOS is samengesteld uit vier onderdelen: schaal A met 46 items voor vaststelling van de subjectief ervaren gezinsbelasting; schaal B waarin ouders uit acht verschillende uitspraken kunnen kiezen om één totaal oordeel te geven over de opvoedingssituatie; schaal C met 34 items om de attributies met betrekking tot de opvoedingssituatie van de ouders te bepalen en schaal D met 36 items over de hulpverwachting van de ouders (Wels & Robbroeckx, 1996). Voor dit onderzoek zijn de schalen A, B en D van de 'NVOS' gebruikt om de subjectieve beleving van de opvoedingsbelasting van het adoptiegezin te meten. De respectievelijke subschalen zijn: 'Acceptatie', 'Aankunnen', 'Problemen hebben' en 'Kind is belasting' (schaal A, de subjectieve gezinsbelasting), schaal B in het geheel (de beoordeling van de opvoedingssituatie) en de subschaal: 'Mate van tevredenheid' (schaal D, de hulpverwachting van de ouders). Elk deel is samengesteld uit categorieën bestaande uit items met vijf antwoordmogelijkheden. De opvoedingsbelasting wordt bepaald aan de hand van een gewogen score. Deze score verkleint de invloed van niet-ingevulde items op de totaalscore. De gewogen score wordt verkregen door de ruwe totaalscore te delen door het aantal items dat is ingevuld van de betreffende categorie. Hiermee presenteert de gewogen score de gemiddelde antwoordcategorie (range 1-5) per categorie. Hoge scores indiceren een problematische situatie, met uitzondering van het item 'Tevredenheid' van schaal D, welke de tevredenheid van de gezinssituatie weergeeft. Ter vergelijking met de Roemeense groep worden twee groepen van ouders gebruikt die eveneens de NVOS hebben ingevuld: een Ambulante groep ouders die zich bij een Riagg heeft aangemeld ($N=39$) en een Controlegroep van ouders zonder hulpvraag die benaderd is via basisscholen (Wels & Robbroeckx, 1996). Volgens de Cotan-beoordeling (1999) zijn validiteit en betrouwbaarheid van de NVOS goed.

Traumavragenlijst. De Traumavragenlijst heeft voor de adoptieouders de naam 'Gedragsvragenlijst voor adoptiekinderen' gekregen, om hen niet af te schrikken voor de ernst die met (de gevolgen van) een trauma gepaard gaan. Omdat in dit onderzoek ook de CBCL wordt gebruikt en deze in Nederland ongeveer dezelfde titel heeft ('Gedragsvragenlijst'), wordt in de tekst van deze thesis de naam 'Traumavragenlijst' gehanteerd. De Traumavragenlijst (35 items) is door Hoksbergen et al. (2003) opgesteld voor de Roemeense adoptiekinderen aan de hand van DSM- IV-TR criteria voor posttraumatische stress symptomen, traumaliteratuur en CBCL- items. Er zijn 26 nieuwe stellingen ontwikkeld, waaraan 24 CBCL items zijn toegevoegd die betrekking hebben op een trauma (de items:9,

11, 12, 16, 18, 20, 21, 25, 26, 29, 33, 35, 42, 45, 50, 57, 69, 70, 80, 84, 86, 95, 103 en 111). Voor een hoge betrouwbaarheid van de Traumavragenlijst, zijn 15 items weggelaten. De Traumavragenlijst met in totaal 35 stellingen heeft volgens Cronbach's alpha (α) een betrouwbaarheid van .90 verkregen. Dit is een goede betrouwbaarheid. De Traumalijst ingevuld door de adoptieouders van Roemeense adoptiekinderen bevat 22 items, in plaats van 35 items. De ouders vullen de Traumalijst in met betrekking tot het *huidige* gedrag van het adoptiekind of gedrag vertoond binnen de afgelopen zes maanden. De antwoordcategorieën zijn hetzelfde als bij de CBCL (niet, een beetje/soms of duidelijk/vaak). De maximale score te behalen op gecombineerde Traumavragenlijst (35 items) is 70. Bij een score vanaf 21 correleren de items met een klinische score op de CBCL brede band 'Totale problemen'. Er is sprake van een relatief matige, positieve samenhang ($r=.65$; $p < .01$ tweezijdig) tussen de Totaalscore van de Traumavragenlijst en de Totaalscore van de CBCL. Dit betekent dat hoe hoger een kind scoort op de traumalijst, hoe meer probleemgedrag het vertoont. Dit betekent dat een trauma gerapporteerd door de ouders op de SAG, mogelijk (nog) niet door het kind verwerkt is en dit resulteert in (klinische) probleemgedragingen van het kind. De Traumavragenlijst uit de SAG voor adoptiekinderen met de betreffende posttraumatische stress reacties is opgenomen in bijlage 3.

Procedure

Alle adoptie- ouderparen van Poolse kinderen die zijn geadopteerd tussen januari 1999 en december 2003 zijn via de adoptieorganisatie Stichting Kind en Toekomst te Halle (Gld.) benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Adoptieouders van kinderen die eerder of later zijn aangekomen zijn niet betrokken bij het onderzoek. De gegevens over de adoptiekinderen zijn verkregen via de adoptieouders. Beide ouders hebben samen de bovengenoemde vragenlijsten ingevuld. Wanneer er meer dan twee kinderen tegelijk in het gezin waren opgenomen, werd de ouders gevraagd de NVOS enkel voor de twee oudste kinderen in te vullen, met het oog op de onderzoeksbelasting van de ouders. Dit kwam twee keer voor.

Resultaten

Om meer inzicht te krijgen in de Poolse adoptiekinderen in Nederland, wordt hieronder de beschrijving gegeven van de verschillende ontwikkelingskenmerken.

Algemene ontwikkeling

Resultaten van de Screeninglijst Adoptie en Gezin (SAG) tonen dat de meerderheid van de Poolse adoptiekinderen (75%) bij aankomst in Nederland enige tot een grote achterstand heeft op verscheidene ontwikkelingsgebieden. Op het moment van het onderzoek is er voor de kinderen op alle gebieden een significante verbetering opgetreden, in vergelijking met de situatie bij aankomst in Nederland, zie tabel 1.5. De samenhang is matig voor de verschillende ontwikkelingsgebieden, met uitzondering van de sterke samenhang tussen de motorische ontwikkeling bij aankomst en ten tijde van het onderzoek (respectievelijk per ontwikkelingsgebied Spearman's Rangcorrelatie $r_s(105) = .52; p < .01$; $r_s(105) = .58; p < .01$; $r_s(105) = .73; p < .01$, $r_s(105) = .52; p < .01$ en $r_s(105) = .55; p < .01$. Alle éézijdig getoetst)

Tabel 1.5: Vergelijking percentage en aantal Poolse adoptiekinderen met een enige tot grote achterstand op de verschillende ontwikkelingsgebieden, bij aankomst in Nederland en op het moment van onderzoek

Ontwikkelingsgebied	Bij aankomst in Nederland (N=105)	Op het moment van onderzoek (N=105)
Algemene ontwikkeling	82% (88)	53% (57) *
Lichamelijke ontwikkeling	69% (74)	37% (40) *
Motorische ontwikkeling	66% (71)	45% (48) *
Taalontwikkeling	75% (80)	49% (52) *
Emotionele ontwikkeling	77% (82)	59% (63)*
Gemiddeld	75% (79)	50% (52)

Er is gebruik gemaakt van een Spearman's Rangcorrelatie ($p < .01$, éézijdig)

* Significante ontwikkelingsverbetering tussen het moment van aankomst en het moment van onderzoek

Medische- en lichamelijke ontwikkeling

Bij aankomst in Nederland heeft, volgens de ouders op de SAG, bijna de helft van de kinderen een medische ontwikkelingsachterstand (45%), welke op het moment van het onderzoek significant is afgenomen tot 34%. Er is sprake van een matige samenhang ($r_s(N=107) = .51; p < .05$). Veertien procent van de kinderen spreekt bij aankomst in Nederland niet, dit is ten tijde van het onderzoek significant gedaald tot 5% ($r_s(107) = .42; p < .05$). Het aantal kinderen op het gebied 'lichamelijke handicaps' is gestegen, hoewel niet significant, maar heeft wel een grote samenhang (Cramer's $V = .71$). Een twintigtalkinderen (19%) vertoonde hyperactief gedrag bij aankomst en dit aantal is toegenomen ten tijde van het onderzoek (Cramer's $V = .59$). Bijna een kwart van de kinderen heeft bij aankomst last van andere medische problemen, waaronder een voedselallergie, hart- of hersenafwijking, luchtwegeninfectie, liesbreuk, waterhoofd, darmproblemen (obstipatie), problemen aan de urinewegen, klompvoetjes, schisis en slecht kunnen lopen. Er is hierin geen significante

verbetering opgetreden ten tijde van het onderzoek. Voor een schematisch overzicht van aantallen en percentages zie tabel 1.6 in bijlage 5.

Foetaal Alcohol Syndroom (FAS)

Bij ruim de meerderheid van de biologische moeders (57%) was er vóór de adoptie sprake van alcoholmisbruik. Van ruim één vijfde was het gegeven onbekend bij de adoptieouders (22%). Wanneer het alcoholmisbruik ook tijdens de zwangerschap heeft plaats gevonden, betekent dat voor minimaal 61 kinderen de kansen op FAS groter zijn dan voor kinderen die niet hebben blootgestaan aan de gevolgen van alcohol in het lichaam tijdens de ontwikkeling van de hersenen. Bij 17% van de kinderen ($N=18$) was sprake van symptomen van FAS vóór adoptie, bij 4% is FAS in Polen gediagnosticeerd ($N= 4$). Bij drie van deze kinderen was bekend dat de moeder alcohol had gebruikt tijdens de zwangerschap.

Bij negentien kinderen (18%) is de diagnose FAS in Nederland gesteld. Bij zeventien van deze kinderen was bekend dat de moeder alcohol had gedronken tijdens de zwangerschap. In totaal heeft 22% van de kinderen de diagnose FAS gekregen, één vijfde van de gehele groep. Door de Nederlandse adoptieouders wordt over 39 kinderen het vermoeden uitgesproken van FAS (36%). De groep betreft 22 jongens (40%) en 17 meisjes (35%). Er zijn meer jongens met een FAS- diagnose dan meisjes met een FAS- diagnose ($r_s(107) = .34; p < .05$). Van zestien kinderen is geen informatie bekend. De aangegeven indicaties zijn de uiterlijke kenmerken van FAS; waaronder een platte neusbrug, kleinere hoofdomtrek en lichtelijk dysmorfe kenmerken in gezicht, ontwikkelingsachterstand en onrustig, agressief gedrag.

Van vijf kinderen kan volgens medici niet voor honderd procent uitsluitel worden gegeven, hoewel zij wel de uiterlijke kenmerken vertonen die volgens Caprara (2007) voldoende zijn voor een diagnose van FAS. Voor een schematisch overzicht van aantallen en percentages tabel 1.7 in bijlage 5.

Psychosociale problemen

Bij aankomst in Nederland ondervindt gemiddeld 25% van de kinderen psychosociale problemen die zich uiten in onder andere ‘Allemansvriendjes gedrag’, ‘Agressief gedrag’, ‘Druk gedrag’ en ‘Sterk aandacht vragen’, zie tabel 1.8 in bijlage 5. Op het moment van onderzoek zijn er toenames in uitingen van specifieke gedragingen op de twee laatst genoemde gebieden. Het betreft hier dezelfde groep kinderen die bij aankomst deze problematiek vertoonde, en daarnaast zijn er kinderen bijgekomen die het gedrag niet in Polen vertoonden en ook niet bij aankomst in Nederland. Hoewel het een derde van de kinderen

betreft, is de toename niet significant. Er is geen verschil in geslacht voor scores op de SAG, volgens de McNemar toets ($p < .05$ tweezijdig).

Er is een zekere samenhang (Cramer 's $V = 0.39$ en $.28$) tussen CBCL- brede band factor 'Externaliseren' en 'Agressief' en 'ADHD en/of druk gedrag'. Hoe meer agressie en/of drukte het kind vertoont, hoe hoger de totaalscore op de brede band Externaliseren (respectievelijke *McNemar's chi-squared* = $16,5$; $df=2$; $p < .05$ en $\chi^2 = 8,6$; $df=1$; $p < .05$). Bij aankomst zijn de slaap-, eet- en hechtingsproblemen significant afgenomen (respectievelijke $\chi^2 = 36,4$; $df=1$; $p < .05$; $\chi^2 = 52,9$; $df=1$; $p < .05$ en $\chi^2 = 11,97$; $df=1$; $p < .05$), evenals het stereotiep gedrag ($\chi^2 = 53,17$; $df=1$; $p < .05$). Het probleemgebied 'ADHD- verschijnselen' is toegenomen in aantal; er is geen sprake van een significante toename (Cramér's $V = .51$).

In het onderzoek naar de ontwikkeling van de Roemeense kinderen (p.12) wordt verwezen naar de term 'quasi-autistisch gedrag', ook het 'Post- Institutionele Autistische Syndroom (PIAS)' genoemd (zie begrippenlijst in bijlage 1). De kinderen die voldoen aan de criteria van PIAS vertonen stereotiep gedrag (bijvoorbeeld eentonig met hoofd knikken), zijn allemansvriendjes en hebben communicatie- en taalstoornissen. Het aantal Poolse adoptiekinderen met deze symptomen is tussen de aankomst in Nederland en het moment van onderzoek significant gedaald. Er is een stijging aanwezig in het vertoon van 'quasi-autistisch gedrag', echter deze is niet significant. Door deze schommelingen in uitingen van gedrag kan (nog) niet gesproken worden over kinderen die voldoen aan de criteria voor PIAS.

In tabel 1.9, (zie bijlage 5) is af te lezen dat gemiddeld een derde van de Poolse adoptiekinderen een klinische score heeft op de drie brede band factoren 'Internaliseren', 'Externaliseren' en 'Totale problemen' van de Child Behaviour Check List (CBCL). Er is geen significant verschil tussen jongens en meisjes. Het aantal Poolse kinderen dat wél een score heeft in het klinisch gebied wijkt significant af van de gehele Poolse groep, de score ligt hoger ($\chi^2 = 25,0$; $df=2$; $p < .05$). Er is bij meting met de Pearson Chi-Square test geen significant verschil in de totale probleemscore tussen jongens en meisjes ($p = .05$, tweezijdig). De klinische scores van de Poolse groep in vergelijking met de Nederlandse normgroep verschillen significant ($\chi^2 = 81,2$; $df=1$; $p < .05$, $\chi^2 = 35,5$; $df=2$; $p < .05$, $\chi^2 = 36,9$; $df=1$; $p < .05$). Dit geldt eveneens wanneer de groepen worden onderverdeeld naar geslacht. Dit betekent dat de Poolse groepen jongens en meisjes klinisch probleemgedrag vertonen op de drie gebieden, die aanzienlijk minder voorkomen onder Nederlandse jongens en meisjes.

Post- Traumatische Stress Stoornis (PTSS)

Een kwart van de kinderen heeft vóór de adoptie in enige of ernstige mate één of meer trauma's ervaren. Een kwart is niet blootgesteld aan traumatische voorvallen, en van vijftig procent van de kinderen is dit gegeven onbekend. Veertien procent van de kinderen heeft een score van 21 of meer en voldoet daarmee aan de criteria van een Post- Traumatische Stress Stoornis (PTSS). Er wordt geen verschil gemeten tussen jongens en meisjes (Spearman's Rangcorrelatie, $p=.05$). Zes van deze kinderen hebben volgens de ouders voorafgaand aan de adoptie daadwerkelijk een trauma mee gemaakt en één kind is ernstig mishandeld. Gekeken naar de Traumavragenlijst ervaart de grote meerderheid van de kinderen geen symptomen die kunnen voldoen aan de criteria van een PTSS. Er is een positieve, matige samenhang (Cramer's $V = .53$) tussen de sibling-adoptie en de hoogte van de traumatotaalscore, deze correlatie is niet significant. Er is een significante, positieve correlatie tussen de traumatotaalscore ter indicatie van PTSS en het aantal medisch en psychisch bezochte hulpverlenende instanties ($r(107)=.26, p<0.01$; en $r(106)=.36, p<0.01$). Dit betekent dat hoe sterker de indicatie voor PTSS is, hoe meer hulpverlening er is ingeschakeld door de ouders. Voor compleet overzicht van de scores op de Traumavragenlijst en trauma-items gecombineerd met de CBCL- items, zie tabel 1.10a, 1.10b en 2.11 in bijlage 5.

Hulpverlening

Tachtig procent van de adoptieouders heeft medische hulpverlening voor het Poolse adoptiekind gezocht. Tweederde van de kinderen heeft een psychologische hulpverlener bezocht. Dit percentage is hoger dan het aantal kinderen waarvan op de CBCL op het moment van onderzoek probleemgedrag van wordt vermeld. Gemiddeld wordt voor 73% van de kinderen hulpverlening ingeschakeld, dit getal drie maal hoger dan het percentage van 22% voor adoptiegezinnen zonder een Pools kind (Hoksbergen et al., 2002d). Er is een kleine samenhang (Cramer's $V = 0.34, 0.33$ en 0.35) tussen CBCL Internaliseren, Externaliseren en Totale Problemen en het zoeken van psychologische hulpverlening. Er wordt vaker psychologische hulpverlening ingeschakeld wanneer een kind borderline of klinisch scoort op deze brede band schalen van de CBCL. De verbanden tussen de hoge probleemscores en aantal hulpverleners zijn significant; $\chi^2(3) = 12,3; p = .05$, $\chi^2(2) = 11,5; p < 0.05$ en $\chi^2(2) = 13,4; p < 0.05$. Er zijn gemiddeld 1,9 medische specialisten bezocht en 0,8 psychologische hulpverleners (voor details zie tabel 1.12 in bijlage 5). Een beduidend aantal kinderen (50% of meer) ziet specialisten als logopedisten, oogartsen, fysiotherapeuten en kno-artsen. De helft van de ouders beoordeelt de geboden psychologische hulpverlening als goed. Wanneer de

hulpverlening als matig tot slecht wordt beoordeeld geven de ouders aan dat dit voornamelijk komt door een gebrek aan kennis omtrent de specifieke kenmerken van adoptieproblematiek zoals FAS en hechtingsstoornissen.

Opvoedingssituatie – Subjectieve gezinsbelasting

De meerderheid van de ouders geeft een score tussen de 2.0 en 3.9 op schaal van 5.0 als het aankomt op de subjectief ervaren gezinsbelasting, zie tabel 1.13a in bijlage 5 voor scores per afzonderlijke categorie. In grafiek 1.1 in bijlage 6 is af te lezen dat dit een relatief hoge score is, in vergelijking met ouders van een kind uit een residentiële instelling, een medisch kinderdag verblijf (MKD), een kind aangemeld bij het RIAGG en een controlegroep (afkomstig uit de validiteitstest van de NVOS, Wels & Robbroeckx, 1996).

Wanneer de Poolse groep wordt vergeleken met de Nederlandse normgroep, blijkt dat de gezinsbelasting van de ouders van Poolse kinderen gemiddeld genomen hoger is dan de gezinsbelasting van de Nederlandse kinderen. Dit verschil is significant voor alle schalen, zie tabel 1.14.

Tabel 1.14 : Beleving gezinsbelasting (NVOS-A) door de ouders van de Poolse groep adoptiekinderen, gewogen, gemiddelde score per categorie

Gezinsbelasting	Poolse adoptiekinderen (N=97*)	Nederlandse normgroep (N=234)	Significantie en overschrijdingswaarde
Acceptatie	2.05	1.40**	$t(96)=55,45; p < .001$
Aankunnen	2.53	1.71**	$t(96) = 47,36; p < .001$
Problemen hebben	2.50	1.94**	$t(96)=35,18; p < .001$
Kind is belasting	2.68	2.01**	$t(96)=20,21; p < .001$

* De meting van de NVOS bevat niet de gehele onderzoeksgroep (N=107), in verband met de onderzoeksbelasting

van de ouders (zie p. 21).

** Significant verschil tussen de Poolse groep en de Nederlandse normgroep

De hypothese “*De opvoedingsbelasting van Poolse kinderen is zwaarder dan de opvoedingsbelasting van de Nederlandse kinderen*” wordt aangenomen. Zowel bij de jongere als bij de iets oudere aangekomen kinderen wordt er door de adoptieouders een aanzienlijke opvoedingsbelasting ervaren en verschilt deze belasting niet wanneer de leeftijd van de kinderen stijgt. Verdere analyse van de resultaten laat zien dat de variabelen: leeftijd bij aankomst, leeftijd bij het onderzoek, tijd in Nederland, geslacht, leeftijd van de ouders ten tijde van de adoptie en (vermoeden van) verwaarlozing vóór adoptie niet van invloed zijn op

de beoordelingscore. Het hebben van biologische kinderen, meer adoptiekinderen uit Polen (afzonderlijk van elkaar geplaatst), de keuze voor een special needs kind, en een sibling-adoptie zijn eveneens geen beïnvloedende factoren voor de beoordeling van de subjectieve gezinsbelasting.

Als de scores van de NVOS worden vergeleken met de informatie uit de SAG, blijkt dat het 'Aantal bezochte medische specialisten' positief correleert met 'Aankunnen' van de opvoeding en 'Problemen hebben' met de opvoeding ($r(97) p=0.05$, eenzijdig). Dit betekent dat hoe meer medische specialisten er worden bezocht, hoe meer problemen er worden ervaren en hoe minder de ouders het gevoel hebben de opvoeding aan te kunnen. Het 'Aantal bezochte psychische specialisten' correleert positief met alle schalen ($p=0.01$, eenzijdig). Dit betekent dat hoe meer psychiatrische specialisten er worden bezocht, hoe hoger de gezinsbelasting wordt beoordeeld. De scores van de Traumavragenlijst gecombineerd met de NVOS- schalen toont dat een hoge trauma totaalscore positief correleert met alle schalen van de subjectieve gezinsbelasting.

Eenzelfde positieve correlatie wordt gevonden tussen de totaalscore ter indicatie van PTSS en de subjectieve gezinsbelasting. De analyse toont aan dat wanneer een kind traumagedragingen vertoont, met een grote kans op PTSS, de gezinsbelasting als hoger wordt ervaren en de ouders meer problemen ervaren in de opvoeding. De verbanden zijn significant (zie tabel 1.15 in bijlage 5). In tabel 1.16 (zie bijlage 5) is te lezen dat er een significante, positieve correlatie bestaat tussen de CBCL-schalen 'Internaliseren', 'Externaliseren' en 'Totale gedragsproblemen' en alle subschalen van de gezinsbelasting. Dit betekent dat hoe hoger de totaalscore op de CBCL- schalen is, hoe meer opvoedingsproblemen er door de ouders worden ervaren. De relatie tussen het hebben van internaliserende problemen en het 'Accepteren' van de opvoeding is niet significant.

Opvoedingssituatie – Beoordeling van de opvoedingssituatie

Ruim een kwart van de ouders (27%) beoordeelt de opvoedingssituatie als 'goed' tot 'buitengewoon goed' en acht hulp van buitenaf niet nodig of zelfs overbodig. De meerderheid van de groep (43%) beoordeelt de opvoedingssituatie als 'vrij goed' en heeft 'soms advies nodig'. Twaalf procent twijfelt of het goed gaat met de opvoeding en vindt hulp een 'goed idee'. Vijftien procent geeft aan 'soms' tot 'regelmatig' problemen te hebben en graag hulp te willen ontvangen en nodig te hebben. Wanneer de groep wordt vergeleken met de NVOS controle groepen, blijken de ouders van de Poolse kinderen een beduidend lagere score te hebben. Dit betekent dat zij een hogere score geven voor de totaalbeoordeling van de situatie

met het kind en daardoor een lagere opvoedingsbelasting ervaren dan de vier andere groepen. Voor een overzicht van de aantallen, percentages en vergelijking wordt verwezen naar tabel 1.17 en grafiek 1.2 in bijlage 6. Verdere analyse van de resultaten laat zien dat de variabelen: leeftijd bij aankomst en onderzoek, tijd in Nederland, geslacht, leeftijd van de ouders ten tijde van de adoptie, (vermoeden van) verwaarlozing vóór adoptie, sibling-adoptie, meer adoptiekinderen uit Polen (afzonderlijk van elkaar geplaatst), biologische kinderen in het gezin en de keuze voor een special needs kind zijn niet van invloed zijn op de beoordeling van de individuele opvoedingssituatie per kind.

Opvoedingssituatie – Tevredenheid en hulpverwachting

De grote meerderheid van de ouders (69%) geeft te kennen dat zij tevreden is over hun eigen manier van opvoeden, hun opvoedinspanningen- en prestaties en die van hun partner en geen hulpverlening nodig te achten. Eenderde van de ouders twijfelt over de eigen tevredenheid en die van hun partner en één paar ouders is ontevreden over de huidige opvoedingssituatie. Bij een vergelijking van de Poolse groep met de NVOS controle groepen, inclusief kinderen medische en/of psychiatrische problematiek blijken de ouders van de Poolse kinderen een beduidend hogere score te hebben. Dit betekent dat de ouders van de Poolse groep meer tevreden zijn dan de vier andere groepen over de manier van opvoeden, hun opvoedinspanningen- en prestaties en die van hun partner en een lage hulpverwachting hebben. Voor een overzicht van de gewogen totaalscores van de schaal en vergelijking met de groepen, zie de uitbreiding van tabel 1.13a, tabel 1.13b in bijlage 5 en grafiek 1.3 in bijlage 6. Wanneer de subjectieve gezinsbelasting als lager wordt ervaren, hebben de ouders het gevoel dat zij de opvoeding beter aankunnen en de problemen te baas zijn; de verbanden zijn significant (zie tabellen respectievelijk 2.16 en 2.18 in bijlage 5). Hierdoor stijgt de tevredenheid met de opvoedingssituatie. Tegelijkertijd geldt dat hoe lager de opvoedingssituatie wordt beoordeeld, wat een lagere opvoedingsbelasting betekent, hoe meer tevreden men is over de eigen manier van opvoeden, hun opvoedinspanningen- en prestaties en die van hun partner. En hoe minder vraag er is naar hulp van buitenaf.

Een toename van trauma- gedragingen leidt tot minder tevredenheid bij de ouders en een hogere hulpvraag. De verbanden zijn significant (zie tabel 1.15 in bijlage 5).

Verdere analyse van de resultaten laat zien dat de variabelen: leeftijd bij aankomst- en onderzoek, tijd in Nederland, geslacht, leeftijd van de ouders ten tijde van de adoptie, (vermoeden van) verwaarlozing vóór adoptie, (vermoeden van) FAS, de diagnose van FAS, sibling-adoptie, meer adoptiekinderen uit Polen (afzonderlijk van elkaar geplaatst), de keuze

voor een special needs kind en de aanwezigheid van biologische kinderen in het gezin niet van invloed zijn op de beoordelingscore voor tevredenheid en de behoefte voor het hebben van hulpverlening.

Vergelijking Roemeense- en Poolse adoptiekinderen

Demografische overeenkomsten en verschillen

De redenen voor het ter beschikking stellen voor adoptie van Poolse kinderen komen in vergelijking met Roemenië overeen. Door sociale problemen, zijn de ouders niet in staat voor het kind (of kinderen) te zorgen, waardoor de meerderheid van de kinderen in tehuizen terecht komt en op die manier voor adoptie beschikbaar komt. De gemiddelde leeftijd van de Poolse kinderen bij aankomst in Nederland was 2;09 jaar, de Roemeense groep is gemiddeld 2;08 jaar. Beide groepen kinderen hebben gemiddeld eenzelfde lengte van tijd doorgebracht in het geboorteland. De Poolse groep is bij het tweede onderzoek gemiddeld 5;07 jaar oud en verblijft dan gemiddeld 5;06jaar in Nederland Ten tijde van het eerste follow-up onderzoek in 2002 lag de leeftijd van de Roemeense groep op 8;0 jaar en verbleven zij gemiddeld 5;01 jaar in Nederland. Beide groepen hebben gemiddeld eenzelfde tijd in Nederland doorgebracht, hoewel de leeftijd van de Roemeense groep tijdens het onderzoek gemiddeld drie jaar hoger ligt dan die van de Poolse groep. Bij groep van de Poolse kinderen zijn de adoptievaders tussen de 27 en 46 jaar oud, een paar jaar jonger dan de vaders van de Roemeense groep die de leeftijd hebben van 31 tot 50 jaar (Hoksbergen, 1999). De adoptiemoeders van beide groepen zijn ongeveer even oud. De keuze voor adoptie valt bij 91% van de Poolse kinderen door primaire of secundaire ongewenste kinderloosheid. Bij de Roemeense groep is dit percentage iets lager, namelijk 80 tot 85% (Hoksbergen, et al., 2002). Samengevat hebben beide groepen overeenkomsten als het gaat om: de reden van afstand in het land van herkomst, de gemiddelde leeftijd bij aankomst in Nederland, de duur van het verblijf in Nederland ten tijde van het onderzoek komt overeen, de leeftijd van de moeders is vergelijkbaar en de keuze voor adoptie is ontstaan door de ervaring van ongewenste kinderloosheid. De groepen verschillen niet significant van elkaar (Fisher's Exact Test $p < .005$, tweezijdig). Beide groepen verschillen op de volgende gebied: de leeftijd van de vaders van de Poolse groep ligt gemiddeld lager dan de leeftijd van de vaders van de Roemeense groep.

Algemene ontwikkeling

De meerderheid van de Poolse adoptiekinderen heeft, evenals de groep Roemeense adoptiekinderen, bij aankomst in Nederland enige tot een grote achterstand op verscheidene ontwikkelingsgebieden. Gemiddeld heeft hetzelfde percentage kinderen ontwikkelingsproblemen (75%). Echter de Poolse groep ontwikkelt zich beter bij aankomst dan de Roemeense groep, met uitzondering van de taalontwikkeling. Dit verschil is significant (zie tabel 1.19 in bijlage 5). De Roemeense adoptiekinderen maken een grote inhaalslag in het nieuwe gezin bij aankomst in Nederland (Rijk, 2008; Hoksbergen et al., 2002a, 2002b, 2002c en 2002d). Voor de Poolse adoptiekinderen is er op het moment van het onderzoek een significante verbetering opgetreden op alle vijf brede ontwikkelingsgebieden van de SAG (zie tabel 1.5, p.18). Toch worstelt een aanzienlijk aantal kinderen ten tijde van het onderzoek nog met ontwikkelingsproblemen. Als de twee groepen met elkaar vergeleken worden (tweezijdige Mann-Whitney U-toets), blijkt dat de vooruitgang op alle ontwikkelingsgebieden niet significant verschilt van elkaar, zie tabel 1.20. De analyse geeft weer dat de Roemeense groep een grotere vooruitgang heeft gemaakt in zijn ontwikkeling.

Tabel 1.20: Percentage Roemeense en Poolse adoptiekinderen met een enige tot grote achterstand op de verschillende ontwikkelingsgebieden, op het moment van onderzoek

Ontwikkelingsgebied	% Poolse adoptiekinderen (N=105)	% Roemeense adoptiekinderen (N= 80)
Algemene ontwikkeling	53% (57)	53% (42)
Lichamelijke ontwikkeling	37% (40)	21% (17)
Motorische ontwikkeling	45% (48)	34% (27)
Taalontwikkeling	49% (52)	39% (31)
Emotionele ontwikkeling	59% (63)	46% (37)
Gemiddeld	50% (52)	39% (31)

Er is gebruik gemaakt van een Mann-Whitney U-toets. ($p < .05$, eenzijdig)

Medische- en lichamelijke ontwikkeling

De ouders van Poolse adoptiekinderen geven aan dat 69% van de kinderen (zie tabel 1.19 in bijlage 5) een lichamelijke achterstand heeft bij aankomst in Nederland. De adoptieouders maken geen melding van (ernstige) groeiachterstanden, zoals bij de Roemeense groep werd gerapporteerd als gevolg van slechte voeding en verwaarlozing; uitingen van institutionele deprivatie (Rutter al., 2007; Hoksbergen et al., 2006). De lichamelijke achterstand van Poolse kinderen is, evenals bij de Roemeense groep, significant gedaald tijdens het onderzoek. Dit betekent dat beide groepen kinderen klaarblijkelijk profijt hebben van de mogelijkheden die hen in Nederland geboden worden. De virussen, microcefalie en (bot)ziekten die bij de

Roemeense groep veelvuldig voorkwamen bij aankomst in Nederland, worden door de ouders van Poolse adoptiekinderen niet gemeld. Hierdoor is een vergelijking tussen beide groepen van ziektebeelden niet mogelijk. De meeste ouders (80%) met een Pools kind hebben één of meerdere medische specialisten bezocht, waardoor de kans vermindert dat een dergelijke medische problematiek onopgemerkt blijft. Bijna een kwart van de Poolse kinderen heeft bij aankomst last van andere medische problemen zoals: voedselallergieën, hartafwijkingen, problemen met de longen, klompvoetjes, schisis en slecht kunnen lopen. De laatst genoemde zou mogelijk veroorzaakt kunnen zijn door een botziekte, zoals de bij Roemeense adoptiekinderen wereldwijd veel voorkomende Engelse ziekte. Echter dit wordt niet gemeld door de ouders.

Foetaal Alcohol Syndroom (FAS)

Bij 17% van de Poolse kinderen was sprake van symptomen van FAS vóór adoptie, over 36% van de kinderen wordt het vermoeden van FAS uitgesproken, 21% van de kinderen heeft de diagnose FAS gekregen. Van de meeste biologische moeders van een kind met FAS was bekend dat zij alcohol hadden genuttigd tijdens de zwangerschap. Gezien het (veelvuldige) alcohol gebruik tijdens de zwangerschap, de gedragssymptomen van de Roemeense groep en het percentage van één vijfde van de Poolse kinderen met een FAS- diagnose, is het aannemelijk dat de Roemeense groep eveneens een significant aantal kinderen met FAS kent. Gezien de complexe, neurologische problematiek van het syndroom, is het van groot belang dat beide groepen kinderen hierop grondig worden onderzocht, zodat hulpverleners hen accuraat en secuur kunnen begeleiden. Het gevaar bestaat anders dat de kinderen niet gediagnosticeerd en behandeld worden voor FAS (of FASD; zie p.7), maar voor een andere stoornis met gelijke symptomen zoals overactiviteit en quasi-autistisch gedrag (Caprara, 2007). De stoornis AD(H)D of een stoornis in het autistisch spectrum zijn karakteristieke diagnoses, die internationaal bekend zijn over Roemeense adoptiekinderen.

Psychosociale problemen

Bij aankomst in Nederland functioneert de Poolse groep beter op psychosociaal gebied dan de Roemeense groep op vijf van de negen schalen van de SAG, zie tabel 1.21 in bijlage 5. Op het moment van onderzoek presteert de Poolse groep significant beter dan de Roemeense groep op de gebieden ‘Allemansvriendjes gedrag’, ‘Slaapproblemen’ en ‘Eetproblemen’. Het aantal kinderen van de Poolse groep met ‘ADHD gedrag’ is gestegen, mogelijk bestaat er hierdoor geen significant verschil met de Roemeense groep (Fisher’s Exact Test, $p < .05$

tweezijdig). Er moet een kanttekening worden geplaatst bij symptomen van ADHD en een pervasieve ontwikkelingsstoornis, omdat deze symptomen veel overeenkomsten vertonen met FAS. Op de overige gebieden komen beide groepen overeen, zie tabel 1.22 in bijlage 5. Beide groepen scoren op de CBCL overeenkomstig in het klinische gebied voor probleemgedrag. Er is geen verschil in scores als wordt gekeken naar geslacht, zie tabel 1.23 in bijlage 5. En zowel de Poolse als de Roemeense groep wijkt af van de Nederlandse normgroep. Er is geen significant verschil (Fisher's Exact Test, $p < .05$ eenzijdig) tussen de groepen in het aantal symptomen die kunnen leiden tot een Post- Traumatische Stress Stoornis (PTSS).

Hulpverlening

Het percentage Poolse kinderen dat hulpverlening heeft ontvangen (gemiddeld 73%) is groter dan het percentage van de Roemeense groep (gemiddeld 67%). Bij beide groepen liggen de percentages hoger dan wat de vragenlijsten zoals de SAG en de scores van de CBCL zouden indiceren. Er wordt vaker psychologische hulpverlening ingeschakeld wanneer een kind borderline of klinisch scoort op de drie brede band schalen van de CBCL. De groepen adoptieouders 'shoppen' bij verschillende vormen van hulpverlening. De ouders van de Roemeense groep beoordeelt de geboden hulpverlening vaker als goed (78%) dan ouders van de Poolse groep (61%). Wanneer de hulpverlening als matig tot slecht wordt beoordeeld geven de ouders van beide groepen aan dat dit voornamelijk komt door een gebrek aan kennis omtrent de specifieke kenmerken van adoptieproblematiek zoals hechtingsstoornissen en voor de Poolse groep de kenmerken en gevolgen van FAS.

Opvoedingssituatie – Subjectieve gezinsbelasting, beoordeling van de opvoedingssituatie en tevredenheid en hulpverwachting

De subjectieve beleving van de gezinsbelasting en opvoedingssituatie van zowel de ouders van de Poolse groep als de Roemeense groep, gemeten met de NVOS, geeft weer dat zij gemiddeld genomen een hogere gezinsbelasting ervaren dan de verschillende controlegroepen. Wanneer de beide groepen worden vergeleken met elkaar, blijkt dat de Poolse groep op drie van de vijf schalen hoger scoort dan de Roemeense groep (zie tabel 1.24). Dit verschil is significant (zie tabel 1.25a en 1.25b in bijlage 5 voor de SPSS uitvoer). De resultaten tonen dat de ouders van beide groepen een aanzienlijk sterkere gezinsbelasting (schaal A van de NVOS) ervaren in vergelijking met ouders uit de verschillende controle groepen. Hiermee wordt weer gegeven dat de opvoeding van een Pools- en Roemeens kind een aanzienlijk beroep doet op de draagkracht van de adoptieouders en deze ouders minder

het gevoel hebben de opvoeding aan te kunnen. Beide groepen ervaren het ‘Kind als belasting’ op een gelijke manier, zijn even tevreden over hun eigen manier van opvoeden, hun opvoedinspanningen- en prestaties en die van hun partner en zij geven een evenredige algehele beoordeling van de opvoedingssituatie. Beide groepen achten weinig tot geen hulpverlening nodig. Voor een grafische weergave, zie de grafieken 2.1, 2.2 en 2.3 in bijlage 6. Op basis van de uitkomsten van de CBCL- scores, blijkt dat de adoptiekinderen in de Klinische groep de ouders meer belasten dan de kinderen in de Niet- klinische groep en de opvoedingssituatie wordt als aanzienlijk problematischer beoordeeld. Hierdoor daalt de tevredenheid met de opvoeding.

Het aantal bezocht hulpverleners is positief gecorreleerd met de opvoedingsbelasting: hoe meer hulpverleners, hoe groter de subjectieve gezinsbelasting van de ouders van beide groepen. Bij beide groepen zijn de volgende factoren niet van invloed op de beoordelingscore voor de subjectieve gezinsbelasting, de beoordeling van de individuele opvoedingssituatie per kind, de tevredenheid over de adoptie en de behoefte voor het aanvragen van hulpverlening: leeftijd bij aankomst, leeftijd bij het onderzoek, tijd in Nederland, geslacht, leeftijd van de ouders ten tijde van de adoptie en biologische kinderen in het gezin.

Tabel 1.24: Vergelijking subjectieve beleving gezinsbelasting (NVOS-A) door de ouders van de Poolse en Roemeense groep adoptiekinderen, gewogen, gemiddelde score per categorie

	Poolse groep (N=97*)	Roemeense groep N=79)	Significantie en overschrijdingskans
Acceptatie	2.05**	1.58	$t(174) = 5,61; p < .005$
Aankunnen	2.53**	1.84	$t(174) = 10,18; p < .005$
Problemen hebben	2.50**	2.09	$t(174) = 4,35; p < .005$
Kind is belasting	2.68	2.50	N.S.
Beoordeling	3.16	2.81	N.S.
Tevredenheid	4.00	3.84	N.S.

Er is gebruik gemaakt van een onafhankelijke T-test ($p < 0.05$ eenzijdig).

*De meting van de NVOS bevat niet de gehele Poolse onderzoeksgroep ($N=107$), in verband met de onderzoeksbelasting van de ouders (zie p. 21).

** Significant verschil tussen de Poolse groep en de Roemeense groep, $p < 0.05$ bij eenzijdige toetsing

Conclusies

Uit nationaal en internationaal onderzoek komt naar voren dat de ontwikkeling van adoptiekinderen uit Oost- Europa bij aankomst in het adoptiegezin in velerlei opzichten ernstig tekort schiet. De gedragsproblemen, mogelijk voortgekomen uit institutionele deprivatie en een posttraumatische stress stoornis, zijn van serieuze en aanhoudende aard en behoeven vaak professionele hulpverlening van verschillende instanties. Daarnaast verhogen de probleemgedragingen van het kind en eventuele symptomen van PTSS de subjectieve gezinsbelasting en beïnvloeden zij de algehele beoordeling van de ouders van de opvoedingssituatie als negatief. Hierdoor neemt de kans op adoptiedisruptie toe. Opvallend is dat ondanks de hoge gezinsbelasting, de ouders van de adoptiekinderen zeer tevreden zijn met hun eigen opvoedinspanningen- en die van hun partner, en zij weinig tot geen hulpverlening nodig achten.

In het tweede deel van deze thesis is aan de hand van 107 Poolse adoptiekinderen getracht de *risicofactoren van de Poolse kinderen voor de opvoedingsbelasting* te onderkennen en is de werkelijke *opvoedingsbelasting* van de adoptieouders van Poolse kinderen in Nederland beschreven. De Poolse adoptiekinderen zijn vóór adoptie blootgesteld aan vele risicofactoren die van invloed zijn op een gezonde, natuurlijke ontwikkeling. Driekwart van de kinderen vertoont bij aankomst enige tot grote achterstand op vijf ontwikkelingsgebieden (algemeen, lichamelijk, motorisch, taal en emotioneel), welke ten tijde van het onderzoek significant zijn verbeterd; met uitzondering van de taalachterstand. De uitzondering kan verklaard worden door de relatief jonge leeftijd van de kinderen bij aankomst in Nederland. Met een gemiddelde leeftijd bij aankomst van 2;09 jaar beheersen kinderen een taal nog lang niet volledig en daarnaast is er de taalbarrière met het verschil tussen de Germaanse taal Nederlands en de Slavische taal Pools. Bij 21% van de Poolse kinderen is de diagnose FAS gesteld. Door de Nederlandse adoptieouders wordt over ruim een derde van de kinderen het vermoeden uitgesproken van FAS. Een kwart van de kinderen heeft vóór de adoptie in enige of ernstige mate één of meer trauma's ervaren en veertien procent van de kinderen voldoet op het moment van onderzoek aan de criteria van een Post-Traumatische Stress Stoornis (PTSS). De grote meerderheid van de kinderen ervaart geen symptomen die aan de PTSS- criteria voldoen, waardoor het onwaarschijnlijk is dat die Poolse kinderen in het verleden (ernstige) trauma's hebben ervaren die op het moment van onderzoek het dagelijkse leven verstorend beïnvloedden in de vorm van probleemgedrag. Ruim een derde van de kinderen vertoont klinisch probleemgedrag.

Een verklaring voor de toename in uitingen van onder andere overactiviteit en een klinische score voor probleemgedrag kan het alcohol gebruik van de moeder tijdens de zwangerschap zijn. Ook is het mogelijk dat de 'oerwond' van het verlies van de (band met de) biologische moeder, waarmee volgens Verrier (2003) elk adoptiekind te maken krijgt, van invloed is. Een derde optie is het aantal verschillende verzorgers en overplaatsingen die het kind vóór adoptie een onzeker bestaan hebben gegeven.

De grote meerderheid van de adoptieouders (73%) heeft medische of psychologische hulpverlening voor het Poolse adoptiekind gezocht. Er wordt voor de Poolse kinderen vaker psychologische hulpverlening ingeschakeld wanneer een kind een borderline of klinische score heeft voor probleemgedrag. Omdat er bij de kinderen geen sprake is van PTSS, maar de problemen die de kinderen wel vertonen in aantal significant afwijken van de Nederlandse normgroep, kan worden aangenomen dat de kinderen een bewogen aantal jaren hebben meegemaakt, voordat zij rond de leeftijd van drie jaar naar Nederland kwamen. De matige, positieve, maar niet significante samenhang tussen de sibling-adoptie en de hoogte van de traumatotaalscore bekrachtigt dit.

Een hoge traumatotaalscore en probleemgedragscore leiden tot een zwaardere subjectieve beleving van de gezinsbelasting, minder tevredenheid omtrent de opvoedingssituatie en meer vraag naar hulpverlening. Door de gedragsproblemen lijken de ouders minder goed te kunnen omgaan met de opvoedingssituatie en mogelijk daardoor zien zij de opvoedingsbelasting stijgen. De ouders van de Poolse groep ervaren gemiddeld genomen een hogere opvoedingsbelasting dan de vier verschillende controlegroepen, gemeten naar de subjectief ervaren gezinsbelasting en de totaalbeleving van de opvoedingssituatie. Tegelijkertijd zijn de ouders meer tevreden over hun eigen manier van opvoeden, hun opvoedingsspanningen- en prestaties en die van hun partner in vergelijking met de vier andere groepen, en achten zij geen hulpverlening nodig.

In het derde en laatste deel van deze thesis is de Poolse groep vergeleken met een groep van 83 - en later 80 - Roemeense adoptiekinderen. De resultaten tonen aan dat beide groepen adoptiekinderen vóór de adoptie zijn blootgesteld aan vele risicofactoren die van invloed zijn geweest op een gezonde ontwikkeling. De resultaten tonen dan ook aan dat beide groepen in vergelijking met een Nederlandse normgroep aanzienlijk meer ontwikkelingsproblemen vertonen. Echter de ernst van de medische- en psychosociale problematiek waarmee de Poolse groep kinderen bij aankomst in Nederland worstelt is minder dan bij de Roemeense kinderen. De significant kleinere inhaalslag die de Poolse groep maakt, geeft weer dat de Poolse kinderen waarschijnlijk minder tekort zijn gekomen in het land van herkomst en hiermee kan

gesteld worden dat de Poolse groep weinig tot niet is blootgesteld aan ernstige verwaarlozing als gevolg van institutionele deprivatie. Mogelijk verklaart dit waarom de Poolse kinderen geen ernstige groeiachterstand hebben opgelopen, zij weinig medische problemen kennen en zij relatief weinig psychosociale problemen vertonen.

Hoewel de kinderen van beide groepen (bijna) allemaal een periode in een kindertehuis hebben doorgebracht, is hun reactie hierop beduidend verschillend. Mogelijk spelen hierbij verschillen in de mate van genetische kwetsbaarheid en verschillen in de omgevingsfactoren een rol. Vermoedelijk is de situatie van de Poolse kindertehuizen niet zo erbarmelijk (geweest) als die van Roemeense kindertehuizen, waardoor de kinderen minder tekort zijn gekomen. Hierover kan op basis van deze studie echter geen conclusie getrokken worden. Een uitzondering op de minder ernstige problematiek, is de relatief grote groep Poolse kinderen met (een vermoeden van) FAS. Wereldwijd is er geen onderzoek gedaan naar (de mogelijkheid van) FAS bij Roemeense adoptiekinderen. Omdat wel bekend is dat de biologische ouders van Roemeense kinderen alcohol hebben gebruikt (Hoksbergen et al., 1999), en dit in andere voormalige Oostbloklanden zoals Rusland ook het geval is (zie Miller et al., 2007), betekent dit een gemis in de Roemeense onderzoeken. Vooral nog is het onmogelijk een vergelijking te maken tussen de groepen op het FAS. De risicofactoren voor de opvoedingsbelasting van Poolse en Roemeense adoptiekinderen in Nederland zijn vergelijkbaar. Zo bestaat er een positieve correlatie tussen de totale CBCL- probleemscores en traumatotalscores van de Poolse en Roemeense kinderen en de subjectief ervaren gezins- en opvoedingsbelasting van beide groepen ouders.

Beide groepen ouders hebben verschillende vormen van medische en psychische hulpverlening ingeschakeld. De percentages liggen hoger dan wat de vragenlijsten zoals de SAG en de scores op de CBCL zouden indiceren. Mogelijk is dit het geval omdat adoptieouders eerder een beroep doen op hulpverlening doordat zij door de adoptieprocedure ervaring hebben met maatschappelijke dienstverlening (Van IJzendoorn & Juffer, 2006). Het 'shoppen' bij verschillende vormen van hulpverlening kan betekenen dat de (eerder) geboden hulpverlening niet toereikend is, dat er geen juiste diagnoses worden gesteld, dat de problematiek te complex is voor één hulpverlenende instantie, een combinatie van de genoemde mogelijkheden, of een andere nog nader te bepalen factor.

Net als bij de Poolse groep, zijn bij de Roemeense groep de leeftijd bij het onderzoek, tijd in Nederland, geslacht, leeftijd van de ouders ten tijde van de adoptie, (vermoeden van) verwaarlozing vóór adoptie, (vermoeden van) FAS, de diagnose van FAS, een sibling-adoptie, meer adoptiekinderen uit Polen (afzonderlijk van elkaar geplaatst) en biologische

kinderen in het gezin niet van invloed op de beoordelingsscore voor de algehele opvoedingsbelasting. Opmerkelijk is dat een special needs adoptie en de leeftijd bij aankomst van beide groepen kinderen geen verschil geeft in de opvoedingsbelasting, zoals Mainemer et al., (1998) en Fisher et al., (1997) eerder stelden. Daarmee zijn deze variabelen minder belangrijk dan de 'gezondheid bij aankomst' als voorspeller voor latere gedragsproblemen van het kind en de verhoging van de opvoedingsbelasting.

De analyses tonen verder aan dat de gezinsbelasting van een Poolse kind in vergelijking met een Roemeense kind aanzienlijk hoger is. De Poolse groep ervaart, ondanks de significant kleinere ontwikkelingsachterstanden, een zwaardere last van het gezinsleven dan de Roemeense groep. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de Poolse adoptieouders, ondanks de uitgebreide, verplichte voorbereidingen niet berekend waren op de grove problematiek die met name kinderen met FAS met zich mee brengen. En dat mogelijk de geboden hulpverlening tekort schiet, waardoor de ouders meer op zichzelf zijn aangewezen. De algehele opvoedingssituatie wordt door beide groepen als even belastend ervaren. Ondanks de zwaardere gezinsbelasting van de Poolse groep, zijn beide groepen tevreden over hun opvoedinspanningen en achten zij weinig tot geen hulpverlening nodig.

Specifieke punten van aandacht

De ouders geven aan dat 37% van de Poolse adoptiekinderen (zie tabel 1.5) een lichamelijke achterstand heeft ten tijde van het onderzoek, maar zij vermelden geen (ernstige) groeiachterstanden in lengte of gewicht bij de specifieke medische problemen. Vermoed wordt dat de ouders de lichamelijke achterstand hebben zien afnemen en het daarom niet zien als een medisch probleem. Een achterstand in lichamelijke groei kan grote en serieuze gevolgen teweegbrengen (zie p.11) en daarom is het van belang dat helder wordt of de Poolse adoptiekinderen een achterstand in lichaamslengte- en/of gewicht hebben in vergelijking met de Nederlandse leeftijdgenoten, zowel bij aankomst, als ten tijde van het onderzoek. Daarnaast kan met die gegevens een meer accurate vergelijking van de Roemeense en Poolse groepen worden gemaakt op het gebied van lichamelijke ontwikkeling. De uiterlijke afwijkingen en ernstige neurologische tekorten als gevolg van het alcoholgebruik- en misbruik van de zwangere moeder zijn voor het kind van levenslange duur. Daarom is het van groot belang dat wanneer een vermoeden van FAS bestaat, deze onderkend wordt teneinde tijdig en zo volledig mogelijke begeleiding van het kind en het gezin te kunnen inzetten.

Door een intensieve omgang met de adoptiekinderen, en de grote investering in hen, tonen de adoptieouders aan dat de Poolse en Roemeense kinderen zeer gewenste kinderen

zijn. De inzet van de adoptieouders kan, kijkend naar de positieve inhaalslag van de Poolse kinderen, een sterke beschermende factor zijn voor probleemgedrag op de lange termijn. Het blijft echter van groot belang dat de adoptieouders zo goed mogelijk worden voorbereid op wat hen te wachten staat nadat het kind in het gezin is opgenomen, zodat zij een weloverwogen keuze kunnen maken voor het kind en zijn of haar achtergrond. Tevens dienen de ouders en het kind de mogelijkheid te hebben gebruik te maken van specialisten omtrent adoptieproblematiek, zodat zowel het kind als de ouders zelf de beste begeleiding krijgen die mogelijk en nodig is om zich te ontwikkelen tot een gezond, functionerend kind en gezin.

Discussie

De validiteit van dit onderzoek kent een aantal beperkingen, waardoor de resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden. Ten eerste zijn niet alle verkregen gegevens gebruikt in deze thesis. De databank is te groot en te veelzijdig om alle verkregen informatie te verwerken in een masterthesis. Desondanks is getracht een accurate, representatieve selectie van de gegevens te maken door specifieke vragenlijsten te selecteren teneinde de onderzoeksvragen naar behoren te beantwoorden.

Een tweede beperking is dat hoewel de groep Poolse kinderen van dit onderzoek wat betreft leeftijd en achtergrond niet afwijkt van de gehele onderzoeksgroep Poolse adoptiekinderen, er wellicht kleine factoren van invloed zijn op de resultaten. Zo bestaat er de mogelijkheid dat de ouders die een vlugge respons hebben gegeven met het terugsturen van de vragenlijsten, minder problemen ondervinden tijdens de opvoeding en hierdoor sneller en met een positief gevoel gegevens van en over hun kinderen invullen. Een andere verklaring kan zijn dat de ouders een referentiekader missen, waardoor zij bijvoorbeeld op de CBCL gedrag niet of juist wel als afwijkend beschouwen.

Een derde beperking is dat de exacte ontwikkelingsprocessen van de Poolse kinderen niet zijn te achterhalen, doordat veel informatie van vóór de adoptie onbekend is. Tevens is de adoptieouders gevraagd specifieke vragen retrospectief te beantwoorden, met soms een interval van wel tien jaar ertussen. Hierdoor kan het zijn dat het gegeven beeld te positief of juist te negatief is, afhankelijk van het huidige functioneren van het kind. Ondanks deze beperkingen is er na jaren van adoptie uit Polen een begin gemaakt met onderzoek naar deze inwoners van Nederland met hun unieke achtergrond. Met behulp van deze onderzoeksgroep wordt er gebruik gemaakt van de betrekkelijk recente herinnering van de ouders ten aanzien van de gezondheid en ontwikkeling van het kind bij aankomst in Nederland. Een

herinneringsbias wordt hierdoor beperkt. Tevens is er door de leeftijd van de kinderen en de relatief korte duur in Nederland een mogelijkheid tot longitudinaal onderzoek.

Suggesties voor verder onderzoek

Het onderzoek heeft de ruimte geboden informatie uiteen te zetten over de ontwikkeling van een onbekende groep adoptiekinderen in Nederland. De vorm geeft daarmee een indicatie van de ontwikkelingsproblematiek en de problemen omtrent de opvoeding, echter zij geeft geen inzichten in de oorzaak van de genoemde opvoedingsbelasting en de juiste behandelmethoden en hulpverlening die geschikt kan zijn voor deze groep ouders en kinderen. Een suggestie voor verder onderzoek is daarom dat niet alleen alle beschikbare data worden verwerkt, maar dat eveneens een longitudinale opzet als bij het Roemeense onderzoek wordt toegepast. Na drie jaar en vijf jaar kunnen nieuwe vragenlijsten door de ouders worden ingevuld en persoonlijke interviews worden afgenomen over de visie op de ontwikkeling en begeleiding van het kind. Zowel bij de ouders en kinderen als bij de leerkrachten en hulpverleners van de kinderen. Tevens kan gebruik worden gemaakt van observaties van – en klinische behandeltrials voor de kinderen. Op deze verschillende manieren kan worden bijgedragen aan meer effectieve behandelmethoden voor de specifieke adoptieproblematiek. Mogelijk kan de informatie bijdragen aan preventieve hulpverlening in de land(en) van herkomst.

Een tweede suggestie is het onderzoek naar FAS. Gezien de complexe, neurologische problematiek van het syndroom, is het van groot belang dat zowel de Poolse als de Roemeense kinderen, en mogelijk zelfs kinderen uit andere landen, grondig worden onderzocht op de aanwezigheid van FAS, zodat hulpverleners hen accuraat en secuur kunnen begeleiden. Het gevaar bestaat anders dat de kinderen niet gediagnosticeerd en behandeld worden voor FAS (of FASD; zie p.15), maar voor een andere stoornis met gelijke symptomen zoals overactiviteit en quasi-autistisch gedrag (Caprara, 2007). De stoornis AD(H)D of een stoornis in het autistisch spectrum zijn karakteristieke diagnoses, die internationaal bekend zijn van Roemeense adoptiekinderen.

De derde suggestie is gericht op preventie en interventie. Omdat de specifieke achtergrondfactoren van de Poolse onderzoeksgroep van invloed zijn op het huidige functioneren van de kinderen in de hedendaagse maatschappij, is het van groot belang dat aanstaande adoptieouders zo volledig en correct mogelijk worden geïnformeerd over de medische en psychosociale situatie van het kind. Zelfs nog voordat zij de keuze voor het kind hebben gemaakt, en zeker ruim voordat de plaatsing een feit is. Na de plaatsing moeten

ouders en kinderen toegang hebben op aansluitende hulpverlening van professionals die gespecialiseerd zijn in de behandeling van (verwaarloosde) geadopteerden. De uitbreiding van het aanbod van hulpverleners zoals die van professor Hoksbergen, die sinds vele jaren zowel kinderen als volwassenen begeleidt met problemen omtrent adoptie, is van groot belang voor zowel Poolse als Roemeense adoptiekinderen in Nederland. Deze uitbreiding kan plaatsvinden wanneer onderzocht wordt wat de mogelijkheden zijn om de Poolse- en Roemeense kinderen en hun gezinnen preventief en effectief te begeleiden tot zelfstandig functionerende volwassenen. Waarbij grondig, internationaal en nationaal onderzoek naar het ontstaan, het verloop en de hulpverlening voor kinderen met (een vorm van) FAS vraagt om speciale aandacht. Zo kan een gestructureerd begeleiding- en hulpverleningstraject worden ontwikkeld en toegepast, specifiek toegespitst op Poolse- en Roemeense adoptiekinderen in Nederland.

Een Pools spreekwoord luidt: “Een kind is maar één keer jong”. Wij krijgen maar één keer de kans kinderen op te laten groeien tot volwaardige, vredelievende, sterke persoonlijkheden. Bied ze de juiste ‘nurture’ en ‘nature’ kan zijn werk doen.

Referenties

- Altstein, H., & Simon, R.J. (1991). Intercountry Adoption. A multinational Perspective. In R.A.C. Hoksbergen, J. Ter Laak, C. van Dijkum, L.M.H. Robbroeckx, K. Rijk, & F. Stoutjesdijk. (2002b). Adoptieouders, Zwaar Belaste Ouders? *Pedagogiek*, 2, Vol 4, 338-354.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. Text Revised). Washington, DC: author.
- Ames, E., Fisher, L., Morison, S. J., & Chisholm, K. (1999). Some recommendations of a study of Romanian orphans adopted to British Columbia. In S. Judge (2003). Determinants of parental stress in families adopting children from Eastern Europe. *Family Relations*, 52(3), 241-248.
- Baarda, D.B., de Goede, M.P.M., & van Dijkum, C.J. (2003). *Basisboek. Statistiek met SPSS. Handleiding voor het verwerken en analyseren van en rapporteren voer onderzoeksgegevens*. Groningen/ Houten: Wolters-Noordhoff.
- Barth, R.P., and Berry, M. (1988). *Adoption and disruption: Rates, risks, and responses*. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.
- Caprara, D.L., Nash, K., Greenbaum, R., Rovet, J., & Kore, G. (2007). Novel approaches to the diagnosis of fetal alcohol spectrum disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 31, 254–260.
- Cmic, K., & Acevedo, M. (1995). Everyday stress and parenting. In Judge, S. (2003). Determinants of parental stress in families adopting children from Eastern Europe. *Family Relations*, 52(3), 241-248.
- Dunst, C.J. & Trivette, C.M. (1986). Looking beyond the parent-child dyad for the determinants of maternal styles of interaction., *Volume 7*, 1, 69-80.
- Eyberg, S., & Pincus, D. (1999). *Eyberg Child Behavior Inventory & Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory - Revised*. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Glaser, D. (2000). Child Abuse and Neglect and the Brain – A Review. *Child Psychology and Psychiatry*, 41, Vol 1, 97- 116.
- Grimm, L.G., (1993). *Statistical Application for the Behavioural Sciences*. John Wiley & Sons, Inc.
- Groze, D, & Ileana, D. (1996). A Follow- Up Study of Adopted Children from Romania. *Child and Adolescent Social work Journal*, 12, Vol 8, 541

- Federici, F. (1998). *Help for the hopeless child: A guide for families*. Alexandria, VA: Federici & Associates.
- Federici, F. (1998). Help for the hopeless child: A guide for families. In R.A.C. Hoksbergen, J. Ter Laak, C. van Dijkum, L.M.H. Robbroeckx, K. Rijk, & F. Stoutjesdijk. (2003). Posttraumatic Stress Disorder in Adopted Children From Romania. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 3, 255–265
- Federici, F. (1998). Help for the hopeless child: A guide for families. In R.A.C. Hoksbergen, J. Ter Laak, K. Rijk, C. van Dijkum, & F. Stoutjesdijk. (2005). Postinstitutional autistic syndrome in Romanian adoptees. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 615-623.
- Fisher, L., Ames, E.W., Chrisholm, K. & Savoie, L. (1997). Problems reported by parents of Romanian orphans adopted to British Columbia. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 67-82.
- Hoksbergen, R.A.C., & medewerkers van het Roemenië- project (1999). *Adoptie van Roemeense kinderen: Ervaringen van ouders die tussen 1990 en medio 1997 een kind uit Roemenië adopteerden*. Utrecht: Universiteit Utrecht, Afdeling adoptie
- Hoksbergen, R.A.C., (2000). *Adoptie: een levenslang dilemma?* Utrecht: Universiteit Utrecht, Afdeling adoptie, 51.
- Hoksbergen, R.A.C., Stoutjesdijk, F., Rijk, S., Dijkum, C. van, & Rijk, K. (2001). Posttraumatische Stress- reactie bij Roemeense adoptiekinderen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 40, 475-489.
- Hoksbergen, R.A.C., Stoutjesdijk, F., Rijk, K., & van Dijkum, C. (2002a). Adoptie van Roemeense kinderen in Nederland. Gedragsproblemen van kinderen en opvoedingsbelasting voor adoptieouders. *Pedagogiek*, 22, Vol 1, 55-69.
- Hoksbergen, R.A.C., Ter Laak, J., van Dijkum, C., Robbroeckx, L.M.H., Rijk, K., & Stoutjesdijk, F. (2002b). Adoptieouders, Zwaar Belaste Ouders? *Pedagogiek*, 2, Vol 4, 338-354.
- Hoksbergen, R.A.C., Stoutjesdijk, F., van Dijkum, C., Ter Laak, J., & Rijk, K. (2002c). *Effecten van verwaarlozing*. Universiteit Utrecht, afdeling adoptie.
- Hoksbergen, R.A.C., van Dijkum, C., & Stoutjesdijk, F. (2002d). Experiences of Dutch Families Who Parent an Adopted Romanian Child. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23, (Vol 6), 403-409.

- Hoksbergen, R.A.C., Ter Laak, J., van Dijkum, C., Rijk, K., & Stoutjesdijk, F. (2003). Posttraumatic Stress Disorder in Adopted Children From Romania. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 3, 255–265
- Hoksbergen, R., Ter Laak, J., Rijk, K., van Dijkum, C., & Stoutjesdijk, F. (2005). Postinstitutional autistic syndrome in Romanian adoptees. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 615-623.
- Hoksbergen, R.A.C., (2007). Huidig onderzoek: Roemeense adoptiekinderen in Nederland. Universiteit Utrecht, afdeling Adoptie en niet genetisch ouderschap. Verkregen van het web 25 maart 2007. http://research.fss.uu.nl/nietgen/adoptie_uni.htm
- Hoksbergen, R.A.C. (2009). *Vijftig jaar adoptie in Nederland*. Een historisch- statistische beschouwing. In druk.
- Hunt, K. (1999). *Abandoned to the State: Cruelty and Neglect in Russian Orphanages*. Human Rights Watch Staff, pp 61.
- Judge, S. (2003). Determinants of parental stress in families adopting children from Eastern Europe. *Family Relations*, 52(3), 241-248.
- Kievit, T., Rak., J.A.A., & Bosch., J.D. (2002). *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen*. Utrecht: De Tijdstroom. 44, 287-288
- Lahti, J. (1982). A follow-up study of foster children in permanent placements. *Social Service Review*, volume 56, 556-71.
- Leung, P. & Erich, S. (2002). Family Functioning of Adoptive Children with Special Needs: Implications of Familial Supports and Child Characteristics. *Children and Youth Services*, Volume 24, 11, 799-816.
- Lifton, B.J. (1994). Journey of the Adopted Self. A Quest for Wholeness. In R.A.C. Hoksbergen, J. Ter Laak, C. van Dijkum, L.M.H. Robbroeckx, K. Rijk, & F. Stoutjesdijk. (2002b). *Adoptieouders, Zwaar Belaste Ouders? Pedagogiek*, 2, Vol 4, 338-354.
- Mainemer, H., Gilman, L. C., & Ames, E. W. (1998). Parenting stress in families adopting children from Romanian orphanages. *Journal of Family Issues*, Volume 19, 164-180.
- Miller, L.C., Chan, W., Litvinova, A., Rubin, A., Tirella, L. & Cermak, S. (2007). *Medical diagnoses and growth of children residing in Russian orphanages*. *Acta Pædiatrica*, Volume 96 (12), 1765 – 1769.
- Ministerie van Justitie (2007). Nieuwsbericht: Leeftijdsgrens buitenlands adoptiekind omhoog naar 8 jaar. Verkregen van het web 09 februari 2007. <http://www.justitie.nl/actueel/nieuwsberichten/archief-2007/Leeftijdsgrens-buitenlands-adoptiekind-omhoog-naar--jaar.aspx>

- Rijk, C. H. A. M. Hoksbergen, R. A. C. Laak, J. J. F. t. van Dijkum, C. Robbroeckx, L. H. M (2006). Parents Who Adopt Deprived Children Have a Difficult Task. *Adoption Quarterly, Volume 9, 2/3*, 37-61.
- Rijk, C. (2008). *Coping with the effects of deprivation. Development and upbringing of Romanian adoptees in the Netherlands*. Enschede: Print Partners Ipskamp BV.
- Rosenthal, J.A. (1993). Outcomes of Adoption of Children with Special Needs. *The Future of Children, Volume 3 (1)*, 77-88.
- Rosenthal, J.A., & Groze, V. (1992). Special-Needs Adoption: A Study of Intact Families. *The Social Service Review, Volume 64, 3*, 475-505.
- Rosenthal, J.A., Schmidt, D. & Conner, J. (1988). Predictors of special needs adoption disruption an exploratory study. *Children and Youth Services Review, Volume 10, 2*, 101-117.
- Rutter, M., The English and Romanian Adoptees Study Team (1998). Developmental catch-up and deficit following adoption after severe global early privation. *Journal of child psychology and psychiatry, 39*, 465-478.
- Rutter, M. (2000). Psychosocial Influences: Critiques, Findings and Research Needs. *Developmental and Psychopathology, 12*, 375-405.
- Rutter, M., Beckett, C., Colvert, E., Kreppner, J., Mehta, M., Stevens, S., & Sonuga-Barke, E. (2007). Effects of profound early institutional deprivation: an overview of findings from a UK longitudinal study of Romanian adoptees. *European Journal of Developmental Psychology, 4, 3*, 332-350.
- Sanders- Woudstra, J.A.R., Verhulst, F.C., & Witte, de H.F.J. (1996). *Kinder- en jeugdpsychiatrie. Psychopathologie en behandeling I*. Assen: Van Gorcum.
- Scholte, E.M., & van der Ploeg, J.D., (2005). *Avl Handleiding*. Bohn Stafleu van Loghum; Houten.
- Singer, E. (2007). *Kindermishandeling*. Lezing ter behoeve van de cursus ontwikkelingspathologie, gegeven op maandag 22 oktober 2007. Universiteit Utrecht, afdeling ontwikkelingspsychologie.
- Sloutsky V.M. (1997). Institutional care and developmental outcomes of 6- and 7-year-old children: A contextualist perspective. *International Journal of Behavior Development, 20*, 131-151
- Spitz, R. A. (1945). Hospitalism: An Inquiry Into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood. *Psychoanalytic Study of the Child, (Vol 1)*, 53-74.

- Tieman, W., Van der Ende, J., & Verhulst, F.C. (2005). Psychiatric disorders in young adult intercountry adoptees: An epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 3, pp 592–598.
- Tweede Kamer der Staten Generaal, Wet op de Jeugdzorg (2005). Hoofdstuk één: Algemene Bepalingen; Artikel één. Verkregen van het web op donderdag 03 april 2008. http://www.bureaujeugdzorg.info/Wet_op_de_jeugdzorg/
- Van IJzendoorn, .H., Juffer, F., & Klein Poelhuis, C.W., (2005). Adoption and cognitive development: a meta-analytic comparison of adopted and non-adopted children's IQ and school performance. *Psychological Bulletin*, 131, 303-316.
- Vegelin, T. (2008). *Vergelijking risicofactoren voor ontwikkeling- en gedragsproblemen tussen Roemeense en Poolse adoptiekinderen in Nederland*. Universiteit Utrecht, afdeling adoptie.
- Verrier, N.N. (2003). *Afgestaan, begrip voor het geadopteerden kind*. Amsterdam: Ambo/Anthos.
- Verhulst, F.C., & Versluis- den Bieman, H.J.M. (1995). Developmental course of problem behaviors in adolescent adoptees. *Academic Journal Child adolescence psychiatry*, 34 (2), 151-159.
- Waanders, L.(2008a). Ook in 2007 daalt het aantal adopties. Tijd voor een andere koers? *Adoptietijdschrift*, 11, (Vol 1), 10-11.
- Waanders, L. (2008b). Het temmen van de roos: de onvoorwaardelijke strijd van Geertje van Egmond. *Adoptietijdschrift*, 11, (Vol 1), 21-23.
- Wenar, C., & Kerig, P., (2006). *Developmental Psychopathology. From infancy through adolescence*. 5th Edition. New York, Mc Graw Hill.
- Wattendorf, D.J., & Muenke, M. (2005). Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *American Family Physician*, 72, 2, 279-282, 285
- Wels, P.M.A., & Robbroeckx, L. M. H. (1996). *Nijmeegse vragenlijst voor de opvoedingssituatie (NVOS): Handleiding (NVOS)*. Nijmegen: Instituut voor Orthopedagogiek, Katholieke Universiteit Nijmegen. Lisse: Swets Test Services (STS);
- Wolters, W.H.H. (1999). Gevolgen van trauma's bij kinderen en adolescenten. In P.G.H. Aarts & W.D. Visser (Red). *Trauma: diagnostiek en behandeling*. Houten/ Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 171-184.
- Yule, W. (1994). Posttraumatic Stress Disorders. In M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (Eds.). *Child and adolescent psychiatry: modern approaches*, pp 392-404. Oxford: Blackwell Scientific Publications

Bijlage 1. Begrippenlijst Thesis

Het betreffende begrip is onderstreept, gevolgd door een uitleg. Daarachter is het paginanummer vermeld waarop het begrip voor het eerst genoemd is.

- Afstand ter adoptie: het opgeven van de ouderlijke rechten en plichten over een biologisch kind.
- Adoptie: het wettelijk aannemen van een kind, inclusief de ouderlijke rechten en plichten.
- Adoptiekind: een kind dat is afgestaan door de biologische ouders en wordt opgevoed door ouders die hem/ haar wettelijk hebben aangenomen.
- Adoptieouders: de mensen die een niet- biologisch kind wettelijk hebben aangenomen alsof het een biologisch eigen kind is.
- Adoptieleeftijd: de leeftijd van het adoptiekind ten tijde van de plaatsing in het nieuwe gezin (p.20).
- Adoptie disruptie: een verstoring van het gezinsleven door de problemen omtrent de adoptie en/of problemen van het adoptiekind. Bij ernstige problemen kan het adoptiekind soms niet langer in het gezin blijven en wordt het uithuis geplaatst (p.21).
- Affectieve verwaarlozing: tekortschieten in de behoefte van een kind aan aandacht en betrokkenheid, veiligheid, zelfwaardering, emotionele warmte en regulatie van emoties (p.4).
- Biologische ouders: de mensen die een genetische band met een kind hebben.
- Gezinsteenende netwerk: het netwerk van mensen in de directe omgeving van het gezin die betrokken zijn bij het functioneren van het gezin. Zoals de partner van de adoptieouder, andere adoptieouders, artsen en het kinderdagverblijf waar het adoptiekind regelmatig verblijft (p.21).
- Child Behavior Check List (CBCL): De CBCL behoort tot de zogenoemde ASEBA vragenlijsten (Child Behavior Check List, Youth Self Report en de Teacher Report Form). Alle lijsten zijn onderverdeeld in acht smalle band factoren. De schalen ‘Teruggetrokken’ , ‘Angstig/depressief’ gedrag en ‘Lichamelijke klachten’ behoren tot de brede band dimensie ‘Internaliseren’. De schalen ‘Delinquent- en Agressief gedrag’ maken deel uit van de brede band dimensie ‘Externaliseren’. De drie overige factoren ‘Sociale-, Denk- en Aandachtsproblemen’ behoren niet tot een brede band dimensie. Alle probleemcores worden opgeteld en om de brede band dimensie ‘ Totale problemen’ te berekenen. Een score in het klinische gebied betekent vanuit een gestandaardiseerd classificatiesysteem dat het gedrag voorkomt bij maximaal twee procent van de populatie van één geslacht en met één bepaalde leeftijd. Deze score verwijst naar aanzienlijke gedrag- en/of vaardigheidsproblemen en betekent een mogelijke aanduiding van een stoornis of stoornissen in het psychisch functioneren (Kievit et al., 2002, p 44), waarbij professionele hulp dringend nodig is en sterk geadviseerd wordt In het geval van de Roemeense groep is bij de klinische categorie ook de grensgroep (in het Engels ‘borderline’ groep genoemd) opgeteld, om de ernst van de problematiek zo volledig mogelijk weer te geven. Deze groep vertoont ernstig probleemgedrag voorkomend bij maximaal vijf procent van de populatie van één geslacht en met één bepaalde leeftijd, maar is een grensgeval voor de psychische hulpverlening. Een klinische score in het huidige onderzoek betekent zodoende dat het gedrag voorkomt bij zeven procent van de Nederlandse bevolking van dat geslacht met die leeftijd (p.10).
- Foetaal Alcohol Spectrum Stoornis (FASD): deze stoornis wordt veroorzaakt door de effecten van alcohol gebruik van de moeder ten tijde van haar zwangerschap (p 16).
- Foetaal Alcohol Syndroom (FAS): FAS is de ernstigste vorm van FASD en wordt het meest klinisch (h)erkend. FAS wordt gekarakteriseerd door een patroon van kleine gezichtsafwijkingen, prenatale en postnatale groeiachterstand en afwijkingen in het functionele of structurele gedeelte van het centrale zenuwstelsel (Wattendorf, 2005). Dit leidt tot complexe hersenbeschadiging, cognitieve gebreken, gedragsverstoringen en beschadiging van de urinewegen. Ander gevolgen van de hersenbeschadiging kunnen zijn: slechte spiercoördinatie, gebrekkige zuigreflex en moeilijkheden met kauwen. Veel kinderen met FAS zijn overgevoelig voor tast, geluid en fel licht. Ook veel voorkomend zijn: slecht sociaal functioneren, hyperactiviteit, verstandelijke handicap en autistisch gedrag. Wanneer de beschreven gezichtsafwijkingen duidelijk aanwezig zijn, kan de diagnose FAS worden gesteld, zonder de bevestiging van alcoholgebruik tijdens de zwangerschap. Veelal is de neurologische problematiek wel aanwezig, maar is er een gebrek aan specifieke afwijkingen in de gezichtskenmerken. Is dit het geval dan kan de diagnose FASD ook worden gesteld (Caprara, 2007). De beschreven gevolgen van uiterlijke afwijkingen en neurologische tekorten als gevolg van het alcoholgebruik- en misbruik zijn voor het kind van levenslange duur.

- Institutionele deprivatie: de ernstige tekortkomingen die kinderen ervaren als zij voor langere tijd in een instituut verblijven. Ze worden daar blootgesteld aan ernstige vormen van verwaarlozing (p.4).
- Klinische score: vanuit een vaststaand classificatiesysteem betekent een klinische score dat het gedrag voorkomt bij maximaal twee procent van de populatie van één geslacht en met één bepaalde leeftijd en deze score verwijst naar aanzienlijke gedrag- en/of vaardigheidsproblemen (p.9).
- Microcefalie: micro is klein, cefalie betekent ‘de hersenen’. Letterlijk: het hebben van kleinere hersenen, met een kleinere hoofdomvang tot gevolg. Kinderen met microcefalie hebben een kleinere hoofdomvang dan kinderen zonder microcefalie (p.11).
- Pedagogische verwaarlozing: tekortschieten in het geven van liefde, bescherming, lichamelijke, materiële- en immateriële verzorgingsbehoeften en opvoeding aan een kind (Kievit, Tak & Bosch, 2002) (p.4).
- Perinatale encephalopathie: betekent een verstoring van de hersenen (cefalie betekent ‘hersenen’), die over een groot gebied is verspreid. De verstoring is ontstaan ten tijde van de geboorte (perinataal). De term kan en mag genoemd worden als er rede voor zorg is waarbij de arts de medische data naast de huidige ontwikkeling van het kind legt (Bledsoe & Johnston, 2004). (p.10).
- Post Traumatisch Stress Stoornis (PTSS): een stoornis veroorzaakt door een traumatische gebeurtenis. PTSS is onderverdeeld in twee typen. Type I betreft een eenmalige, kortdurende, schokkende ervaring. Type II betekent dat het kind of de volwassene is blootgesteld aan langdurige en herhaalde traumatische ervaringen zoals misbruik en verwaarlozing. De diagnose van PTSS is bij kinderen moeilijker vast te stellen, omdat zij een groter scala aan complexe reacties vertonen, die volgens de criteria niet bij volwassenen voorkomen. Dit is mede omdat kinderen (nog) geen emotionele copingmechanismen hebben geleerd. Een traumatische gebeurtenis omvat de volgende symptomen: ‘1. een serieuze bedreiging van de gezondheid of het leven; 2. de situatie schendt de basisassumptie van veiligheid; 3. de persoon verkeert in een (tijdelijke) staat van hulpeloosheid door grote angst of opwindning en 4. de persoon is hierdoor niet in staat te handelen en- of de situatie te verwerken’ (Eisen & Goodmann, 1998; in Glaser, 2000). Het trauma van een individu met PTSS voldoet aan de vier bovenstaande kenmerken en wordt geuit door voortdurende herbeleving van het trauma op één of meer manieren. Verder vermijdt de persoon aanhoudend prikkels die bij het trauma horen, toont het een verhoogde prikkelbaarheid die niet aanwezig was vóór het trauma en veroorzaken deze uitingen in significante mate lijden of beperkingen in het dagelijkse leven (American Psychiatric Association, 2000; Sanders – Woudstra, Verhulst & de Witte 1996). Sanders et al., (1996) noemen naast de symptomen uit de DSM-IV-TR classificatie (bijlage 2) nog andere posttraumatische reacties. Zo zijn er gevoelens van schuld of minderwaardigheid (symptoom A). Een uiting hiervan kan zijn dat het kind zichzelf straft, of van mening is dat het straf verdient. Ook gevoelens van woede en wraak die zich uiten in een verhoogde incidentie van agressief en delinquent gedrag, van automutilatie en suïcidepogingen (symptoom B). Anderzijds kan het kind een sterke afweer tonen van agressieve gevoelens en stelt het zich daardoor juist passief op. Lichamelijke klachten als gevolg van het trauma zoals buikpijn, hoofdpijn en enuresis zijn symptomen van een stress reactie (symptoom C). Daarnaast kan er nog sprake zijn van leeftijdsafhankelijke kenmerken, zoals slaapstoornissen of regressief gedrag (bijvoorbeeld onzindelijkheid; symptoom D). Yule (1994) noemt symptomen zoals geheugenproblemen (symptoom E), steeds terugkerende herinneringen (symptoom F), het hebben van weinig vrienden (symptoom G), en nervositeit (symptoom H).
- Probleemgedrag: elke vorm van afwijkend gedrag waar een klinische betekenis aan gegeven wordt (p.9).
- Quasi autisme: een gebrek aan inlevingsvermogen, een tekort aan sociaal besef en begrip. De meeste kinderen ontwikkelen een sociaal besef en begrip rond de kleuterleeftijd. Een tekort aan sociaal besef en begrip kan grote negatieve sociale consequenties hebben. Quasi- autistisch gedrag wordt door Federici (in Hoksbergen, Ter Laak, Rijk, van Dijkum & Stoutjesdijk, 2005, p. 257) het ‘ Post-Institutional Autistic Syndrome’ genoemd, oftewel het ‘Post- Institutionele Autistische Syndroom (PIAS)’. De term post- institutioneel verwijst naar de oorsprong van het autisme, die in dit geval niet ligt in genetische factoren, maar veroorzaakt is door omgevingsfactoren. De kinderen die voldoen aan de criteria van PIAS vertonen stereotiep gedrag, zijn allemansvriendjes en hebben communicatie- en taalstoornissen. (p.11; p.15)
- Sibling-adoptie: het adopteren van meer kinderen tegelijk in één gezin. De kinderen hebben een bloedband met elkaar en komen meestal uit één gezin. Wanneer kinderen tegelijk worden

geadopteerd die in het land van herkomst samen opgroeiden en een hechte band hebben, maar geen bloedband delen, dan wordt de adoptie een 'sociale sibling-adoptie' genoemd.

- Special needs kinderen: adoptiekinderen met speciale, medische problemen zoals zintuiglijke aandoeningen, motorische aandoeningen, cosmetische aandoeningen en organische aandoeningen (Stichting Wereldkinderen).
- Trauma: een onverwachte acute of herhaalde gebeurtenis die een serieuze bedreiging vormt voor de gezondheid en/ of het leven van een individu. Deze wordt door de gebeurtenis overvallen en ervaart voor enige tijd gevoelens van machteloosheid en hulpeloosheid (p 11).

Bijlage 2. Criteria DSM-IV-TR voor Post Traumatische Stress Stoornis

Criteria DSM-IV-TR voor Post Traumatische Stress Stoornis (American Psychiatric Association, 2000).

A. De betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij beide van de volgende van toepassing zijn:

- 1) betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen
- 2) tot de reacties van betrokkene behoorde intense angst, hulpeloosheid of afschuw.
NB: bij kinderen kan dit zich in plaats hiervan uiten in chaotisch of geagiteerd gedrag

B. De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd op één (of meer) van de volgende manieren:

- 1) recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis, met inbegrip van voorstellingen, gedachten of waarnemingen. NB: bij jonge kinderen kan dit zich uiten in de vorm van terugkerende spelletjes waarin de thema's of aspecten van het trauma worden uitgedrukt
- 2) recidiverend akelig dromen over de gebeurtenis. NB: bij kinderen kunnen angstdromen zonder herkenbare inhoud voorkomen
- 3) handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt (hiertoe behoren ook het gevoel van het opnieuw te beleven, illusies, hallucinaties en dissociatieve episodes met flashback, met inbegrip van die welke voorkomen bij het ontwaken of tijdens intoxicatie). NB: bij jonge kinderen kunnen trauma-specifieke heropvoeringen voorkomen
- 4) intens psychisch lijden bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken
- 5) fysiologische reacties bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken

C. Aanhoudend vermijden van prikkels die bij het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende:

- 1) pogingen gedachten, gevoelens of gesprekken horend bij het trauma te vermijden
- 2) pogingen activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen oproepen aan het trauma te vermijden
- 3) onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren
- 4) duidelijk verminderde belangstelling voor of deelneming aan belangrijke activiteiten
- 5) gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen
- 6) beperkt spectrum van gevoelens (bijvoorbeeld niet in staat gevoelens van liefde te hebben)
- 7) gevoel een beperkte toekomst te hebben (bijvoorbeeld verwacht geen carrière te zullen maken, geen huwelijk, geen kinderen of geen normale levensverwachting)

D. Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit twee (of meer) van de volgende:

- 1) moeite met inslapen of doorslapen
- 2) prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen
- 3) moeite met concentreren
- 4) overmatige waakzaamheid
- 5) overdreven schrikreacties

E. Duur van de stoornis (symptomen B, C en D) langer dan één maand

F. De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen

Bijlage 3. Vragenlijst Adoptiekind- en Gezin (SAG)

De SAG bestaat uit twee gedeeltes. Het eerste deel heeft betrekking op de achtergrondinformatie van het adoptiekind, het tweede gedeelte betreft de achtergrondinformatie van het adoptiegezin. Wanneer u twee of meer kinderen uit Polen heeft geadopteerd in de periode 2004-2006, verzoeken wij u het gedeelte van de vragenlijst over het adoptiekind voor **elk kind afzonderlijk** in te vullen.

Ingevuld door: vader / moeder / beiden

Datum van invullen: / /

ADOPTIEKIND

1. Algemene gegevens kind

A. Naam:

B. Geboortedatum:

C. Geboorteplaats:

D. Datum aankomst in Nederland: / /

2. Woonomstandigheden vóór adoptie

Duur verblijf (indien bekend; er zijn meerdere opties mogelijk)

- | | | |
|---|----------|----------|
| <input type="checkbox"/> Bij biologische ouders | Van..... | Tot..... |
| <input type="checkbox"/> Bij familie / bekenden | Van..... | Tot..... |
| <input type="checkbox"/> In pleeggezin | Van..... | Tot..... |
| <input type="checkbox"/> In tehuis | Van..... | Tot..... |
| <input type="checkbox"/> In ziekenhuis | Van..... | Tot..... |
| <input type="checkbox"/> Anders, nl..... | Van..... | Tot..... |

Opmerkingen.....
.....
.....

3. Achtergrond biologische ouders

Kunt u aangeven in hoeverre er bij de biologische ouders van uw kind sprake was van:

- | | <u>Man</u> | <u>Vrouw</u> |
|-----------------------------|---------------------|---------------------|
| Zwakbegaafdheid | Ja / Nee / Onbekend | Ja / Nee / Onbekend |
| Psychische problematiek | Ja / Nee / Onbekend | Ja / Nee / Onbekend |
| Overlijden | Ja / Nee / Onbekend | Ja / Nee / Onbekend |
| Middelenmisbruik: - Alcohol | Ja / Nee / Onbekend | Ja / Nee / Onbekend |
| - Drugs | Ja / Nee / Onbekend | Ja / Nee / Onbekend |

Opmerkingen.....
.....

4. Bevallig

Natuurlijke bevalling

Ja / Nee / Onbekend

Complicaties tijdens bevalling

Ja / Nee / Onbekend

Vroeggeboorte

Ja / Nee / Onbekend

Laag geboortegewicht

Ja / Nee / Onbekend

Opmerkingen.....

.....

.....

5. Vroegkinderlijke ervaringen

A. In hoeverre is uw kind in Polen blootgesteld geweest aan:

Verwaarlozing

Niet / In lichte mate / Ernstig / Onbekend

Mishandeling

Niet / In lichte mate / Ernstig / Onbekend

Trauma

Niet / In lichte mate / Ernstig / Onbekend

B. Wat was de reden dat uw kind beschikbaar was voor adoptie?

.....

.....

.....

Opmerkingen.....

.....

.....

6. Ontwikkeling van het kind

Hoe beoordeelt u de ontwikkeling van uw kind ten opzichte van leeftijdgenootjes?

A. Bij aankomst in Nederland

	Geen achterstand	Enige achterstand	Grote achterstand
Algemene ontwikkeling			
Lichamelijke ontwikkeling			
Motorische ontwikkeling			
Taal ontwikkeling			
Emotionele ontwikkeling			

B. Op dit moment

	Geen achterstand	Enige achterstand	Grote achterstand
Algemene ontwikkeling			
Lichamelijke ontwikkeling			
Motorische ontwikkeling			
Taal ontwikkeling			
Emotionele ontwikkeling			

Opmerkingen.....

.....

7. Medische problemen

Is er sprake van enige medische problematiek (aankruisen wat van toepassing is)?

	In Polen vastgesteld	Bij aankomst in Nederland	Op dit moment
Huidproblemen			
Hepatitis			
Oog- en oorproblemen			
Ontwikkelingsachterstand			
Handicaps			
Ondervoeding			
Darminfecties			
Bloedarmoede			
Niet spreken			
Hyperactief			
Ongecontroleerd			
Niet lopen			
Andere medische problemen, nl			
.....			

8. Psychosociale problemen

Is er sprake van enige psychosociale problematiek (aankruisen wat van toepassing is)?

	In Polen vastgesteld	Bij aankomst in Nederland	Op dit moment
Slaapproblemen			
Eetproblemen			
Onverschilligheid tot vader			
Onverschilligheid tot moeder			
Klampgedrag tot vader			
Apathisch gedrag			
Agressief, driftig, hysterisch gedrag			
Koppig gedrag			
Automutilatie			
ADHD en/ of druk gedrag			
Afhouden van contact			
Autistisch gedrag			
Allemandvriendjes gedrag			
Zeer teruggetrokken gedrag			
Hechtingsproblemen			
Stereotiep gedrag			
Tic			
Sterk aandacht			
Spraak- en/ of taalstoornissen			
Seksueel gedrag			
Vluchtgedrag			
Andere problemen, nl			
.....			

9. Foetaal Alcohol Syndroom (FAS)

A. Bent u bekend met FAS? Ja / Nee

B. Was er bij uw kind sprake van (symptomen van) FAS vóór de adoptie? Ja / Nee

C. Zo ja, welke symptomen?

.....
.....
.....

D. Is bij uw kind in Polen FAS gediagnosticeerd? Ja / Nee / Onbekend

E. Heeft u ooit het vermoeden gehad dat bij uw kind sprake is van FAS? Ja / Nee

F. Is bij uw kind in Nederland (na de adoptie) FAS gediagnosticeerd? Ja / Nee

Opmerkingen.....

.....
.....

10. Hulpverlening kind

A. Heeft u ooit medische hulpverlening gezocht voor uw kind? Ja / Nee

Zo ja, welke?

.....
.....

B. Beoordeling kwaliteit van de geboden hulpverlening Goed / Matig / Slecht

C. Heeft u ooit psychische hulpverlening gezocht voor uw kind? Ja / Nee

Zo ja, welke?

.....
.....

D. Beoordeling kwaliteit van de geboden hulpverlening Goed / Matig / Slecht

Opmerkingen.....

.....
.....

11. Speciale opvang / Speciaal Onderwijs

A. Gaat uw kind naar speciale opvang of volgt het speciaal onderwijs? Ja / Nee

Zo ja, welke?

.....
.....

14. Adoptie

- A. Waarom koos u voor adoptie van een kind? Ongewenst kinderloos
 Ongewenst kinderloos en idealistische overwegingen
 Idealistische overwegingen
 Anders, nl.....
.....
.....

- B. Als er sprake is van ongewenste kinderloosheid, heeft u dan gebruik gemaakt van één of meer van de volgende medische technieken (er zijn meerdere antwoorden mogelijk)?
- IVF
 - ICSI
 - KID
 - Hormoonbehandeling(en)
 - Geen
 - Anders, nl
-

C. Waarom heeft u gekozen voor adoptie uit Polen?

.....

.....

D. Heeft u aangegeven een ‘special-needs’ kind te willen adopteren? Ja / Nee

E. Kunt u de reden voor deze keuze aangeven?

.....

.....

.....

Overige opmerkingen

.....

.....

.....

.....

.....

Wij danken u hartelijk voor het invullen van deze vragenlijst!

Bijlage 4 Tabellen

Resultaten

Tabel 1.1 : Gegevens van de SAG. Percentages en aantallen overplaatsingen van Poolse adoptiekinderen vóór adoptie

Aantal overplaatsingen vóór adoptie	N=107
Geen één keer overgeplaatst	1% (1)
Eén keer overgeplaatst	21% (23)
Twee keer overgeplaatst	49% (52)
Drie keer overgeplaatst	18% (19)
Vier keer overgeplaatst	7% (7)
Vijf keer overgeplaatst	2% (2)
Onbekend	3% (3)

Tabel 1.2: Percentages en aantallen per soort verblijfplaats van Poolse adoptiekinderen vóór adoptie

Verblijfplaats en vóór adoptie	N=107
Biologische ouders	54% (58)
Familie/bekenden	13% (14)
Pleeggezin	27% (29)
Kindertehuis	79% (85)
Ziekenhuis	44% (47)

Tabel 1.3: Percentages en aantallen van de leeftijd in jaren van Poolse adoptiekinderen bij aankomst en op het moment van onderzoek.

Leeftijd in jaren	Leeftijd bij aankomst (N=107)	Leeftijd tijdens onderzoek (N=107)
0 tot 1 jaar	5% (5)	0% (0)
1 tot 2 jaar	29% (32)	0% (0)
2 tot 3 jaar	26% (29)	1% (1)
3 tot 4 jaar	14% (16)	8% (9)
4 tot 5 jaar	8% (9)	6% (7)
5 tot 6 jaar	6% (7)	8% (9)
6 tot 7 jaar	6% (7)	8% (9)
7 tot 8 jaar	0% (0)	7% (8)
8 tot 9 jaar	0% (0)	13% (14)
9 tot 10 jaar	0% (0)	12% (13)
10 tot 11 jaar	0% (0)	8% (9)
11 tot 12 jaar	0% (0)	14% (15)
12 tot 13 jaar	0% (0)	3% (3)
13 tot 14 jaar	0% (0)	6% (7)
14 tot 15 jaar	0% (0)	0% (0)
15 tot 16 jaar	0% (0)	2% (2)

Tabel 1.4a: Percentages en aantallen adoptiekinderen per gezin, op het moment van onderzoek.
Aantal adoptiekinderen in één gezin **N=107**

Eén adoptiekind	19% (20)
Twee adoptiekinderen	45% (48)
Drie adoptiekinderen	27% (29)
Vier adoptiekinderen	6% (6)
Vijf of meer adoptiekinderen, waarvan één in onderzoeksgroep	2% (2)

Tabel 1.4b: Percentages en aantallen adoptie- en biologische kinderen per gezin, op het moment van onderzoek

Aantal adoptie- en biologische kinderen in één gezin	N=107
Eén biologisch kind en één adoptiekind	7% (7)
Eén biologisch kind en twee adoptiekinderen	2% (2)
Twee biologisch kinderen en één adoptiekind	1% (1)

Tabel 1.6: Percentages en aantal Poolse adoptiekinderen met medische problemen bij aankomst in Nederland en op het moment van onderzoek op basis van de Screeninglijst Adoptie en Gezin (SAG)

Medische probleemgebieden	Bij aankomst in Nederland (N=107)	Op dit moment (N=107)
Huidproblemen	7% (7)	7% (7)
Hepatitis	0% (0)	0% (0)
Oog- en oorproblemen	22% (24)	29% (31)
Ontwikkelingsachterstand	45% (48)	34% (36)*
Lichamelijke handicaps	13% (14)	15% (16)
Ondervoeding	11% (12)	0% (0)
Darminfecties	1% (1)	1% (1)
Bloedarmoede	0% (0)	0% (0)
Niet spreken	14% (15)	5% (5)*
Hyperactief	19% (20)	21% (22)
Ongecontroleerd gedrag	16% (17)	5% (1)
Niet lopen	0% (0)	0% (0)
Andere medische problemen	23% (25)	21% (22)

Er is gebruik gemaakt van een McNemar Test ($p < .05$, tweezijdig)

* Significant verschil tussen het moment van aankomst in Nederland en het moment van onderzoek.

Tabel 1.7: Percentages en aantal Poolse adoptiekinderen met symptomen, vermoedens en diagnoses van FAS in Polen en Nederland, uitgesplitst naar geslacht

	Percentage kinderen (N=104)	Jongens (N=56)	Meisjes (N=48)
Symptomen van FAS vóór adoptie	17(18)	14(8)	21% (10)
FAS gediagnosticeerd in Polen	4 (4)	4% (2)	5% (2)
Vermoeden van FAS in Nederland	38% (39)	40% (22)	35% (17)
FAS gediagnosticeerd in Nederland	18% (19)	20% (11)	17% (8) *

Er is gebruik gemaakt van een McNemar Test ($p < .05$, tweezijdig)

* Significant verschil tussen het aantal jongens en meisjes met de diagnose FAS.

Tabel 1.8: Vergelijking percentage en aantal Poolse adoptiekinderen met psychosociale problemen, bij aankomst in Nederland en op het moment van onderzoek

Psychosociale probleemgebieden	% Poolse adoptiekinderen (N=107)	% Poolse adoptiekinderen (N=107)
Allemandvriendjes	25% (27)	11% (12)*
Slaapproblemen	22% (23)	8% (7)*
Eetproblemen	18% (17)	5% (5)*
Spraak en/of taalproblemen	32% (34)	22% (29)
Apathisch gedrag	8% (9)	4% (4)
Stereotiep gedrag	34% (36)	19% (20)*
Agressief gedrag	31% (25)	33% (26)
Hechtingsproblemen	23% (24)	10% (11)*
Automutilatie	5% (5)	5% (5)
ADHD (zeer druk) gedrag	26% (27)	30% (32)
(Quasi) autistisch gedrag	8% (9)	10% (11)
Sterk aandacht vragen	27% (29)	36% (39)

Er is gebruik gemaakt van een McNemar Test ($p < .05$, tweezijdig)

* Significante daling tussen de scores bij aankomst in Nederland en op het moment van onderzoek.

Tabel 1.9: Vergelijking percentages CBCL scores van de Poolse Adoptiekinderen met de Nederlandse normgroep in de borderline of klinische range, op het moment van onderzoek.

CBCL Dimensie	Poolse adoptiekinderen		Nederlandse Normgroep	
	Jongens (N=59)	Meisjes (N=48)	Jongens (N=579)	Meisjes (N=593)
Totale Problemen	42% (25)*	46% (22) **	10% (58)	10% (59)
Internaliseren	25% (15) *	33% (16) **	10% (58)	10% (59)
Externaliseren	27% (16) *	40% (19) **	10% (58)	10% (59)
Gemiddeld	32% (19)	40% (19)	10% (58)	10% (58)

Er is gebruik gemaakt van een Pearson Chi-Square Test ($p < .05$, eenzijdig)

* Significant verschil tussen de Poolse groep adoptiekinderen en de Nederlandse normgroep.

** Significant verschil tussen de jongens van de Poolse groep adoptiekinderen en de jongens van de Nederlandse normgroep en een significant verschil tussen de meisjes van de Poolse groep adoptiekinderen en de meisjes van de Nederlandse normgroep.

Tabel 1.10a: Frequenties percentages van de totaalscore bij 35 trauma-items van de Poolse groep op de totaalscore, op het moment van onderzoek

Totaalscore trauma-items	Poolse groep geheel
(Max.=70)	(N=107)
<1	7% (7)
1-5	26% (28)
6-10	23% (27)
11-15	17% (18)
16-20	13% (14)
21-25	7% (7)
26-30	1% (1)
31-35	0% (0)
36-40	5% (5)
>40	0% (0)
Gemiddelde score	10.8

Tabel 1.10b: Percentages- en aantal scores van Poolse adoptiekinderen op de Traumavragenlijst (11 items)

Stellingen traumavragenlijst	Poolse adoptiekinderen (N=107)
Herinnering Polen tijdens spel	6% (6)
Bang voor vrouwen	5% (5)
Bang niet in het gezin te mogen blijven	15% (16)
Weigert te praten over adoptie	11% (12)
Weinig interesse buitenschoolse activiteiten	13% (14)
Hoge pijndrempel	42% (45)
Extreem alert/waakzaam	36% (38)
Weinig vrienden	36% (38)
Wil niet naar school	11% (12)
Terugkerende herinneringen	7% (7)
Geheugenproblemen	28% (30)

Tabel 1.11: Correlaties tussen de totaalscores van de Traumavragenlijst en het aantal bezocht medische- en psychische specialisten. Er is gebruik gemaakt van een Pearson's productmoment correlatie.

		Aantal bezochte medische specialisten	Aantal bezochte psychische specialisten
Totaalscore Traumalijst	Pearson Correlation	,257**	,362**
	Sig. (2-tailed)	,008	,000
	N	107	106

** Correlatie is significant ($p < 0.01$, tweezijdig)

Tabel 1.12: Percentages en aantallen door de ouders afzonderlijk benaderde medische en psychologische specialisten per Poolse adoptiekind, op het moment van onderzoek

Poolse adoptiekinderen $N=107$		
Aantal specialisten	Medische hulpverleners	Psychologische hulpverleners
Geen specialist	20% (21)	32% (34)
Eén specialist	35% (37)	55% (59)
Twee specialisten	18% (19)	10% (10)
Drie specialisten	10% (11)	1% (1)
Vier specialisten	7% (7)	2% (2)
Vijf specialisten	5% (5)	0% (0)
Zes specialisten	4% (4)	0% (0)
Zeven specialisten	3% (3)	0% (0)
Gemiddeld	1.9	0.8

Tabel 1.13a: Subjectieve beleving van gezinsbelasting (NVOS- schaal A) van ouders van Poolse adoptiekinderen. Percentages en aantallen gewogen, gemiddelde score per categorie

NVOS Subschalen	Acceptatie	Aankunnen	Problemen hebben	Kind is belasting
Gewogen score	($N=97$)*	($N=97$)*	($N=97$)*	($N=97$)*
1.0-1.9	24% (23)	3% (3)	15% (15)	13% (13)
2.0-2.9	71% (69)	85% (82)	59% (57)	52% (50)
3.0-3.9	4% (4)	12% (12)	24% (23)	31% (30)
4.0-4.9	1% (1)	0% (0)	2% (2)	4% (4)
5.0	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Gemiddelde gewogen score	2.1	2.5	2.5	2.7
Laagste gemiddelde gewogen score	1	1.5	1.6	1.4
Hoogste gemiddelde gewogen score	4	3.5	4.0	4.6

* De meting van de NVOS bevat niet de gehele onderzoeksgroep ($N=107$), in verband met de onderzoeksbelasting van de ouders (zie p. 21).

Tabel 1.13b: Subjectieve beleving van de gezinsbelasting (NVOS- schaal A) en de subschaal Tevredenheid' van de schaal hulpverwachting (NVOS- schaal D) van ouders van Poolse'adoptiekinderen. Percentages en aantallen gewogen, gemiddelde score per categorie.

NVOS Subscales	Acceptatie	Aankunnen	Problemen hebben	Kind is belasting	Tevredenheid
Gewogen score	<i>(N=97)*</i>	<i>(N=97)*</i>	<i>(N=97)*</i>	<i>(N=97)*</i>	<i>(N=97)*</i>
1.0-1.9	24% (23)	3% (3)	15% (15)	13% (13)	0% (0)
2.0-2.9	71% (69)	85% (82)	59% (57)	52% (50)	1% (1)
3.0-3.9	4% (4)	12% (12)	24% (23)	31% (30)	30% (29)
4.0-4.9	1%(1)	0% (0)	2% (2)	4% (4)	58% (56)
5.0	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	11% (11)
Gemiddelde gewogen score	2.1	2.5	2.5	2.7	4.0
Laagste gemiddelde gewogen score	1	1.5	1.6	1.4	2.3
Hoogste gemiddelde gewogen score	4	3.5	4.0	4.6	5.0

* De meting van de NVOS bevat niet de gehele onderzoeksgroep (N=107), in verband met de onderzoeksbelasting van de ouders (zie p. 21).

Tabel 1.14: Correlaties tussen de totaalscores van de Traumavragenlijst en de subscales van de NVOS A en D. Er is gebruik gemaakt van de Pearson's productmomentcorrelatie

		Acceptatie	Aankunnen	Problemen hebben	Kind is belasting	Tevredenheid
Aantal bezochte medische specialisten	Pearson Correlation	,102	,220*	,236*	,134	,036
	Sig. (2-tailed)	,318	,030	,020	,190	,726
	N	97	97	97	97	97
Aantal bezochte psychische specialisten	Pearson Correlation	,338**	,325**	,281**	,352**	-,184
	Sig. (2-tailed)	,001	,001	,006	,000	,072
	N	96	96	96	96	96
Totaalscore Traumalijst	Pearson Correlation	,242*	,393**	,419**	,474**	-,288**
	Sig. (2-tailed)	,017	,000	,000	,000	,004
	N	97	97	97	97	97
Totaalscore Traumalijst Indicatie PTSD	Pearson Correlation	,205*	,249*	,219*	,321**	-,163
	Sig. (2-tailed)	,044	,014	,031	,001	,110
	N	97	97	97	97	97

** Correlatie is significant ($p < 0.01$, eenzijdig)

* Correlatie is significant ($p < 0.05$, eenzijdig)

Tabel 1.16: Correlaties tussen de totaalscores van de brede band schalen van de CBCL en de subschalen van de NVOS schalen A en D. Er is gebruik gemaakt van een Pearson's productmoment correlatie en Spearman's Rho Correlatie.

		Acceptatie	Aankunnen	Problemen hebben	Kind is belasting	Tevredenheid
CBCL Totaalscore Internaliseren	Pearson Correlation	,145	,342**	,334**	,336**	-,214*
	Sig. (2-tailed)	,157	,001	,001	,001	,035
	N	97	97	97	97	97
CBCL Totaalscore Externaliseren	Pearson Correlation	,278**	,394**	,411**	,478**	-,359**
	Sig. (2-tailed)	,006	,000	,000	,000	,000
	N	97	97	97	97	97
CBCL Totaalscore	Pearson Correlation	,215*	,413**	,444**	,483**	-,291**
	Sig. (2-tailed)	,034	,000	,000	,000	,004
	N	97	97	97	97	97
Acceptatie	Pearson Correlation	1,000	,329**	,405**	,425**	-,213*
	Sig. (2-tailed)		,001	,000	,000	,036
	N	97,000	97	97	97	97
Aankunnen	Pearson Correlation	,329**	1,000	,763**	,664**	-,356**
	Sig. (2-tailed)	,001		,000	,000	,000
	N	97	97,000	97	97	97
Problemen hebben	Pearson Correlation	,405**	,763**	1,000	,742**	-,368**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000
	N	97	97	97,000	97	97
belasting	Pearson Correlation	,425**	,664**	,742**	1,000	-,391**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000
	N	97	97	97	97,000	97
Tevredenheid	Pearson Correlation	-,213*	-,356**	-,368**	-,391**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,036	,000	,000	,000	
	N	97	97	97	97	97,000
Klinisch Internaliseren wel/niet	Correlation Coefficient	-,015	,294**	,234*	,265**	-,189
	Sig. (2-tailed)	,888	,004	,022	,009	,066
	N	96	96	96	96	96
Klinisch Externaliseren wel/niet	Correlation Coefficient	,180	,262**	,333**	,375**	-,238*
	Sig. (2-tailed)	,077	,009	,001	,000	,019
	N	97	97	97	97	97
Klinisch Totaal wel/niet	Correlation Coefficient	-,029	,368**	,454**	,429**	-,257*
	Sig. (2-tailed)	,777	,000	,000	,000	,011
	N	97	97	97	97	97

** Correlatie is significant ($p < 0.01$, eenzijdig)

* Correlatie is significant ($p < 0.05$, eenzijdig)

Tabel 1.17: Beoordeling van de opvoedingssituatie (NVOS schaal B) door de ouders van de Poolse groep adoptiekinderen. Percentages en aantallen gewogen, gemiddelde score per vraag

Beoordeling van de opvoedingssituatie	Poolse adoptiekinderen (N=96*)
Buitengewoon goed/hulp overbodig	11% (11)
Goed/ hulp niet nodig	16% (16)
Vrij goed/ soms wat advies nodig	43% (42)
Twijfel of het goed gaat/ hulp goed idee	12% (12)
Soms problemen/hulp nodig	9% (9)
Problemen/ heel graag hulp	6% (6)
Voortdurend problemen/hulp dringend nodig	0% (0)
Wanhopig/ hulp absoluut nodig	0% (0)
Gemiddeld	3.16

* De meting van de NVOS bevat niet de gehele onderzoeksgroep (N=107), in verband met de onderzoeksbelasting van de ouders (zie p. 21).

Tabel 1.18: Significante samenhang tussen de schaal 'Subjectieve gezinsbelasting' en de subschaal 'Tevredenheid'. Tabel afkomstig uit een SPSS-output. Er is gebruik gemaakt van een Pearson's productmoment correlatie

	Acceptatie	Aankunnen	Problemen	Belasting
Tevredenheid Pearson Correlation	,107	,356**	,383**	-,361**
Sig. (2-tailed)	,299	,000	,000	,000
N	97	97	97	97

** Correlatie is significant ($p < 0.01$, tweezijdig)

Vergelijking Roemeense- en Poolse adoptiekinderen

Tabel 1.19: Percentages Poolse en Roemeense adoptiekinderen met een achterstand op de verschillende ontwikkelingsgebieden, op moment van aankomst in Nederland

Ontwikkelingsgebied	% Poolse adoptiekinderen (N=105)	% Roemeense adoptiekinderen (N= 83)	Significantie en - overschrijding waarde
Algemene ontwikkeling	82% (88)*	84% (67)	U= 2884; $p < 0.05$
Lichamelijke ontwikkeling	69% (74)*	79% (63)	U= 2672; $p < 0.05$
Motorische ontwikkeling	66% (71)*	74% (59)	U= 3048; $p < 0.05$
Taalontwikkeling	75% (80)	70% (56)	N.S.
Emotionele ontwikkeling	77% (82)*	81% (65)	U= 2979,5; $p < 0.05$
Gemiddeld	75% (79)_	75% (62)	

Er is gebruik gemaakt van een Mann-Whitney U-toets. ($p < .05$, tweezijdig)

* Significant verschil tussen Poolse en Roemeense adoptiekinderen

Tabel 1.21: Percentages Poolse en Roemeense kinderen met psychosociale problemen op dimensies van de SAG, bij aankomst in Nederland

Psychosociale probleemgebieden	% Poolse adoptiekinderen (N=107)	% Roemeense adoptiekinderen (N=83)
Allemandsvriendjes	25% (27)*	53% (43)
Slaapproblemen	22% (23)*	50% (41)
Eetproblemen	18% (17)*	39% (32)
Spraak en/of taalproblemen	32% (34)*	59% (47)
Stereotiep gedrag	0% (0) *	38% (32)
Agressief gedrag	31% (25)	31% (25)
Hechttingsproblemen	23% (24)	30% (24)
Automutilatie	5% (5) *	29% (24)
ADHD (zeer druk) gedrag	26% (27)	28% (23)
Sterk aandacht vragen	27% (29)	7% (6)

Er is gebruik gemaakt van een Fisher's Exact Test. ($p < .05$, éénzijdig)

* Significant verschil tussen Poolse en Roemeense adoptiekinderen

Tabel 1.22: Percentages Poolse en Roemeense kinderen met psychosociale problemen op dimensies van de SAG, op het moment van onderzoek

Psychosociale probleemgebieden	% Poolse adoptiekinderen (N=107)	% Roemeense adoptiekinderen (N=80)
Allemandsvriendjes	11% (12) *	44% (35)
Slaapproblemen	8% (7) *	24% (19)
Eetproblemen	5% (5) *	19% (15)
Spraak en/of taalproblemen	22% (29)	36% (29)
Stereotiep gedrag	19% (20)	15% (12)
Agressief gedrag	33% (26)	23% (18)
Hechttingsproblemen	10% (11)	Onbekend
Automutilatie	5% (5)	11% (9)
ADHD (zeer druk) gedrag	30% (32)	28% (22)

Er is gebruik gemaakt van een Fisher's Exact Test. ($p < .05$, éénzijdig)

* Significant verschil tussen Poolse en Roemeense adoptiekinderen

Tabel 1.23: Vergelijking percentages en aantallen CBCL scores op de brede band schalen in de borderline- en klinische range van Roemeense en Poolse adoptiekinderen, uitgesplitst naar geslacht, op het moment van onderzoek

CBCL Dimensie	<u>Poolse adoptiekinderen</u>		<u>Roemeense adoptiekinderen</u>	
	Jongens (N=59)	Meisjes (N=48)	Jongens (N=44)	Meisjes (N=36)
Totale Problemen	42% (25)	46% (22)	39% (17)	33% (12)
Internaliseren	25% (15)	33% (16)	18% (8)	14% (5)
Externaliseren	27% (16)	40% (19)	32% (14)	36% (13)

Er is gebruik gemaakt van een Fisher's Exact Test. ($p < .05$, éénzijdig)

Tabel 1.25: De uitvoer van de vergelijking van subjectieve beleving gezinsbelasting (NVOS-A) door de ouders van de Poolse en Roemeense groep adoptiekinderen, gewogen, gemiddelde score per categorie

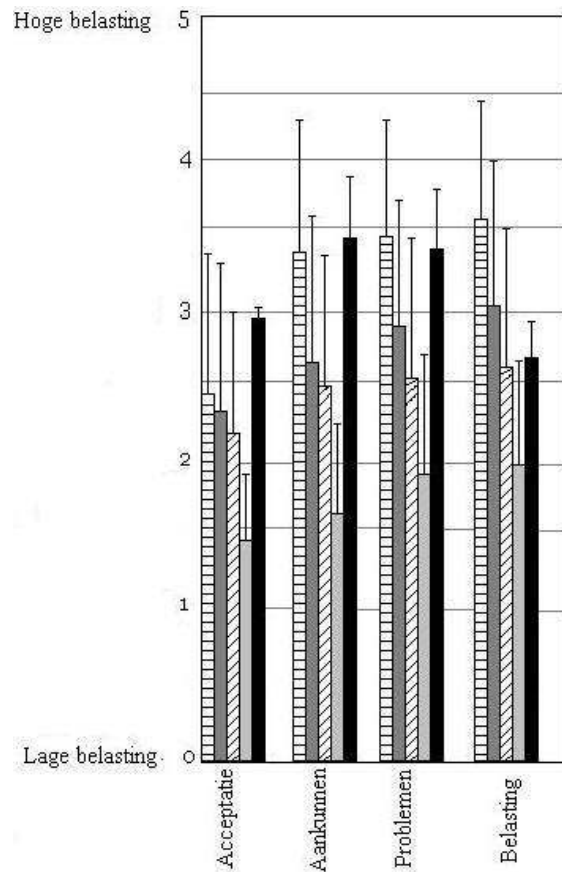
	Beoordeling van de opvoedingssituatie	Acceptatie	Aankunnen	Problemen	Belasting	Tevredenheid
Mann-Whitney U	2606,000	1816,500	1089,000	2446,500	3339,000	3297,500
Wilcoxon W	4751,000	4976,500	4249,000	5606,500	6499,000	6457,500
Z	-1,903	-6,065	-8,171	-4,124	-1,467	-1,593
Asymp. Sig. (2-tailed)	,057	,000	,000	,000	,143	,111

a. De NVOS schalen vergeleken met het 'Land van herkomst' (de grouping variable).

Bijlage 5 Grafieken

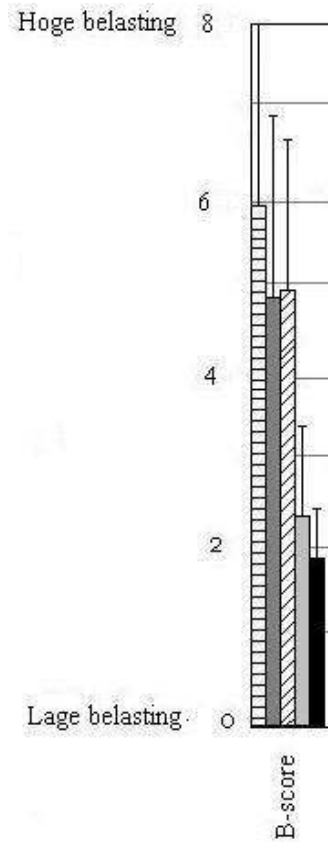
Grafiek 1.1. - Beleving gezinsbelasting, gegevens uit de NVOS

Subjectieve beleving van de gezinsbelasting (NVOS-schaal A) van ouders van Poolse adoptiekinderen vergeleken met kinderen uit een residentiële behandeling, het MKD, het RIAGG en een controlegroep. Gewogen, gemiddelde score per categorie.



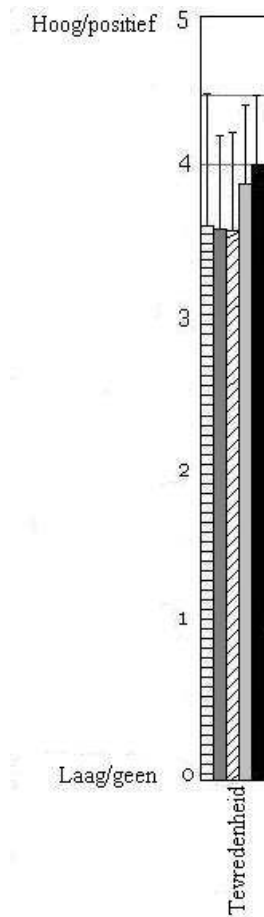
Grafiek 1.2. - Beleving gezinsbelasting, gegevens uit de NVOS

Beoordeling van de opvoedingssituatie (NVOS-schaal B) van ouders van Poolse adoptiekinderen vergeleken met kinderen uit een residentiële behandeling, het MKD, het RIAGG en een controlegroep. Gewogen, gemiddelde score per categorie.



Grafiek 1.3. - Beleving gezinsbelasting, gegevens uit de NVOS

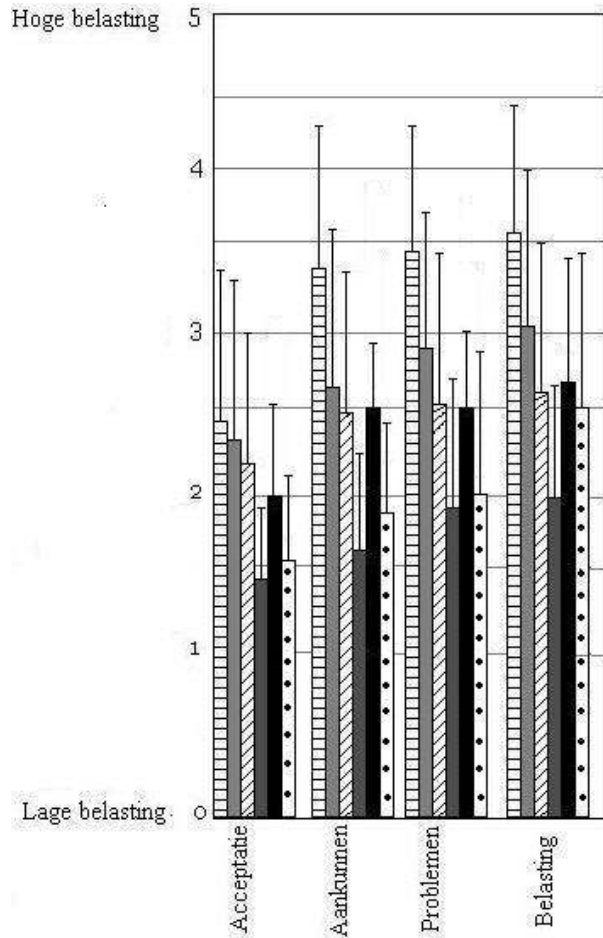
Beoordeling van de opvoedingstevredenheid en hulpverwachting (NVOS-schaal D) van ouders van Poolse adoptiekinderen vergeleken met kinderen uit een residentiële behandeling, het MKD, het RIAGG en een controlegroep. -Gewogen, gemiddelde score per categorie.



Residentieel MKD RIAGG Controle Poolse groep

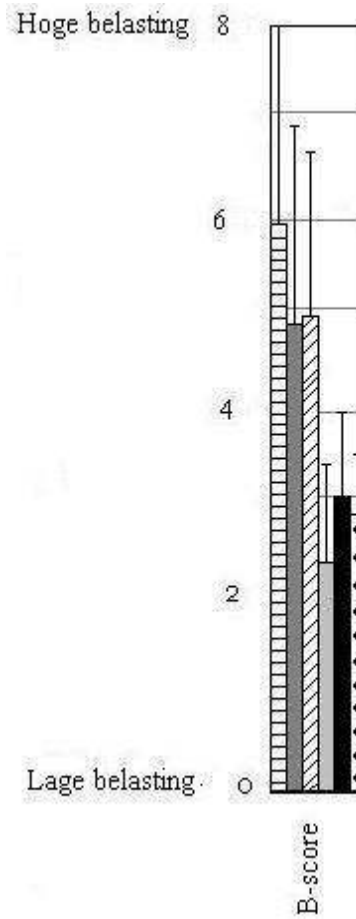
Grafiek 2.1. - Beleving gezinsbelasting, gegevens uit de NVOS

De subjectieve beleving van de gezinsbelasting (NVOS- schaal A) van ouders van Poolse en Roemeense adoptiekinderen vergeleken met kinderen uit een residentiële behandeling, het MKD, het RIAGG en een controlegroep. Gewogen, gemiddelde score per categorie.



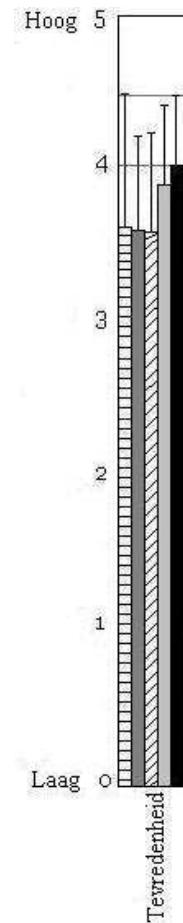
Grafiek 2.2. - Beleving gezinsbelasting, gegevens uit de NVOS

Beoordeling van de opvoedingssituatie (NVOS- schaal B) van ouders van Poolse en Roemeense adoptiekinderen vergeleken met kinderen uit een residentiële behandeling, het MKD, het RIAGG en een controlegroep. Gewogen, gemiddelde score per categorie.



Beleving gezinsbelasting, gegevens uit de NVOS

Beoordeling van de opvoedingstevredenheid en hulpverwachting (NVOS- schaal D) van ouders van Poolse en Roemeense adoptiekinderen vergeleken met kinderen uit een residentiële behandeling, het MKD, het RIAGG en een controlegroep. Gewogen, gemiddelde score per categorie.



Residentiële
 MKD
 RIAGG
 Controle
 Poolse groep
 Roemeense groep