

## 1.4 Integrale zorg

Het zal duidelijk zijn dat bij de behandeling van zieke kinderen integrale zorg noodzakelijk is: *de zorgverleners moeten gecoördineerd aandacht besteden aan de lichamelijke en psychosociale aspecten van de behandeling in onderlinge samenhang.* Psychosociale disciplines hebben dus een belangrijk aandeel in de patiëntenzorg in de kindergeneeskundige praktijk. Men kan daarbij met name denken aan pedagogisch medewerkers (voor de begeleiding van kinderen die in het ziekenhuis verblijven), onderwijsconsulenten (in verband met het onderwijs aan zieke kinderen), kindpsychologen, orthopedagogen en maatschappelijk werkers. Ook kindpsychiatrische deskundigheid is noodzakelijk, bijvoorbeeld bij patiënten met organisch-psychiatrische stoornissen, wanneer er sprake is van (psychiatrische) comorbiditeit of wanneer de ziekte en de behandeling leiden tot ernstige psychische ontregeling, zoals een depressieve stoornis of een angststoornis.

## 2 Adoptiekinderen en pleegkinderen

### Marcella (1)

Marcella, een 8-jarig uit Zuid-Amerika geadopteerd meisje, komt met haar adoptiemoeder op het spreekuur van de huisarts. Marcella is op 6-jarige leeftijd naar Nederland gekomen, samen met haar twee jongere biologische broertjes. Marcella heeft buikpijn en/of hoofdpijn als ze naar school moet.

### 2.1 Inleiding

Adoptie en pleegzorg hebben met elkaar gemeen dat er zowel kansen als risico's aanwezig zijn in de opvoedingssituatie. Vergeleken met de situatie waaruit **adoptiekinderen** en **pleegkinderen** afkomstig zijn (tekortschietende zorg, verwaarlozing, mishandeling of misbruik) biedt het nieuwe adoptie- of pleeggezin het kind nieuwe kansen en blijkt de ontwikkeling van het kind er in alle opzichten op vooruit te gaan. Tegelijkertijd kampen de kinderen met achterstanden en de negatieve gevolgen van de opgelopen traumatische ervaringen en kunnen adoptie- en pleegkinderen hun leeftijdgenoten meestal niet helemaal bijbenen.

### 2.2 Adoptie

In Nederland gaat het bij adoptie vrijwel uitsluitend om **interlandelijke adoptie**. Er komen jaarlijks ongeveer twaalfhonderd buitenlandse adoptiekinderen naar Nederland terwijl er veertig tot zestig **binnenlandse adopties** plaatsvinden. De buitenlandse adoptiekinderen komen in de leeftijd van 0 tot 6 jaar naar Nederland, met als uitzondering dat oudere kinderen van bijvoorbeeld 8 jaar mee mogen komen met hun jongere broertjes en zusjes die wel aan de leeftijdseis voldoen. Adoptiekinderen komen tegenwoordig uit China (voornamelijk meisjes die vanwege de één-kindpolitiek te vondeling zijn gelegd), Colombia, Zuid-Afrika en tal van andere landen. De achtergrond van buitenlandse adoptiekinderen verschilt per kind, maar de meeste kinderen hebben wel traumatische ervaringen gehad en een tekortschietende opvoeding. Veel kinderen komen uit slecht toegeruste kindertehuizen waardoor zij ontwikkelingsachterstanden hebben en ondervoed zijn ten gevolge van onderstimulatie en slechte verzorging. **Adoptieouders** zijn als groep wat hoger opgeleid dan de gemiddelde Nederlander. Ook zijn deze

ouders bij de komst van hun eerste adoptiekind gemiddeld enkele jaren ouder dan biologische vaders en moeders. Zo'n 80 tot 90% van de adoptieouders kiest voor adoptie vanwege ongewilde kinderloosheid. Door fertiliteitsproblemen en behandelingen daarvoor (zoals ivf) zijn zij vaak al jaren bezig met hun kinderwens. De huisarts die de fertiliteitsproblemen van ongewild kinderloze paren begeleidt, zal bij een klein deel van hen te maken krijgen met de keuze voor adoptie. Op grond van wetenschappelijk onderzoek wordt geschat dat zo'n 10 tot 20% van de ongewild kinderloze paren met een kinderwens verdergaat met adoptie. Het is van belang om ongewild kinderloze paren op tijd informatie over de mogelijkheden voor adoptie en pleegzorg te verschaffen, omdat de praktijk leert dat alle procedures zo veel tijd vergen dat sommige ouders vanwege leeftijdsgrenzen niet meer in aanmerking komen voor adoptie.

Tegenwoordig kunnen zowel alleenstaanden als gehuwde en samenwonende, hetero- en homo-seksuele paren kinderen adopteren. Aspirant-adoptieouders moeten eerst aan een verplichte voorbereidingscursus deelnemen, vervolgens verricht de Raad voor de Kinderbescherming een gezinsonderzoek en daarna kunnen zij zich opgeven bij een van de zeven vergunninghouders. Vergunninghouders zijn adoptieorganisaties die voor de adoptiebemiddeling een vergunning van het ministerie van Justitie hebben gekregen. De grootste vergunninghouders in Nederland zijn Wereldkinderen, Stichting Kind en Toekomst en Meiling. Adoptie is aan strenge regels gebonden om internationale kinderhandel te voorkomen. Nederland houdt zich aan het Haags Adoptieverdrag waarin deze regels zijn vastgelegd. De adoptieprocedure duurt zo'n drie tot vijf jaar.

### 2.3 Pleegzorg

Bij pleegzorg gaat het om kinderen tussen 0 en 18 jaar die korte tijd – enkele weken of maanden – tot vele jaren in een pleeggezin verblijven. Veertig procent van de pleegkinderen vindt onderdak bij bekenden (grootouders of andere familieleden, burens of onderwijzers), dit wordt een netwerkplaatsing genoemd. Netwerkplaatsingen ontstaan vaak spontaan omdat familieleden of bekenden in een zorgelijke situatie de zorg voor een kind tijdelijk op zich nemen en deze situatie daarna blijft bestaan. Bij bestandsplaatsingen gaat het om ouders die zich opgeven als pleeggezin, een selectie- en trainingsprocedure doorlopen en daarna een pleegkind in hun gezin opnemen.

In Nederland verblijven ruim tienduizend kinderen in pleeggezinnen. Jaarlijks gaat het om ongeveer zesduizend nieuwe plaatsingen, een verdubbeling sinds zo'n tien jaar geleden. Er zijn verschillende vormen van pleegzorg, onder andere pleeggezinnen voor crisisopvang, pleeggezinnen voor allochtone kinderen, vakantie- of weekendgezinnen. Het belangrijkste onderscheid is echter het tijdspectief. In pleeggezinnen met een tijdelijk perspectief keert het pleegkind weer terug naar de biologische ouder(s) zodra dat kan, in pleeggezinnen met een permanent perspectief wordt een nieuwe toekomst voor het kind in het pleeggezin beoogd. Bij pleegzorg wordt in principe het contact tussen de pleegkinderen en hun biologische ouders in stand gehouden.

Een belangrijk juridisch verschil tussen adoptie en pleegzorg is dat pleegouders geen ouderlijk gezag hebben over hun pleegkinderen. Bij adoptie zijn de ouderlijke rechten en plichten geheel gelijk aan die van biologische ouders en kinderen, bij pleegkinderen ligt het ouderlijk gezag bij de biologische ouders, een voogd of een Bureau Jeugdzorg. In de medische praktijk betekent dit dat de toestemming voor een ziekenhuisopname of operatie gegeven moet worden door de voogd van het pleegkind, en dat geldt ook voor andere gebieden, zoals schoolkeuze.

De achtergrond van pleegkinderen kan uiteenlopen, maar er zijn sterke overeenkomsten met de achtergrond van (buitenlandse) adoptiekinderen. Ook pleegkinderen hebben vaak emotionele en/of fysieke verwaarlozing ondervonden en kunnen het slachtoffer zijn geweest van **kinder mishandeling of seksueel misbruik**. Veel onderzoeksresultaten die in dit hoofdstuk besproken worden voor (buitenlandse) adoptiekinderen zijn daarom ook van toepassing op pleegkinderen.

#### 2.4 Het functioneren van de kinderen

Er zijn in Nederland twee belangrijke onderzoeken waarin adoptiekinderen langdurig gevolgd worden om zo het effect van adoptie op hun functioneren te onderzoeken. Aan de Erasmus Universiteit volgden Verhulst en collega's een grote groep **interlandelijk geadopteerden** vanaf het moment dat de kinderen ongeveer 10 jaar oud waren tot aan de vroege volwassenheid. Aan de Universiteit Leiden volgden Juffer en collega's buitenlandse adoptiekinderen vanaf het moment dat de kinderen 6 maanden oud waren tot aan de adolescentie. Uit beide onderzoeken komt naar voren dat het met de meerderheid van de adoptiekinderen goed gaat maar dat een minderheid problemen heeft op diverse vlakken, terwijl die minderheid groter is dan bij niet-geadopteerden.

Daarnaast voeren Juffer en Van IJendoorn aan de Universiteit Leiden meta-analytisch onderzoek uit naar het functioneren van adoptiekinderen. Bij meta-analytisch onderzoek worden de gegevens van zo veel mogelijk onderzoeken over één onderwerp, bijvoorbeeld de intelligentie van adoptiekinderen, bij elkaar gebracht en geanalyseerd om zo uitspraken te kunnen doen op grond van een (zeer) grote groep respondenten. Uit deze meta-analyses blijkt dat adoptiekinderen een aanzienlijke inhaalgroei vertonen op alle vlakken van de ontwikkeling, vergeleken met de situatie vóór de adoptieplaatsing. Op psychosociaal en cognitief gebied echter kunnen de adoptiekinderen hun niet-geadopteerde leeftijdgenoten niet helemaal bijbenen.

##### Groei en gezondheid

Zestig procent van de **buitenlandse adoptiekinderen** blijkt bij aankomst in Nederland een medische aandoening te hebben. Veel kinderen, zeker als ze uit kindertehuizen komen, zijn naar Nederlandse maatstaven klein en hebben een te laag gewicht. Een deel van deze kinderen is duidelijk ondervoed en scoort daardoor extreem laag op gewicht, lengte en hoofdomvang. Veel kinderen hebben motorische en mentale ontwikkelingsachterstanden. Daarnaast blijken adoptiekinderen ook vaak (tropische) ziekten bij zich te dragen, waaronder infectieziekten die besmettelijk kunnen zijn. In Nederland krijgen alle aspirant-adoptieouders van de adoptieorganisaties een onderzoeksprotocol mee in de vorm van een gestandaardiseerde medische screening. Het verdient aanbeveling deze medische screening te laten uitvoeren door een (in adoptie gespecialiseerde) kinderarts.

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat de adoptiekinderen na aankomst in Nederland een sterke inhaalgroei vertonen. Bij de beoordeling van de lichamelijke conditie van een adoptiekind is het daarom belangrijk de mate waarin achterstanden worden ingehaald in het oog te houden. Als er bij een kind met achterstanden aanhoudend géén inhaalgroei geobserveerd wordt, zou dat voor een arts aanleiding moeten zijn tot extra medisch en psychologisch onderzoek.

Nederlands onderzoek liet zien dat buitenlandse adoptiekinderen gemiddeld een kortere volwassen eindlengte bereiken (voor jongens 168 cm en voor meisjes 156 cm) dan niet-geadopteerde kinderen. Ook maken relatief veel geadopteerde meisjes een vervroegde puberteit mee. Een

medische behandeling (door een kinderarts) om de puberteit uit te stellen kan geïndiceerd zijn. De kortere eindlengte en de vervroegde puberteit kunnen sociaal-emotionele problemen met zich meebrengen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat deze verschijnselen het 'anders-zijn' nogmaals benadrukken, buitenlandse adoptiekinderen zijn door hun andere uiterlijk en adoptiestatus immers al 'anders' dan hun leeftijdgenoten.

### Functioneren op school

Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat adoptiekinderen op een intelligentietest vergelijkbare scores halen als niet-geadopteerde kinderen. De schoolprestaties van adoptiekinderen zijn echter gemiddeld iets minder goed, ze hebben een beduidend grotere kans op leerproblemen en bezoeken tweemaal zo vaak het speciaal onderwijs vergeleken met hun niet-geadopteerde leeftijdgenoten. Vooral bij kinderen die na hun eerste verjaardag worden geadopteerd, is de kans op minder goede prestaties in de klas iets groter.

Uit een Nederlands onderzoek waarin als baby geadopteerde buitenlandse adoptiekinderen uit Azië en Zuid-Amerika longitudinaal gevolgd werden, bleek dat de adoptiekinderen als ze 7 jaar waren op school vergelijkbaar met hun klasgenoten functioneerden wat betreft gedragsproblemen en sociale vaardigheden. De meisjes waren zelfs tweemaal zo vaak populair bij hun klasgenoten als niet-geadopteerde meisjes. De gemiddelde intelligentie van deze adoptiekinderen was even hoog als die van niet-geadopteerde kinderen. Bij de kinderen uit Zuid-Korea was er vaker sprake van hoogbegaafdheid dan bij niet-geadopteerde kinderen, een bevinding die in buitenlands adoptieonderzoek bevestigd wordt.

### Marcella (2)

Volgens moeder heeft Marcella het moeilijk op school: ze is achter met haar schooltaken en moeder heeft gehoord dat Marcella gepest wordt bij gymnastiek. Verder viel het haar bij het douchen op dat er sprake lijkt te zijn van borstvorming bij Marcella. Thuis heeft moeder wel eens een aanvaring met Marcella als zij, zoals moeder het uitdrukt, haar twee jongere broertjes aan het commanderen is.

### Vragen

- 5 Welke vraagstelling over Marcella's lichamelijke ontwikkeling zou bij de arts kunnen opkomen en hoe zou hij dit verder diagnosticeren? Is verwijzing nodig?
- 6 Welke vragen over Marcella's cognitieve functioneren kunnen er gesteld worden? Hoe zou haar functioneren moeten worden vastgesteld?

### Sociaal-emotionele ontwikkeling

Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat adoptiekinderen die voor hun eerste verjaardag in het nieuwe gezin komen, zich even goed aan hun adoptieouders kunnen hechten als niet-geadopteerde kinderen aan hun ouders. Kinderen die op oudere leeftijd worden geplaatst, hebben wel meer kans op **onveilige gehechtheid** (zie hoofdstuk 8, paragraaf 3). Met name 'allemandsvriendjesgedrag' komt voor: de kinderen klimmen bij wildvreemde mensen op schoot en zijn bereid mee te gaan met onbekende volwassenen.

Begeleiding met **videofeedback** is effectief gebleken voor adoptiegezinnen: zowel ouders als kinderen profiteerden hiervan zoals bleek uit toegenomen opvoedingsvaardigheden en meer veilige gehechtheid. Op basis van deze wetenschappelijke uitkomsten ontstond er in de praktijk een aanbod voor videobegeleiding: ieder nieuw adoptiegezin kan tot een paar jaar na aankomst

een beroep doen op videobegeleiding. Er maken zo veel kersverse adoptiegezinnen gebruik van dat er een wachtlijst is.

Onderzoek toonde aan dat adoptiekinderen iets meer internaliserende gedragsproblemen hebben (depressie, angst) en ook iets meer externaliserende gedragsproblemen (agressie, hyperactiviteit, delinquentie). Deze problemen komen opvallend genoeg minder vaak voor bij interlandelijk geadopteerde kinderen dan bij binnenlandse adoptiekinderen. Eenzelfde verschijnsel is te zien bij het beroep dat adoptiegezinnen doen op bijvoorbeeld een kinderpsychiater of psycholoog: binnenlands geadopteerde kinderen doen viermaal zo vaak een beroep op deze hulpverlening als niet-geadopteerde kinderen, maar interlandelijk geadopteerde kinderen hebben tweemaal zo vaak hulp nodig als niet-geadopteerde kinderen. Ditzelfde onderzoek liet zien dat interlandelijk geadopteerden in de basisschoolleeftijd meer gedragsproblemen vertonen dan in de puberteit. Waarschijnlijk komt dit omdat er door de zichtbaarheid van de adoptie – de adoptiekinderen hebben een andere huidskleur en een ander uiterlijk dan hun ouders – eerder vragen opkomen bij het adoptiekind over zijn afkomst en adoptie. Overigens hebben geadopteerden een even goed zelfbeeld als niet-geadopteerde jongeren, zo blijkt uit wetenschappelijk onderzoek.

### Marcella (3)

Marcella's problemen blijken op verschillende vlakken te liggen: op het vlak van de lichamelijke ontwikkeling, de verstandelijke ontwikkeling en de sociaal-emotionele ontwikkeling. Allereerst verwijst de arts naar een in groei gespecialiseerde kinderarts om na te gaan of er sprake is van vervroegde puberteit. Dat blijkt inderdaad het geval te zijn. De huisarts zal in samenspraak met de kinderarts deze problematiek verder begeleiden. Het pesten tijdens de gymnastiek op school blijkt samen te hangen met Marcella's vroege lichamelijke ontwikkeling: de klasgenoten plagen haar met de beginnende borstvorming. Om een goede orthopedagoog met adoptie-expertise te vinden, raadpleegt de arts via [www.adoptie.nl](http://www.adoptie.nl) de nazorgafdeling van de Stichting Adoptievoorzieningen.

De orthopedagoog stelt vast dat Marcella leerproblemen heeft en dat zij beter op haar plaats zal zijn in het speciaal onderwijs. Op de nieuwe school voor moeilijk lerende kinderen voelt Marcella zich al snel goed thuis. De leerkrachten zien er op toe dat Marcella niet geplaagd wordt met haar vroege lichamelijke ontwikkeling.

Tot slot bespreekt de arts met de adoptieouders en de orthopedagoog het punt dat Marcella in het verleden de zorg voor haar broertjes op zich moest nemen en dat uit gewoonte misschien nog doet (rolomkering; het 'commanderen' dat de moeder noemde). Voor een kind van haar leeftijd is dat echter een te zware rol. De orthopedagoog zal dit punt samen met de ouders verder bespreken en begeleiden.

### 3 Kinderen van ouders met psychiatrische problematiek

#### 3.1 Inleiding

##### Ellie

Voor de derde maal in twee weken tijd komt mevrouw Janssens, een alleenstaande moeder, bij de huisarts met een aantal vage lichamelijke klachten. Patiënte vertoont een duidelijk neerslachtige stemming. Uit de anamnese blijkt dat ze een postpartumdepressie in de voorgeschiedenis heeft. Haar 6-jarige dochtertje wacht zoals gewoonlijk in de wachtkamer. Patiënte vertelt de arts hoe blij ze is met zo'n flinke dochter. Ellie is haar steun en toeverlaat: 'Zonder Ellie zou ik niet buitenkomen. Zelfs naar de bakker gaan is moeilijk. Gelukkig merkt Ellie niet hoe slecht ik me voel. En dat is maar goed ook.' Wanneer moeder de spreekkamer verlaat, veert Ellie onmiddellijk op om moeder de hand te reiken. Ze loopt naar de deur en gaat moeder voor de straat op.

Volgens het NEMESIS-onderzoek hebben ongeveer anderhalf miljoen kinderen onder de 22 jaar in Nederland een ouder met psychiatrische problematiek (psychotische stoornis, stemmingsstoornis, angststoornis, persoonlijkheidsstoornis, middelenmisbruik of -afhankelijkheid). Deze kinderen en jongeren blijken, in vergelijking met hun leeftijdgenoten die niet in een dergelijke gezinssituatie opgroeien, een beduidend hoger risico te lopen om zelf ook problemen te ontwikkelen. Dit risico hangt zeker niet alleen samen met de ouderlijke psychiatrische stoornissen en de eventuele kwetsbaarheid hiervoor bij het kind. Een scala van factoren kan hierbij een rol spelen. Een aantal van deze factoren biedt mogelijkheden voor preventie. Men kan stellen dat kinderen van ouders met psychiatrische problematiek (kopp) een belangrijke doelgroep vormen voor de (preventieve) geestelijke gezondheidszorg. Deze paragraaf gaat dieper in op de drie bovenvermelde aspecten: de ontwikkeling van kopp-kinderen, de factoren die hun ontwikkeling beïnvloeden en de preventie.

#### 3.2 De ontwikkeling van kopp-kinderen

Uit onderzoek bij kinderen van wie een ouder een psychiatrische opname heeft gehad, blijkt dat ongeveer een derde van de kinderen problemen van voorbijgaande aard heeft, een derde langdurige psychische problemen ontwikkelt en een derde probleemloos functioneert.

Wat is nu de aard van problemen die deze kinderen kunnen ontwikkelen? Een eerste vaststelling is dat zij als groep meer risico lopen om een gelijksoortige stoornis als hun ouders te ontwikkelen. Exemplarisch hiervoor is dat volgens sommige onderzoeken tot 40% van de kinderen met een depressieve ouder zelf vóór hun 20e levensjaar een episode van een stemmingsstoornis doormaakt. Maar ook andere stoornissen dan de ouderlijke stoornis worden bij kopp-kinderen vaker vastgesteld. Kinderen van ouders met een depressieve stoornis vertonen ook vaker hechtingsstoornissen, gedragsstoornissen, angststoornissen, verslavingen – waaronder alcoholisme – en wat dies meer zij. De ouderlijke stoornis voorspelt lang niet altijd de aard van de stoornis bij het kind. Zo komen hechtingsstoornissen onder meer voor bij kinderen van ouders met een uni- of bipolaire stemmingsstoornis of met schizofrenie.

Bij kopp-kinderen manifesteren zich niet alleen vaker psychiatrische stoornissen, maar ook andere vormen van disfunctioneren, waaronder verstoringen van de aandachtsfunctie, zwakkere schoolprestaties en gebrekkige sociale en/of cognitieve competentie. Ook in dit opzicht zijn er overeenkomsten tussen kopp-kinderen, ongeacht de aard van de psychiatrische problematiek

van hun ouders. Sommige disfuncties evenwel komen meer voor bij bepaalde subgroepen van kopp-kinderen, een aantal neuromotorische disfuncties (*neurological soft signs*) bijvoorbeeld komt vooral voor bij kinderen van ouders met schizofrenie.

En tot slot rapporteren heel wat kopp-kinderen belastende ervaringen, zoals *parentificatie* (kinderen nemen de verzorgende rol over van de ouder) en moeite om zich los te maken van hun gezin van herkomst, proberen te begrijpen wat er aan de hand is (onder andere door op zoek te gaan naar informatie), de impact op relaties en affectieve huishouding, en het gebrek aan aandacht vanuit de hulpverlening.

### 3.3 Veerkracht: samenspel tussen risicofactoren en beschermende factoren

De psychiatrische stoornis van de ouder is geenszins het enige aspect dat de ontwikkeling van kopp-kinderen bepaalt, ook andere factoren spelen hierin een belangrijke rol. We weten intussen dat kopp-kinderen als groep een significant hoger risico lopen op het ontwikkelen van psychiatrische stoornissen en andersoortige problemen. Wat maakt echter het verschil op individueel niveau, met andere woorden, wat bepaalt dat het ene kind wel problemen ontwikkelt en het andere niet?

Dit houdt verband met het samenspel tussen de zogenoemde risicofactoren en beschermende factoren (voor een overzicht van beïnvloedende factoren, zie figuur 3.2). Voor een kind van ouders met psychiatrische problematiek is de risicofactor in eerste instantie de ouderlijke psychiatrische stoornis. Maar vaak spelen ook andere risicofactoren in het gezin een rol, zoals: een moeilijker temperament en jongere leeftijd van het kind (kindfactoren); de ernst en chroniciteit van de ouderlijke stoornis, comorbiditeit met een persoonlijkheidsstoornis, disfunctioneren van de andere ouder en de mate waarin de stoornis interfereert met het ouderlijk functioneren (ouderfactoren); een verstoorde ouder-kindcommunicatie en -relatie, relatieproblemen tussen ouders en scheiding, lagere sociaaleconomische status van het gezin (factoren met betrekking tot gezin en ruimere context). Hoe meer risicofactoren er aanwezig zijn of uit elkaar voortvloeien, hoe hoger het risico dat het kind loopt. Bovendien constateert men dat deze factoren elkaar onderling versterken: het effect van samen voorkomende risicofactoren is veel groter dan de som van hun afzonderlijke effecten.

Tegenover risicofactoren staan beschermende of protectieve factoren. Dit zijn factoren die de ontwikkeling in gunstige zin beïnvloeden omdat ze als buffer fungeren tussen het kind en de hoge mate van stress (risicofactoren) waaraan het blootstaat. Voorbeelden van beschermende factoren zijn: creativiteit, sociale competentie, gevoel van eigenwaarde en zelfbegrip – begrip van en inzicht in zichzelf met betrekking tot de invloed die de gezinssituatie heeft – (kindfactoren); vermogen om voor het kind te kunnen (blijven) zorgen bij (één van) de ouders (ouderfactoren); stevige relatie met de niet-zieke ouder, steunende rol door broers/zussen, beschikbaarheid van een vertrouwenspersoon, gunstig(e) schoolmilieu en -ervaringen (factoren met betrekking tot gezin en ruimere context).

Het is precies de wisselwerking tussen risicofactoren en beschermende factoren die het veerkrachtprofiel, met andere woorden het verschil in ontwikkeling tussen kinderen, uitmaakt. Veerkracht is dus een dynamische toestand die een persoon in staat stelt om – ondanks zware stress – adaptief te functioneren door gebruik te maken van bepaalde beschermende factoren die de impact van risicofactoren matigen.

Het voorgaande maakt duidelijk dat veerkracht geen aangeboren eigenschap van het kind is, noch een statisch fenomeen, maar groeit in de wisselwerking tussen persoon en omgeving.

gezin over opvang van het kind tijdens opname van de ouder is een voorbeeld van een initiatief op het niveau van hulpverlening en netwerken.

Dergelijke interventies kunnen bijdragen tot een meer 'kopp-gevoelige' zorgverlening waardoor deze vanouds onzichtbare kinderen zichtbaarder worden.

#### 4 Vluchtelingenkinderen en alleenstaande minderjarige asielzoekers

##### Saifra (1)

Saifra, een 14-jarig meisje, is vier jaar geleden samen met haar moeder en een drie jaar jongere zus naar Nederland gekomen. Zij zijn met hulp van een familielid uit Irak gevlucht nadat haar vader en oom waren opgepakt voor hun politieke activiteiten. Moeder en dochters hadden geen tijd om afscheid te nemen van de familie of iets van zichzelf mee te nemen, en tijdens de lange tocht door oorlogsgebied is Saifra's zus ziek geworden – men vreesde voor haar leven. Uiteindelijk zijn ze met het vliegtuig naar Nederland gekomen en in een opvangcentrum beland. Een jaar lang wisten ze niet of vader nog leefde. Moeder is na aankomst in Nederland een tijdlang heel depressief geweest. Zij trok zich terug, was steeds moe en in tranen. Ook Saifra's zus had het heel moeilijk. Ze had last van nachtermerries en buikpijn, en was overdreven bang om moeder uit het oog te verliezen. Saifra moest toen voor zowel haar jongere zus als voor haar moeder zorgen. Nu het gezin in een dorp is gaan wonen, gaat het met moeder wat beter, al is zij nog steeds af en toe depressief. Zij voelt zich eenzaam en mist haar man en familie. Ze spreekt nauwelijks Nederlands en is voor de communicatie afhankelijk van haar dochters, die de taal snel hebben geleerd op school. Ook de problemen van Saifra's zus worden minder en het gezin begint langzaam aan Nederland te wennen.

##### 4.1 Inleiding

In deze paragraaf besteden we aandacht aan een speciale groep immigranten: vluchtelingen. Wanneer wordt iemand als vluchteling beschouwd? Volgens artikel 1, lid A, van het *Vluchtelingenverdrag van Genève* (1951) is een vluchteling 'iemand die uit gegronde vrees voor vervolging wegens ras, godsdienst, nationaliteit, het behoren tot een bepaalde sociale groep of zijn politieke overtuiging, zich buiten het land bevindt waarvan hij de nationaliteit bezit, en die de bescherming van dat land niet kan of uit hoofde van bovenbedoelde vrees, niet wil inroepen'. In juridische zin is iemand pas vluchteling als de overheid hem als zodanig heeft erkend en een officiële vluchtelingenstatus heeft gegeven. Mensen die een asielverzoek hebben ingediend, maar wier status nog niet vastgesteld is, zijn *asielzoekers*. In deze paragraaf maken we geen onderscheid en gebruiken we de term 'vluchteling' voor zowel de erkende als de (nog) niet erkende asielzoekers.

Net als alle andere immigranten moeten vluchtelingen zich aanpassen aan het gastland. Het proces van adaptatie aan een nieuw land (*acculturatie*) is een complex proces dat ingrijpt in bijna alle aspecten van het leven, van de taal die je gebruikt tot en met de dagelijkse routines, inclusief de omgangsvormen en de regels van sociale interactie. Om zich te kunnen aanpassen aan een nieuwe cultuur is het noodzakelijk om sommige oude culturele waarden, ideeën en praktijken los te laten. Dit gaat niet altijd even gemakkelijk.

Een aantal andere factoren maakt het proces van acculturatie bij vluchtelingen nog extra moeilijk. Ten eerste, in tegenstelling tot de traditionele groep immigranten (Marokkanen en Turken) die in de jaren zestig en zeventig om economische redenen naar Nederland kwamen of die zich



later in Nederland vestigden in het kader van gezinshereniging, is er bij vluchtelingen sprake van gedwongen migratie. Met andere woorden, vluchtelingen worden veeleer gedreven door zogenoemde pushfactoren dan aangetrokken door pullfactoren. Pushfactoren zijn omstandigheden die aanleiding vormen een land te ontvluchten (een oorlogssituatie, vervolging wegens politieke overtuiging enzovoort), terwijl pullfactoren omstandigheden in een ander land zijn die een persoon stimuleren naar dat land te vertrekken. Ten tweede, en hiermee samenhangend, hebben vele vluchtelingen **schokkende (traumatische) gebeurtenissen** meegemaakt: toenemende dreiging en onderdrukking, verschillende, soms extreme vormen van (oorlogs)geweld, marteling, verlies van dierbaren, vlucht en ballingschap. Ten slotte, na hun komst hier moeten de vluchtelingen een moeizame en langdurige asielprocedure ondergaan waarvan de uitkomst vaak onzeker is. Dat brengt veel spanningen en zorgen met zich mee. Al deze factoren werken negatief in op het acculturatieproces.

#### 4.2 Problemen van vluchtelingkinderen

Kinderen uit vluchtelinggezinnen vertonen vaker gezondheidsproblemen en sociaal-emotionele problemen zoals **agressiviteit, angstgevoelens, slaap- en concentratieproblemen**. Sommige kinderen kunnen symptomen van een **posttraumatische stressstoornis** vertonen (zie hoofdstuk 21). Dat kan zich uiten in angst voor het opnieuw gebeuren van het trauma, **scheidingsangst** en toenemende afhankelijkheid van de ouders, schuldgevoelens ten opzichte van gestorven familieleden, nachtmerries en psychosomatische klachten zoals gebrek aan eetlust, buikpijn en hoofdpijn. Deze problemen kunnen meerdere oorzaken hebben, zoals omstandigheden in het land van herkomst, verlies van de vertrouwde sociale omgeving, traumatische ervaringen, de vlucht zelf, de opvang in Nederland en/of verstoorde gezinsrelaties.

In sommige vluchtelinggezinnen zijn ouder(s) en kinderen langdurig van elkaar gescheiden geweest doordat een aantal gezinsleden als eersten naar Nederland is gekomen en pas later de rest van het gezin volgde. In sommige gezinnen zijn familieleden vermoord, soms vrijwel allemaal. Afhankelijk van de leeftijd van het kind kan de combinatie van vluchten en scheiding van ouders ernstige gevolgen hebben. Ook na de eventuele hereniging van het gezin kan het moeilijk zijn de onderlinge relaties weer vorm te geven. In het algemeen passen de kinderen zich sneller aan dan de ouders. In tegenstelling tot de ouders, die vaak slechts in geringe mate deelnemen aan de Nederlandse samenleving, gaan de kinderen naar school, hebben meer contact met Nederlanders en leren daardoor de Nederlandse taal, cultuur en gewoonten sneller dan hun ouders. De gezinsleden krijgen vaak nieuwe rollen toebedeeld, bijvoorbeeld wanneer het kind als vertaler voor de ouders moet optreden. Het is vaak moeilijk om de oude manier omgaan met elkaar en de oude posities in het gezin te herstellen (bijvoorbeeld de positie van de vader als gezinshoofd). Voor de **vluchtelingenouders**, die veelal afkomstig zijn uit niet-westerse culturen, zijn gehoorzaamheid, gezag en respect erg belangrijk. Deze ongelijkmatige ontwikkeling in het aanpassingsproces verstoort een normale hiërarchische verhouding tussen ouder en kind en leidt vaak tot conflicten.

**Saifra (2)**

Een jaar geleden is ook Saifra's vader naar Nederland gekomen. Hij is een gebroken man. Vroeger was hij een succesvol advocaat, nu zit hij de hele dag werkloos thuis. Over zijn verblijf in de gevangenis en zijn vlucht naar Nederland praat hij niet. Hij droomt over een terugkeer naar Irak en heeft uitsluitend contact met een aantal Iraakezen die in de buurt wonen. Moeder en vader hebben vaak ruzie over de opvoeding van hun kinderen. Vader vindt dat hun dochters te vernederlandst zijn en verwijt moeder dat ze niet streng genoeg is.

Saifra heeft de afgelopen maanden veel last van hoofdpijn. Zij kan zich niet concentreren op school en haar schoolprestaties, die vroeger altijd zeer goed waren, zijn nu achteruitgegaan. Vroeger speelde ze vaak met Nederlandse meisjes uit de klas, maar nu nodigt zij niemand meer bij haar thuis uit, om haar vader te sparen. Zij voelt zich alleen en lusteloos. Zij ervaart haar vader als een vreemde, die het moeilijk maakt om evenwicht in het gezin te vinden. Zij wil moeder niet lastigvallen met haar problemen omdat ze bang is dat moeder dan weer depressief wordt.

**Vragen**

- 7 Welke risicofactoren op het niveau van het kind, de ouders, het gezin en de omgeving worden in deze casus genoemd?
- 8 Zijn er ook protectieve factoren (factoren die beschermen tegen risico's) te identificeren?
- 9 In hoeverre zijn de huidige klachten van Saifra te verklaren door de traumatische gebeurtenissen die zij heeft meegemaakt?

Daarnaast kunnen er problemen ontstaan vanwege de verschillen tussen de normen en waarden thuis en die welke de kinderen buitenshuis waarnemen. Veel vluchtelingen ervaren Nederland als een 'vrijere' omgeving, waar bijvoorbeeld seksuele voorlichting op school gegeven wordt en waar jongeren 's avonds uitgaan en allerlei sociale activiteiten in en buiten school ondernemen. De opvoeding is in niet-westerse culturen vaak een 'collectieve' zaak: niet alleen familieleden maar ook andere volwassenen kunnen kinderen op school of op straat op hun gedrag aanspreken. De individualistische cultuur in Nederland, 'waar iedereen zich alleen maar met zijn eigen kind bemoeit', ervaren de ouders vaak als vreemd en als onveilig voor het kind. Dit gevoel wordt versterkt als de communicatie met de omgeving afwezig of slecht is vanwege gebrek aan kennis van de Nederlandse taal en van de opvoedingsgewoonten in Nederland. De ouders maken zich zorgen dat hun kinderen vernederlandsen en zijn bang dat ze het contact met hun eigen taal, cultuur en religie verliezen. Daarnaast kan het voor de ouders moeilijk zijn om voldoende steun aan hun kinderen te geven omdat zij zelf te kampen hebben met verlies, (onverwerkte) traumatische ervaringen, spanningen, angst en onbekendheid met de nieuwe samenleving.

Naast deze risicofactoren, die te maken hebben met de relaties binnen het gezin, kan ook een aantal andere factoren het functioneren van vluchtelingenkinderen negatief beïnvloeden. Veel gevluchte gezinnen leven in een sociaal isolement, zij hebben geen sociaal netwerk en krijgen dus nauwelijks sociale steun uit de omgeving. Meestal hebben ze ook een relatief ongunstige sociaaleconomische positie in vergelijking met Nederlandse gezinnen. De kans is redelijk groot dat de vluchtelingenkinderen opgroeien in een omgeving waarin de ouders en andere volwassenen werkloos zijn of een beroep uitoefenen met een lage sociale waardering en weinig inkomen. Dat kan een negatieve invloed hebben op de status en het aanzien van de ouder als identificatiefiguur en op het beeld dat jongeren vormen omtrent hun eigen kansen in de Nederlandse samenleving, alsmede op hun bereidheid om te investeren in hun eigen toekomst. De materiële

problemen kunnen ook leiden tot conflicten tussen ouders en kinderen, omdat de ouders niet kunnen voldoen aan wensen en behoeften van hun kinderen.

#### 4.3 Alleenstaande minderjarige asielzoekers (AMA's)

Binnen de categorie vluchtelingenkinderen zijn er groepen die speciale aandacht verdienen omdat ze meer risico's lopen. Ten eerste zijn dat **alleenstaande minderjarige asielzoekers (AMA's)**, die zonder hun ouders of andere meerderjarige bloedverwanten naar Nederland zijn gekomen. Zij bevinden zich in een specifieke situatie: ze zijn alleen, asielzoeker én adolescent, waardoor ze met extra zware ontwikkelingstaken worden geconfronteerd. Meisjes afkomstig uit Afrikaanse landen waarin vrouwenbesnijdenis gepraktiseerd wordt, vormen de tweede groep. Weliswaar ontbreken exacte gegevens, maar er zijn aanwijzingen dat deze praktijken ook in Nederland plaatsvinden.

Tot slot, hoewel het mogelijk is een omschrijving te geven van de problemen die vluchtelingenkinderen en gezinnen ervaren, is het van belang te benadrukken dat vluchtelingen die in Nederland wonen geen homogene groep vormen. Er zijn grote verschillen voor wat betreft het land van herkomst, de redenen voor de vlucht en de meegemaakte gebeurtenissen, en uiteraard zijn er ook grote individuele verschillen in kwetsbaarheid.

#### Websites

##### 2 Adoptiekinderen en pleegkinderen

<http://www.adoptie.nl>: de website van de Stichting Adoptievoorzieningen waarop informatie over adoptie en adoptieazorg is te vinden. Bij deze stichting zijn adressen van hulpverleners met adoptie-expertise aanwezig, brochures over allerlei onderwerpen verkrijgbaar, en men kan zich abonneren op het *Adoptietijdschrift*.

<http://www.pleegzorg.nl>: op deze website is informatie over pleegzorg te vinden.

<http://www.freya.nl>: website over ongewilde kinderloosheid.

<http://www.adoptionresearch.nl>: het digitale kenniscentrum over adoptie bij de Universiteit Leiden. Bij dit centrum is een literatuurbestand beschikbaar en kan men zich abonneren op een gratis digitale nieuwsbrief met nieuws over adoptieonderzoek en studiedagen/symposia.

#### Literatuur

##### 1 Kinderen met een ernstige of chronische ziekte

Last, B.F. & Grootenhuys, M.A. (1998). Emotions, coping and the need for support in families of children with cancer: A model for psychosocial care. *Patient Education and Counseling*, 33, 169-179.

Schiet, M., Keesom, J. & Tielen, L. (Red.) (1999). *Gewoon een bijzonder kind: Praktische informatie over het opvoeden van chronisch zieke kinderen* (2e druk). Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.

##### 2 Adoptiekinderen en pleegkinderen

Juffer, F. (2002). *Adoptiekinderen: Opvoeding en gehechtheid in het gezin* (3e druk). Amsterdam: Boom.

Juffer, F. & IJzendoorn, M.H. van (2005). Behavior problems and mental health referrals of international adoptees: A meta-analysis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 293, 2501-2515.

Uzendoorn, M.H. van & Juffer, F. (2005). Adoption is a successful natural intervention enhancing adopted children's IQ and school performance. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 326-330.

### 3 Kinderen van ouders met psychiatrische problematiek

De Clercq, J. & Danckaerts, M. (Red.) (2005). KOPP-lopers: De zorg voor kinderen van ouders met psychiatrische problemen [Themanummer]. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie (TOKK)*, 30, 3-4.

Doesum, K. van, Fraser, W. & Dhondt, M. (1995). *Kinderen van ouders met psychiatrische problemen: Een studie naar preventieve interventies*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv)/Landelijk Ondersteuningspunt Preventie (LOP).

Doesum, K. van & Weikamp, P.A. (2005). Kinderen van ouders met psychiatrische problemen. In J. Hermans, C.H.C.J. van Nijntten, F. Verheij & M. Reuling (Red.), *Handboek jeugdzorg: Deel 1. Stromingen en specifieke doelgroepen* (pp. 457-474). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

### 4 Vluchtelingenkinderen en alleenstaande minderjarige asielzoekers

Bouwmeester, M., Deković, M., Groenendaal, H. (1998). *Opvoeding in Somalische vluchtelingengezinnen in Nederland*. Assen: Van Gorcum.

Radstake, H. & Deković, M. (2002). *AMA's onderweg. De integratie van alleenstaande minderjarige asielzoekers in Nederland*. Amsterdam: SWP.

Fazel, M. & Stein, A. (2003). Mental health in refugee children: Comparative study. *British Medical Journal*, 327, 134.

#### Antwoorden op de vragen bij de casus

- Ouderlijke overbezorgdheid op basis van de vroegere en huidige medische problemen. Verstoorde ouder-kindrelatie.
- De arts zal een indruk willen krijgen van de interactie tussen moeder en Joy, en met name de volgende onderwerpen navragen:
  - hoe gaan de ouders om met de lichamelijke klachten van Joy, wat zijn de consequenties?
  - hoe functioneert Joy op school, en hoe in sociaal opzicht?
  - hoe verloopt haar zelfstandigheidsontwikkeling?
  - is er sprake van bijzonderheden of problemen op het gebied van gedrag en of stemming?
- De medische problemen leiden tot overbezorgdheid en overbescherming in de opvoeding. In de gezinsrelaties lijkt er sprake te zijn van een symbiotisch gekleurde relatie tussen moeder en kind. Joy is sociaal geïsoleerd. Haar autonomieontwikkeling is waarschijnlijk niet conform het leeftijds-niveau en haar zelfvertrouwen niet groot. Er zou sprake kunnen zijn van een *angststoornis* of een *stemmingsstoornis* (depressiviteit). Het lijkt erop dat het regelmatige schoolverzuim en mogelijk ook beperkte zelfstandigheid en een gebrek aan zelfvertrouwen hebben geleid tot verminderde leerprestaties en leerachterstand.
- De behandeling is afhankelijk van verdere kinderpsychologische en -psychiatrische diagnostiek. In ieder geval kan het volgende worden overwogen:
  - ouderbegeleiding, gericht op het verwerken van eigen ervaringen met betrekking tot de eerste levensfase van Joy en pedagogische begeleiding (advisering en ondersteuning);
  - individuele psychologische begeleiding voor Joy, gericht op het versterken van zelfstandigheid, zelfvertrouwen, sociale weerbaarheid en sociale vaardigheden.