

Kinderen met een reactieve hechtingsstoornis: De risico en succesfactoren van een gezinshuisplaatsing

Linda van der Meer

Masterscriptie Orthopedagogiek

Pedagogische en Onderwijskundige Wetenschappen

Universiteit van Amsterdam

In opdracht van: Triade Flevoland

Met de medewerking van: JOOZT en Omega Zorg



Studentnummer: 5775531

Scriptiebegeleider: Mw. Dr. Cristina Colonnese

Tweede beoordelaar: Mw. Marielle Bonnet

Amsterdam, augustus 2010

Inhoudsopgave

Abstract	3.
Samenvatting	3.
Inleiding	4.
1. Gehechtheidstheorie	4.
2. Reactieve hechtingsstoornis (RAD)	5.
2.1. Verschillen en overeenkomsten van gedesorganiseerde gehechtheid en RAD	6.
3. Intern werkmodel	7.
4. Risicofactoren voor RAD	8.
5. Het verloop van RAD	9.
6. Comorbiditeit	9.
7. Opvang kinderen met RAD	10.
7.1 Kinderen met RAD in de pleegzorg	10.
7.2 Gezinshuizen	12.
7.3 Verschillen en overeenkomsten pleeggezinnen en gezinshuizen	12.
8. Huidige Studie	13.
8.1 Onderzoeksvragen	14.
Methode	16.
1. Participanten	16.
2. Procedure	17.
3. Materialen	18.
3.1 Dossieronderzoek	18.
3.2 Gedragsvragenlijst voor kinderen/Child Behavior Checklist (CBCL)	19.
3.3 Ouder-Kind Interactie Vragenlijst– Revised (OKIV-R)	19.
3.4 Semi-gestructureerd interview	20.
4. Data-analyse	21.

Resultaten	22.
1. Speelt het aantal eerdere plaatsingen een rol in de uitplaatsing uit een gezinshuis?	22.
2. Welke gedragsproblemen van het kind spelen een rol bij de uitplaatsing?	24.
3. Speelt de tevredenheid van de biologische ouders een rol bij de uitplaatsing?	28.
4. Speelt de leeftijd van het kind tijdens de plaatsing in het gezinshuis een rol?	29.
5. Speelt de aanwezigheid van biologische kinderen een rol bij de uitplaatsing?	29.
6. Speelt de attitude van de gezinshuisouders een rol bij de uitplaatsing?	30.
7. Heeft individuele behandeling van het kind invloed op een plaatsing?	31.
8. Heeft het type RAD invloed op de gezinshuisplaatsing?	32.
9. De mening van de gezinshuisouders	32.
Discussie	33.
1. De rol van het aantal eerdere plaatsingen	33.
2. De rol van gedragsproblemen van het kind	35.
3. De acceptatie van de biologische ouders van het kind	36.
4. De leeftijd van het kind tijdens de plaatsing in het gezinshuis	38.
5. De aanwezigheid van biologische kinderen in het gezinshuis	39.
6. De attitude van de gezinshuisouders	40.
7. Individuele behandeling van het kind	41.
8. Het type RAD	42.
9. Beperkingen van dit onderzoek	42.
Conclusie	44.
Referenties	45.
Bijlage 1 Semi-gestructureerd interview	49.
Bijlage 2 SPSS-file	54.

ABSTRACT

Children with a reactive attachment disorder:

The risk and success factors of a family unit placement

The risk and success factors of children with a Reactive Attachment Disorder (RAD) for a successful family unit placement were examined. The dossiers of 24 children with RAD, who live or have lived in family units, have been studied, and 15 pair foster parents of the family units are questioned and have completed two questionnaires per child.

In this study significant relations were found between an unsuccessful family unit placement and behaviour problems of the child, number of placements, age of the child, acceptance of the biological parents and the relationship between the child and foster parents.

These results suggest that children with RAD should be placed at a younger age. The biological parents need support to enhance acceptance and foster parents need guidance to manage the behaviour problems and maintain a positive relationship with the child.

SAMENVATTING

Kinderen met een reactieve hechtingsstoornis:

De risico en succesfactoren van een gezinshuisplaatsing

De risico- en succesfactoren van kinderen met een reactieve hechtingsstoornis (RAD) voor een succesvolle gezinshuisplaatsing zijn onderzocht. De dossiers van 24 kinderen met RAD, die wonen of hebben gewoond in een gezinshuis, zijn bestudeerd, en 15 paar gezinshuisouders zijn geïnterviewd en hebben twee vragenlijsten per kind ingevuld.

Deze studie heeft significante verbanden gevonden tussen een onsuccesvolle gezinshuisplaatsing en gedragsproblemen van het kind, het aantal plaatsingen, de leeftijd van het kind, acceptatie van de biologisch ouders en de relatie tussen het kind en de gezinshuisouders.

Deze resultaten suggereren dat kinderen met RAD op een jongere leeftijd geplaatst zouden moeten worden. De biologische ouders hebben ondersteuning nodig om de acceptatie te vergroten en gezinshuisouders hebben begeleiding nodig om gedragsproblemen te hanteren en een positieve relatie met het kind te handhaven.

INLEIDING

Kinderen met een reactieve hechtingsstoornis (in het Engels: Reactive Attachment Disorder [RAD]) komen vaak voor in gezinshuizen. Het blijkt in de praktijk echter lastig om kinderen met RAD binnen gezinshuizen goed te begeleiden. Triade Boschhuis, de instelling waar ik stage loop, beschikt over een aantal gezinshuizen en heeft een aantal kinderen met RAD uit het gezinshuis moeten plaatsen, omdat de plaatsing niet goed verliep. Ook andere instellingen ervaren moeilijkheden met de opvang van kinderen met RAD in gezinshuizen. Naast Triade Boschhuis werken ook Omega Zorg en JOOZT (onderdeel van LSG-Rentray) mee aan deze studie.

In deze studie wordt onderzocht welke factoren het succes van de plaatsing van een kind met RAD in een gezinshuis kunnen bevorderen of juist belemmeren. Door deze succes- en risicofactoren te identificeren kan eventueel voorkomen worden dat een kind met RAD uit een gezinshuis geplaatst moet worden. Daarnaast kan hierdoor eerder worden ingezien dat opvang in een gezinshuis niet toereikend is voor een kind met RAD, waardoor er eerder meer passende hulp ingezet kan worden.

1. Gehechtheidstheorie

Volgens de gehechtheidstheorie van Bowlby vormt een kind een gehechtheidsrelatie met een primaire verzorger in de babytijd om zichzelf te verzekeren van bescherming, verzorging en troost. Gehechtheidsrelaties ontwikkelen zich door middel van een instinctief gedragssysteem (waaronder vocaliseren, huilen en vastklampen) van het kind dat gericht is op het bereiken of behouden van de nabijheid van hun verzorger(s) (Bowlby, 1989; 1991).

Een belangrijke voorwaarde voor de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie is een beperkt aantal min of meer stabiel aanwezige opvoeders die, door te reageren op de signalen en aan te sluiten bij de behoeften van het kind, kunnen zorgen voor een gevoel van veiligheid (Oosterman & Schuengel, 2009).

Ainsworth, Blehar, Waters en Wall (1978) hebben de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie onderzocht, door te observeren hoe kinderen in hun eerste levensjaar omgaan met stressvolle omstandigheden. Aan de hand van de Vreemde Situatieprocedure konden ze drie categorieën onderscheiden: vermijdende gehechtheid, ambivalente gehechtheid en veilige gehechtheid. Vermijdend gehechte kinderen minimaliseren hun expressie van negatieve emoties in het bijzijn van hun ouder, omdat ze hebben ervaren dat hun ouder deze emoties afwijst of negeert. Ambivalent gehechte kinderen maximaliseren hun negatieve emoties om de aandacht te trekken van hun inconsistent reagerende ouder. Deze kinderen kunnen passief of boos

gefocust blijven op hun ouder. Veilig gehechte kinderen uiten hun emoties tegenover hun ouder die troost biedt en als veilige haven fungeert. Deze drie categorieën zijn adaptief ten opzichte van hun omgeving, ofwel georganiseerd (Main, 1990).

Main en Solomon (1990) hebben later een nieuwe categorie toegevoegd: gedesorganiseerde gehechtheid. Deze categorie is ontstaan doordat een groep kinderen conflicterende gedragingen liet zien die niet te classificeren waren onder de andere drie categorieën. Dit waren veelal kinderen met een achtergrond van misbruik, verwaarlozing en mishandeling. Deze kinderen hebben geen consistente strategie ontwikkeld voor hun emotieregulatie in stressvolle omstandigheden.

Gedesorganiseerde gehechtheid wordt gezien als de meest zorgwekkende vorm van onveilige gehechtheid. Het gedrag van kinderen met gedesorganiseerde gehechtheid in de Vreemde Situatietestprocedure kan zeer uiteenlopend zijn. Het gedrag kan tegenstrijdig zijn, bijvoorbeeld wanneer het kind erg van streek is als de moeder weggaat maar vervolgens onverschillig is als de moeder terugkomt. Het kind kan nabijheid zoeken bij de vreemde in plaats van bij de moeder of angstig reageren als de moeder terugkomt. Het kind kan ook bewegeloos blijven zitten voor een bepaalde tijd, of vastklampen aan de moeder maar ondertussen hard huilend wegstaren en leunen (Main & Solomon, 1990).

De theorie achter deze vorm van gehechtheid is dat kinderen, met bijvoorbeeld een mishandelende ouder, worden geconfronteerd met een doordringende paradox: de ouder is vaak de enige bron van veiligheid en troost voor het kind, maar op hetzelfde moment is de ouder de bron van angst door zijn onvoorspelbare (mishandelende) gedrag. Deze twee onvereenbare gevoelens om te vluchten van en om nabijheid te zoeken bij dezelfde persoon zorgen voor de afbraak van georganiseerd gehechtheidsgedrag, waardoor het kind gedesorganiseerde gehechtheid kan ontwikkelen (van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999).

2. Reactieve hechtingsstoornis (RAD)

De reactieve hechtingsstoornis (RAD) is de enige stoornis met betrekking tot gehechtheid die in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) is opgenomen (APA, 2000). Het is een stoornis van de kindertijd gekarakteriseerd door extreem ongepaste vormen van sociale verbondenheid in verschillende contexten die gedurende de eerste 5 levensjaren aanwezig moeten zijn (APA, 2000). In de DSM-IV worden twee subtypen onderscheiden. Het eerste subtype is het geïnhibeerde/emotioneel teruggetrokken type, ook wel het *geremde* type. Kinderen met het *geremde* type zoeken geen toenadering tot welke opvoeder dan ook als ze

bang of overstuur zijn. Er kan ook sprake zijn van het zoeken van toenadering op een tegenstrijdige of angstige manier. Het tweede subtype is het gedisinhibeerd/willekeurig sociaal subtype, ook wel het *ontremde* type. Kinderen met het ontremde type zijn ongeremd en maken geen onderscheid tussen bekende en minder bekende personen. Zij tonen geen selectief gehechtheidsgedrag. Enige terughoudendheid ten opzichte van vreemden ontbreekt, ook of met name ten aanzien van fysieke nabijheid en contact. Dit wordt ook wel indiscriminerende vriendelijkheid genoemd (Schuengel, de Schipper, & Sterkenburg, 2003; APA, 2000).

Volgens de criteria van de DSM-IV moet de stoornis terug te voeren zijn op pathogene zorg. Kinderen kunnen alleen met RAD gediagnosticeerd worden als zij onder uitzonderlijke omstandigheden zijn opgegroeid, zoals extreme verwaarlozing van de basale emotionele behoeften, zoals troost, aanmoediging en affectie, en/of extreme verwaarlozing van de basale fysieke behoeften van het kind. Daarnaast kan het herhaaldelijk veranderen van primaire opvoeders de vorming van een stabiele gehechtheidsrelatie belemmeren (bijvoorbeeld het frequent veranderen van pleegzorg). Deze uitzonderlijke opvoedingsomstandigheden worden verantwoordelijk geacht voor het verstoorde gehechtheidsgedrag (Schuengel et al., 2003; APA, 2000).

Zeanah en Gleason (2010) suggereren dat de twee subtypen van RAD beter onderscheiden kunnen worden als twee verschillende stoornissen in plaats van twee subtypen van eenzelfde stoornis. Dit baseren zij op al het gedane onderzoek naar de subtypen van RAD waaruit blijkt dat er essentiële verschillen bestaan tussen de twee typen. Zeanah en Gleason (2010) stellen daarom voor om de twee typen in de komende DSM-5 op te nemen als twee verschillende stoornissen.

2.1 Verschillen en overeenkomsten van gedesorganiseerde gehechtheid en RAD

Gedesorganiseerde gehechtheid en RAD hebben overeenkomsten en verschillen. Het gedrag van kinderen met gedesorganiseerde gehechtheid en het gedrag van kinderen met RAD vertonen veel overeenkomsten. Daarnaast hebben kinderen met gedesorganiseerde gehechtheid ook vaak een achtergrond van verwaarlozing of mishandeling. Bevindingen ten aanzien van de oorzaken van gedesorganiseerde gehechtheid kunnen daarom mogelijk licht werpen op de verklaring van RAD (Schuengel et al., 2003).

Een verschil tussen gedesorganiseerde gehechtheid en RAD is de prevalentie. In de algemene populatie is 62% van de kinderen veilig gehecht, 15% vermijdend gehecht, 9% ambivalent gehecht en 15% gedesorganiseerd gehecht (van IJzendoorn, et al., 1999). RAD

daarentegen is erg zeldzaam en komt volgens een schatting bij minder dan 1% van de bevolking voor (Richters & Volkmar, 1994).

Een tweede verschil is dat gedesorganiseerde gehechtheid een maat is van een bepaalde relatie terwijl RAD doordringend is in alle sociale contexten en niet beperkt is tot de relatie met een verzorger (Minnis, Marwick, Arthur, & McLaughlin, 2006). Met andere woorden, de problemen van RAD zijn niet zozeer relatiespecifiek, maar kindspecifiek (Schuengel et al., 2003). Bovendien kan RAD tegelijk bestaan met ogenschijnlijk veilig gehechtheidsgedrag, daarom is een onveilige gehechtheidsrelatie niet noodzakelijk noch voldoende om RAD vast te stellen (Minnis et al., 2006).

Ten slotte is gedesorganiseerde gehechtheid een risicofactor voor latere psychopathologie, zoals externaliserend probleemgedrag, maar geen klinische stoornis op zichzelf (van IJzendoorn et al., 1999), dit in tegenstelling tot RAD welke wel een klinische stoornis is. Kortom, de relatie tussen gedesorganiseerde gehechtheid en RAD is complex en nog grotendeels onopgehelderd (Schuengel et al., 2003). In deze studie zal echter specifiek naar kinderen met RAD gekeken worden.

3. Intern werkmodel

Een centrale these van de gehechtheidstheorie is dat het kind op basis van zijn ervaringen binnen de ouder-kindrelatie een mentale representatie opbouwt, ook wel een intern werkmodel (IWM) genoemd door Bowlby in 1973. Een IWM omvat de ideeën en gedachten die een kind vormt over zichzelf, de ander en de wereld. Het IWM van zichzelf omvat onder andere het zelfbeeld en gevoel van eigenwaarde (Bowlby, 1991).

Wanneer het kind zijn ouder ervaart als toegankelijk, betrouwbaar en beschikbaar om te helpen zal het kind een IWM ontwikkelen waarin hij verwacht dat anderen op een vergelijkbare manier op hem reageren (Bowlby, 1991). Een kind met RAD daarentegen heeft een achtergrond van pathogene zorg (Schuengel et al., 2003). Dit betekent dat de verzorger verwaarlozend was, of dat er niet één vaste beschikbare verzorger was. Op basis van deze ervaringen zal het kind verwachten dat andere volwassenen op dezelfde wijze zullen reageren en niet betrouwbaar of voorspelbaar zijn. Vervolgens bepaald het IWM van een kind zijn acties en zal het kind handelen volgens deze verwachtingen, welke een negatieve invloed heeft op toekomstige relaties (Bowlby, 1991). Parallel aan de ontwikkeling van het IWM van anderen ontwikkelt een kind ook het IWM van zichzelf. Een ongewenst kind zal zich bijvoorbeeld niet alleen ongewenst voelen door zijn ouders, maar ook geloven dat hij in essentie ongewenst is en dat hij bij niemand gewenst is (Bowlby, 1985).

De opvatting bestaat dat IWM met de tijd stabiel worden, maar dat ze met het opdoen van nieuwe ervaringen nog veranderd kunnen worden (George, 1996). Ook Bowlby (1985) benadrukte dat IWM *werkmodellen* zijn die kunnen veranderen wanneer er verschillen zijn tussen de reële en interne eerdere ervaringen. Echter de IWM zouden ook hardnekkig, en resistent voor verandering kunnen zijn wanneer de verwachtingen van zichzelf en anderen zo verankerd zijn dat er niet meer aan getwijfeld wordt (Bowlby, 1985). Buist, Reitz en Dekovic (2008) tonen bijvoorbeeld aan dat het IWM van adolescenten stabiel is en voor een groot deel de verschillen in kwaliteit van gehechtheid verklaart. Het IWM is dus een belangrijke factor in het ontwikkelen van gehechtheidsrelaties.

4. Risicofactoren voor RAD

Hoewel RAD volgens de DSM-IV erg zeldzaam is (Hanson & Spratt, 2000), worden er in hoge risico populaties hoge prevalenties gevonden van kinderen met RAD. Kinderen in de pleegzorg vormen een risicogroep omdat deze kinderen, vergeleken met kinderen uit de algemene populatie, bijna allemaal ervaring hebben met mishandeling en verwaarlozing. Daarnaast hebben zij ervaring met een verstoring van hun leven, scheiding en verlies, door de uithuisplaatsing (Minnis, Pelosi, Knapp, & Dunn, 2001). Zeanah et al. (2004) vonden dan ook dat 38-40% van de kinderen in een groep peuters/kleuters in pleegzorg, met een achtergrond van mishandeling, RAD had ontwikkeld. Ook Millward, Kennedy, Towlson en Minnis (2006) ondervonden dat kinderen in de pleegzorg, vergeleken met kinderen uit de algemene populatie, hogere symptoomscores voor RAD hadden.

Het verschijnsel dat een tweeling, met dezelfde ervaringen en achtergrond, beide een ander type RAD ontwikkelen, heeft de vraag gerezen of kindkenmerken hieraan ten grondslag liggen. Zeanah en Fox (2004) hebben in dit opzicht geopperd dat temperament mogelijk samenhangt met de manifestatie van de verschillende typen RAD. Temperament zou kunnen verklaren dat sommige kinderen van zichzelf eerder in hun schulp kruipen, terwijl andere kinderen zich juist aan iedereen gaan vastklampen wanneer er geen specifieke gehechtheidsfiguur beschikbaar is. De relatie tussen temperament en de typen RAD moet echter nog onderzocht worden.

Zeanah et al. (2004) hebben, binnen een hoge risicogroep van kinderen met een achtergrond van mishandeling, zowel factoren van het kind als van de moeder onderzocht in het ontstaan van RAD. Kindfactoren zoals de leeftijd, etniciteit en sekse van het kind konden echter niet discrimineren tussen wel of geen signalen van RAD. Zeanah et al. (2004) vonden echter dat kinderen een grotere kans op RAD hadden wanneer hun moeder een (geschiedenis

van een) psychiatrische stoornis had. Moeders met een geschiedenis van psychiatrische problemen hadden vaker een kind met signalen van het geremde type RAD. Daarnaast hadden moeders met een geschiedenis van psychische problemen en middelenmisbruik vaker een kind met signalen van het ontremde type RAD. Deze bevinden moeten echter nog nader onderzocht worden, maar zouden een rol kunnen spelen in de ontwikkeling van RAD.

5. Het verloop van RAD

Er is nog weinig bekend over het verloop van RAD over de tijd. Mogelijk bestaat er een verschil tussen kinderen met de verschillende typen RAD. Uit onderzoek blijkt dat de beide typen RAD redelijk stabiel zijn over de tijd. Echter wanneer de kinderen in een normatieve verzorgende omgeving geplaatst worden blijkt dat de symptomen van het geremde type af kunnen nemen of zelfs kunnen verdwijnen, maar dat er geen afname in symptomen is te zien bij het ontremde type (Zeanah & Gleason, 2010). Het ontremde type, en met name de indiscriminerende vriendelijkheid, lijkt hardnekkig voor verandering.

6. Comorbiditeit

Er zijn veel kwalitatieve onderzoeken gedaan naar RAD, maar deze studies zijn voornamelijk beschrijvend van aard. Daarom hebben Kay Hall en Geher (2003) een kwantitatief empirisch onderzoek uitgevoerd om gedrags- en persoonlijkheidskarakteristieken van kinderen met RAD te identificeren. Zij concluderen dat kinderen met RAD vergeleken met kinderen zonder RAD meer totale gedragsproblemen, sociale problemen, teruggetrokken gedrag, somatische klachten, angstig/depressieve klachten, denkproblemen, aandachtsproblemen, delinquent gedrag en agressief gedrag vertonen. Daarnaast tonen kinderen met RAD minder empathie dan kinderen zonder RAD.

Kay Hall en Geher (2003) hebben vervolgens een instrument ontwikkeld om gedragingen/kenmerken te identificeren die samenhangen met RAD en zij vonden 74 gedragingen/kenmerken, zoals liegen, stelen, genieten wanneer een ander kind in de problemen komt, geen rekening houden met anderen, schrokken, overeten, manipuleren, zichzelf als slachtoffer zien en moeite hebben met oorzaak-gevolg relaties. Bovendien is een kenmerk van kinderen met RAD dat zij meer nodig hebben om zichzelf gelijk te voelen. Bijvoorbeeld wanneer alle kinderen drie koekjes krijgen heeft het kind met RAD vijf koekjes nodig om zich gelijk te voelen. Tenslotte hebben kinderen met RAD vaak een ontwikkelingsachterstand op meerdere gebieden en spelen zij liever met jongere kinderen.

Hanson en Spratt (2000) noemen dat de waslijst van symptomen en gedragingen die zijn geassocieerd met RAD duidelijk uitgebreider is dan de DSM-IV criteria voor RAD. Zij stellen voor dat deze gedragingen beter geïndiceerd kunnen worden als andere stoornissen in de kindertijd, zoals aandachtstekort stoornis met hyperactiviteit (ADHD), oppositionele opstandige stoornis (ODD) en gedragsstoornis (CD). Maar juist doordat verstoorde gehechtheid vaak samengaat met ernstige gedragsproblemen is het onderscheid tussen verstoord gehechtheidsgedrag en externaliserend of internaliserend gedrag moeilijk te maken (Hanson & Spratt, 2000).

Er lijkt tenslotte een onderscheid te bestaan tussen de comorbiditeit met internaliserende of externaliserende gedragsproblemen en het geremde of ontremde type. Uit onderzoek is gebleken dat het geremde type RAD een bescheiden samenhang heeft met internaliserende problemen, namelijk een depressieve stemming. Bij het ontremde type wordt deze relatie niet gevonden, maar dit type heeft een matige samenhang met aandachtstekort of hyperactiviteit. Daarnaast wordt er wisselend een relatie gevonden tussen het ontremde type en agressief gedrag, maar niet tussen het geremde type en agressief gedrag (Zeanah & Gleason, 2010).

7. Opvang kinderen met RAD

Het Nederlandse Ministerie Jeugd en Gezin (2009) geeft in een notitie aan dat jongeren recht hebben op een gezinsleven zoals omschreven staat in het Verdrag inzake de Rechten van het kind. Dit houdt in dat wanneer jongeren niet meer thuis kunnen wonen er de plicht bestaat om hen, indien dit mogelijk is, te laten deelnemen aan een gezinsleven. Wanneer een jongere niet kan opgroeien in een (netwerk)pleeggezin, bijvoorbeeld vanwege de zwaarte van de problematiek, kan een jongere een plaats in een gezinshuis krijgen. Pas wanneer dit niet mogelijk blijkt wordt een jongere in een leefgroep geplaatst (Ministerie Jeugd en Gezin, 2009).

7.1 Kinderen met RAD in de pleegzorg

Veel kinderen met RAD hebben een achtergrond van mishandeling of verwaarlozing en zijn daarom vaak uit huis geplaatst. De eerste keus voor deze kinderen is vaak een pleeggezin. Door de vele bijkomende probleemgedragingen zijn deze kinderen echter een grote uitdaging voor de pleegouders. Met name externaliserend probleemgedrag heeft een negatieve directe invloed op steunend opvoedgedrag en de positieve betrokkenheid van de pleegouder op het pleegkind. Het blijkt bijvoorbeeld lastig voor pleegmoeders om een positieve (opvoed)relatie met het kind op te bouwen, wanneer het kind externaliserend probleemgedrag vertoont, omdat zij het gedrag vooral willen controleren (Vanderfaellie, van Holen, & Trogh, 2009).

De gedachte in de pleegzorg is dat het plaatsen van een kind in een gunstiger opvoedingssituatie zal leiden tot een reductie van de gedragsproblematiek en de ontwikkeling van pro sociaal gedrag. Het blijkt echter dat dit niet genoeg is. Gedragsproblemen blijven stabiel of nemen zelfs toe tijdens de plaatsing (Vanderfaellie et al., 2009). Bovendien zijn pleegouders gemotiveerd om een warme en sensitieve zorgomgeving te bieden, waar kinderen met RAD mogelijk niet mee om kunnen gaan (Millward et al., 2006).

Voor een succesvolle plaatsing is de relatie tussen de pleegouder en het kind echter een bepalende factor. Wanneer de pleegouder is toegewijd aan het kind, dan heeft moeilijk of pro sociaal gedrag van het kind geen invloed op de plaatsingsuitkomst. Echter, wanneer de pleegouder een hoge mate van afwijzing toont, voorspelt moeilijk gedrag van het kind wel de plaatsingsuitkomst. Moeilijk gedrag van een kind maakt het waarschijnlijker dat pleegouders minder toegewijd zijn, maar de plaatsinguitkomst wordt niet primair door het gedrag bepaald. De toewijding en mate van afwijzing van pleegouders is een belangrijke factor (Sinclair & Wilson, 2003).

Oosterman, Schuengel, Slot, Bullens en Doreleijers (2007) hebben een meta-analyse uitgevoerd over 26 studies met 20,650 kinderen in de pleegzorg. Het doel van deze meta-analyse was om risico en protectieve factoren die samenhangen met het afbreken van een pleegzorgplaatsing te identificeren. Zij tonen aan dat gedragsproblemen, een hogere leeftijd tijdens de plaatsing, een geschiedenis van residentiële leefgroepen en vorige plaatsingen samenhangen met het afbreken van een plaatsing in de pleegzorg. Ook Redding, Fried en Britner (2000), die een review hebben geschreven over kinderen in therapeutische pleeggezinnen, concluderen dat kinderen die extreem verwaarloosd en mishandeld zijn in hun biologische familie en daarna meerdere mislukte plaatsingen in pleegzorg, leefgroepen, psychiatrische instellingen of residentiële behandelingen hebben meegemaakt gedoemd lijken te zijn om te mislukken in therapeutische pleegzorg omdat het vormen van gehechtheid met (weer) nieuwe 'ouders' erg moeilijk kan zijn.

Kinderen met RAD vormen een extra risicogroep voor het afbreken van een plaatsing omdat zij gemiddeld meer plaatsingen hebben meegemaakt (Strijker & Knorth, 2007). Daarnaast lijkt het verplaatsen van een kind gepaard te gaan met een toename van externaliserend probleemgedrag, welke weer de kans op een voortijdige beëindiging op een volgende plaatsing vergroot (Strijker & Knorth, 2007). Hieruit kan geconcludeerd worden dat juist voor kinderen met RAD, die vaak ernstige gedragsproblemen vertonen en meerdere plaatsingen achter de rug hebben, een pleeggezin niet de aangewezen hulpvorm is.

7.2 Gezinshuizen

Voor kinderen voor wie het niet mogelijk is om in een pleeggezin te wonen is een andere hulpverleningsvorm ontwikkeld, namelijk gezinshuizen. Wanneer een kind te weinig reële gezinservaring heeft, te oud is om in een pleeggezin te wonen, gedrags- of ontwikkelingsproblematiek heeft die de draagkracht van een pleeggezin overstijgt of de intensiteit van de emotionele relatie in een pleeggezin (nog) niet aankan is plaatsing in een gezinshuis geïndiceerd (Triade Boschhuis, 2009). Een gezinshuis is een kleinschalige hulpvorm waarin gezinshuisouders hun eigen privéleven beschikbaar stellen als hulpverleningsmiddel. Zij wonen in een gewoon huis, met of zonder eigen kinderen, en vangen gemiddeld vier geïndiceerde gezinshuis kinderen op van 0 tot 18 jaar. De gezinshuisouders bieden op professionele wijze verzorging, opvoeding en begeleiding aan deze kinderen voor een langere tijd. Gezinshuizen zijn bedoeld voor kinderen die in staat zijn om te profiteren van normale gezinsrelaties en een gezinssituatie. Problematieken van gezinshuis kinderen kunnen betrekking hebben op een (complexe) ontwikkelingsstoornis, zoals een (licht) verstandelijke handicap, ADHD of een aan autisme verwante stoornis, of (complex) sociaal emotionele problematiek op het gebied van relatievorming. Deze laatste kinderen profiteren niet per definitie van normale gezinsrelaties. De relatie moet voor hen nadrukkelijk gedoseerd worden om angst te vermijden. Dit is met name het geval bij kinderen met hechtingsproblematiek zoals RAD. Deze aanpak vraagt om specifieke deskundigheid en attitude van de gezinshuisouders (Triade Boschhuis, 2009).

7.3 Verschillen en overeenkomsten pleeggezinnen en gezinshuizen

De voornaamste verschillen tussen pleeggezinnen en gezinshuizen zijn dat gezinshuisouders in dienst zijn bij een instelling en betaald krijgen, gezinshuisouders hebben een professionele achtergrond, kinderen die in een gezinshuis worden geplaatst hebben een indicatie voor residentiële zorg in plaats van een pleegzorgindicatie en de problematiek van de kinderen betreft over het algemeen meer problemen van het kind zelf terwijl het bij kinderen in een pleeggezin vaker gaat om problemen van hun ouders (Ministerie Jeugd en Gezin, 2009).

Er zijn ook een aantal overeenkomsten tussen pleeggezinnen en gezinshuizen. Een belangrijke factor binnen pleeggezinnen en gezinshuizen is de mogelijke aanwezigheid van biologische kinderen van de pleeg- of gezinshuisouders. De aanwezigheid van biologische kinderen wordt als een risicofactor gezien voor de plaatsing in een pleeggezin (Oosterman et al., 2007). Wanneer het pleegkind (minder dan) drie jaar ouder of jonger is dan een biologisch

kind van dezelfde sekse, is het risico van uitplaatsing groter (Oosterman et al., 2007). In gezinshuizen komt hetzelfde voor, blijkt uit onderzoek van Sobotková (2000) onder gezinshuizen in Tsjechië. Zij concludeert dat er meer problemen zijn in gezinshuizen met biologische kinderen in dezelfde leeftijdscategorie, als in gezinshuizen zonder biologische kinderen of met biologische kinderen die al volwassen zijn.

Tenslotte is de acceptatie van biologische ouders over de plaatsing van hun kind in een pleeggezin of gezinshuis een belangrijke factor in het succes van een plaatsing (Redding et al., 2000; De Ruyter & De Ruyter, 1995). De Ruyter en De Ruyter (1995) hebben in opdracht van Stichting de Reeve evaluatieonderzoek uitgevoerd in twee gezinshuizen voor moeilijk lerende kinderen. Zij stellen vast dat gebrek aan acceptatie van de biologische ouders, van de plaatsing van hun kind in een gezinshuis, een risicofactor is voor voortijdige uitplaatsing. Zij stellen dat, gezien de problemen die ouders kunnen geven voor zowel de kinderen zelf als het gehele gezinshuis, het kind niet in een gezinshuis geplaatst moet worden. wanneer ouders de plaatsing niet accepteren.

8. Huidige studie

Er is nog geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de opvang van kinderen met RAD in gezinshuizen. In de praktijk blijkt het echter lastig om kinderen met RAD binnen gezinshuizen goed te kunnen begeleiden. Vaak wordt de plaatsing van een kind met RAD in een gezinshuis voortijdig afgebroken. Dit is schadelijk voor het kind blijkt uit onderzoek in de pleegzorg. Wanneer een verblijfplaats namelijk ongunstig beëindigd is, zal het kind verwerping door de pleegouders ervaren en op den duur het vertrouwen in volwassenen verliezen (Strijker & Knorth, 2007).

In deze studie wordt daarom onderzocht welke factoren het succes van de plaatsing kunnen bevorderen of juist belemmeren. Door deze risico en succesfactoren te identificeren kan eventueel voorkomen worden dat een kind met RAD uit een gezinshuis geplaatst moet worden. Daarnaast kan hierdoor eerder worden ingezien dat opvang in een gezinshuis niet toereikend is voor een kind met RAD, waardoor er eerder meer passende hulp ingezet kan worden. De globale vraagstelling van deze studie is:

- *Welke risico en succesfactoren spelen een rol bij het wel of niet slagen van de plaatsing van een kind met RAD in een gezinshuis?*

Deze vraagstelling wordt door middel van acht onderzoeksvragen onderzocht (paragraaf 8.1).

8.1 Onderzoeksvragen

1. Speelt het aantal eerdere plaatsingen een rol in de uitplaatsing uit een gezinshuis?

Oosterman et al. (2007) en Redding et al. (2000) hebben in de meeste studies een verband gevonden tussen de geschiedenis van meerdere mislukte plaatsingen en het afbreken van een plaatsing in (therapeutische) pleegzorg. In deze studie wordt daarom verwacht dat kinderen die vele vorige plaatsingen hebben gehad vaker voortijdig uit het gezinshuis geplaatst zijn.

2. Welke gedragsproblemen van het kind spelen een rol bij de uitplaatsing?

Volgens Oosterman et al. (2007) spelen gedragsproblemen een rol spelen bij het afbreken van een pleegzorgplaatsing. Daarom wordt in deze studie verwacht dat de mate van de gedragsproblemen van kinderen met RAD ook een rol speelt bij het afbreken van een gezinshuisplaatsing. Dat wil zeggen dat uitgeplaatste kinderen in ernstigere mate gedragsproblemen vertonen. Vanderfaeillie et al. (2009) stellen dat externaliserend probleemgedrag vaak een reden voor uitplaatsing is. Op basis hiervan wordt in deze studie verwacht dat externaliserende problemen, zoals normafwijkend gedrag en agressief gedrag, in hogere mate voorkomen bij kinderen die uitgeplaatst zijn en vaker een reden tot uitplaatsing zijn dan internaliserende problemen zoals angstig/depressief en teruggetrokken gedrag.

3. Speelt de acceptatie van de biologische ouders een rol bij de uitplaatsing?

De acceptatie van biologische ouders is van invloed op het succes van een plaatsing volgens De Ruyter en De Ruyter (1995) en Redding et al. (2000). Ook in deze studie wordt verwacht dat kinderen vaker uitgeplaatst zijn wanneer hun biologische ouders de plaatsing niet accepteren.

4. Speelt de leeftijd van het kind tijdens de plaatsing in het gezinshuis een rol?

Een hogere leeftijd van het kind op het moment van de plaatsing in een pleeggezin hangt samen met het afbreken van de plaatsing (Oosterman et al., 2007). In deze studie wordt onderzocht of een hogere leeftijd ook samenhangt met het afbreken van een gezinshuisplaatsing. Het is echter niet duidelijk of er een leeftijdsgrens is wanneer een kind nog wel of niet meer kan profiteren van een plaatsing. Volgens De Lange (2005) wordt vanaf negen jaar de betrokkenheid op leeftijdsgenoten fundamenteel voor een kind waardoor er nieuwe mogelijkheden voor hechting aan de wereld ontstaan. Het is mogelijk dat kinderen die geplaatst worden op een leeftijd van negen jaar of ouder minder belang hechten aan ouders en meer aan leeftijdsgenoten, waardoor het risico op uitplaatsing groter is. Op basis van De

Lange (2005) wordt daarom verwacht dat kinderen die negen jaar of ouder waren tijdens de plaatsing in het gezinshuis vaker uitgeplaatst werden.

5. Speelt de aanwezigheid van biologische kinderen een rol bij de uitplaatsing?

Zowel Oosterman et al. (2007) als Sobotková (2000) tonen aan dat de aanwezigheid van biologische kinderen een risicofactor is voor een plaatsing. De verwachting in deze studie is dat kinderen in gezinshuizen, met biologische kinderen in dezelfde leeftijdscategorie, vaker uitgeplaatst zijn.

6. Speelt de attitude van de gezinshuisouders een rol bij de uitplaatsing?

De relatie tussen de verzorger en het kind is een belangrijke factor in het voorspellen van de plaatsingsuitkomst (Sinclair & Wilson, 2003). Op basis hiervan wordt verwacht dat de gezinshuisouders een minder positieve relatie konden onderhouden met de kinderen die uitgeplaatst zijn.

7. Heeft individuele behandeling van het kind invloed op een plaatsing?

Omdat een succesvolle plaatsing volgens Vanderfaeillie et al. (2009) niet genoeg is om gedragsproblematiek te reduceren en prosociaal gedrag te ontwikkelen, wordt verwacht dat aanvullende behandeling nodig is. Aangezien kinderen met RAD door de uithuisplaatsing allen te maken hebben met scheiding en verlies (Minnis et al., 2001) en door vroegere ervaringen zoals verwaarlozing waarschijnlijk trauma's hebben opgelopen lijkt individuele behandeling aangewezen. De verwachting is daarom dat kinderen die individuele behandeling kregen, zoals speltherapie of traumaverwerking, minder vaak uitgeplaatst werden dan kinderen die geen individuele behandeling kregen.

8. Heeft het type RAD invloed op de gezinshuisplaatsing?

Er is een relatie gevonden tussen het geremde type RAD en internaliserende problemen en tussen het ontremde type RAD en externaliserende problemen (Zeanah & Gleason, 2010). In deze studie zal dit verband, indien mogelijk, getoetst worden. Daarnaast blijkt dat kinderen met het geremde type een verbetering kunnen laten zien wanneer de zorg verbetert. Bij kinderen met het ontremde type is deze verbetering nauwelijks of niet te zien (Zeanah & Gleason, 2010). De verwachting is daarom dat kinderen met het geremde type RAD vaker een succesvolle plaatsing hebben in het gezinshuis ten opzichte van kinderen met het ontremde type.

METHODE

1. Participanten

De steekproef voor deze studie omvat 24 kinderen met RAD die ervaring hebben met de hulpverleningsvorm gezinshuizen. Deze groep valt uiteen in een groep kinderen die nog in het gezinshuis wonen ($N = 14$) en een groep kinderen die uit het gezinshuis zijn geplaatst of binnenkort worden uitgeplaatst ($N = 10$). De kinderen die binnenkort worden uitgeplaatst worden bij de uitgeplaatste kinderen geteld. De totale groep bestaat uit tien meisjes en veertien jongens. Tabel 1 laat de verdeling zien van de jongens en meisjes over de twee groepen en de gemiddelde leeftijd op dit moment.

Tabel 1 Leeftijden en verdeling jongens en meisjes over de groepen 'In gezinshuis' en 'Uitgeplaatst'

	Jongens In gezinshuis	Meisjes In gezinshuis	Jongens Uitgeplaatst	Meisjes Uitgeplaatst	Totaal
Totale N	7	7	7	3	24
Huidige gemiddelde leeftijd	11.4	10.6	13.4	14.8	12.2
<i>SD</i>	3.0	2.3	2.3	2.3	2.8
Leeftijd range	7.2-16.9	5.7-13.0	9.8-16.3	12.6-17.1	5.7-17.1

Naast RAD hebben een aantal kinderen comorbiditeit met andere psychiatrische stoornissen en/of een licht verstandelijke beperking (LVB). Tabel 2 geeft weer welke stoornissen dit zijn en bij hoeveel kinderen er sprake is van comorbiditeit of LVB.

Tabel 2 Voorkomen van comorbiditeit en LVB bij de jongens en meisjes

	Jongens	Meisjes	Totaal
ADHD	5	2	7
PDD-NOS	1	0	1
Gedragsstoornis	2	1	3
Angststoornis	1	2	3
Geen comorbiditeit	5	5	10
Totaal	14	10	24
Licht verstandelijke beperking	5	2	7
Geen licht verstandelijke beperking	9	8	17
Totaal	14	10	24

Alle kinderen wonen, of hebben gewoond, in een gezinshuis van de instellingen Triade Boschhuis, Omega Zorg of JOOZT. In totaal zijn er vijftien gezinshuizen bij dit onderzoek betrokken. Van Triade Boschhuis zijn vijf gezinshuizen betrokken (provincie Flevoland), van Omega Zorg zijn twee gezinshuizen betrokken (provincie Flevoland) en van JOOZT zijn acht gezinshuizen betrokken (provincie Gelderland). In totaal zijn er negen gezinshuizen met één kind met RAD, drie gezinshuizen met twee kinderen met RAD en drie gezinshuizen die drie kinderen met RAD in huis hebben (gehad).

Het totaal aantal geplaatste gezinshuiskinderen per gezinshuis varieert van één tot zeven kinderen. Een gezinshuis heeft enkel één gezinshuiskind, één gezinshuis heeft drie gezinshuiskinderen en één gezinshuis heeft zeven gezinshuiskinderen. Daarnaast hebben acht gezinshuizen vier gezinshuiskinderen, twee gezinshuizen hebben vijf gezinshuiskinderen en nog twee gezinshuizen hebben zes geplaatste kinderen. Het totaal aantal kinderen per gezinshuis, geplaatste kinderen plus biologische kinderen, varieert van twee tot acht kinderen.

De kinderen zijn in het gezinshuis geplaatst met het perspectief van een permanente woonomgeving. Bij kinderen in de uitgeplaatste groep is de plaatsing voortijdig afgebroken. Deze uitplaatsingen waren niet gewenst of gepland, maar noodzakelijk omdat de opvang in het gezinshuis niet goed verliep vanwege de hechtingsproblematiek van het kind.

Vier kinderen hebben in meerdere gezinshuizen gewoond, omdat de gezinshuizen waar ze woonden zijn gestopt. Deze kinderen worden niet meegenomen als uitgeplaatst, omdat ze op het moment van deze studie nog in een gezinshuis wonen en de overplaatsing niet vanwege hechtingsproblematiek gerealiseerd is.

Na een uitplaatsing vanwege hechtingsproblematiek wordt een kind meestal opgevangen in een residentiële leefgroep waar intensievere zorg verleend kan worden. In deze steekproef kwam het daarom niet voor dat kinderen van het ene naar het andere gezinshuis geplaatst werden wanneer een plaatsing in een gezinshuis niet goed verliep.

2. Procedure

Voor de werving van participanten is in eerste instantie via email contact opgenomen met diverse instellingen. In de email werd uitleg gegeven over het doel van het onderzoek, de vraagstelling van het onderzoek en de vraag of de instelling hieraan wil deelnemen. Voor nadere uitleg is er telefonisch contact geweest met behandelcoördinatoren en/of gedragsdeskundigen. Vervolgens is zo nodig toestemming gevraagd aan de gezinshuisouders, (gezins)voogden en/of biologische ouders voor het inzien van het dossier van het kind.

Naar aanleiding van de namenlijst verkregen van de gedragsdeskundigen of behandelcoördinatoren zijn de dossiers onderzocht. Dit onderzoek vond plaats op de locaties van Triade Boschhuis (Lelystad), JOOZT (De Glind) en Omega Zorg (Emmeloord) waar de dossiers in bewaring zijn. De dossiers zijn gescreend op de diagnose. Alleen de kinderen met de diagnose Reactieve hechtingsstoornis, vastgesteld door een GGZ-instelling, werden meegenomen in dit onderzoek.

Via de gedragsdeskundigen of behandelcoördinatoren zijn de gezinshuisouders op de hoogte gesteld van het onderzoek. Via een email zijn de gezinshuisouders er vervolgens op geattendeerd dat er telefonisch contact met hen zou worden opgenomen voor het maken van een afspraak voor een interview.

Het afnemen van het semi-gestructureerde interview werd indien mogelijk met beide gezinshuisouders gevoerd. Bij twee van de vijftien gezinshuizen is het interview met één van de gezinshuisouders gevoerd. De duur van de interviews varieerde van 45 minuten tot 2 uur, met een gemiddelde van 1 uur en een kwartier. De interviews vonden plaats in het gezinshuis van de gezinshuisouders.

Tijdens het maken van een telefonische afspraak met de gezinshuisouders is afgesproken twee vragenlijsten per kind op te sturen naar de gezinshuisouders. Dit betrof de gedragsvragenlijst (CBCL/6-18) en een ouder-kind interactievragenlijst (OKIV-R). Deze vragenlijsten zijn zo ontworpen dat ze zonder verdere uitleg zelfstandig ingevuld kunnen worden (Verhulst, van der Ende, & Koot, 1996; Lange, 2001).

De gezinshuisouders, zowel gezinshuisvader als gezinshuismoeder, werden verzocht deze vragenlijsten individueel in te vullen. Ten tijde van het interview werden de ingevulde vragenlijsten ingenomen, eventuele vragen omtrent het invullen van de vragenlijsten konden toen gesteld worden.

3. Materialen

3.1 Dossieronderzoek

Door middel van dossieronderzoek werd informatie verzameld over de kinderen met RAD. Ten eerste informatie over de diagnosestelling (door wie vastgesteld en wanneer), comorbiditeit (door wie vastgesteld en wanneer) en indien aanwezig relevante informatie uit psychodiagnostisch onderzoek. Verder werd informatie verzameld over de achtergrond van het kind (geboortedatum, datum uithuisplaatsing (uhp)), de plaatsingsgeschiedenis van het kind (waar heeft het kind gewoond, sinds wanneer en hoe lang) en de leeftijd van het kind ten tijde van de gezinshuisplaatsing.

In het dossier werd opgezocht of het kind individuele behandeling heeft gehad en of het kind contact heeft met zijn biologische ouders en broers/zussen. De kenmerken van het gezinshuis zoals het aantal andere geplaatste gezinshuiskinderen met leeftijd en wel of geen aanwezigheid van biologische kinderen werd opgezocht. Tenslotte werd van de uitgeplaatste kinderen opgezocht wat de reden van de uitplaatsing uit het gezinshuis was en welke vervolgplek het kind was geboden.

3.2 Gedragsvragenlijst voor kinderen/Child Behavior Checklist (CBCL)

Met behulp van de Gedragsvragenlijst voor kinderen van 6-18 jaar (Child Behavior Checklist [CBCL/6-18]; Verhulst et al., 1996) zijn de gedragproblemen van de kinderen in kaart gebracht. De CBCL is een vragenlijst waarop ouders, andere familieleden of volwassen die een kind goed kennen vragen kunnen beantwoorden over het gedrag van een kind. De CBCL geldt als erkende procedure om de gedragsproblemen en de competentie van een kind te meten. De eerste versie uit 1991 is door de COTAN als goed beoordeeld met een goede begripsvaliditeit en voldoende betrouwbaarheid en criteriumvaliditeit (Resing, Evers, Koomen, Pameijer, & Bleichrodt, 2008).

De CBCL/6-18 bestaat uit een vaardigheids- of competentiedeel en een gedragsprobleemdeel (Verhulst et al., 1996). Voor deze studie is alleen gebruik gemaakt van het gedragsprobleemdeel. Het gedragsprobleemdeel bestaat uit 118 specifieke vragen over emotionele en gedragsproblemen en twee open vragen over andere problemen. De gezinshuisouders kunnen hierop aangeven hoe goed een vraag nu of in de afgelopen 6 maanden past bij het kind met behulp van de volgende antwoordmogelijkheden: 0 = helemaal niet, 1 = een beetje of soms, 2 = duidelijk of vaak. De antwoorden op de vragen tellen op tot schalen. De vragen over gedrag vormen de acht probleemschalen Teruggetrokken/Depressief, Lichamelijke Klachten, Angstig/Depressief, Sociale Problemen, Denkproblemen, Aandachtsproblemen, Normafwijkend Gedrag en Agressief Gedrag. De eerste drie probleemschalen vormen samen de schaal Internaliseren en de laatste twee de schaal Externaliseren. Alle vragen over gedrag opgeteld vormen de schaal Totale Problemen.

3.3 Ouder-Kind Interactie Vragenlijst– Revised (OKIV-R)

Om de relatie tussen gezinshuisouders en het geplaatste of uitgeplaatste kind te meten is gebruik gemaakt van de Gereviseerde Ouder-Kind Interactie Vragenlijst (OKIV-R). De OKIV-R is een zelfbeoordelingslijst voor ouders en kinderen van 8 tot 18 jaar (Lange, 2001). De OKIV-R is gebaseerd op de drie doorslaggevende aspecten in de opvoeding van kinderen,

namelijk gezag, acceptatie en communicatievaardigheden. In de OKIV-R worden deze aspecten in twee dimensies gemeten. De eerste is acceptatie en bestaat uit: warmte, troost, bescherming en trots. De tweede dimensie is conflicthantering: de kwaliteit in het voorkómen en oplossen van conflicten. Met behulp van de OKIV-R kan onderzocht worden hoe een ouder de relatie met ieder kind afzonderlijk beoordeelt (Lange, 2001). Twee kinderen uit de steekproef zijn echter jonger dan 8 jaar, namelijk 5,7 en 7,2 jaar. Moeilijkheden bij het invullen van de vragenlijst voor deze kinderen werden nagevraagd. Vragen die niet beantwoord konden worden zijn in dat geval niet meegenomen om de betrouwbaarheid te behouden.

Er bestaan twee versies van de OKIV-R, een voor ouders (21 items) en een voor jongeren van 8 tot 18 jaar (25 items). In deze studie is alleen de ouderversie gebruikt. De items hebben betrekking op onderling gedrag en gevoel en zijn geformuleerd als stellingen. Elke stelling kan door middel van een 5-puntslikertschaal beantwoord worden.

Antwoorden op de items tellen op tot twee subschalen, de subschaal conflicthantering (12 items) en de subschaal acceptatie (9 items). Twaalf vragen moeten omgescoord worden. De ruwe score wordt omgezet in een quintielscore die loopt van 1 t/m 5. Hoe hoger het quintiel op de beide subschalen, hoe positiever de relatie is (Lange, 2001).

De correlatie tussen de twee subschalen is in de normale groep hoog, maar in de klinische groep nauwelijks aanwezig. In deze studie wordt daarom niet naar de totaalscores gekeken, maar naar de scores van de aparte subschalen. De betrouwbaarheden van de subschalen zijn goed (variëren van .78 tot .95) en de eerste gegevens over de validiteit van de OKIV zijn in het onderzoek naar de ontwikkeling van de OKIV-R bevestigd (Lange, 2001). De COTAN beoordeelt de betrouwbaarheid als voldoende, maar de begripsvaliditeit en criteriumvaliditeit als onvoldoende wegens te weinig onderzoek (Nederlands Jeugd Instituut, www.nji.nl).

3.4 Semi-gestructureerd interview

Het semi-gestructureerde interview bestaat uit 34 vragen (Bijlage 1). De meeste vragen beginnen met een vast alternatief (ja of nee) met ruimte voor de gezinshuisouders om hun antwoord toe te lichten. Andere vragen zijn open.

Het semi-gestructureerde interview is gebaseerd op Hackett en Hackett (1993) en is ten eerste gebruikt om ontbrekende informatie uit het dossier van het betreffende kind te achterhalen. Dit betrof actuele informatie zoals het contact met biologische ouders, de aanwezigheid en leeftijden van andere gezinshuiskinderen en eventuele biologische kinderen en recente individuele behandeling van het kind. Bij alle gezinshuisouders is ook de reden voor een uitplaatsing nagevraagd.

Vervolgens werd gevraagd welke gedragsproblemen het moeilijkst te hanteren waren binnen het gezinshuis. Daarnaast werd de mening van de gezinshuisouders over de aanpak van kinderen met RAD en de beste vorm van hulp voor deze kinderen gevraagd. Ten slotte werden er vragen gesteld over de attitude en gevoelens van gezinshuisouders ten opzichte van kinderen met RAD.

4. Data-analyse

De eerste onderzoeksvraag van de huidige studie is: ‘Speelt het aantal eerdere plaatsingen een rol in de uitplaatsing uit een gezinshuis?’ Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het aantal eerdere plaatsingen dat een kind gehad heeft voorafgaand aan de plaatsing in het gezinshuis geteld. Het aantal plaatsingen is de afhankelijke variabele en kan opgevat worden als een continue variabele. Aan de hand van een histogram en de skewness en kurtosis van de verdeling is gebleken dat de verdeling normaal verdeeld is. Aangezien er sprake is van twee onafhankelijke groepen is de t-toets voor onafhankelijke groepen gekozen.

De tweede onderzoeksvraag ‘Welke gedragsproblemen van het kind spelen een rol bij de uitplaatsing?’ is op twee manieren gemeten. Aan de hand van de CBCL/6-18 ingevuld door de gezinshuisouders, is een t-score berekend voor de gedragsproblemen. Om te onderzoeken of uitgeplaatste kinderen in hogere mate gedragsproblemen vertoonden dan niet uitgeplaatste kinderen is de Mann-Whitney toets voor onafhankelijke groepen uitgevoerd aangezien er geen sprake is van een normale verdeling. De t-score (uit de CBCL) is de afhankelijke variabele en de onafhankelijke variabele is wel of geen uitplaatsing. Daarnaast is door middel van een open vraag aan de gezinshuisouders gevraagd welke gedragsproblemen van het kind het moeilijkst te hanteren zijn/waren in het gezinshuis.

De derde onderzoeksvraag ‘Speelt de acceptatie van de biologische ouders een rol bij de uitplaatsing?’ is beantwoord door middel van de Fisher’s Exact Test, waarin de afhankelijke variabele bestaat uit wel of geen acceptatie van de biologische ouders en de onafhankelijke variabele uit wel of geen uitplaatsing.

De vierde onderzoeksvraag ‘Speelt de leeftijd van het kind tijdens de plaatsing in het gezinshuis een rol?’ is ook beantwoord door middel van de Fisher’s Exact Test, waarbij de afhankelijke variabele is in te delen in twee groepen, namelijk jonger dan 9 jaar en 9 jaar of ouder op het moment van de plaatsing in een gezinshuis. De onafhankelijke variabele is wel of geen uitplaatsing.

Ook voor de vijfde onderzoeksvraag ‘Speelt de aanwezigheid van biologische kinderen een rol bij de uitplaatsing?’ is de Fisher’s Exact Test gebruikt. De afhankelijke variabele, wel of geen biologische kinderen, wordt afgezet tegen wel of geen uitplaatsing van het kind.

De zesde onderzoeksvraag ‘Speelt de relatie met gezinshuisouders een rol bij de uitplaatsing?’ is onderzocht aan de hand van de uitkomsten (quintielscores) van de OKIV-R. De verdeling van de quintielscores is onderzocht en er blijkt sprake van een normale verdeling. Daarom is gebruik gemaakt van een t-toets voor onafhankelijke groepen. De afhankelijke variabele is de quintielscore uit de OKIV-R en de onafhankelijke variabele is wel of geen uitplaatsing van het kind.

De zevende onderzoeksvraag ‘Heeft individuele behandeling van het kind invloed op een plaatsing?’ is onderzocht door middel van de Fisher’s Exact Test. De afhankelijke variabele is wel of geen behandeling en de onafhankelijke variabele is wel of geen uitplaatsing.

De laatste onderzoeksvraag ‘Heeft het type RAD invloed op de gezinshuisplaatsing?’ is beantwoord door middel van de Fisher’s Exact Test. Het type RAD is de afhankelijke variabele. In de gevallen waarbij groepen te klein zijn om een toets uit te voeren is een beschrijvende analyse van de gegevens gegeven.

RESULTATEN

1. Speelt het aantal eerdere plaatsingen een rol in de uitplaatsing uit een gezinshuis?

Bijna alle kinderen uit de onderzoeksgroep hebben op meerdere plaatsen gewoond, zoals pleeggezinnen, crisisgroepen, leefgroepen, voordat ze in een gezinshuis kwamen ($N = 23$; 96%). Tabel 3 laat zien dat alle kinderen die uit het gezinshuis zijn geplaatst ($M = 7.80$, $SD = 2.15$) op zes of meer plaatsen hebben gewoond. Niet uitgeplaatste kinderen ($M = 4.50$, $SD = 1.91$) hebben daarentegen vooral op minder dan zes plaatsen gewoond.

Door middel van de t-toets voor onafhankelijke groepen is onderzocht of kinderen die zijn uitgeplaatst uit het gezinshuis op significant meer plaatsen hebben gewoond dan kinderen die niet zijn uitgeplaatst uit het gezinshuis. Er is inderdaad een significant verschil tussen de geplaatste en uitgeplaatste kinderen, $t(18) = -3.880$, $p = .001$.

Daarnaast is er een verband tussen het aantal plaatsen waar het kind heeft gewoond en de leeftijd van het kind op het moment van de gezinshuisplaatsing, $r(24) = .487$, $p = .008$. Dat wil zeggen dat een kind met een hogere leeftijd op het moment van de gezinshuisplaatsing, op meer plaatsen heeft gewoond. Aan de hand van een covariantie analyse (ANCOVA) is daarom onderzocht of de leeftijd van het kind op het moment van de gezinshuisplaatsing invloed heeft op het verband tussen het aantal plaatsingen en wel of geen uitplaatsing. De

resultaten uit de covariantie analyse wijzen uit dat wanneer gecorrigeerd wordt voor de leeftijd op het moment van de gezinshuisplaatsing, het aantal plaatsingen alsnog significant verschilt tussen wel en niet uitgeplaatst kinderen, $F(1, 23) = 10.158, p = .004$.

Tabel 3 *Het aantal kinderen (wel of niet uitgeplaatst) per totaal aantal plaatsingen*

Totaal aantal plaatsen	Niet uitgeplaatst uit gezinshuis	Uitgeplaatst uit gezinshuis	Totaal
1	1	0	1
2	0	0	0
3	3	0	3
4	4	0	4
5	2	0	2
6	3	5	8
7	0	0	0
8	0	2	2
9	1	0	1
10	0	1	1
11	0	2	2
Totaal	14	10	24

De leeftijd van het kind op het moment van de uithuisplaatsing is niet verschillend voor de kinderen die zijn uitgeplaatst of nog in het gezinshuis zijn, $t(18) = -1.573, p = .134$. Er is geen significante correlatie gevonden tussen de leeftijd ten tijde van de uithuisplaatsing en het aantal plaatsingen voor de gezinshuisplaatsing, $r(24) = .20, p = .345$.

Om het aantal plaatsingen verder te onderzoeken is bekeken of het type van voorgaande plaatsingen invloed heeft op een uitplaatsing. Namelijk of kinderen die op een leefgroep of behandelgroep hebben gewoond vaker uitgeplaatst zijn dan kinderen die niet in groepen hebben gewoond (uitgezonderd crisisgroepen), zie Tabel 4.

Tabel 4 *Het aantal kinderen (wel of niet uitgeplaatst) die op een leefgroep hebben gewoond*

	Wel leefgroep	Geen leefgroep	Totaal
Niet uitgeplaatst	8 (33%)	6 (25%)	14 (58%)
Wel uitgeplaatst	9 (38%)	1 (4%)	10 (42%)
Totaal	17 (71%)	7 (29%)	24 (100%)

De Fisher's Exact Test toont aan dat er sprake is van een trend ($p = .097$) met een matig sterke samenhang gemeten met Cramér's V, $V = -.356$, welke aanduidt dat de kinderen uit de onderzoeksgroep die uitgeplaatst zijn vaker op een leefgroep hebben gewoond.

2. Welke gedragsproblemen van het kind spelen een rol bij de uitplaatsing?

Deze onderzoeksvraag wordt beantwoord aan de hand van de CBCL/6-18 ingevuld door de gezinshuisouders. Voor 21 kinderen hebben beide gezinshuisouders de vragenlijst ingevuld. Voor drie kinderen uit hetzelfde gezinshuis heeft alleen de gezinshuisvader de vragenlijst ingevuld. Bij één paar gezinshuisouders zijn eerder ingevulde CBCL vragenlijsten gebruikt. Hiervoor is gekozen omdat het kind een tijd geleden is uitgeplaatst en deze vragenlijsten daarom een beter beeld geven van het gedrag tijdens de gezinshuisplaatsing.

Uiteindelijk zijn van de uitgeplaatste kinderen tien vragenlijsten ingevuld door de gezinshuisvaders en acht vragenlijsten door de gezinshuismoeders. Van de niet uitgeplaatste kinderen zijn veertien vragenlijsten ingevuld door gezinshuisvaders en dertien door de gezinshuismoeders. De gegeven antwoorden op de CBCL worden vergeleken met de normale populatie en per probleemschaal wordt een t -score gegeven. In deze studie is per probleemschaal een code gekoppeld aan de t -score die aangeeft of gedrag normaal (0), subklinisch (1) of klinisch is (2 of 3). In het klinische gebied is onderscheid gemaakt tussen code 2 ($t < 80$) en code 3 ($t \geq 80$).

Er zijn correlaties berekend tussen de scores van gezinshuisvaders ($N = 24$) en gezinshuismoeders ($N = 21$). Hieruit blijkt dat er een grote samenhang bestaat tussen de beleving van gezinshuisvaders en gezinshuismoeders over alle probleemschalen van de CBCL/6-18. Op de eerst acht probleemschalen, zie Tabel 5, is de gemiddelde correlatie $r(21) = .857$ met een range van $r(21) = .732$ tot $r(21) = .953$. Ook op de schalen Totaal internaliserend, $r(21) = .861$, $p = .000$, Totaal externaliserend, $r(21) = .857$, $p = .000$, en Totale problemen, $r(21) = .824$, $p = .000$, zijn de correlaties hoog.

Met de Mann-Whitney toets is onderzocht of er verschillen zijn tussen wel en niet uitgeplaatste kinderen op de probleemschalen van de CBCL, zie Tabel 5. De verwachting was dat externaliserende problemen, zoals normafwijkend gedrag en agressief gedrag, in hogere mate voorkomt bij kinderen die uitgeplaatst zijn. In Tabel 5 is te zien dat externaliserende problemen in totaal inderdaad volgens beide gezinshuisouders vaker voorkomen bij uitgeplaatste kinderen. Bij agressief gedrag en normafwijkend gedrag zijn ook significante verschillen te zien tussen de groepen. Daarnaast blijken er ook verschillen te zijn tussen de groepen op de schalen totale internaliserende problemen, angstig/depressief gedrag, teruggetrokken/depressief gedrag en sociale problemen.

Tabel 5 Verschillen in gedragsproblemen tussen wel en niet uitgeplaatste kinderen: Gemiddelden, standaard deviaties, U-waarden en significantieniveau

	Kinderen niet uitgeplaatst		Kinderen wel uitgeplaatst		<i>U</i>	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Angstig/depressief						
Gezinshuisvaders	0.29	0.61	1.60	1.08	23.00	***
Gezinshuismoeders	0.46	0.97	1.00	1.41	42.50	
Teruggetrokken depressief						
Gezinshuisvaders	0.29	0.61	1.90	0.99	14.50	***
Gezinshuismoeders	0.54	0.79	1.75	1.04	19.00	**
Lichamelijke klachten						
Gezinshuisvaders	0.43	0.94	0.50	0.85	65.00	
Gezinshuismoeders	0.31	0.63	0.38	0.74	50.50	
Sociale problemen						
Gezinshuisvaders	1.00	1.24	2.00	0.68	38.00	*
Gezinshuismoeders	1.15	1.07	2.13	0.64	25.50	*
Denkproblemen						
Gezinshuisvaders	0.93	1.14	1.50	1.08	51.50	
Gezinshuismoeders	0.92	1.12	1.38	1.19	41.00	
Aandachtsproblemen						
Gezinshuisvaders	1.29	1.07	1.90	1.29	47.00	×
Gezinshuismoeders	1.23	1.09	2.00	1.31	31.00	×
Normafwijkend gedrag						
Gezinshuisvaders	0.79	0.96	1.60	0.84	39.00	*
Gezinshuismoeders	0.85	1.07	1.50	0.76	32.00	×
Agressief gedrag						
Gezinshuisvaders	1.36	1.39	2.20	0.79	46.00	×
Gezinshuismoeders	1.08	1.19	2.13	0.99	27.00	*
Totaal internaliserend						
Gezinshuisvaders	0.71	1.07	1.80	0.79	32.00	**
Gezinshuismoeders	1.00	1.08	1.75	0.89	31.50	×
Totaal externaliserend						
Gezinshuisvaders	1.29	1.20	2.10	0.32	46.00	*
Gezinshuismoeders	1.23	1.09	2.13	0.64	28.50	*
Totale problemen						
Gezinshuisvaders	1.21	1.05	2.20	0.63	33.50	*
Gezinshuismoeders	1.23	0.93	2.13	0.64	25.50	*

× $p < .10$. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Opvallend bij de schaal angstig/depressief gedrag is dat gezinshuisvaders daar een groot verschil in aangeven, maar de gezinshuismoeders niet. Dit verschil tussen gezinshuisouders is

waarschijnlijk beïnvloed doordat er drie kinderen niet door de gezinshuismoeder zijn beoordeeld en juist twee van deze kinderen heel hoog scoren volgens de gezinshuisvader. Verder zijn er slechts drie van de overige 21 kinderen waarbij de score op de schaal angstig/depressief gedrag tussen de gezinshuisouders verschillen, namelijk volgens de gezinshuismoeders scoren deze kinderen normaal en volgens de gezinshuisvaders subklinisch.

Door middel van een kwalitatieve analyse van de gegevens blijkt dat 13 van de 24 kinderen zowel externaliserend als internaliserend (sub)klinisch gedrag vertonen. Slechts één kind vertoont alleen internaliserend gedrag en vijf kinderen alleen externaliserend gedrag. Verder zijn er vijf kinderen die noch externaliserend gedrag noch internaliserend gedrag vertonen.

Tijdens de interviews is aan de gezinshuisouders gevraagd welk gedrag van het kind zij het moeilijkst te hanteren vinden/vonden in het gezinshuis. De meeste gezinshuisouders noemden meerdere gedragingen per kind, zie Tabel 6. Drie paar gezinshuisouders gaven aan geen gedragsproblemen (meer) bij het kind te zien. Vier paar gezinshuisouders geven wel aan dat het kind gedragsproblemen vertoont, maar vinden deze niet moeilijk te hanteren in een gezinshuis. Deze gedragingen zijn daarom niet meegenomen in Tabel 6.

Tabel 6 *Moeilijk te hanteren gedragingen volgens de gezinshuisouders*

Aantal kinderen				
1	Agressie	Passief	Claimen	Niet aanspreekbaar
1	Wreedheid	Manipuleren	Automutilatie	Ongrijpbaar
1	Claimen	Jaloers	Aandacht vragen	Ontevreden
1	Liegen	Stelen	Agressie	
1	Liegen	Stelen	Destructiviteit	
1	Liegen	Stelen	Ongrijpbaar	
1	Manipuleren	Automutilatie	Lui	
1	Geniepig	Gewetenloos	Ongrijpbaar	
1	Claimen	Traag	Aandacht vragen	
1	Agressie	Gewetenloos	Niet aanspreekbaar	
1	Wreedheid	Destructiviteit		
1	Gewetenloos	Ongrijpbaar		
1	Dominant	Jaloers		
1	Neerbuigend	Grensoverschrijdend		
1	Neerbuigend	Boosheid		
1	Dominant			
1	Liegen			

Tabel 6 laat zien dat gezinshuisouders uiteenlopende gedragingen noemen die zij lastig vinden. Zo op het eerste gezicht lijken vooral liegen en stelen vaker tegelijk voor te komen. Daarnaast komt externaliserend gedrag soms tegelijk voor met internaliserend gedrag, bijvoorbeeld agressie en passiviteit. Het merendeel van de genoemde gedragingen is externaliserend gedrag gericht op de omgeving. Uit de CBCL blijkt dat uitgeplaatste kinderen meer internaliserend en externaliserend probleemgedrag laten zien in vergelijking tot niet uitgeplaatste kinderen. Volgens de gezinshuisouders is vooral het externaliserende gedrag lastig te hanteren binnen een gezinshuis.

Opvallend is dat vier gezinshuisouders naast het gedrag van het kind ook noemen dat zij de ongrijpbaarheid van het kind lastig vinden. Hiermee bedoelen ze dat ze niet kunnen doordringen tot het kind. Het kind lijkt onbereikbaar. Daarnaast vinden twee gezinshuisouders het lastig dat het kind niet aanspreekbaar is. Hiermee bedoelen ze dat ze het kind niet kunnen aanspreken op hun gedrag om ze te laten inzien dat het gedrag verkeerd is. Het kind legt alles buiten zichzelf en schiet bij kritiek in de verdediging zodat het lastig is het kind iets te leren.

Om verder te onderzoeken welk gedrag een reden speelt bij de uitplaatsing is tijdens de interviews gevraagd naar de hoofdreden van de uitplaatsing. Bij vijf van de tien uitgeplaatste kinderen was er sprake van een onveilige situatie voor de anderen in het gezinshuis, door het onvoorspelbare en gevaarlijke gedrag van het kind of doordat één van de andere kinderen als doelwit werd genomen. De veiligheid en positieve ontwikkeling van de andere kinderen konden niet meer gegarandeerd worden als het kind in het gezinshuis zou blijven. Deze kinderen hadden meer toezicht nodig dan te bieden is in een gezinshuis.

Bij twee kinderen was de reden voor uitplaatsing dat andere kinderen de dupe werden van het sfeerbepalende gedrag van het kind, zoals een grote mond, liegen, iedereen uitspelen, wat spanning en frustratie voor de andere kinderen en de gezinshuisouders met zich meebracht.

Bij één kind was de plaatsing vooral zwaar voor de gezinshuisouders omdat het kind continue de aandacht vroeg, claimend was en daardoor de begeleiding in het gezinshuis bemoeilijkt werd.

Tenslotte werd voor twee kinderen de plaatsing niet meer geschikt bevonden voor de ontwikkeling van het kind zelf. Het kind leek ongelukkig, er ontstonden steeds meer conflicten of het kind werd ingehaald door de andere kinderen. In beide gevallen was er een negatieve ontwikkeling ontstaan voor het kind zelf en de andere kinderen.

Met name externaliserende problemen van de kinderen, welke storend zijn voor de omgeving, zoals liegen, conflicten, onvoorspelbaar en gevaarlijk gedrag waren van invloed op

de uitplaatsing. Internaliserend problemen, zoals teruggetrokken of angstig gedrag wordt één keer als een deel van de reden genoemd, namelijk dat het kind ongelukkig leek.

Aan de gezinshuisouders is tenslotte gevraagd waarover zij zich zorgen maken wat betreft het kind met RAD. De meest genoemde zorgen (sommigen noemden meerdere zorgen) zijn: beïnvloedbaar zijn voor verkeerde vrienden en zo in de criminaliteit belanden (42%), de zelfredzaamheid, niet zelfstandig kunnen leven (17%), de gewetenloosheid van het kind (13%), het seksueel gedrag/seksuele ontwikkeling (13%), zichzelf of anderen iets aandoen (13%) en slachtoffer worden van misbruik door de kwetsbaarheid of grenzeloosheid van het kind (8%). Een paar gezinshuisouders maken zich geen zorgen om het kind.

3. Speelt de tevredenheid van de biologische ouders een rol bij de uitplaatsing?

In de interviews met de gezinshuisouders is nagevraagd of het kind ten tijde van de gezinshuisplaatsing contact heeft of had met zijn biologische ouders. Van de 24 kinderen hebben 11 kinderen (46%) contact met beide biologische ouders, 12 kinderen (50%) hebben alleen contact met hun moeder en 1 kind had alleen contact met zijn vader (4%). Slechts twee paar biologische ouders was niet gescheiden en achttien paar ouders was wel gescheiden. Daarnaast bleek dat er in twee gevallen één van de biologische ouders was overleden en bij twee kinderen was de vader onbekend.

Aan de gezinshuisouders is gevraagd of de biologische ouder(s), waarmee het kind contact heeft/had, hebben geaccepteerd dat hun kind niet meer thuis kan wonen. De verwachting is dat kinderen waarvan de biologische ouders niet achter de uithuisplaatsing staan vaker zijn uitgeplaatst. Dit is onderzocht met de Fisher's Exact Test waarbij de kinderen in twee groepen zijn verdeeld, namelijk een groep waarbij de aanwezige ouder(s) (allebei) de uithuisplaatsing hebben geaccepteerd ($N = 18$; 75%) en een groep waarbij één of beide ouders de uithuisplaatsing niet hebben geaccepteerd ($N = 6$; 25%). Er is een significant verband ($p = .028$) met een matig sterke samenhang, $V = .488$, gevonden tussen de acceptatie van biologische ouders en wel of geen uitplaatsing van hun kind uit het gezinshuis.

Deze samenhang wordt mogelijk beïnvloed door het gedrag van het kind na het contact met de ouders. Uit de interviews met de gezinshuisouders blijkt namelijk dat bij acht kinderen duidelijk is te zien dat hun gedrag na een bezoek aan de biologische ouder(s) verslechterde. Naast het bezoek aan ouders noemen de gezinshuisouders dat het gedrag van het kind ernstiger is of vaker voorkomt wanneer de structuur wegvalt of bij wisselingen. Bij veertien kinderen is een verandering in gedrag te zien tijdens of na logeren, schoolreisjes, vakanties, netwerkweekenden, visite etc. De gezinshuisouders geven daarbij aan dat zij denken dat dit

komt doordat deze situaties spanning met zich meebrengen waar de kinderen op reageren. Daarnaast zien drie gezinshuisouders het gedrag ook verslechteren na afloop van iets leuks of wanneer iets leuk dreigt te worden.

Tenslotte is de acceptatie van het kind nagevraagd aan de gezinshuisouders. Er is gekeken of de acceptatie van het kind meespeelt in een uitplaatsing. Bij vier kinderen (17%) is het onduidelijk of ze hebben geaccepteerd dat ze niet meer thuis kunnen wonen. Zij reageren hier onverschillig op of noemen niet dat ze thuis zouden willen wonen. Acht kinderen accepteerden wel dat ze niet meer thuis konden wonen (33%) en twaalf kinderen accepteerden dit niet (50%). In de berekening zijn alleen de acht kinderen die de uithuisplaatsing wel accepteren en de twaalf kinderen die dit niet accepteren meegenomen. De Fisher's Exact Test toont aan dat er sprake is van een trend ($p = .054$) met een matig sterke samenhang, $V = .458$. De acceptatie van de kinderen lijkt invloed te hebben op wel of geen uitplaatsing.

4. Speelt de leeftijd van het kind tijdens de plaatsing in het gezinshuis een rol?

Om te toetsen of de leeftijd van het kind op het moment van de gezinshuisplaatsing een rol speelt bij de uitplaatsing, is een t-toets voor onafhankelijke groepen uitgevoerd met de leeftijd ten tijde van de gezinshuisplaatsing als afhankelijke variabele. De t-toets toont een significant verschil aan tussen de uitgeplaatste ($M = 10.58$, $SD = 2.01$) en niet uitgeplaatste kinderen ($M = 8.16$, $SD = 3.63$) wat betreft hun leeftijd op het moment van de gezinshuisplaatsing, $t(21) = -2,086$, $p = .025$. Dit betekent dat kinderen die ouder zijn ten tijde van de gezinshuisplaatsing vaker uitgeplaatst zijn dan kinderen die op jongere leeftijd in het gezinshuis zijn gekomen.

Er is geen duidelijke leeftijdsgrens, die kan aanduiden wanneer een gezinshuisplaatsing wel of niet (meer) geschikt is voor een kind. Het is mogelijk dat kinderen die geplaatst werden toen ze negen jaar of ouder waren, minder belang hechten aan ouders en meer aan leeftijdsgenoten, waardoor het risico op uitplaatsing groter is. Om te bepalen of er een verband is tussen kinderen die geplaatst worden in een gezinshuis < 9 jaar of ≥ 9 jaar is gebruik gemaakt van de Fisher's Exact Test. Er wordt met deze toets geen significant verband gevonden ($p = .143$), maar de associatiemaat Cramér's V geeft een matig sterke samenhang aan, $V = .306$.

5. Speelt de aanwezigheid van biologische kinderen een rol bij de uitplaatsing?

Van de vijftien gezinshuizen die deelnemen aan dit onderzoek hebben vijf paar gezinshuisouders geen biologische kinderen of biologische kinderen die al uit huis zijn. Zestien van de 24 kinderen wonen (of hebben gewoond) met biologische kinderen van de

gezinshuisouders. Acht van deze zestien kinderen wonen met biologische kinderen in dezelfde leeftijdscategorie (minder dan drie jaar leeftijdsverschil). De andere acht kinderen wonen met biologische kinderen die meer dan drie jaar in leeftijd schelen.

Van de tien uitgeplaatste kinderen hebben zeven kinderen met biologische kinderen van gezinshuisouders gewoond en drie kinderen zonder biologische kinderen. De Fisher's Exact Test is gebruikt om te onderzoeken of de aanwezigheid van biologische kinderen een nadelige invloed heeft op de plaatsing van kinderen met RAD. Er wordt geen significant verband gevonden ($p = .561$). Of het een verschil maakt dat biologische kinderen tot dezelfde leeftijdscategorie behoren als het geplaatste kind is door de kleine groepen niet te onderzoeken.

6. Speelt de attitude van de gezinshuisouders een rol bij de uitplaatsing?

De relatie tussen de gezinshuisouders en het kind is gemeten met de OKIV-R. Een OKIV-R van een gezinshuisvader is niet meegenomen in de toetsing vanwege ontbrekende antwoorden. Daarnaast heeft één gezinshuismoeder deze vragenlijst niet ingevuld voor drie kinderen. De antwoorden op de vragen tellen op tot twee subschalen, de subschaal conflicthantering en de subschaal acceptatie. De ruwe score wordt omgezet in een quintielscore die loopt van 1 t/m 5. Deze quintielscores zijn gebruikt bij de berekeningen.

Allereerst is onderzocht of de gezinshuisvaders en gezinshuismoeders de relatie met het kind hetzelfde ervaren. Zowel op de schaal conflicthantering, $r(20) = .679$, $p = .001$, als op de schaal acceptatie, $r(20) = .647$, $p = .002$, wordt een duidelijke samenhang gevonden, daarom wordt in de berekeningen de gemiddelde score van beide gezinshuisouders meegenomen.

Vervolgens is de verwachting getoetst dat gezinshuisouders een minder positieve relatie konden onderhouden met de uitgeplaatste kinderen ($N = 10$) vergeleken met niet uitgeplaatste kinderen ($N = 14$). Voor deze toetsing is de t-toets voor onafhankelijke groepen gebruikt, omdat de quintielscores bij benadering normaal verdeeld zijn.

De t-toets toont aan dat de conflicthantering verschilt, $t(22) = -2.836$, $p = .005$, tussen wel uitgeplaatste kinderen ($M = 1.90$, $SD = .876$) en niet uitgeplaatste kinderen ($M = 3.04$, $SD = 1.08$). Ook de acceptatie van gezinshuisouders is significant verschillend, $t(22) = 3.208$, $p = .002$, tussen wel uitgeplaatste kinderen ($M = 1.50$, $SD = .667$) en niet uitgeplaatste kinderen ($M = 2.61$, $SD = 1.022$).

Daarnaast is er onderzocht of er een verband bestaat tussen de gedragsproblemen gemeten met de CBCL en de mate van acceptatie en conflicthantering. De mate van acceptatie van de gezinshuisouders hangt samen met externaliserende problemen, $r(24) = -.508$, $p =$

.006, met de totale probleemschaal, $r(24) = -.634, p = .000$ en er is een trend te zien met internaliserende problemen, $r(24) = -.337, p = .054$. Tenslotte hangt de mate van conflicthantering ook samen met externaliserende gedragsproblemen, $r(24) = -.605, p = .001$, totale problemen, $r(24) = -.732, p = .000$, en met internaliserende gedragsproblemen, $r(24) = -.458, p = .012$. Dit houdt in dat gezinshuisouders een lagere mate van conflicthantering ervaren en minder acceptierend zijn wanneer een kind meer gedragsproblemen vertoont.

Tijdens de interviews werden er vragen gesteld over de attitude en gevoelens van gezinshuisouders ten opzichte van kinderen met RAD. Veertien van de vijftien paar gezinshuisouders geven aan dat het gedrag van het kind emoties bij hun oproept variërend van boosheid tot machteloosheid en frustratie. Zeven gezinshuisouders gaan hiermee om door even afstand te nemen van de situatie. Over het uiten van de emoties zijn wisselende meningen. Vier paar gezinshuisouders laten hun emoties zo min mogelijk merken. Negen paar gezinshuisouders laten hun boosheid wel zien of horen, of gebruiken de boosheid functioneel om duidelijk te maken dat de grens is bereikt. Daarbij benadrukken de gezinshuisouders dat het per kind of situatie verschillend kan zijn hoe gezinshuisouders hun emoties hanteren.

Over de aanpak van kinderen met RAD zijn de gezinshuisouders eensgezind. Alle gezinshuisouders noemen dat structuur en duidelijkheid voor deze kinderen belangrijk is. Vooral afspraken nakomen is erg belangrijk. Tien gezinshuisouders benoemen dat dit belangrijk is omdat het kind daardoor kan ondervinden dat een volwassene betrouwbaar kan zijn. Wat betreft afstand en nabijheid noemen de gezinshuisouders dat ze per kind individueel afstemmen op wat het kind emotioneel aan kan.

7. Heeft individuele behandeling van het kind invloed op een plaatsing?

De verwachting is dat kinderen die individuele behandeling krijgen of hebben gehad, zoals speltherapie of traumaverwerking, minder vaak uitgeplaatst zijn dan kinderen die geen individuele behandeling kregen. Van de 24 kinderen hebben 15 kinderen een vorm van therapie gehad. Zeven van deze vijftien kinderen hebben een vorm van speltherapie gehad, drie kinderen hebben creatieve therapie gehad, drie kinderen hebben meerdere therapieën gehad en twee kinderen hebben cognitieve gedragstherapie gehad.

De Fisher's Exact Test toont geen significant verband aan tussen het wel of niet ontvangen van individuele therapie en wel of geen uitplaatsing ($p = .439$). Daarbij moet worden aangemerkt dat van acht kinderen die individuele therapie hebben ontvangen (53%) geen resultaat werd gezien door gezinshuisouders, bij vijf kinderen (33%) werd wel resultaat gezien en bij twee kinderen is het resultaat onbekend omdat de therapie voor de gezinshuis-

plaatsing heeft plaatsgevonden (13%). De Fisher's Exact Test toont een significant verband aan tussen de uitplaatsing van een kind en geen resultaat van de individuele therapie ($p = .016$) met een sterke samenhang, $V = .732$.

8. Heeft het type RAD invloed op de gezinshuisplaatsing?

De verwachting is dat kinderen met het geremde type RAD vaker een succesvolle plaatsing hebben in het gezinshuis ten opzichte van kinderen met het ontremde type. De onderzoeksgroep van deze studie betreft echter dertien kinderen waarbij in het psychiatrische onderzoeksverslag niet staat aangegeven van welk type RAD er sprake is. De groep kinderen met het geremde en ontremde type zijn daarom te klein om berekeningen mee te doen. Uit de gegevens blijkt dat er van de tien uitgeplaatste kinderen drie kinderen zijn met het ontremde type RAD (30%), vier kinderen met het geremde type RAD (40%) en drie kinderen waarbij geen type is vermeld (30%). Deze verdeling is redelijk gelijk en suggereert niet dat ontremde kinderen vaker worden uitgeplaatst.

De verwachting dat kinderen met het geremde type meer internaliserende problemen hebben en kinderen met het ontremde type meer externaliserende problemen, is door de kleine groepen niet betrouwbaar te toetsen.

9. De mening van de gezinshuisouders

Tijdens de interviews is aan de gezinshuisouders gevraagd of zij een gezinshuis een geschikte hulpvorm vinden voor kinderen met RAD. Deze vraag is wisselend beantwoord. Acht paar gezinshuisouders (53%) vinden een gezinshuis niet de geschikte plek voor kinderen met RAD. Twee paar gezinshuisouders benoemen hierbij dat het wel mogelijk zou zijn in een andere opzet met meerdere begeleiders. Vijf paar gezinshuisouders (33%) vinden een gezinshuis wel geschikt. Al geven zij wel aan dat het veel vraagt van een kind en gezinshuisouders. Gezinshuisouders moeten de afstand kunnen behouden. Volgens twee paar gezinshuisouders (13%) tenslotte ligt het geheel aan de problematiek van het kind en de samenstelling van het gezinshuis of een gezinshuis een geschikte plek is. Daarnaast noemen vier paar gezinshuisouders dat de leeftijd van het kind erg belangrijk is. Bij een ouder kind (9, 10, 11 jaar) is een gezinshuis niet meer mogelijk denken zij. Tenslotte noemen drie paar gezinshuisouders dat de ernst van de problematiek van het kind medebepalend is.

De meningen over welke vorm van hulp geschikt zou zijn naast of in plaats van een gezinshuis voor kinderen met RAD zijn erg verdeeld. Vier paar gezinshuisouders denken dat een leefgroep met wisselende leiding beter zou kunnen zijn voor deze kinderen. Twee paar

gezinshuisouders zijn juist tegen een leefgroep omdat een kind dan nooit kan leren een band aan te gaan of het vertrouwen in volwassenen kan ontwikkelen. Individuele therapie kan aanvullend nodig zijn vinden zes paar gezinshuisouders. Twee paar gezinshuisouders denken bijvoorbeeld dat psychoeducatie voor het kind, samen met de gezinshuisouders helpend zou zijn. Een paar gezinshuisouders vindt juist dat er niet teveel therapieën of cursussen moeten zijn. Gezinshuisouders geven aan dat de matching in een gezinshuis erg belangrijk is en dat er bijvoorbeeld een gezinshuis voor jonge kinderen geschikt kan zijn, of een gezinshuis zonder biologische kinderen. Over de groepsgrootte wordt ook wisselend gedacht. Een gezinshuisgroep, met een grotere groep kinderen, wordt door twee paar gezinshuisouders geschikt geacht, omdat het kind dan soms kan ‘verdwijnen’ in de groep. Een paar gezinshuisouders vindt juist dat voor sommige kinderen een te grote groep onoverzichtelijk is.

DISCUSSIE

In deze studie zijn de risico en succesfactoren van een gezinshuisplaatsing voor een kind met RAD onderzocht. Deze studie is uitgevoerd met 24 kinderen met RAD die wonen of hebben gewoond in een gezinshuis. Er zijn interviews gevoerd met de gezinshuisouders en de gezinshuisouders hebben individueel per kind twee vragenlijsten ingevuld over het gedrag (CBCL) en de relatie met het kind (OKIV-R).

Er zijn in deze studie verbanden gevonden voor risicofactoren, zoals een groot aantal plaatsingen vooraf aan de gezinshuisplaatsing, gedragsproblemen, biologische ouders die de uithuisplaatsing niet accepteren en een hogere leeftijd van het kind. Ook de relatie met de gezinshuisouders en de acceptatie van het kind hangen samen met een uitplaatsing. Daarnaast is er geen verband gevonden tussen de aanwezigheid van biologische kinderen en uitplaatsing en tussen het wel of niet ontvangen van individuele behandeling en uitplaatsing.

1. De rol van het aantal eerdere plaatsingen

Deze studie toont aan dat de kinderen die uitgeplaatst zijn uit het gezinshuis meer plaatsingen hebben gehad dan kinderen die niet zijn uitgeplaatst. Deze resultaten zijn in overeenstemming met Oosterman et al. (2007) en Redding et al. (2000) die in de meeste studies een verband hebben gevonden tussen een geschiedenis van meerdere mislukte plaatsingen in pleegzorg, leefgroepen, psychiatrische instellingen of residentiële behandelingen, en het afbreken van een plaatsing in (therapeutische) pleegzorg. Deze studie toont aan dat een lange plaatsingsgeschiedenis ook een risicofactor vormt voor het voortijdig afbreken van een gezinshuisplaatsing.

Het verband tussen het aantal plaatsingen en een uitplaatsing kan verklaard worden door het interne werkmodel (IWM; Bowlby, 1973) dat kinderen opbouwen op basis van vroegere ervaringen. Volgens Bowlby (1985) is het IWM veranderbaar wanneer het kind later nieuwe positieve relaties aangaat en zo andere ervaringen opdoet. Echter wanneer een kind meerdere negatieve ervaringen opdoet zullen de verwachtingen van zichzelf en anderen zo verankerd raken dat er niet meer aan getwijfeld wordt (Bowlby, 1985). Kinderen met RAD hebben een IWM ontwikkeld op basis van de ervaren pathogene zorg en hebben daardoor weinig vertrouwen kunnen ontwikkelen in volwassenen. Door de mislukte plaatsingen krijgt het kind echter niet de kans het vertrouwen in volwassenen op te bouwen. Wanneer het vertrouwen ontbreekt is het lastig een positieve omgangsrelatie op te bouwen in het gezinshuis. Bij pleegkinderen is het een bekend verschijnsel dat ze na een maand of negen hun pleegouders (onbewust) gaan uittesten of ze wel echt mogen blijven. Liegen en stelen zijn gedragingen die ze laten zien. Het kind heeft dan vertrouwen nodig om erin te geloven dat zijn pleegouders hem niet wegsturen (Delfos, 2001). Kinderen met RAD laten dezelfde gedragingen zien. Dit gedrag komt mogelijk ook voort uit het niet kunnen vertrouwen op de gezinshuisouders en andere volwassenen.

Tenslotte is er ook een samenhang gevonden tussen het wonen op een leefgroep en een latere uitplaatsing uit een gezinshuis. Negen van de tien uitgeplaatste kinderen hebben namelijk op een leefgroep gewoond. Op een leefgroep hebben kinderen meerdere groepsleiders, de omschakeling naar twee gezinshuisouders is mogelijk lastig voor deze kinderen.

Omdat eerdere mislukte plaatsingen een risico vormen voor een succesvolle gezinshuis- en pleegzorgplaatsing is het van belang dat een kind eerder op een juiste plek terecht komt. Wanneer een eerste pleegzorgplaatsing mislukt is dit een signaal om verder te kijken naar andere hulpvormen zodat meerdere mislukkingen voorkomen kunnen worden. Kinderen waarbij RAD wordt vermoed zouden niet (meer) in een pleeggezinnen geplaatst moeten worden aangezien deze problematiek de draagkracht van een pleeggezin overstijgt en de kans op mislukking groot is. Eerdere diagnostiek zou kunnen helpen om de problematiek en de mogelijkheden van het kind te verhelderen. Door eerder gericht te kijken naar een geschikt hulpaanbod kan een kind op jongere leeftijd op een juiste plek worden geplaatst. Het kind heeft dan een betere kans om het vertrouwen in volwassenen (her) op te kunnen bouwen.

Daarnaast is het de vraag of leefgroepen geschikt zijn voor jonge kinderen om in te zetten vóór een gezinshuisplaatsing. Naar de invloed van een leefgroepplaatsing zal aanvullend onderzoek gedaan moeten worden. Het is echter aangewezen om Multidimensional Treatment

Foster Care Program for Preschoolers¹ (MTFC-P; Fisher, Ellis, & Chamberlain, 1999) in te zetten alvorens een leefgroepplaatsing. MTFC-P is een intensieve behandeling die de kans op een stabiele plaatsing vergroot bij kinderen (4 tot 7 jaar) die meerdere mislukte plaatsingen achter de rug hebben (Fisher, Kim, & Pears, 2009). Daarnaast lijkt MTFC-P een positief effect te hebben op de gehechtheid van het kind (Fisher & Kim, 2007). Een gezinshuisplaatsing heeft mogelijk meer kans op slagen na MTFC-P.

Naast gezinshuizen bestaan er ook gezinsgroepen. In gezinsgroepen werken naast de gezinshuisouders ook pedagogisch medewerkers in het gezin. De kinderen hebben in gezinsgroepen ook vaste begeleiding, maar zowel de begeleiding als het kind kunnen zo nodig meer afstand bewaren. Mogelijk is deze vorm van hulp aangewezen voor kinderen voor wie een ‘normale’ gezinshuisplaatsing niet geschikt lijkt.

Bij het zoeken naar een geschikte plaats is een goede matching belangrijk. Hierbij zal rekening gehouden moeten worden met de leeftijd van andere gezinshuis- en/of biologische kinderen, de aanpak van gezinshuisouders en de mogelijkheden van het kind. Een aantal gezinshuisouders geven aan dat een plaatsing soms doorgedrukt wordt zonder dat de gezinshuisouders voldoende geïnformeerd zijn. Sommige gezinshuisouders kiezen ervoor om zonder dossiers te lezen of veel informatie te verzamelen een plaatsing te beginnen. Andere gezinshuisouders willen het kind eerst vaker ontmoeten en bijvoorbeeld eerst praten met eerdere woonplaatsen. De insteek van gezinshuizen is om kinderen een goede en een langdurige plek te bieden. Daarom zal er in goed overleg met gezinshuisouders bekeken moeten worden of een kind past in het gezinshuis. Gezinshuisouders hebben hiervoor een eerlijk beeld nodig van het kind, zodat ze hun verwachtingen hierop kunnen aanpassen.

2. De rol van gedragsproblemen van het kind

Deze studie toont aan dat de gedragsproblemen ernstiger zijn bij uitgeplaatste kinderen vergeleken met niet uitgeplaatste kinderen. Kinderen die uit het gezinshuis geplaatst zijn vertonen meer externaliserende gedragsproblemen, zoals agressief gedrag en normafwijkend gedrag, en/of meer internaliserende gedragsproblemen zoals teruggetrokken/depressief gedrag. Daarnaast hebben alle uitgeplaatste kinderen sociale problemen. Deze bevindingen komen overeen met de bevindingen van Oosterman et al. (2007) namelijk dat gedragsproblemen een rol spelen bij het afbreken van een pleegzorgplaatsing. Op basis van Vanderfaellie et al. (2009) werd verwacht dat met name externaliserende problemen in

¹ MTFC-P werd in eerdere publicaties Early Intervention Foster Care (EIFC) Program genoemd. De nieuwe naam wordt sinds 2005 gebruikt.

hogere mate zouden voorkomen bij de uitgeplaatste kinderen en dat deze problemen vaker een reden tot uitplaatsing zijn dan internaliserende problemen. In deze studie zijn echter zowel meer externaliserende problemen als internaliserende problemen bij uitgeplaatste kinderen gevonden. Negen van de tien uitgeplaatste kinderen hebben zowel externaliserend gedrag als internaliserend gedrag in (sub)klinisch gebied. Eén uitgeplaatst kind vertoont alleen een hogere mate van externaliserend gedrag. De gezinshuisouders gaven echter aan dat vooral externaliserend gedrag lastig te hanteren is binnen een gezinshuis. Met name externaliserende problemen van de kinderen, welke storend zijn voor de omgeving, zoals liegen, conflicten, onvoorspelbaar en gevaarlijk gedrag waren ook redenen voor de uitplaatsing. Dit komt overeen met Vanderfaeillie et al. (2009) die stellen dat externaliserend probleemgedrag vaker een reden voor uitplaatsing is.

Daarnaast blijkt dat van de totale groep kinderen met RAD de meerderheid zowel externaliserend gedrag als internaliserend gedrag vertoont. Dit komt overeen met het onderzoek van Kay Hall en Geher (2003) die ook gebruik hebben gemaakt van de CBCL. Zij vonden dat kinderen met RAD vergeleken met kinderen zonder RAD hoger scoorden op totale gedragsproblemen, sociale problemen, teruggetrokken gedrag, somatische klachten, angstig/depressieve klachten, denkproblemen, aandachtsproblemen, delinquent gedrag en agressief gedrag. Zij stellen dat komende onderzoeken deze gedragingen mee zouden moeten nemen om een betere conceptualisatie van RAD te verkrijgen. De problemen zoals somatische klachten, teruggetrokken, angstig en depressief gedrag worden (nog) niet vaak in verband gebracht met RAD.

Uit het onderzoek van De Ruyter en De Ruyter (1995) blijkt dat een klinische score op externaliserend gedrag (gemeten met de CBCL) voor gezinshuisouders zeer moeilijk te hanteren is en daarom als contra-indicatie voor gezinshuizen geldt. Ook sociale problemen en denk- en aandachtsproblemen zijn voor gezinshuisouders moeilijk hanteerbaar. Wanneer een kind in aanmerking komt voor een gezinshuisplaatsing zou eerst een inschatting gemaakt kunnen worden van de ernst van het gedrag van het kind om te bepalen of dit hanteerbaar is voor de gezinshuisouders. Daarnaast hebben gezinshuisouders ondersteuning nodig vanuit de instelling om de begeleiding voor deze kinderen langdurig vol te houden (zie paragraaf 6. De attitude van de gezinshuisouders).

3. De acceptatie van de biologische ouders van het kind

De acceptatie van de biologische ouders over de uithuisplaatsing van hun kind blijkt ook in deze studie een belangrijke factor te zijn voor het succes van een plaatsing. De ouders van

uitgeplaatste kinderen hadden vaker niet geaccepteerd dat hun kind niet thuis woonde. Dit komt overeen met bevindingen van De Ruyter & De Ruyter (1995) die stellen dat gebrek aan acceptatie van de biologische ouders, van de plaatsing van hun kind in een gezinshuis, een risicofactor is voor voortijdige uitplaatsing. De Ruyter en De Ruyter (1995) stellen zelfs dat een kind niet in een gezinshuis geplaatst moet worden wanneer ouders de plaatsing niet accepteren.

Uit de interviews is gebleken dat het gedrag van veel kinderen verslechterde na een bezoek aan hun ouders. Daarnaast vertonen kinderen lastig gedrag wanneer iets leuk is geweest of dreigt te worden. Dit kan verklaard worden vanuit de loyaliteit naar ouders toe. Overloyaliteit van pleegkinderen kan ontstaan wanneer een kind van een mishandelende of verwaarlozende ouder geconfronteerd wordt met de tekortkomingen van de eigen ouder als het bij de pleegouder voldoende geborgenheid en verzorging ervaart (Bastiaensen, 2001). Wanneer de ouders weerstand bieden tegen een plaatsing of wanneer er conflicten zijn tussen pleegouders en ouders is de kans op een loyaliteitsconflict groter (Bakhuizen, 1998). Om de ouder niet te verraden kan het kind ervoor zorgen dat het door de pleegouder wordt afgewezen (Bastiaensen, 2001). Hetzelfde kan zich voordoen tussen kinderen en gezinshuisouders. Overloyaliteit kan zich uiten in problematisch en onhandelbaar gedrag (bijvoorbeeld leuke momenten (onbewust) verpesten). Hiermee geven zij aan dat de pleegouders niet beter voor hen kunnen zorgen dan de eigen ouders (Bastiaensen, 2001).

Daarnaast is ook de acceptatie van de kinderen zelf onderzocht. Een trendmatig effect laat zien dat er een samenhang bestaat tussen de acceptatie van een kind en wel of geen uitplaatsing. De invloed van de acceptatie van een kind, dat het niet meer bij zijn ouders kan wonen, behoeft verder onderzoek. Wanneer een kind zelf de plaatsing niet accepteert en het liefst thuis wil wonen bij zijn ouders, dan is het aannemelijk dat het kind zichzelf (onbewust) gaat verzetten tegen pleegouders/gezinshuisouders.

Het verschil tussen kinderen die een plaatsing wel of niet accepteren wordt mogelijk verklaard door de aanwezigheid van beschermende mechanismen in het kind. Een van de vier beschermende mechanismen is: opening up of opportunities (Rutter, 1987). Dat wil zeggen dat een kind openstaat voor nieuwe kansen en zijn voordeel hiermee doet. De kinderen die open staan voor de plaatsing in een gezinshuis en deze zien als een kans, accepteren mogelijk eerder dat zij niet meer thuis kunnen wonen.

Gezien bovenstaande zal er bij een gezinshuisplaatsing aandacht besteed moeten worden aan de acceptatie van de biologische ouders en van het kind zelf. Biologische ouders zijn onder andere meer tevreden met de plaatsing wanneer zij meer betrokken worden bij het

besluit van de plaatsing, wanneer zij op de hoogte gehouden worden van de ontwikkeling van hun kind, wanneer zij contact onderhouden met het kind en wanneer zij een goede omgang hebben met de pleegouders (Redding et al., 2000). Een probleem dat in de praktijk naar voren komt is dat biologische ouders vaak individuele problematiek hebben waardoor het lastig kan zijn om een goed contact op te bouwen. Een objectieve ouderbegeleider of ambulante hulpverlener kan ingezet worden om biologische ouders te leren accepteren en te helpen om een goede ouder op afstand te zijn.

De acceptatie van het kind is daarnaast ook belangrijk. Redding et al. (2000) noemen dat kinderen die een vorm van controle hebben over de frequentie en het type contact met hun biologische familie een betere kans op een langdurige plaatsing hebben. Kinderen zijn vaak ontevreden over hun contact met biologische familie. Hun tevredenheid wordt bepaald door de mate van controle die ze over de situatie hebben en niet zozeer over het werkelijke aantal contacturen (Redding et al., 2000). Het is daarom aanbevolen om de wensen van het kind zo veel mogelijk mee te nemen. Daarnaast kan het kind door middel van psychoeducatie of individuele behandeling leren accepteren dat een thuisplaatsing niet mogelijk is. Wanneer een kind zich hierin berust heeft is het mogelijk dat het kind minder gedragsproblemen laat zien.

4. De leeftijd van het kind tijdens de plaatsing in het gezinshuis

Overeenkomstig met de bevindingen van Oosterman et al. (2007) komt uit deze studie naar voren dat uitgeplaatste kinderen een hogere leeftijd hadden op het moment van de plaatsing in het gezinshuis. Volgens Bowlby (1985) zal het IWM van een kind wanneer het ouder is en meerdere negatieve ervaringen op heeft gedaan zo verankerd raken, dat er niet meer aan getwijfeld wordt. Wanneer een kind ouder is bij de gezinshuisplaatsing kan het zijn dat het niet meer lukt om te vertrouwen op anderen waardoor het lastig is om een positieve omgangsrelatie op te bouwen in het gezinshuis en de plaatsing eerder mislukt.

Om te onderzoeken of er een leeftijdsgrens is wanneer een kind nog wel of niet meer kan profiteren van een plaatsing is de grens van negen jaar genomen. Volgens De Lange (2005) wordt vanaf negen jaar de betrokkenheid op leeftijdsgenoten namelijk fundamenteel voor een kind waardoor er nieuwe mogelijkheden voor hechting aan de wereld ontstaan. Het is daarom mogelijk dat kinderen die geplaatst werden toen ze ouder dan negen jaar waren, minder belang hechten aan ouders en meer aan leeftijdsgenoten, waardoor het risico op uitplaatsing groter is. In deze studie is geen significant verschil gevonden tussen wel en niet uitgeplaatste kinderen, maar wel een matig sterke samenhang tussen uitplaatsing en jonger of ouder dan negen jaar. Mogelijk zou het verschil significant zijn wanneer de onderzoeksgroep groter is.

Dit zou nader onderzocht moeten worden. Het is daarom niet te zeggen vanaf welke leeftijdsgrens een gezinshuis geschikt is voor een kind met RAD. Het is echter aangewezen om bij oudere kinderen rond de twaalf jaar eerst te onderzoeken of zij de geboden relaties in een gezinshuis aan kunnen voor de plaatsing in een gezinshuis.

5. De aanwezigheid van biologische kinderen in het gezinshuis

In tegenstelling tot Oosterman et al. (2007) en Sobotková (2000) is in deze studie geen verband gevonden tussen de aanwezigheid van biologische kinderen en een uitplaatsing. Oosterman et al. (2007) vonden dat wanneer het pleegkind (minder dan) drie jaar ouder of jonger is dan een biologisch kind van dezelfde sekse, het risico op uitplaatsing groter is. Sobotková (2000) concludeerde dat in gezinshuizen in Tsjechië meer problemen zijn met biologische kinderen in dezelfde leeftijdscategorie. Deze studie heeft mogelijk geen resultaten gevonden vanwege de kleine groep uitgeplaatste kinderen. De groep uitgeplaatste kinderen was te klein om betrouwbaar onderlinge vergelijkingen te maken. In deze studie kon bijvoorbeeld niet onderzocht worden of er een hoger risico is wanneer biologische kinderen tot dezelfde leeftijdscategorie behoren als het geplaatste kind. Volgens de gezinshuisouders maakt het echter een belangrijk verschil als biologische kinderen een stuk ouder of jonger zijn. Er is dan namelijk op basis van leeftijd de mogelijkheid om onderscheid tussen de kinderen te maken. Bijvoorbeeld het ene kind mag dat wel, want hij is een stuk ouder. Kinderen met RAD zullen zich daardoor misschien minder snel achtergesteld voelen, dan wanneer biologische kinderen van dezelfde leeftijd meer mogen. Daarnaast blijkt het contact tussen kinderen met RAD en de biologische kinderen in deze studie bij zeven kinderen juist beter dan met andere gezinshuiskinderen. Verklaringen hiervoor zijn dat biologische kinderen over meer sociale vaardigheden beschikken, het contact met biologische kinderen wordt gebruikt om een groen blaadje te halen bij de gezinshuisouders, de gezinshuiskinderen weten dat zij minder ver kunnen gaan bij de biologische kinderen en het leeftijdsverschil. Daarentegen zijn kinderen met RAD eerder jaloers op biologische kinderen. Juist omdat kinderen met RAD zich snel achtergesteld voelen en meer nodig hebben om zich gelijk te voelen (Kay Hall & Geher, 2003) zijn biologische kinderen eerder doelwit van jaloezie. Kinderen met RAD kunnen bijvoorbeeld jaloers zijn dat gezinshuisouders wel met hun eigen kinderen in bad gaan. Wanneer er geen biologische kinderen aanwezig zijn komen deze verschillen niet voor.

6. De attitude van de gezinshuisouders

Uit deze studie blijkt dat uitgeplaatste kinderen vaker gezinshuisouders hebben die minder acceptatie tonen tegenover het kind, zoals warmte, troost, bescherming en trots, en minder positief zijn over hun kwaliteit om conflicten met het betreffende kind te voorkomen en op te lossen. Uit de studie van Sinclair en Wilson (2003) blijkt ook dat de relatie tussen de verzorger en het kind een belangrijke factor is in het voorspellen van de plaatsingsuitkomst. Mogelijk zijn de gezinshuisouders minder positief ten opzichte van het kind door de gedragsproblemen van het kind. De gezinshuisouders gaven bijvoorbeeld aan dat vooral de externaliserende problemen van het kind de gezinshuisplaatsing negatief beïnvloedde. Deze studie heeft inderdaad een verband gevonden tussen de mate van acceptatie en conflicthantering van de gezinshuisouders en externaliserende problemen van het kind. Dit komt overeen met de theorie dat externaliserend probleemgedrag een negatieve directe invloed heeft op steunend opvoedgedrag en de positieve betrokkenheid van de pleegouder op het pleegkind. Het blijkt bijvoorbeeld lastig voor pleegmoeders om een positieve (opvoed)relatie met het kind op te bouwen, wanneer het kind externaliserend probleemgedrag vertoont, omdat zij het gedrag vooral willen controleren (Vanderfaellie et al., 2009). De lagere mate van acceptatie, zoals het bieden van troost en warmte, kan daarnaast te maken hebben met de beperking van kinderen met RAD om met nabijheid om te gaan. Mogelijk hadden de uitgeplaatste kinderen met RAD meer moeite met nabijheid dan de niet uitgeplaatste kinderen en hebben de gezinshuisouders hun aanpak hierop aangepast.

Aan de andere kant tonen Sinclair en Wilson (2003) aan dat wanneer de pleegouder toegewijd is aan het kind, het moeilijke gedrag van het kind geen invloed heeft op de plaatsingsuitkomst. Het kunnen zien dat het kind iets niet kan, in plaats van dat het kind iets express doet, is erg belangrijk, maar lastig in de praktijk. Het gedrag van de kinderen maakt daarnaast veel emoties los bij gezinshuisouders. Dit maakt het moeilijk om neutraal op een kind te reageren. Een aantal kinderen die (nog) wel in het gezinshuis verblijven vertonen ook ernstige gedragsproblemen. Mogelijk kunnen deze gezinshuisouders dit gedrag beter hanteren of is er een betere 'klik' tussen de gezinshuisouders en het kind waardoor de gezinshuisouders meer toegewijd zijn.

De begeleiding van de gezinshuisouders is gezien de problematiek van het kind erg belangrijk. Gezinshuisouders hebben een lange adem nodig en veel geduld om deze kinderen te begeleiden en een positieve relatie te kunnen onderhouden. Een aantal gezinshuisouders hebben het gevoel dat de impact van de problematiek op alle aanwezigen in het gezinshuis wordt onderschat door werkgevers en (gezins)voogden. Steun vanuit de instelling door een

onafhankelijke coach of ambulante hulpverlener wordt als ondersteunend beschouwd door de gezinshuisouders. JOOZT biedt deze vorm van ondersteuning aan de gezinshuisouders. Ook gezinshuisouders van Omega Zorg en Triade Boschhuis zouden het fijn vinden wanneer een onafhankelijk persoon beschikbaar is voor de gezinshuisouders om een klankschaal te zijn. Deze persoon kan een luisterend oor bieden voor de gezinshuisouders, zonder dat dit direct consequenties kan hebben. Het kunnen delen van frustraties etc. kan bevorderen dat gezinshuisouders een positieve relatie kunnen onderhouden met het kind. Vier paar gezinshuisouders vinden een ambulante hulpverlener niet nodig.

Daarnaast voelen de gezinshuisouders, die kinderen met RAD begeleiden, zich mogelijk meer gesteund wanneer er meer aandacht is voor de specifieke problematiek van kinderen met RAD. Er kunnen bijvoorbeeld thema bijeenkomsten gehouden worden waarin de moeilijkheden in de omgang met deze kinderen besproken worden, de gezinshuisouders ervaringen en tips kunnen uitwisselen met elkaar en handelingsadviezen aangereikt worden.

Elf paar gezinshuisouders vinden bovendien het contact met andere gezinshuisouders prettig of zouden graag meer contact willen. De instelling JOOZT biedt de gezinshuisouders een vorm van intervisie welke de gezinshuisouders prettig vinden. De gezinshuisouders van Triade Boschhuis en Omega Zorg hebben minder steun aan elkaar als gezinshuisouders. De gezinshuizen of problematiek van de kinderen verschillen te veel of de overleggen zijn te kort. Mogelijk is er voor de gezinshuisouders die er behoefte aan hebben een vorm van intervisie mogelijk, voor 4 á 5 gezinshuizen samen, zodat zij ervaringen met elkaar kunnen delen.

7. Individuele behandeling van het kind

Er is in deze studie geen verband gevonden tussen wel of geen individuele behandeling van het kind en een uitplaatsing. Echter van meer dan de helft van de kinderen die individuele behandeling hebben gehad zagen de gezinshuisouders geen resultaat. Gezinshuisouders geven meerdere verklaringen hiervoor. Een verklaring is dat er te lang werd gewacht met de therapie. Vaak wordt er gewacht tot het kind zich in een stabiele situatie bevindt en daarna duurt het om verschillende redenen vaak lang voordat een therapie wordt ingezet. Een aantal gezinshuisouders vinden dat individuele therapie bij deze problematiek weinig werkt, omdat het kind zichzelf niet laat zien aan de therapeut. Het kind vindt het vaak wel fijn om van iemand één op één aandacht te krijgen, maar qua gedrag wordt weinig verandering gezien. Tenslotte vinden een aantal gezinshuisouders het nuttiger om therapie van het kind samen met de gezinshuisouders te doen, zodat er specifiek aan de gezinssituatie gewerkt kan worden.

Het kind kan dan inzicht krijgen in zijn eigen problematiek (psychoeducatie) en er kan gewerkt worden aan het opbouwen van vertrouwen tussen het kind en de gezinshuisouders.

Er is helaas nog weinig bekend over welke therapieën geschikt zijn voor kinderen met RAD. De American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP; 2005) stellen dat het nodig is om het kind eerst in een veilige en stabiele omgeving te brengen en dat er daarna behandeling moet volgen gericht op het creëren van positieve interacties met verzorgers, om de verstoorde IWM van de kinderen te beïnvloeden. Voor jonge kinderen is het aanbevolen om een dyadische interventie strategie te volgen waarbij er met het kind en de verzorger beide gewerkt wordt. Individuele therapie (als aanvulling hierop) is aangewezen wanneer er gedragingen van het kind in de weg staan voor de dyadische therapie. De agressie die vaak voorkomt bij kinderen met RAD is te behandelen met effectieve goed geteste interventies voor kinderen met een gedragsstoornis. Het is gebleken dat kinderen die agressief zijn, maar niet gediagnosticeerd zijn met een gedragsstoornis, kunnen profiteren van eenzelfde behandeling (AACAP, 2005). Gezien de nog weinig effectief bewezen behandelingen voor kinderen met RAD is er meer onderzoek nodig. Het is bijvoorbeeld aangewezen om ook het belang van traumabehandeling, zoals EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), te onderzoeken bij kinderen met RAD.

8. Het type RAD

Er is in deze studie geen onderscheid gemaakt tussen het geremde type en ontremde type RAD vanwege de kleine onderzoeksgroep en ontbrekende informatie. De verwachting dat kinderen met het geremde type RAD vaker een succesvolle plaatsing hebben in het gezinshuis ten opzichte van kinderen met het ontremde type is daarom niet getoetst. Echter de verdeling van de typen RAD over de uitgeplaatste en niet uitgeplaatste kinderen in deze studie is redelijk gelijk en suggereert niet dat ontremde kinderen vaker worden uitgeplaatst. Er is echter een grotere onderzoeksgroep nodig om dit vast te kunnen stellen.

9. Beperkingen van dit onderzoek

Er zijn een aantal beperkingen aan dit onderzoek. Allereerst betreft deze studie een redelijk kleine onderzoeksgroep van 24 kinderen, waardoor deze studie meer kwalitatief dan kwantitatief is. Daar valt tegen in te brengen dat deze doelgroep lastig te bereiken is. Bij veel kinderen die in gezinshuizen wonen is sprake van hechtingsproblematiek, maar een groot deel van deze kinderen is niet psychiatrisch onderzocht. Aangezien deze studie alleen kinderen mee heeft genomen met de diagnose RAD vielen er veel kinderen af. Daarnaast zijn

gezinshuizen een redelijk nieuw concept en het aantal gezinshuizen in Nederland is in opkomst, maar nog niet heel groot. Het werven van instellingen voor deze studie bleek lastig. Vanwege de lastig te bereiken doelgroep is deze onderzoeksgroep wat dat betreft nog redelijk groot. En hoewel deze studie is gebaseerd op een kleine groep zijn er toch veel verbanden gevonden die overeenkomen met eerdere onderzoeken. Een aantal keren is een trendmatig verband gevonden. Deze verbanden zullen waarschijnlijk in een grotere steekproef significant zijn. De ondervonden resultaten van deze studie zijn desalniettemin best groot te noemen.

Vervolgens komt het een aantal keer voor dat twee of drie kinderen in hetzelfde gezinshuis wonen. Dit geeft mogelijk een vertekend beeld, doordat dezelfde gezinshuisouders hun mening geven over verschillende kinderen. Hier is echter voor gecontroleerd en er lijkt geen sprake te zijn van een vertekend beeld. Bij vervolgonderzoek is het echter gewenst om uit elk gezinshuis één kind in het onderzoek mee te nemen.

Er zijn een aantal kinderen in deze studie meegenomen die langer dan een half jaar geleden uit het gezinshuis geplaatst zijn. Vanwege te kleine groepen kon hiervoor niet gecontroleerd worden. Bij één geval zijn eerder ingevulde vragenlijsten meegenomen in deze studie. Een kwalitatieve analyse laat echter zien dat negen van de tien uitgeplaatste kinderen klinisch worden beoordeeld. Eén uitgeplaatst kind wordt als (sub)klinisch beoordeeld. Dit komt mogelijk doordat dit betreffende kind niet zozeer lastig was voor de gezinshuisouders, maar de omgang met andere kinderen verliep niet goed. Doordat de hoge scores van deze kinderen overeenkomen lijkt een eventueel (geheugen)effect niet waarschijnlijk. Bij vervolgonderzoek is het echter aangewezen om eerder na de uitplaatsing, of net voor de uitplaatsing informatie te verzamelen om de betrouwbaarheid te vergroten.

Een belangrijke beperking aan dit onderzoek is het gebrek aan een controlegroep. Hierdoor is er geen vergelijkingsmateriaal met kinderen zonder RAD in gezinshuizen. Een controlegroep was echter niet mogelijk. Alle kinderen in de gezinshuizen hebben namelijk een bepaalde mate van hechtingsproblematiek, wel of niet gediagnosticeerd, waardoor een controlegroep niet betrouwbaar zou zijn. Daarnaast zijn er weinig tot geen gevallen waarbij kinderen zonder hechtingsproblematiek zijn uitgeplaatst. In vervolgonderzoek zal een controlegroep gezocht kunnen worden met kinderen waarbij RAD uitgesloten is.

Bovendien is het belangrijk om bij vervolgonderzoek te controleren voor comorbiditeit. Veel kinderen met RAD hebben bijkomende stoornissen of een licht verstandelijke beperking. Er is meer onderzoek nodig naar het onderscheid tussen het gedrag behorende tot RAD of tot andere stoornissen van de kindertijd, zoals ADHD, ODD en CD. In deze studie was het door de kleine groepen niet mogelijk om te controleren voor comorbiditeit.

De grootste beperking aan deze studie is tenslotte dat gevonden verbanden niet gerelateerd kunnen worden aan specifieke kenmerken van de gezinshuizen. Dit komt doordat gezinshuizen heel divers zijn in hun aanpak, gezinsgrootte en bovenal samenstelling. Het ene kind met RAD is bij het ene gezinshuis beter op zijn plek dan in het andere gezinshuis. Juist deze matching is enorm belangrijk voor het slagen van een plaatsing. Daarnaast zijn sommige gezinshuisouders beter in staat neutraal en met afstand te reageren, terwijl andere gezinshuisouders een vorm van wederkerigheid verlangen. Welk type gezinshuis past bij een kind met RAD is op dit moment niet te beantwoorden, maar dit is een belangrijke vraag. Er is nader onderzoek nodig om hierover uitspraken te kunnen doen.

CONCLUSIE

Deze studie heeft zich gericht op de risico en succesfactoren van een gezinshuisplaatsing voor kinderen met RAD. Hoewel er nog weinig onderzoek is gedaan op dit gebied, lijkt deze groep kinderen steeds vaker voor te komen in de hulpverlening. Bovendien vraagt de begeleiding van deze kinderen veel van gezinshuisouders. Een grootschaliger vervolgonderzoek naar deze doelgroep binnen gezinshuizen is daarom noodzakelijk. Daarbij is het belangrijk dat meerdere instellingen participeren zodat onderzocht kan worden welke variaties er zijn tussen gezinshuizen en welke vormen van gezinshuizen goed passen bij deze kinderen.

Daarnaast is de insteek van gezinshuizen om kinderen een goede en een langdurige plek te bieden. Dit betekent dat de instellingen de gezinshuisouders moeten ondersteunen om dit werk langdurig vol te kunnen houden. Een goede matching tussen het kind en de gezinshuisouders en samenstelling van het gezin is daarbij erg belangrijk. Daarnaast zal er aandacht besteed moeten worden aan het proces van acceptatie van de biologische ouders en het kind.

Uit de interviews met de gezinshuisouders blijkt dat kinderen met RAD een lastige doelgroep zijn die zorgwekkend gedrag kunnen vertonen. Gezinshuisouders maken zich zorgen over de toekomst van deze kinderen. Bijvoorbeeld dat zij in de criminaliteit belanden of zichzelf of anderen iets aandoen. Gezien deze zorgen is het van belang om op tijd in te grijpen bij deze kinderen om een zorgelijke ontwikkeling te voorkomen. Daarnaast is het, gezien de nadelige invloed van een lange plaatsingsgeschiedenis, belangrijk dat kinderen eerder op een goede plek terecht komen. Door bijvoorbeeld eerder diagnostiek uit te voeren en bij een mislukte pleeggezinplaatsing eerder gerichte hulp of een gezinshuisplaatsing te bieden. MTFC-P kan mogelijk ingezet worden bij jonge kinderen alvorens een gezinshuisplaatsing om de kans op een succesvolle plaatsing te vergroten.

Concluderend kan gezegd worden dat er ondanks de beperkingen van dit onderzoek interessante verbanden zijn gevonden die overeenkomen met andere onderzoeken. Daarnaast biedt deze studie nieuwe aanknopingspunten voor de praktijk en aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

REFERENTIES

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1206-1219.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment, a psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Bakhuizen, N. C. A. (1998). Loyaliteit en balans van geven en ontvangen: een kind kan niet zonder. In A. M. Weterings (Eds.). *Pleegzorg in balans. Bestaanszekerheid voor kinderen*. (pp. 77-99). Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Bastiaensen, P. (2001). *Belaste pleegouders en verscheurde pleegkinderen?* Zundert: Drukkerij Vorsselmans b.v.
- Bowlby, J. (1985). *Attachment and Loss: Volume 2. Separation, anxiety and anger*. London: Penguin Group.
- Bowlby, J. (1989). *Attachment and Loss: Volume 1. Attachment*. London: Penguin Group.
- Bowlby, J. (1991). *The making and breaking of affectional bonds*. New York: Tavistock/Routledge.
- Buist, K. L., Reitz, E., & Dekovic, M. (2008). Attachment stability and change during adolescence: A longitudinal application of the Social Relations Model. *Journal of Social and Personal Relationships*, 25, 429-444.
- Delfos, M. F. (2001). Een negatieve spiraal door pleegangst. In M. F. Delfos & N. Visscher (Eds.). *(Pleeg)kinderen en vreemd gedrag!?* (pp. 11-17). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- De Lange, G. (2005). *Relatiegestoorde kinderen: Twee opvoedingswijzen bij hechtingsstoornissen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- De Ruyter, D. J., & De Ruyter, P. A. (1995). *Uit en Thuis, Evaluatieonderzoek in twee gezinshuizen van moeilijk lerende kinderen*. Amsterdam: Vrije Universiteit.

- Fisher, P. A., Ellis, B. H., & Chamberlain, P. (1999). Early Intervention Foster Care: A model for preventing risk in young children who have been maltreated. *Children's Services: Social Policy, Research and Practice*, 2, 159–182.
- Fisher, P. A., & Kim, H. K. (2007). Intervention effects on foster preschoolers' attachment-related behaviors from a randomized trial. *Prevention Science*, 8, 161–170.
- Fisher, P. A., Kim, H. K., & Pears, K. C. (2009). Effects of Multidimensional Treatment Foster Care for Preschoolers (MTFC-P) on reducing permanent placement failures among children with placement instability. *Children and Youth Services Review*, 3, 541–546.
- George, C. (1996). A representational perspective of child abuse and prevention: Internal working models of attachment and caregiving. *Child Abuse & Neglect*, 20, 411-424.
- Hackett, L., & Hackett, R. (1993). Parental ideas of normal and deviant child behaviour, a comparison of two ethnic groups. *British Journal of Psychiatry*, 162, 353-357.
- Hanson, R. F., & Spratt, E. G. (2000). Reactive attachment disorder: What we know about the disorder and implications for treatment. *Child Maltreatment*, 5, 137-145.
- Kay Hall, S. E., & Geher, G. (2003). Behavioral and personality characteristics of children with Reactive Attachment Disorder. *The Journal of Psychology*, 137, 145-162.
- Lange, A. (2001). *De Ouder-Kind Interactie Vragenlijst – Revised, OKIV-R. Verantwoording en handleiding*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Main, M. (1990) Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies changing methodologies and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33, 48-61.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.). *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). Chicago and London: University of Chicago Press.
- Millward, R., Kennedy, E., Towlson, K., & Minnis, H. (2006). Reactive attachment disorder in looked-after children. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 11, 273-279.
- Ministerie Jeugd en Gezin. (2009). Stand van zaken gezinshuizen. Opgehaald 20 december, 2009 van <http://www.sociaaltotaal.nl/Uploads/Documents/notitie-standvanzaken-gezinshuizen.pdf>
- Minnis, H., Marwick, H., Arthur, J., & McLaughlin, A. (2006). Reactive attachment disorder, a theoretical model beyond attachment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15, 336-342.
- Minnis, H., Pelosi, A., Knapp, M., & Dunn, J. (2001). Mental health and foster carer training. *Archives of Disease in Childhood*, 84, 302–306.

- Nederlands Jeugd Instituut (NJI) Opgehaald 20 mei, 2010 van <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=43056&recordnr=36&setembed=&vanuit=&toon=uitgebreid>
- Oosterman, M., & Schuengel, C. (2009). Gehechtheid van pleegkinderen in relatie tot gedragsproblemen en sensitiviteit van pleegouders. *Kind en Adolescent*, 30, 95-107.
- Oosterman, M., Schuengel, C., Slot, W., Bullens, R., & Doreleijers, T. (2007). Disruptions in foster care: A review and meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 29, 53-76.
- Redding, R. E., Fried, C., & Britner, P. A. (2000). Predictors of placement outcomes in treatment foster care: implications for foster parent selection and service delivery. *Journal of child and family studies*, 9, 425-447.
- Resing, W. C. M., Evers, A., Koomen, H. M. Y., Pameijer, N. K., & Bleichrodt, N. (2008). *Conditie en instrumentarium, indicatiestelling speciaal onderwijs en leerlinggebonden financiering*. Amsterdam: Boom test uitgevers.
- Richters, M. M., & Volkmar, F. R. (1994). Reactive attachment disorder of infancy or early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 328-332.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Schuengel, C., de Schipper, J. C., & Sterkenburg, P. M. (2003). Hechtingsstoornissen en verstoorde gehechtheid. In S. Colijn, E. C. A. Collumbien, G. Lietaer, & R. W. Trijsburg (Eds.), *Handboek integratieve psychotherapie* (pp. 8.1-1-8.1-23). Utrecht: Tijdstroom.
- Sinclair, I., & Wilson, K. (2003). Matches and mismatches: The contribution of carers and children to the success of foster placements. *British Journal of Social Work*, 33, 871-884.
- Sobotková, I. (2000). Psychological assessment of family units: the unique type of foster care in Czech Republic. *Child abuse review*, 9, 217-222.
- Strijker, J., & Knorth, E. J. (2007). Verplaatsing van pleegkinderen. Een onderzoek naar verplaatsingsgeschiedenis en plaatsingsverloop bij kinderen in de langdurige pleegzorg. *Kind en adolescent*, 28, 32-45.
- Triade Boschhuis. (2009). *Gezinshuizen bij Triade Boschhuis (concept)*.
- Vanderfaeillie, J., Van Holen, F., & Trogh, J. (2009). De invloed van gedragsproblemen van pleegkinderen op het opvoedgedrag van pleegmoeders. *Kind en adolescent*, 30, 108-121.
- Van IJendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and psychopathology*, 11, 225-250.

- Verhulst, F. C., Van der Ende, J., & Koot, H. M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Zeanah, C. H., & Fox, N. A. (2004). Temperament and Attachment Disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 32-41.
- Zeanah, C. H., & Gleason, M. M. (2010). Reactive Attachment Disorder: a review for DSM V. *American Psychiatric Association*. Opgehaald 4 juni, 2010 van <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=120#>
- Zeanah, C. H., Scheeringa, M., Boris, N. W., Heller, S. S., Smyke, A. T., & Trapani, J. (2004). Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse & Neglect*, 28, 877-888.

BIJLAGE 1 Semi-gestructureerd interview

Heeft u biologische kinderen in het gezinshuis wonen?

Ja Nee

Indien ja jongen/meisje en geboortedatum

.....
.....

welke gezinshuiskinderen woonden er op hetzelfde moment in jullie gezinshuis toen het kind kwam?

.....

Wat was de leeftijd verhouding tot het betreffende kind? (hoeveel jaar ouder/jonger)

.....

.....

.....

1. *Vertoonde het kind aan het begin van de plaatsing aangepast gedrag?*

Ja Nee (het probleemgedrag was meteen zichtbaar)

Hoe zag dit eruit?

.....

Duurde dit langer dan een half jaar?

Ja Nee

Hoe lang ongeveer?

.....

2. *Verliep/verloopt de omgang van het kind met de andere gezinshuiskinderen en/of biologische kinderen goed?*

Ja Nee

.....

.....

Was er een verschil in de omgang met biologische kinderen en de gezinshuiskinderen?

.....

.....

Is dit veranderd?

Ja Nee

.....

3. *Heeft/had het kind tijdens de plaatsing contact met zijn biologische ouder(s)?*

Ja Nee

- alleen vader

- alleen moeder

Hoe vaak en waar

.....

.....

4. *Heeft het kind biologische broertjes of zusjes?*

Ja Nee

Hoe is/was het contact daarmee?

.....

5. Accepteren de biologische ouders dat het kind niet meer thuis kan wonen?

Ja Nee

.....
.....

6. Staan de biologische ouders achter de plaatsing in het gezinshuis? Zijn ze er blij mee?

Ja Nee

.....
.....

7. Is er sprake van een eventuele thuisplaatsing waar het kind vanaf weet/wist?

Ja Nee

.....
.....

8. Heeft/had het kind geaccepteerd dat het niet meer thuis kan wonen?

Ja Nee

.....
.....

9. Ervaart het kind het contact met zijn ouders als prettig?

Ja Nee

.....
.....

10. Heeft/had u een goede omgang met de biologische ouders?

Ja Nee

.....
.....

11. Heeft het kind een vorm van individuele therapie ontvangen?

Ja Nee Wanneer:

Wat voor soort therapie?

.....
.....

Hoe lang duurde de therapie en wat was het resultaat?

.....
.....

12. Vertoont/de het kind storende gedragsproblemen in het gezinshuis?

Ja Nee

.....
.....

Welke gedragsproblemen van het kind zijn/waren het moeilijkst te hanteren voor u?

.....
.....

13. Op welke momenten vertoont/de het kind dit gedrag?

.....
.....

14. Waarover maakt/maakte u zich het meest zorgen wat het kind betreft?

.....
.....

15. Ervaren jullie voldoende steun van andere gezinshuisouders en vanuit de instelling?

Ja Nee

.....
.....

Alleen vragen bij uitplaatsing:

16. Wanneer begonnen de problemen?

.....
.....

17. Was er een directe aanleiding voor de uitplaatsing?

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

18. Wat was de reden voor de uitplaatsing?

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

Eigen mening

19. Vindt u een gezinshuis geschikt voor kinderen met een hechtingsstoornis?

Ja Nee

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

20. Welke aanpak/benadering van jullie als gezinshuisouders helpt goed bij deze kinderen?

.....
.....

21. Welke aanpak/benadering van jullie als gezinshuisouders helpt niet goed bij deze kinderen?

.....
.....

22. In geval van meerdere kinderen: is er een verschil van aanpak voor de verschillende kinderen met een hechtingsstoornis?

Ja Nee

.....
.....

23. Welke vorm van hulp zou deze kinderen naar jullie mening het beste kunnen helpen?

.....
.....

24. Denkt u dat het kind met een hechtingsstoornis alsnog een veilige hechting kan ontwikkelen?

Ja Nee

.....

25. Denkt u dat een kind met een hechtingsstoornis te ernstig beschadigt is om te profiteren van een gezinssituatie?

Ja Nee

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

Attitude en verwachtingen

26. Wat is het eerste dat in u opkomt als u gezegd wordt dat er een nieuw kind is voor plaatsing in uw gezinshuis met een hechtingsstoornis?

.....
.....

27. Welke verwachtingen heeft u van een kind met een hechtingsstoornis?

.....
.....

28. Bent u zich ervan bewust dat nabijheid voor kinderen met een hechtingsstoornis mogelijk angst met zich meebrengt?

Ja Nee

.....
.....

29. Houden jullie hier bewust rekening mee?

Ja Nee

Op welke manier?

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

30. Heeft het gedrag van dit kind invloed (gehad) op uw emoties?

Ja Nee

Welke emoties?

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

Hoe gaat/ging u daarmee om?

.....
.....

31. Voelt/voelde u zich weleens afgewezen door het kind?

Ja Nee

Op welke momenten? Hoe vaak?

.....
.....

32. Wat doet/deed u wanneer het kind negatief gedrag vertoont en niet luistert?

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

33. Denkt u dat het negatieve gedrag van het kind een overlevingsstrategie is om zo woede, verdriet en verlatingsangst te maskeren?

Ja Nee

.....
Hoe gaat u hier mee om?

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

34. Heeft/had het kind veel structuur nodig?

Ja Nee

Hoe gaan jullie hiermee om/bieden jullie dit?

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

BIJLAGE 2 SPSS-file

Naam variabele	Label	Codering
Kind	Nummer kind	1 t/m 24
D_geboorte	Geboortedatum	dd-mmm-jjjj
Leeftijd	Leeftijd bij aanvang (april 2010)	dd-mmm-jjjj
Sekse	Sekse	1 = jongen 2 = meisje
D_Diagnose	Datum diagnose RAD	dd-mmm-jjjj
Type_RAD	Type RAD	1 = ontremd 2 = geremd 3 = onbekend
COM	Comorbiditeit	0 = geen 1 = ADHD 2 = PDD-nos 3 = gedragsstoornis 4 = angststoornis
LVB	Licht verstandelijke beperking TIQ < 85	0 = geen LVB 1 = wel LVB
D_uhp	Datum uithuisplaatsing	dd-mmm-jjjj
L_uhp	Leeftijd t.t.v. uithuisplaatsing	
T_plaatsen	Totaal aantal plaatsingen	
Leefgroep	Kind op een leefgroep gewoond	1 = ja 2 = nee
D_ghp	Datum gezinshuisplaatsing (ghp)	dd-mmm-jjjj
L_ghp	Leeftijd t.t.v. ghp	
L_grens_9jaar	Leeftijdsgrens t.t.v. (ghp)	1 = < 9 jaar 2 = ≥ 9 jaar
Gezinshuis	Nummer gezinshuis	1 t/m 15
Uitgeplaatst	Sprake van uitplaatsing uit het gezinshuis	1 = ja 2 = nee
Bio_KK	Aanwezigheid biologische kinderen	1 = ja 2 = nee
L_bio_kk	Leeftijdsverschil biologische kinderen	1 = biologische kinderen > 3 jaar ouder/jonger 2 = biologische kinderen ≤ 3 jaar ouder/jonger
T_gepl_KK	Totaal geplaatste gezinshuiskinderen in gezinshuis	1 t/m 7
T_aantal_kk	Totaal aantal kinderen in huis	1 t/m 8
IV_cont_ghkk	Contact met andere gezinshuiskinderen	0 = geen andere gezinshuiskinderen 1 = goed 2 = slecht 3 = op en af / wisselend 4 = weinig aansluiting
IV_cont_biokk	Contact met biologische kinderen	1 = goed 2 = slecht 3 = op en af/wisselend
IV_cont_verschil	Verschil in contact met bio en gh kinderen	1 = ja beter met gezinshuiskinderen 2 = ja beter met biologische kinderen 3 = geen verschil
Ind_therapie	Individuele therapie	1 = ja 2 = nee
L_therapie	Leeftijd t.t.v. de therapie	
Soort_ther	Soort therapie	1 = speltherapie 2 = cognitieve gedragstherapie 3 = creatieve tuintherapie 4 = meer dan 1 therapie
Res_ther	Resultaat van de therapie	1 = wel resultaat 2 = geen resultaat

C_mdr	Contact met biologische moeder	1 = wel contact 2 = geen contact
C_vdr	Contact met biologische vader	1 = wel contact 2 = geen contact
C_bio_ou_kwaliteit	Kwaliteit van het contact met ouders	1 = goed contact met beide ouders 2 = slecht contact met één of beide ouders
Accept_bio_ouder	Accepteren beide ouders de uithuisplaatsing	1 = ja 2 = nee
Accept_kind	Accepteert het kind dat het niet meer thuis kan wonen	1 = ja 2 = nee
M_GV_schaal 1t/m11	CBCL schalen 1 t/m 11 volgens gezinshuismoeder (ghm)	0 = normaal 1 = grensgebied 2 = klinisch < 80 3 = klinisch ≥ 80
V_GV_schaal 1t/m11	CBCL schalen 1 t/m 11 volgens gezinshuisvader (ghv)	0 = normaal 1 = grensgebied 2 = klinisch < 80 3 = klinisch ≥ 80
M_OK_schalen	OKIV subschalen door ghm	1 = quintiel 1 < 20% minst positief 2 = quintiel 2, 20-40% < gemiddeld Positief 3 = quintiel 3, 40-60% gemiddeld positief 4 = quintiel 4, 60-80% > gemiddeld positief 5 = quintiel 5, 80-100% zeer positief
V_OK_schalen	OKIV subschalen door ghv	1 = quintiel 1 < 20% minst positief 2 = quintiel 2, 20-40% < gemiddeld positief 3 = quintiel 3, 40-60% gemiddeld positief 4 = quintiel 4, 60-80% > gemiddeld positief 5 = quintiel 5, 80-100% zeer positief
