

Pleegzorg en breakdown: een relatie met (secundaire) traumatische stress?¹

Foster care and breakdown: a relation with (secondary) traumatic stress?

Janneke Majoor & Marleen van Aggelen

SAMENVATTING

Eerder onderzoek laat zien dat bij ongeveer een derde van de pleegzorgplaatsingen sprake is van een breakdown. Dit risico neemt toe bij ernstige gedragsproblemen. Bij een vrij grote groep pleegkinderen is sprake van traumasymptomen die deze gedragsproblemen voorspellen. Pleegouders worden hier dan ook regelmatig aan blootgesteld. Nabij contact met iemand met traumatische stress kan leiden tot secundaire traumatische stress. Dit artikel beschrijft onderzoek naar de vraag of er sprake is van een relatie tussen secundaire traumatische stress bij pleegouders, traumatische stress bij hun pleegkind en een breakdown bij 32 pleeggezinnen (17 pleeggezinnen waar een breakdown heeft plaatsgevonden tijdens de onderzoeksperiode en 15 pleeggezinnen zonder breakdown-ervaring tijdens de onderzoeksperiode). Deze relatie is niet gevonden in dit onderzoek. Mogelijk is het beperkt aantal deelnemers hier een verklaring voor. Wel blijkt dat bij 69% van de totale groep pleegkinderen sprake is van traumatische stress. Ook blijkt dat een breakdown ruim twee keer zo vaak voorkomt bij pleegouders die een eerdere breakdown hebben meegemaakt. Een eerder meegemaakte breakdown door pleegouders vergroot dus mogelijk het risico op een volgende breakdown. Nader onderzoek naar deze trend is gewenst. Desalniettemin onderstrepen de bevindingen het belang van preventieve acties om (volgende) breakdowns te voorkomen, zoals het screenen op en het behandelen van traumatische stress bij pleegkinderen, het ondersteunen van pleegouders in het trauma-sensitief opvoeden, het bieden van nazorg aan pleegouders en het meewegen van een eerdere breakdown bij pleegouders als risicofactor in het matchingsproces.

Kernwoorden: pleegzorg, breakdown, (secundaire) traumatische stress

ABSTRACT

Previous research has shown that about one third of all placements in foster care result in a breakdown. Serious behavioral problems exacerbate this risk and in a considerable group of foster children symptoms of trauma predict these behavioral problems. Therefore, foster parents are regularly confronted by and exposed to these problems. Close contact with a person experiencing traumatic stress may lead to secondary traumatic stress. 32 foster families were studied (17 foster families with a breakdown during the period of research and 15 foster families without a breakdown during the period of research), to see whether there are correlations between secondary traumatic stress in foster parents, traumatic stress in their foster child and a breakdown. These correlations have not been found in this study. The limited number of participants (N=32) might explain this result. However, 69% of the total group of foster children experience traumatic stress. Also, a breakdown occurs approximately more than twice as often in foster parents who have experienced an earlier breakdown. A previous breakdown in foster parents possibly exacerbates the risk for a future breakdown. Further research into this trend is recommended. Regardless, the findings emphasize the importance of preemptive actions to prevent (additional) breakdowns, such as screening for and treatment of traumatic stress in foster children, the support of foster parents in being trauma-sensitive, giving aftercare to foster parents and consider a previous breakdown as a risk in the matching process.

¹ Dit artikel is gepubliceerd in *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 58 (7-8), 180-192 (juli-augustus 2019).

Keywords: foster care, breakdown, (secondary) traumatic stress

Over de auteurs

Drs. Janneke Majoor is gezondheidszorgpsycholoog in opleiding tot specialist en werkzaam bij Jeugdhulp Friesland. E-mail: majoor.ja@jeugdhulpfriesland.nl. Dr. Marleen van Aggelen is onderzoeker/adviseur bij Marleen van Aggelen Onderzoek en Advies. E-mail: marleen@marleenvanaggelen-onderzoekenadvies.nl

About the authors

Janneke Majoor, MSc., is a registered clinical child psychologist, working at Jeugdhulp Friesland. E-mail: majoor.ja@jeugdhulpfriesland.nl. Dr. Marleen van Aggelen is researcher/consultant at Marleen van Aggelen Onderzoek en Advies. E-mail: marleen@marleenvanaggelen-onderzoekenadvies.nl

Inleiding

Pleegzorg en breakdown

Bij een uithuisplaatsing wordt bij voorkeur pleegzorg ingezet, omdat deze vorm van opvang het meest overeenkomt met de natuurlijke opvoedingssituatie van kinderen. Veel pleegkinderen worden herhaaldelijk overgeplaatst van pleeggezin naar pleeggezin (Maaskant, 2016). Zo heeft in Nederland minstens een kwart van alle pleegkinderen twee of meer dergelijke overplaatsingen meegemaakt (Strijker, Knorth, & Knot-Dickscheit, 2008). Dit sluit aan bij eerder onderzoek waaruit blijkt dat er bij 30% van de langdurige pleegzorgplaatsingen sprake is van een ongunstige voortijdige beëindiging, een zogenaamde breakdown (Strijker & Zandberg, 2001).

Er is sprake van een breakdown als de pleegzorgplaatsing wordt beëindigd op negatieve gronden (Van Oijen, 2010). Het volgen van speciaal onderwijs en verblijf in een residentiële instelling voorafgaand aan de pleegzorgplaatsing doet het risico op een breakdown toenemen (Van Oijen, 2012). Daarnaast laat onderzoek zien dat hoe meer overplaatsingen, hoe hoger de leeftijd van het pleegkind en hoe ernstiger de gedragsproblemen, hoe groter het risico op een breakdown (Oosterman, Schuengel, Slot, Bullens, & Doreleijers, 2007; Van Oijen & Strijker, 2010). De bevindingen van Vanderfaeillie, Van Holen, Carlier en Fransen (2018) sluiten hierbij aan. Als aanvullende risicofactoren identificeren zij conflicten tussen pleegouders en biologische ouders, opvoedingsproblemen bij pleegouders en het onthouden van behandeling aan pleegkinderen.

In Nederland is geen relatie aangetoond tussen het plaatsingsverloop en het type plaatsing (Van Oijen, 2010). Een netwerkplaatsing betreft een pleegzorgplaatsing bij familie of bekenden en bij een bestandsplaatsing wordt het pleegkind geplaatst bij pleegouders die geregistreerd zijn bij een pleegzorgaanbieder. Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat netwerkplaatsingen geen voordeel hebben ten opzichte van bestandsplaatsingen (Strijker, Zandberg, & Van der Meulen, 2003). Ook in recent onderzoek (Vanderfaeillie et al., 2018) is geen relatie gevonden tussen het type plaatsing en een breakdown, waarmee de eerdere bevindingen dat netwerkplaatsingen inzake breakdowns geen protectieve factor zijn worden ondersteund.

Een breakdown heeft grote negatieve gevolgen voor zowel het pleegkind, pleegouders als andere (pleeg)kinderen in het pleeggezin (Van Oijen, 2010). Meerdere onderzoeken laten zien dat er sprake is van een toename van probleemgedrag bij pleegkinderen bij wie sprake is van overplaatsingen (Van Oijen, 2010; Van Oijen & Strijker, 2010). Er is dan ook veel aan gelegen een breakdown te voorkomen.

Breakdown voorkomen

De laatste jaren is in wetenschappelijk onderzoek veel aandacht besteed aan het voorkomen van breakdowns. Zo concluderen Vanderfaeillie, Holen en Trogh (2009) dat de ondersteuning van pleegouders vooral moet bestaan uit psycho-educatie, opvoedingsondersteuning en opvoedtraining bij gedragsproblemen. Op deze manier leren pleegouders om op een positieve manier met het probleemgedrag van hun pleegkind om te gaan. Dit resulteert idealiter in een afname van het probleemgedrag bij het pleegkind en/of minder voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen omwille van dit probleemgedrag.

Echter, uit andere onderzoeken blijkt dat de korte termijn effecten van PMTO² op de opvoedstress van pleegouders geen stand houden bij de follow-up meting (Maaskant, 2016) en dat de opvoedstress bij pleegouders wordt beïnvloed door de gedragsproblemen van pleegkinderen (Goemans, 2017). Maaskant (2016) veronderstelt dat pleegouders de gedragsproblemen van hun pleegkind vaak als ernstig ervaren indien er sprake is van een opeenstapeling van stressoren. Dit zou leiden tot een toename van ouderlijke stress met ineffectief opvoeden tot gevolg wat vervolgens een negatieve invloed heeft op het gedrag en de ontwikkeling van het pleegkind en het uiteindelijke risico op een breakdown vergroot. Volgens Maaskant (2016) dienen in de betreffende belaste pleeggezinnen meerdere stressoren effectief benaderd te worden om het risico op een breakdown te verminderen. Deze stressoren betreffen niet alleen problemen van pleegouders in het hanteren van het disruptieve gedrag van het pleegkind, maar betreffen bijvoorbeeld ook een moeizaam contact met biologische ouders of een beperkte invloed op de toekomst van het pleegkind. Vanderfaellie en collega's (2009) refereren naar onderzoek waaruit blijkt dat gedragsproblemen van pleegkinderen stabiel blijven of toenemen tijdens een plaatsing en dat afname ervan zeldzaam is. Aansluitend heeft Goemans (2017) aangetoond dat pleegkinderen die zelf (in plaats van pleegouders) interventies ontvingen meer externaliserende en internaliserende gedragsproblemen lieten zien dan pleegkinderen die deze interventies niet ontvingen. Wellicht zijn dit de pleegkinderen die gezien deze gedragsproblemen de inzet van interventies gericht op het pleegkind het meest nodig hebben. Goemans (2017) geeft daarnaast aan dat interventies bij deze pleegkinderen mogelijk niet tijdig zijn ingezet waardoor de gedragsproblemen zijn verergerd. Wanneer de gedragsproblemen bij pleegkinderen nader worden bekeken, blijkt dat er bij een vrij grote groep pleegkinderen sprake is van traumasymptomen en dat posttraumatische stresssymptomen gedragsproblemen voorspellen (Grietens, Van Oijen, & ter Huizen, 2012). Dit betekent dat pleegouders met regelmaat worden geconfronteerd met en blootgesteld aan het meegemaakte trauma en traumagerelateerde gedragsproblemen van de pleegkinderen die ze dagelijks ondersteunen.

(Secundaire) traumatische stress bij pleegkinderen en pleegouders

Trauma

Van een traumatische gebeurtenis is volgens de DSM-5 sprake wanneer betrokkene is blootgesteld aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwondingen en/of seksueel geweld op één (of meerdere) van de volgende manieren: het is de persoon direct overkomen, de persoon was getuige van de gebeurtenis, een direct familielid of vriend van de persoon is het overkomen, of de persoon wordt herhaaldelijk blootgesteld aan nare details van de ingrijpende gebeurtenis(sen) (American Psychiatric Association, 2014). In het geval van posttraumatische stress blijft het lichaam, ook nadat het gevaar geweken is, autonoom reageren op stimuli die direct of indirect gerelateerd zijn aan de traumatische gebeurtenissen (Corrigan, Fisher, & Nutt, 2010). In de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen type I en type II trauma. Type I trauma heeft betrekking op de gevolgen van een eenmalige acute gebeurtenis. Type II trauma daarentegen hangt samen met de gevolgen van een periode waarin langdurig en herhaald sprake is geweest van geweld, gevaar en dreiging, waaronder eventueel ook misbruik (Beer, Verlinden, Boer, & Lindauer, 2011). Een specifieke vorm van type II trauma is complex trauma, waarbij dissociatieve symptomen aan de orde zijn. Er is bij deze vorm sprake van stress ten gevolge

² PMTO is een interventie die zich richt op het verbeteren van opvoedvaardigheden van ouders met kinderen met gedragsproblemen (Patterson, 2005).

van nare gebeurtenissen die niet gereguleerd kan worden met behulp van primaire verzorgers/steunfiguren, omdat juist zij die stress veroorzaken (Grinsven & Holdorp, 2015).

Traumatische stress bij pleegkinderen

Uit divers onderzoek blijkt dat pleegkinderen een geschiedenis hebben die veelal wordt gekenmerkt door traumatische ervaringen als mishandeling, verwaarlozing of misbruik (Okma-Rayzner, 2006). Zo concluderen Vanderfaeillie, Vanschoonlandt, van Holen, De Maeyer en Robberechts (2014) dat 85% van de pleegkinderen in Vlaanderen minstens één traumatische gebeurtenis meemaakte en dat 29% blij gaf van traumatische stress-symptomen. Deze werden gemeten met de schaal posttraumatische stressproblemen van de CBCL (Verhulst & Van der Ende, 2013). Pleegkinderen in dit onderzoek vertoonden meer traumatische stresssymptomen indien zij het slachtoffer waren van verwaarlozing, fysieke mishandeling of meerdere traumatische gebeurtenissen. Ook bij de meerderheid van de pleegkinderen die deelnamen aan onderzoek van Vanschoonlandt en collega's (2014) was sprake van zowel externaliserende gedragsproblemen, een traumageschiedenis en traumatische stressproblemen. De auteurs wijzen erop dat pleegkinderen ook zonder de classificatie posttraumatische stress-stoornis (PTSS) traumatische stresssymptomen kunnen hebben. In het geval van vroegtijdige langdurige en interpersoonlijke traumatisering zijn de criteria van PTSS ontoereikend omdat de symptomatologie in dit geval vaak complexer is. Dit leidt tot een onterechte onderschatting van posttraumatische stress bij kinderen die slachtoffer zijn van kindermishandeling (Jonkman, Verlinden, Bolle, Boer, & Lindauer, 2014). De DSM-5 sluit hierbij aan door de twee subtypen van DSM-IV-classificatie reactieve hechtingsstoornis op zuigelingenleeftijd of vroege kinderleeftijd (geremde en ontremde type) op te splitsen in twee afzonderlijke stoornissen (reactieve hechtingsstoornis en de ontremd-sociaalcontactstoornis) en deze onder te brengen in de categorie trauma- en stressorgerelateerde stoornissen. Bij beide subtypes is onder andere sprake van verwaarlozing, deprivatie en herhaaldelijke wijzigingen in verzorgers (American Psychiatric Association, 2014).

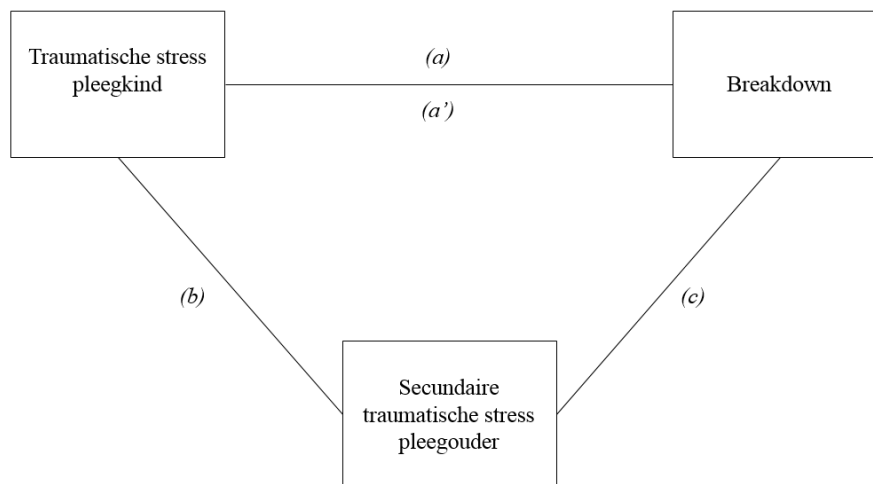
Op basis van de bovengenoemde onderzoeken wordt verondersteld dat bij pleegkinderen vaak sprake is van dergelijke complexe symptomatologie (zogenaamd type II trauma/complex trauma), welke voortkomt uit een verstoord stressregulatiesysteem. Veel complex getraumatiseerde kinderen laten dan ook externaliserende gedragsproblemen zien zoals agressief gedrag, vechten, liegen, stelen en manipuleren (Grinsven & Holdorp, 2015).

Secundaire traumatische stress bij pleegouders

Veel pleegkinderen hebben dus een geschiedenis die wordt gekenmerkt door traumatische ervaringen die leiden tot traumatische stress en daarmee samenhangende gedragsproblemen. In het geval van pleegzorg vindt de dagelijkse opvoeding plaats binnen het pleeggezin waarin pleegouders en pleegkind elkaar dagelijks ontmoeten. Nabij contact met iemand die een traumatische ervaring heeft meegemaakt kan leiden tot een vorm van stress, namelijk secundaire traumatische stress (Lansen, 2007). Volgens Figley (1995) betreft dit gedrag en emoties die voortkomen uit het weet hebben van een traumatische gebeurtenis zoals meegemaakt door een belangrijke ander, waarbij de stress voortkomt uit het (proberen te) helpen van de getraumatiseerde persoon. Uit onderzoek blijkt dat de combinatie van traumasymptomen en meegemaakte traumatische gebeurtenissen bij pleegkinderen significante voorspellers zijn voor secundair traumatische stress bij pleegouders (Visser, 2014).

Probleemstelling

Voorgaand onderzoek toont aan dat interventies gericht op het verbeteren van opvoedgedrag onvoldoende zijn om een breakdown kunnen voorkomen. Een mogelijke reden daarvan zou de niet onderkende secundaire traumatische stress bij pleegouders kunnen zijn, gerelateerd aan het opvoeden van een pleegkind met traumatische stress. In deze toestand schiet het reflectief vermogen mogelijk tekort aangezien pleegouders als gevolg van deze stress niet meer functioneren binnen hun window of tolerance (Corrigan et al., 2010). De window of tolerance is 'de bandbreedte waarbinnen mensen hun emoties en frustraties kunnen verdragen en hanteren. Indien er sprake is van traumatische ervaringen is er sprake van een smalle bandbreedte en een hoog afgesteld alarmniveau' (Rodenburg & de Tempe, 2015, p. 75). Mogelijk zijn pleegouders als gevolg hiervan onvoldoende in staat om te profiteren van bovengenoemde interventies, waardoor de kans op een breakdown groter is. Dit onderzoek richt zich dan ook op de vraag of er sprake is van een relatie tussen secundaire traumatische stress bij pleegouders, traumatische stress bij hun pleegkind en een breakdown. In Figuur 1 is met behulp van een conceptueel model gevisualiseerd welke verbanden tussen de variabelen worden verwacht.



Figuur 1: conceptueel model

Om deze algemene onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Is er sprake van traumatische stress bij pleegkinderen?
2. Is er een relatie tussen traumatische stress bij pleegkinderen en breakdown (a)?
3. Is er sprake van secundaire traumatische stress bij pleegouders?
4. Is er een relatie tussen traumatische stress bij pleegkinderen en secundaire traumatische stress bij pleegouders (b)?
5. Is er een relatie tussen secundaire traumatische stress bij pleegouders en breakdown (c)?
6. Wordt de relatie tussen traumatische stress bij pleegkinderen en breakdown gemedieerd door secundaire traumatische stress bij pleegouders (a')?

Methode

Deelnemers

Het onderzoek is uitgevoerd bij een pleegzorgaanbieder in de provincie Friesland van februari 2017 tot december 2018. In de onderzoeksperiode is door de pleegzorgwerker aan pleegouders die de afgelopen drie maanden een breakdown hebben meegemaakt gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. Voor deze periode is gekozen omdat het instrument waarmee secundaire traumatische stress bij pleegouders is gemeten betrekking heeft op de laatste drie maanden. Het betreft hier een selecte doelgerichte steekproef bij alle pleegzorgplaatsingen waarbij sprake is van een breakdown. Vervolgens is een aselechte steekproef getrokken uit de pleeggezinnen waarbij geen sprake is van een breakdown in de genoemde onderzoeksperiode. Er is voor gekozen om het aantal deelnemers in deze groep gelijk te laten zijn aan het aantal deelnemers in de zogenaamde breakdown-groep. De voornaamste reden hiervoor is de belasting van pleegouders en pleegzorgwerkers zoals wordt toegelicht bij de hieronder beschreven procedure.

Aan dit onderzoek hebben 15 pleegouders deelgenomen die in de onderzoeksperiode geen breakdown hebben meegemaakt en 17 pleegouders bij wie dit in de onderzoeksperiode wel het geval was. Het merendeel van de vragenlijsten is ingevuld door pleegmoeders (81%). Van de pleegouders die in deze periode een breakdown hebben meegemaakt, hebben 11 van de 17 pleegouders een eerdere breakdown meegemaakt tegenover 4 van de 15 pleegouders die geen breakdown hebben meegemaakt. Wat betreft de leeftijd van de pleegouders blijkt dat de verdeling van de leeftijdscategorieën in de breakdown- en de niet-breakdowngroep min of meer vergelijkbaar is. Pleegouders hebben in dit onderzoek gerapporteerd over 53% meisjes en 47% jongens. In de breakdowngroep is 76% van de pleegkinderen ouder dan 12 jaar in vergelijking met 20% in de niet-breakdowngroep. In deze steekproef komt een breakdown ongeveer twee keer zo vaak voor bij netwerkplaatsingen dan bij bestandsplaatsingen (respectievelijk 60% en 35%).

Materiaal

Er is in dit onderzoek gebruikgemaakt van een samengestelde digitale vragenlijst voor pleegouders. Deze is deels zelf ontwikkeld en aangevuld met een gevalideerd instrument (Bride, Robinson, Yegidis, & Figley, 2004). De vragenlijst bestaat uit drie delen, namelijk (a) algemene vragen, (b) vragen met betrekking tot traumatische stress bij het pleegkind en (c) vragen die betrekking hebben op secundaire traumatische stress bij pleegouders.

a. Algemene vragen

De algemene vragen betreffen de leeftijd van het pleegkind, het aantal overplaatsingen, eventuele residentiële plaatsingen voorafgaand aan de pleegzorgplaatsing, het type onderwijs van het pleegkind, het opleidingsniveau van pleegouders, de leeftijd van pleegouders, de duur van het pleegouderschap, eerder meegemaakte breakdowns door pleegouders, andere ingrijpende ervaringen van pleegouders en de door pleegouders ervaren steun van de pleegzorgwerker.

b. Vragen met betrekking tot traumatische stress bij het pleegkind

Traumatische stress bij het pleegkind is in kaart gebracht door in de eerste plaats aan pleegouders te vragen welke diagnostische beschrijvingen bij hen bekend waren bij aanvang

van of gedurende de plaatsing. Zowel bij aanvang als tijdens de plaatsing worden pleegouders geïnformeerd over de problematiek en diagnoses van het pleegkind. Zoals eerder aangegeven is de impact van een breakdown groot en bijzonder ingrijpend voor alle betrokkenen. Het naast de hierboven genoemde vragenlijst ook nog laten invullen van traumagerelateerde vragenlijsten zou tot een nog grotere belasting leiden. Dit zou ook van invloed kunnen zijn op bereidwilligheid tot deelname aan het onderzoek. Daarnaast ligt aan alle diagnoses die gesteld zijn bij de pleegkinderen klinisch diagnostisch onderzoek ten grondslag, waarbij genoemde diagnoses niet kunnen worden gesteld zonder de aanwezigheid van traumatische stress-symptomen. Wel bestaat door deze operationalisatie het risico dat pleegouders aangeven dat er bij het pleegkind geen sprake is van traumatische stress terwijl dit mogelijk wel het geval is. We hebben echter gemeend dat eerder genoemde argumenten vóór deze wijze van operationalisatie in dit praktijkgestuurde onderzoek zwaarder meewegen dan dit risico. Om zicht te houden op dit risico is het ontbreken van een diagnose expliciet als antwoordmogelijkheid (Niet bekend) opgenomen in de vragenlijst.

Pleegouders kregen de volgende antwoordmogelijkheden aangereikt: PTSS, Posttraumatische Stresstoornis, Complexe PTSS, Complex trauma, Type I trauma, Type II trauma, Vroegkinderlijk trauma, Getraumatiseerd kind, Traumatische stress, Trauma-symptomen, Reactieve hechtingsstoornis, Ontremd-sociaalcontactstoornis, anders met toelichting of niet bekend. Zoals hierboven reeds benoemd is er bewust voor gekozen de definitie van traumatische stress bij het pleegkind niet te beperken tot PTSS. Dit gezien de ontoereikendheid van de PTSS-criteria bij pleegkinderen (Okma-Rayzner, 2006; Jonkman et al., 2014).

c. Vragen met betrekking tot secundaire traumatische stress bij pleegouders

Secundaire traumatische stress bij pleegouders is gemeten met de *Secondary Traumatic Stress Scale (STSS)* (Bride et al., 2004). Deze vragenlijst is door onderzoekers van Jeugdhulp Friesland in het Nederlands vertaald (Visser, 2014). De STSS is oorspronkelijk ontwikkeld voor professionals die werken met getraumatiseerde cliënten en is vertaald naar de pleegzorgsituatie waarin pleegouders zorgen voor getraumatiseerde pleegkinderen. De STSS bestaat uit 17 items die door pleegouders worden beoordeeld met behulp van een vijfpunts-Likertschaal (nooit, zelden, soms, regelmatig, zeer vaak) waarmee kan worden aangegeven hoe vaak een uitspraak de laatste drie maanden van toepassing is (bijvoorbeeld ‘herinneringen van het pleegkind maken me overstuur’). Er zijn drie sub-schalen: intrusie, vermijding en opwinding. Visser (2014) wijst erop dat de lijst niet is genormeerd, maar volgens Bride (2007) kan een totaalscore van 38 of hoger wijzen op PTSS als gevolg van secundaire traumatische stress. De STSS kan beschouwd worden als betrouwbaar en valide (Bride et al., 2004). De interne consistentie van de vragenlijst was goed ($\alpha = .92$).

Procedure

Dataverzameling

Pleegouders die de afgelopen drie maanden een breakdown hebben meegemaakt zijn door de pleegzorgwerker benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Gezien het ingrijpende karakter van een breakdown is het onderzoek geïntroduceerd door de eigen pleegzorgwerker. Daarna is schriftelijke toestemming voor deelname aan het onderzoek gevraagd.

Pleegouders hebben de digitale vragenlijst samen met de pleegzorgwerker ingevuld, zodat deze ook kon worden gebruikt voor klinische doeleinden. Daarnaast werd verondersteld dat de persoonlijke benadering zou leiden tot een grotere respons, aangezien werd verwacht dat pleegouders die recent een breakdown hebben meegemaakt wellicht niet zouden reageren op een algemene oproep tot deelname aan onderzoek.

Met het oog op uniformiteit vond vervolgens bij pleegouders die recent geen breakdown hebben meegemaakt de introductie en afname op dezelfde wijze plaats. Na het invullen van de vragenlijst in het pleeggezin met een breakdown benaderde de pleegzorgwerker het eerstvolgende pleeggezin waarmee een afspraak stond gepland.

Data-analyse

De relatie tussen traumatische stress bij pleegkinderen en breakdown is getoetst met een Chikwadraattoets. Vervolgens zijn zowel de relatie tussen traumatische stress bij pleegkinderen en secundaire traumatische stress bij pleegouders als de relatie tussen secundaire traumatische stress bij pleegouders en breakdown getoetst met een T-toets.

Resultaten

Hieronder worden per onderzoeksvraag de resultaten besproken.

1. Traumatische stress bij pleegkinderen

Uit de vragenlijst blijkt dat er volgens pleegouders bij 22 van de 32 pleegkinderen uit de totale onderzoeksgroep (69%) sprake is van traumatische stress (gebaseerd op eerdere/voorgaande diagnostische beschrijvingen). Het aantal pleegkinderen met traumatische stress neemt toe met de leeftijd, waarbij 59% van de pleegkinderen met traumatische stress 12 jaar of ouder is.

2. De relatie tussen traumatische stress bij pleegkinderen en breakdown

In het geval van een breakdown was bij 13 van de 17 pleegkinderen (75%) sprake van traumatische stress, vergeleken met 9 van de 15 pleegkinderen bij wie geen sprake was van een breakdown (60%) tijdens de onderzoeksperiode. Toetsing met behulp van een Chikwadraattoets ($\chi^2(1)=1.01$, $p = 0.32$) laat zien dat er geen significante relatie is tussen traumatische stress bij pleegkinderen en breakdown.

3. Secundaire traumatische stress bij pleegouders

De gemiddelde score van pleegouders op de *Secondary Traumatic Stress Scale* is 24.9 ($SD = 9.2$; range 17-63). Deze score ligt meer dan 1 standaarddeviatie onder de door Bride (2007) aangegeven score van 38 op basis waarvan gedacht kan worden aan PTSS als gevolg van secundaire traumatische stress. Secundaire traumatische stress bij pleegouders is in deze steekproef hiermee dan ook niet aangetoond. Van de totale groep pleegouders hebben 2 pleegouders (komende uit de breakdowngroep) een score die boven de grens van 38 ligt. Beide pleegouders hebben een pleegkind met traumatische stress.

4. De relatie tussen traumatische stress bij pleegkinderen en secundaire traumatische stress bij pleegouders

Met behulp van een T-toets is nagegaan of er sprake is van een relatie tussen traumatische stress bij pleegkinderen en secundaire traumatische stress bij pleegouders. Pleegouders van pleegkinderen met traumatische stress hebben een hogere gemiddelde score op de *Secondary Traumatic Stress Scale* ($M=26.5$; $SD=10.3$) dan pleegouders van

pleegkinderen zonder traumatische stress ($M=21.6$; $SD=4.8$). Dit verschil is echter niet significant ($t(30) = -1.41$, $p=0.17$).

5. *De relatie tussen secundaire traumatische stress bij pleegouders en breakdown*

De relatie tussen secundaire traumatische stress bij pleegouders (STSS) en breakdown is getoetst met een T-toets. Pleegouders van pleegkinderen met een breakdown hebben een hogere score op de *Secondary Traumatic Stress Scale* ($M=26.7$; $SD=10.9$) dan pleegouders van pleegkinderen zonder breakdown tijdens de onderzoeksperiode ($M=22.9$; $SD=6.4$). Dit verschil is echter niet significant ($t(30) = -1.17$, $p=0.25$).

6. *De relatie tussen traumatische stress bij pleegkinderen, secundaire traumatische stress bij pleegouders en breakdown*

Aangezien er geen significante relaties zijn aangetoond tussen 1) traumatische stress bij pleegkinderen en breakdown, 2) traumatische stress bij pleegkinderen en secundaire traumatische stress bij pleegouders, en 3) secundaire traumatische stress bij pleegouders en breakdown werden mogelijk mediërende effecten niet getoetst.

Discussie

Bespreking van de resultaten

Er is geen sprake van een significante relatie tussen traumatische stress bij pleegkinderen, secundaire traumatische stress bij pleegouders en breakdowns. Op basis van dit onderzoek kan dus worden gesteld dat de relaties zoals weergegeven in het conceptuele model niet worden ondersteund door statistisch significante uitkomsten van dit onderzoek. Echter, de kleine aantallen (waarover later meer) rechtvaardigen ons inziens terughoudendheid bij het definitief verwerpen van de diverse (deel)hypotheses die zijn getoetst. Zo is er in dit onderzoek bij 69% van de totale groep pleegkinderen sprake van traumatische stress. Dit sluit aan bij de bevindingen van Grietens et al. (2012) dat er bij een vrij grote groep pleegkinderen sprake is van traumasymptomen. Tevens blijkt dat in de breakdowngroep 76% van de pleegkinderen ouder is dan 12 jaar, wat overeenkomt met eerder onderzoek naar de relatie tussen leeftijd en breakdown (Oosterman et al., 2007; Van Oijen & Strijker, 2010). Opvallend in dit verband is dat in dit onderzoek het aantal pleegkinderen met traumatische stress toeneemt met de leeftijd. Mogelijk betekent dit dat extra ondersteuning niet tijdig wordt ingezet en gedragsproblemen verergeren zoals Goemans (2017) vermoedt.

In het licht van de veronderstelde relatie tussen (secundaire) traumatische stress en breakdowns is het van belang om eveneens stil te staan bij de mogelijke (traumatische) effecten van eerdere breakdowns op pleegouders. Zo hebben in de breakdown-groep 11 van de 17 pleegouders een eerdere breakdown meegemaakt tegenover 4 van de 15 pleegouders in de niet-breakdowngroep. De kans op een breakdown is dus ruim twee keer zo groot indien pleegouders een eerdere breakdown hebben meegemaakt. Wellicht is het probleemgedrag van het huidige pleegkind een trigger die doet denken aan het probleemgedrag van vorige pleegkinderen, wat leidt tot traumatische stress bij pleegouders. Als gevolg hiervan functioneren pleegouders op dergelijke momenten mogelijk niet meer binnen hun window of tolerance (Corrigan et al., 2010) en zien zij geen andere uitweg dan uitplaatsing van het pleegkind. Dit laat zien dat een eerdere breakdown niet alleen vanuit het perspectief van het pleegkind het risico op een volgende

breakdown met zich meebrengt, maar *ook* vanuit het perspectief van de pleegouders. Anders geformuleerd: een eerder meegemaakte breakdown door pleegouders met pleegkind x op moment a is dus mogelijk een risicofactor voor een breakdown met pleegkind y op moment b.

Implicaties voor het werkveld

Bovenstaande benadrukt het belang van preventieve acties om een breakdown te voorkomen. Aangezien gedragsproblemen van negatieve invloed zijn op een breakdown (Oosterman et al., 2007; Van Oijen & Strijker, 2010; Vanderfaellie et al., 2018), gedragsproblemen samenhangen met traumatische stress (Grietens et al., 2012) en het onthouden van behandeling van pleegkinderen een risico vormt op een breakdown (Vanderfaellie et al., 2018) betreft een eerste aanbeveling het conform de richtlijnen behandelen van traumatische stress bij pleegkinderen (Trimbos, 2013; NICE, 2018). Dit vraagt om het nauwgezet volgen van de ontwikkeling van pleegkinderen middels screening en monitoring zoals Goemans (2017) bepleit. Hierbij zou expliciet moeten worden gescreend op traumatische stress, gezien het risico op de onterechte onderschatting ervan (Jonkman et al., 2014). Een tweede aanbeveling betreft dan ook om naast het monitoren van de algehele ontwikkeling van pleegkinderen hen tevens periodiek te screenen op traumatische stress. De Monitor Pleegzorg kan hierbij een bruikbaar hulpmiddel zijn. Hiermee kan onder andere de ontwikkeling van het pleegkind inclusief het risico op een breakdown worden gevolgd (Lekkerkerker, De Baat, & Van Yperen, 2016).

Gezien het gegeven dat in dit onderzoek bij 69% van de pleegkinderen sprake is van traumatische stress heeft de derde aanbeveling betrekking op de ondersteuning van pleegouders in trauma-sensitief opvoeden (Witte, 2018). Pleegzorgaanbieders kunnen pleegouders hierin ondersteunen door hen trauma-specifieke kennis en vaardigheden aan te reiken, zoals het herkennen van traumatische stress bij pleegkinderen en het creëren van een leefklimaat dat ondersteunend is aan traumaverwerking. Een concrete uitwerking hiervan is bijvoorbeeld de training 'Zorgen voor getraumatiseerde kinderen' (Koppens & Van Kregten, 2015).

Het feit dat in deze onderzoeksgroep een breakdown 2,5 keer zo vaak voorkomt bij pleegouders die een eerdere breakdown hebben meegemaakt leidt tot de vierde aanbeveling om deze pleegouders altijd een vorm van nazorg aan te bieden. De methodiekhandleiding pleegzorg (Breg, De Baat, De Lange, Albrecht, & Daamen, 2016) wijst erop dat het onder meer belangrijk is dat er aandacht is voor emoties, erkenning, terugkijken en specifiek vooruitkijken met betrekking tot eventuele toekomstige pleegzorgplaatsingen. Nader onderzoek naar effectieve nazorg voor pleegouders na een breakdown is evenwel gewenst.

Indien pleegouders na een breakdown wederom open staan voor een plaatsing lijkt het tevens aan te bevelen om in het matchingsproces (Spoelstra, De Baat, Ter Meulen, & Vinke, 2017) een eerdere meegemaakte breakdown van pleegouders standaard mee te wegen als risicofactor bij een eventuele volgende plaatsing en de aanpak ervan vervolgens op te nemen in het pleegouderbegeleidingsplan (Breg et al., 2016).

Voorkomen is echter beter dan genezen. Om die reden sluiten we dan ook af met de aanbeveling nader onderzoek te verrichten naar de bevindingen uit dit onderzoek dat een eerdere breakdown van pleegouders een risico lijkt voor een volgende breakdown. Dit om na te gaan of dezelfde trend gevonden wordt in een grotere groep respondenten, om vervolgens mogelijke verklaringen in kaart te brengen op basis waarvan gerichte interventies ingezet of ontwikkeld kunnen worden om een (volgende) breakdown te voorkomen.

Beperkingen van het onderzoek

Ter afsluiting bespreken we hieronder een aantal beperkingen met betrekking tot het onderzoek. Daaraan voorafgaand willen we graag wijzen op het feit dat dit een praktijkgestuurd onderzoek betreft in een lopende groep pleegouders. Het belang van praktijkgestuurd onderzoek is echter niet minder groot zoals blijkt uit de effectladder, een gestructureerde aanpak om te werken aan de verbetering van de effectiviteit van interventies in de jeugdzorg (Van Yperen & Veerman, 2011; Van Yperen, Veerman, & Bijl, 2017).

Desalniettemin betreft een eerste beperking de kleine aantallen deelnemers. Het is goed denkbaar dat dit het uitblijven van significante relaties verklaart. Het moeizaam verkrijgen van grotere aantallen komt mogelijk doordat er rondom een recente breakdown veel zaken geregeld moeten worden die aandacht vragen van pleegouders en pleegzorgwerkers. Daarnaast zou de emotionele impact na een breakdown van invloed kunnen zijn op de bereidwilligheid van pleegouders om deel te nemen aan het onderzoek.

Een tweede beperking heeft betrekking op de wijze waarop de variabele ‘traumatische stress bij het pleegkind’ is geoperationaliseerd. Mogelijk is enkel de aanwezigheid van een diagnose een te grofmazige inschatting voor traumatische stress, met het uitblijven van significantie relaties tot gevolg. Daarnaast brengt deze operationalisatie het risico met zich mee dat pleegouders aangeven dat er bij het pleegkind geen sprake is van traumatische stress terwijl dit mogelijk wel het geval is. Wellicht had een gestandaardiseerde vragenlijst met een continue uitkomstmaat hierin meer verfijning kunnen aanbrengen. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat de eerder genoemde bezwaren met betrekking tot het toevoegen van een dergelijke vragenlijst aan de bestaande digitale vragenlijst hiermee nog niet zouden zijn weggenomen. Als alternatief zou gedacht kunnen worden aan kwalitatief onderzoek om het onderzoeksthema verder te verkennen.

Een derde beperking hangt samen met de definitie van het begrip secundaire traumatische stress. Mogelijk zijn het niet zozeer de traumatische gebeurtenissen die het pleegkind heeft meegemaakt die leiden tot secundaire traumatische stressklachten bij pleegouders, maar het traumagerelateerde *probleemgedrag* van het pleegkind. In dit geval dient men zich af te vragen in hoeverre de mogelijke traumatische stress in dat geval nog een secundair karakter heeft, of dat er sprake is van primaire traumatische stress bij pleegouders die rechtstreeks voortkomt uit het ervaren van het traumagerelateerde probleemgedrag van het pleegkind.

Conclusie

In dit onderzoek is geen significante relatie aangetoond tussen secundaire traumatische stress bij pleegouders, traumatische stress bij hun pleegkind en een breakdown. Wel is gebleken dat er bij 69% van de totale groep pleegkinderen sprake is van traumatische stress en dat een breakdown ruim twee keer zo vaak voorkomt bij *pleegouders* die een eerdere breakdown hebben meegemaakt. Nader onderzoek naar deze trend is gewenst.

Geraadpleegde literatuur

- American Psychiatric Association (2014). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Amsterdam: Boom.
- Beer, R., Verlinden, E., Boer, F., & Lindauer, R. (2011). *Classificatie, screening en diagnostiek van kinderen en adolescenten met traumagerelateerde problematiek*. Amsterdam: De Bascule.
- Breg, A., De Baat, M., De Lange, M., Albrecht, G., & Daamen, W. (2016). *Pleegzorg begeleiden is een vak! Een methodiekhandleiding voor professionals werkzaam binnen de pleegzorg*. Duivendrecht / Utrecht: PI Research, Nederlands Jeugdinstituut.
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work, 52*, 63-70.
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Research on Social Work Practice, 14*, 27-35.
- Corrigan, F.M., Fisher, J.J., & Nutt, D.J. (2010). Autonomic dysregulation and the Window of Tolerance Model of the effects of complex emotional trauma. *Journal of Psychopharmacology, 25*, 17-25.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress*. New York: Brunner/Mazel.
- Goemans, A. (2017). *The development of children in foster care*. Dissertation, Universiteit Leiden.
- Grietens, H., Van Oijen, S., & Ter Huizen, M. (2012). Stressvolle levensgebeurtenissen en traumasymptomen bij pleegkinderen: een verkennend onderzoek in Noord-Nederland. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk, 51*, 16-27.
- Jonkman, C.S., Verlinden, E., Bolle, E.A., Boer, F., & Lindauer, R.J. L. (2014). De gevolgen van kindermishandeling vergeleken met eenmalig trauma: verschillen in traumatische stresssymptomen. *Kind en Adolescent, 35*, 150-164.
- Koppens, L. & Van Kregten, C. (2015). Zorgen voor getraumatiseerde kinderen. Een training voor opvoeders van kinderen met complexe trauma. *Kind & Adolescent Praktijk, 14*, 4-11.
- Lansen, J. (2007). Beschadigde werkbelasting bij traumahulpverlening. In P.G.H. Aarts & W.D. Visser (Red.) *Trauma: diagnostiek en behandeling* (pp 371-391). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lekkerkerker, L. De Baat, M. , & Van Yperen, T. (2016). *Het draait om het kind: Handleiding Monitor Pleegzorg (Opvoedingsvariant)*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Maaskant, A. M. (2016). *Placement Breakdown in Foster Care. Reducing Risks by a Foster Parent Training Program?* Dissertation, Universiteit van Amsterdam.
- Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen 3^e revisie (2013). Utrecht: Trimbos Instituut.
- NICE Guidance Post-traumatic Stress Disorder (2018). National Institute for Health and Care Excellence.
- Okma-Rayzner, C.M. (2006). *Pleegkinderen in conflictsituaties*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Oosterman, M., Schuengel, C.N., Slot, N.W., Bullens, R.A.R., & Doreleijers, T.A.H. (2007). Disruptions in foster care: a review and meta-analysis. *Children and Youth Services Review, 29*, 53-77.
- Patterson, G. (2005). The next generation of PMTO models. *The Behavior Therapist, 28*, 25-32.
- Rodenburg, L. & Tempe, J. (2015). Ik ben mijn kind zo spuugzat. Ouderlijke emotieregulatie

- en nieuwe autoriteit. *Systeemtherapie* 27, 65-81.
- Spoelstra, J., De Baat, M., Ter Meulen, G., & Vinke, A. (2017). *Handboek Methodisch Matchen. Matching van langdurig uithuisgeplaatste jeugdigen aan een pleeggezin of gezinshuis*. ADOC, Nederlands Jeugdinstituut, Gezinspiratieplein.
- Strijker, J., Knorth, E. J., & Knot-Dickscheit, J. (2008). Placement history of foster children: A study of placement history and outcomes in long-term family foster care. *Child Welfare*, 87(5), 107-24.
- Strijker, J. & Zandberg, Tj. (2001). *Matching in de pleegzorg. Hulpvraag versus aanbod*. Amsterdam: SWP.
- Strijker, J., Zandberg, Tj., & Van der Meulen, B.F. (2003). Kinship foster care and foster care in the Netherlands. *Children and Youth Services Review*, 25, 53-77.
- Vanderfaeillie, J., Van Holen, F., Carlier, E., & Franssen, H. (2018). Breakdown of foster care placements in Flanders: incidence and associated factors. *European Child & Adolescence Psychiatry*, 27, 209-220.
- Vanderfaeillie, J., Vanschoonlandt, F., Van Holen, F., De Maeyer, S., & Robberechts, M. (2014). Traumatische gebeurtenissen en traumatische stresssymptomen bij pleegkinderen: een verkennende studie in Vlaanderen. *Kind en Adolescent*, 35, 135-149.
- Vanderfaeillie, J., Van Holen, F., & Trogh, L. (2009). De invloed van gedragsproblemen op het opvoedgedrag van pleegmoeders. *Kind en Adolescent*, 30, 108-121.
- Van Grinsven, F. & Holdorp, J. (2015). *Trauma-georiënteerde hulp voor kinderen met complex trauma in gezinsvervangende woonsituaties: Kennisdocument voor professionals in pleegzorg, gezinshuizen en residentiële woonvormen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Van Oijen, S. (2010). *Resultaat van pleegzorgplaatsingen: Een onderzoek naar breakdown en de ontwikkeling van adolescentie pleegkinderen bij langdurige pleegzorgplaatsingen*. Dissertatie, Rijksuniversiteit Groningen.
- Van Oijen, S. & Strijker, P. (2010). Het verplaatsen van kinderen. In P.M. van den Bergh & A.M. Weterings (Red.), *Pleegzorg in perspectief. Ontwikkelingen in theorie en praktijk*. (pp.195-209). Assen: Van Gorcum.
- Van Oijen, S. (2012). Voorspellen van breakdown bij pleegzorgplaatsingen van adolescentie pleegkinderen. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 51, 28-46.
- Vanschoonlandt, F., Vanderfaeillie, J., Van Holen, F., De Maeyer, S., & Andries, C. (2012). Kinship and non-kinship foster care: Differences in contact with parents and foster child's mental health problems. *Children and Youth Services Review*, 34, 1533-1539
- Vanschoonlandt, F., Vanderfaeillie, J., Van Holen, F., De Maeyer, S. & Robberechts, M. (2014). De effecten op traumatische stressproblemen van een pleegouderinterventie voor kinderen met externaliserende gedragsproblemen. *Kind en Adolescent*, 35, 189-204.
- Van Yperen, T.A. & Veerman, J.W. (2011). Jeugdzorg op de ladder. *Kind en Adolescent* 32, 119-122.
- Van Yperen, T. A., Veerman, J. W., & Bijl, B. (2017). Naar meer effect: Resultaatgerichte ontwikkeling van interventies. In T.A. van Yperen, J.W. Veerman, & B. Bijl (Red.) (2017). *Zicht op effectiviteit: Handboek voor resultaatgerichte ontwikkeling van interventies in de jeugdsector* (pp.17-52). Rotterdam: Lemniscaat.
- Verhulst, F.C., Van der Ende, J. (2013). *Handleiding ASEBA-Vragenlijsten voor leeftijden 6 t/m 18 jaar: CBCL/6-18, YSR en TRF*. Rotterdam: ASEBA Nederland.
- Visser, I. (2014). *Safer Caring. Een nulmeting van secundaire traumatische stress bij pleegouders*. Masterthesis, Rijksuniversiteit Groningen.
- Witte, E. (2018). *Hoe begeleid je kinderen en jongeren met complex trauma in*

gezinsvervangende woonsituaties? Handvatten voor jeugdprofessionals en pleeg- en gezinshuisouders. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.