

De rubriek Forum staat ter beschikking van iedereen die reacties, reflecties of standpunten wil kenbaar maken. Het is een plaats van open communicatie. Artikels en berichten staan onder de verantwoordelijkheid van de auteur(s) of de dienst die ze opstelde. Het gaat hier niet over standpunten van een sector.

■ Begeleidingsnoden bij adopties van kinderen met een 'special need'

Dit artikel biedt een overzicht van de verschillende facetten van adoptiezorg bij kinderen met een 'special need' en hun familie. We zetten de adoptiekanaalen voor special needs op een rij en bekijken de situatie in Vlaanderen. Ook bij reguliere adopties komen meer dan eens aandoeningen aan het licht die een behandeling of medische opvolging vereisen. De ouders zijn in dat geval helemaal niet voorbereid op hun taak als verzorger. Evenzo komen ouders bij goed voorbereide special need-adopties voor verrassingen te staan wanneer blijkt dat de medische gegevens uit het herkomstland niet correct zijn. Soms valt het positief uit, met lichtere aandoeningen dan verwacht. Maar soms is de pathologie ook duidelijk ernstiger en overstijgt de zwaarte van de zorg de draagkracht van het gezin.

In deze tekst houdt dr. Harald De Cauwer een pleidooi voor een betere uitbouw van de adoptieazorg in Vlaanderen. Hulpverleners moeten vol-

doende onderlegd zijn om ouders en kinderen te begeleiden en te verwijzen naar de juiste gezinsondersteunende diensten.

Inleiding

De toepassing van het Verdrag van Den Haag inzake de bescherming van kinderen en de samenwerking op het gebied van de interlandelijke adoptie (29 mei 1993) heeft in de verschillende herkomstlanden geresulteerd in meer aandacht voor binnenlandse adoptie. Weeshuiskinderen krijgen sindsdien dus meer kansen om in eigen land te blijven en toch met zorg en liefde te worden opgevoed in gezinsverband. Ook een gunstiger economisch klimaat en dus relatief minder armoede zorgen in landen als China en Rusland voor minder instroom van kinderen in weeshuizen.

Desondanks blijven ongunstige socio-economische factoren een rol spelen bij 'onvrijwillige' afstand van kinderen of bij het uit ouderlijke macht ontzetten van ouders. In Polen, Rusland en de ex-Sovjetrepublieken worden vele kinderen voor interlandelijke adoptie vrijgegeven, nadat

hun ouders uit de ouderlijke macht werden ontheven wegens ernstige kinderverwaarlozing, ethylisme, druggebruik, prostitutie, enz. In China zijn er geen data beschikbaar over de reden waarom ouders hun baby te vondeling leggen. Ongewenste zwangerschappen bij immigranten uit armere provincies, werkverlies in een systeem zonder enige sociale ondersteuning, geboorte van een meisje in een land waar (tenzij voor ethnische minderheden en in sommige rurale gebieden) nog altijd de éénkind-regel geldt en jongens primeren, zijn maar enkele van de oorzaken van het grote aantal weeshuiskinderen. Zo riskeren moeders een boete van zeker één jaarloon mochten ze toch een kind 'in overtal' baren. In veel Afrikaanse landen ten slotte zijn er heel wat HIV-wezen die een liefdevolle familie zoeken.

Er blijven blijkbaar, ondanks het Verdrag van Den Haag, heel wat kinderen met een medische aandoening (of oudere kinderen) in de kou staan. Het aandeel van zogenaamde *special needs adopties* bij interlandelijke adopties neemt dan ook significant toe.

Special needs adopties

De definitie van special need verschilt van (herkomst)land tot land en hangt ook samen met regionale en culturele aspecten. Hieronder een overzicht van de verschillende adoptiekanalen voor special needs:

Interlandelijke special needs adopties

In sommige landen zijn er twee aparte procedures voor interlandelijke adoptie: reguliere adopties en special needs adopties. De kinderen op de lijst van special needs adoptie hebben een zeer verschillende achtergrond. In China bijvoorbeeld gaat het om kinderen die de meest uiteenlopende medische aandoening hebben: een visuele beperking, het ontbreken van een lidmaat, urogenitale afwijkingen, een motorische beperking, een gespleten verhemelte, congenitale hartaandoeningen, spina bifida, congenitale doofheid, scoliosis, klompvoeten, multi-orgaanlijden in het kader van congenitale syndromen, enz. Ook oudere kinderen zonder duidelijke medische pathologie komen op de lijst te staan wegens moeilijk plaatsbaar in eigen land. Een studie bij Chinese kinderen met een special need die door Amerikaanse ouders werden geadopteerd, wees uit dat het merendeel een gespleten verhemelte had, gevolgd door congenitaal hartlijden en andere 'zichtbare aandoeningen' (bv. hypospadias, cataract, strabisme, afwijkingen of ontbreken van hand, vingers, tenen, oorschelp) (Tan, Marfo & Dedrick, 2007). Een overzicht uit 2007 van kinderen die vanuit China naar Nederland kwamen, beschreef toen slechts acht kinderen met 'special needs', een duidelijke minderheid (3,1%) in de totale adoptiegroep. Vier hadden een schisis, drie een ledemaat-

afwijking en één een ventrikelseptum-defect (Bontemps, 2007).

In Nederland is het kanaal China sinds mei 2008 uitsluitend gereserveerd voor special needs kinderen en zijn de reguliere adopties gestopt (www.wereldkinderen.nl). In 2009 kwamen via de Vlaamse adoptiedienst Horizon een zevental kinderen met special needs uit China naar Vlaanderen: twee met een hartaandoening, twee met een neurologische, één met een orthopedische en één met een urogenitale aandoening, en één met schisis (persoonlijke mededeling Horizon). Nadien werden de adopties uit China overgenomen door de adoptiedienst Ray of Hope.

Voor het kanaal Polen, zo vernemen we via de adoptiedienst Het Kleine Mirakel, gaat het vrijwel uitsluitend om kinderen met ernstige aandoeningen die zeer veel zorg vereisen. Bij een aantal van deze kinderen gaat het om foetaal alcoholyndroom met microcefalie, gedragsstoornissen en ontwikkelingsachterstand, met ook potentieel moeilijke hechting. Bij andere kinderen zijn er tevens ernstige medische problemen, meestal in het kader van congenitale syndromen, waarover later meer. Het gaat meestal om kinderen die extra verpleegkundige zorgen vereisen wegens tracheacanule, PEG-sonde e.d. (eigen data).

Bij Russische adoptiekinderen (voorheen via de adoptiedienst Horizon,

kanal gesloten sinds 2010) is bij kinderen met groei- en ontwikkelingsachterstand onderliggend het foetaal alcoholyndroom niet onfrequent.

Ook uit andere herkomstlanden komt de vraag naar kandidaat-adoptieouders voor kinderen met een special need (bv. Kazachstan, kanaal onder-tussen ook gesloten). Voor dit laatste kanaal was er in de medische dossiers meestal sprake van ernstige neurologische aandoeningen, die echter (gelukkig maar) meestal niet konden worden bevestigd. Ook hier waren er toch wat kinderen met gespleten verhemelte, klompvoeten e.d. die ter adoptie werden aangeboden. Tevens kwamen enkele kinderen met ernstige hechtingsstoornissen (wellicht op basis van foetaal alcoholyndroom) in Vlaamse gezinnen terecht. Ook siblings werden tot de special needs gerekend, omdat zij in eigen land moeilijker plaatsbaar waren (Kind & Gezin, 2008).

Binnenlandse special needs adopties in Vlaanderen

In Vlaanderen zijn er vijf erkende binnenlandse adoptiediensten: Adoptiedienst De Mutsaard, Adoptiedienst Gewenst kind, Adoptiedienst Stedelijk Ziekenhuis Roeselare, Adoptiedienst Sociaal Centrum De Visserij en het Gents Adoptiecentrum. Samen realiseerden deze 22 adopties in 2006, 32 adopties in 2007 en 29 adopties in 2008 (Kind & Gezin, 2008). Een speciale groep hierin zijn de kinde-

ren met een beperking, waarvoor de bemiddeling een aparte benadering vraagt. Veelal gaat het hier dan om kinderen met het syndroom van Down.

Binnenlandse special needs adoptie in Amerika en Groot-Brittannië

In de Verenigde Staten worden van overheidswege enkele criteria gehanteerd voor special needs adoptie. De 'stempel' special need impliceert dat er extra overheidssubsidies kunnen worden aangewend en dat de adoptieouders een beroep kunnen doen op fiscale voordelen (NRCA, s.d.). Special needs omvat verschillende categorieën: (1) medische handicaps, (2) ras, (3) leeftijd, (4) sibling status, en (5) risico's op lange termijn.

Medische handicaps omvatten mentale, fysische of emotionele (bv. gedragsstoornissen) problemen en aandoeningen. Wat betreft *ras* geraken in de VS in sommige staten Afro-Amerikaanse jongetjes moeilijker geplaatst. Ze worden dan ook als special need beschouwd. In andere staten worden ook andere minderheden als special need beschouwd (bv. Hispanics), meestal vanaf drie jaar. Wat betreft *leeftijd* worden in verschillende staten andere cut off-waarden gebruikt van het ter adoptie afgestane kind, gaande van 5 tot 8 jaar. *Siblings* zijn ook moeilijker te plaatsen, tenzij jonge, 'blanke' peuters. Dit kan soms ook van staat tot staat verschillen. Bij kinderen met een

verhoogd *risico* gaat het om baby's die het slachtoffer waren van verwaarlozing, misbruik of waarbij de moeders alcohol/drugs gebruikten tijdens de zwangerschap of waarbij er een genetische predispositie is voor bijvoorbeeld psychiatrische aandoeningen. Voor deze laatste categorie wordt de subsidiëring soms pas een feit wanneer zich effectief problemen stellen tijdens de opvolgingsperiode.

De British Association for Adoption & Fostering ten slotte maakt een onderscheid tussen gewone adopties en adopties van kinderen met medische aandoeningen, siblings en minderheidsgroepen (kinderen van Aziatische of Afrikaanse origine) (BAAF, 1999).

'Verborgene gebreken' bij reguliere adopties

Ook bij de reguliere adopties komen soms (meestal niet in het medisch dossier vermelde) aandoeningen voor die al dan niet een behandeling of medische opvolging vereisen. Dit is deels te verklaren doordat bij adoptiekinderen en kinderen in de kindertzorg/weeshuizen medische aandoeningen frequenter voorkomen dan bij in eigen gezin opgevoede kinderen (Bramlett, Radel & Blumberg, 2007; Ringeisen, Casanueva, Urato & Cross, 2008). Er is echter geen verschil tussen binnenlands en interlandelijk geadopteerden. Er is wel een groot verschil naargelang het herkomstland: adoptiekinderen afkomstig uit de ex-Sovjetrepublieken

vertonen meer medische aandoeningen (Kreider & Cohen, 2009).

In een Nederlandse studie bij adoptiekinderen uit 'reguliere kanalen' werd bij 15 kinderen (6 %) een hartruis gehoord. Bij twee kinderen was er een ASD/VSD, bij één was dit al van tevoren bekend. Hepato(spleno)megalie werd bij 11 kinderen (4 %) gediagnosticeerd. Bij 24 kinderen (9 %) waren er afwijkingen in het bewegingsapparaat (genua varua, syndactylie en hyper- of hypotonie). Zes kinderen (2,3 %) werden verdacht van rachitis. Zestien kinderen (7 %) waren psychomotorisch geretardeerd (Bontemps e.a., 2007).

Persoonlijke ervaring bij de begeleiding van interlandelijke adoptiekinderen leert dat bij een minderheid van de kinderen ernstige medische aandoeningen worden gevonden. Zo had één Chinees meisje een congenitale hartaandoening (valvulaire en supra-valvulaire pulmonaalklepstenose) waarvoor ballondilatatie nodig was. Eén jongen uit Kazachstan had klinische tekens van foetaal alcoholyndroom (microcefalie, ribafwijking, korte vingers, dunne bovenlip). Bij anderen werden pathologieën gevonden die weinig impact hebben: bv. thalassemie bij twee meisjes uit China, vitamine D-deficiëntie (vooral bij kinderen uit Ethiopië) en subklinische hypothyroidie (persoonlijke niet-gepubliceerde data). Een jongen uit Kazachstan had een ernstige ontwikkelingsachterstand in het kader van cerebral palsy. Bij adop-

tiekinderen, vooral uit ex-Sovjetrepublieken, worden frequent gedrags- en leerproblemen gemeld. In deze gevallen zijn de ouders niet voorbereid op de extra medische zorgen.

Juistheid van adoptiedossiers

Bij special needs dossiers worden de ouders vooraf op de hoogte gesteld van de medische gegevens van hun toekomstige kind. In de verklaring van de tweede speciale commissie voor de uitvoering van het Verdrag van Den Haag, gehouden van 17 tot 23 september 2005, wordt trouwens het belang erkend van samenwerking tussen de autoriteiten van de landen van herkomst en de receptorlanden voor adoptabele kinderen met special needs, én het ter beschikking stellen van gedetailleerde informatie over de speciale behoeften van deze kinderen (PBHCPIL, 2006).

In de (beperkte) literatuur wordt de juistheid van de medische dossiers bij special needs adopties in vraag gesteld. De cijfers lopen uiteen. In een Amerikaanse studie kon bij bijna vijf procent (6 kinderen) de zogenaamde special need (bijvoorbeeld hartaandoening) niet worden bevestigd (Tan, Marfo & Dedrick, 2007). Bij andere kinderen wordt dan weer een ernstiger onderliggende pathologie vastgesteld, zoals blijkt uit een recente Spaanse publicatie die wijst op de incorrecte medische gegevens bij dossiers uit

China. Gonzalvo (2007) wijst erop dat ouders enkel weloverwogen een special needs adoptiekind kunnen aanvaarden als ze volledig inzicht hebben in het medische dossier, de onderzoeksresultaten en het ontwikkelingsrapport.

Persoonlijke ervaring toont gelijklopende bevindingen. Zo zag ik vier Chinese adoptiekinderen met een special need. Bij drie ervan waren er minder ernstige afwijkingen dan aangegeven in het dossier uit China. Bij één meisje met een congenitale hartaandoening (atriumseptumdefect) kon de diagnose niet worden bevestigd. Ook bij een jongen met urogenitale aandoening bleek de aandoening minder ernstig dan weergegeven in het medisch dossier. Bij een jongen met neurologische aandoening was er een ernstige verbale en grof- en fijnmotorische achterstand. Bij een andere jongen met enkel zogenaamde orthopedische problematiek bleken de afwijkingen dan weer veel ernstiger dan beschreven en te kaderen in een in China niet gediagnosticeerde congenitale aandoening met ernstige wervel- en ribafwijkingen, alsook een mentale achterstand.

In dergelijke gevallen is het niet eenvoudig voor de hulpverlener om een degelijk, onderbouwd advies te geven bij de bespreking van het medisch dossier van een ter adoptie voorgesteld kind. Het is evenmin makkelijk voor de kandidaat-adoptieouders om een beslissing te nemen om een kind al dan

niet te adopteren en in te schatten of de draagkracht van het gezin voldoet. Zelfs video-opnames van het voorgesteld kind zijn niet sensitief genoeg om bepaalde aandoeningen of ontwikkelingsachterstand aan te duiden (Boone, Hostetter & Weitzmann, 2003).

Dit leidt ertoe dat vele ouders een kindvoorstel weigeren, bijvoorbeeld wegens HIV- of hepatitisbesmetting, ernstige ondervoeding of ontwikkelingsachterstand, kenmerken die kunnen passen bij foetaal alcoholyndroom, enz. Een Israëlische studie (Diamond e.a., 2003) vermeldt dat 22 procent van de kindvoorstellen werden geweigerd door kandidaat-adoptieouders.

Niet-gepubliceerde data van het Steunpunt Adoptieazorg toont dat 85 procent van de ouders die een kind uit Kazachstan adopteerden, minstens één eerder voorgesteld dossier weigerden (persoonlijke mededeling).

Medische begeleiding bij special needs adopties: nog onvoldoende uitgebouwd in Vlaanderen

Niet alleen adoptiekinderen maar ook adoptieouders en hun omgeving verdienen de nodige aandacht in adoptieazorg. Adoptie zorgt voor stress bij het adoptiekind door de immense verandering (afscheid van weeshuis, nieuwe ouders leren kennen, een verre reis naar onbekende bestemming,

'thuiskomen' in een vreemde omgeving, het aanleren van een nieuwe taal, een schare nieuwe mensen ontmoeten, enz.). Ook ouders hebben stress. Ze hebben een soms afmattende procedure en lange wachtperiode achter de rug en zijn onzeker over de al dan niet goede hechting met hun kind, enz. De intensiteit van stress bij adoptieouders lijkt gecorreleerd aan het adaptatievermogen van de ouders en het gedrag van hun kind (Palacios, 2006; McGlone, Santos, Kazama, Fong & Mueller, 2002).

Recente literatuur toont aan dat depressiesymptomen bij adoptiemoeders frequent voorkomen (15 à 28 %), zowel tijdens de adoptieprocedure als na de adoptie. De auteurs maken gewag van een post-adoptiedepressiesyndroom, naar analogie met het postnatale depressiesyndroom. In één studie lijken de kenmerken van post-adoptiedepressie echter terug af te nemen in vergelijking met de pre-adoptiefase, mogelijk door het wegvallen van oncontroleerbare stressfactoren tijdens de soms lange wachttijd (Payne, Fields, Meuchel, Jaffe & Jha, 2010; Foli, South & Lim, 2012).

Een Amerikaanse studie vond gelijklopende frequenties van postnatale en postadoptiedepressie. Na de adoptie werden meer depressiekenmerken gevonden, maar minder angstgevoelens. Er was ook een hoger algemeen welbevinden (Mott, Schiller, Richards, O'Hara & Stuart, 2011).

In hoeverre het weigeren van een kindvoorstel depressie, schuldgevoelens en angst in de hand werkt, werd nog niet onderzocht. Wel rapporteren ouders dat ze op dat ogenblik bij de adoptiedienst, familie en hulpverleners soms op onbegrip en negatieve reacties stoten (persoonlijke data en mededelingen).

Gelukkig komen de meeste adoptiekinderen terecht in een stabiele gezinsomgeving (wellicht mede door de screening van kandidaat-adoptieouders) die de nodige aandacht en opvolging garandeert. Zo vond een Amerikaanse studie dat adoptiekinderen meer medische zorg en omkadering vergen, maar dat ze een betere toegang hadden tot het zorgsysteem en konden genieten van een (privé)-ziekteverzekering (Bramlett, Radcliff & Blumberg, 2007).

Desondanks tonen studies aan dat adoptieouders vooral gebrek aan gestructureerde hulp en nazorg aanklagen. Sommigen weten niet waarheen met hun vragen en mogelijke opvoedings- en medische problemen. Ook vinden vele adoptieouders dat hulpverleners onvoldoende adoptie-alert zijn (Molinari & Freeborn, 2006; Buysse & Vandenbroek, 2010).

Vooraf voor special needs adopties is er nog geen specifieke nazorg uitgebouwd. Nochtans wordt de nood hieraan duidelijk erkend door de onderzoekers. Slechts enkele jaren geleden erkende de American Academy of

Pediatrics de noodzaak voor een betere begeleiding van (biologische) kinderen met een special need: hulpverleners moeten voldoende onderlegd zijn om ouders en kinderen te begeleiden en als hulpcoördinator te verwijzen naar de juiste gezinsondersteunende diensten (Johnson & Kastner, 2006).

Besluit

'Special needs' is een ruim begrip, niet alleen beperkt tot medische aandoeningen en 'zichtbare' beperkingen. Vanuit het standpunt van het kind bekeken is een special need: Wat zijn mijn kansen op goede, liefhebbende ouders in eigen cultuur of in een verland? Zowel in herkomstlanden in het kader van interlandelijke adoptie als in Amerika en Groot-Brittannië in het kader van binnenlandse adoptie worden special needs dan ook ruim geïnterpreteerd en afgestemd op de 'adopteerbaarheid' van kinderen met een minder gunstig profiel. Dit kan sterk wisselend zijn van staat tot staat, afhankelijk van gebruiken, standaarden, religieuze opvattingen en sociale factoren.

Naast kinderen met duidelijke visuele of motorische beperkingen of congenitale hartaandoeningen, voldoen in praktijk heel wat kinderen aan de Amerikaanse criteria voor een 'verhoogd risico': door verblijf in een weeshuis is er bij vele kinderen een groeien ontwikkelingsachterstand (dit geldt voor elk herkomstland), in Ethiopië

zijn er kinderen met een HIV-besmette moeder, in Rusland, Kazachstan en Polen zijn er heel wat kinderen waarbij moeder alcohol- en/of drugsverslaafd was en waarbij de ouder(s) uit de ouderlijke macht werd(en) ontzet wegens kinderverwaarlozing. In landen als China ontbreekt meestal informatie over biologische ouders, zodat het risicoprofiel moeilijk te bepalen is. Voor vele ex-weeshuiskinderen geldt op lange termijn een risico op leerstoornissen, hechtingsproblemen, vervroegde puberteit, enz. Deze zijn onvoorspelbaar op het ogenblik van de adoptie.

Elk adoptiekind heeft op die manier een potentieel risico, zodat je als ouder en als overheid aandacht moet blijven houden voor nazorg en opvolging, net zoals elk biologisch kind door genetische, milieu- en verworven factoren een potentieel risico met zich meedraagt en ook tijdens het opgroeien door huisarts, kinderarts, Kind & Gezin, CLB, CAR of COS wordt opgevolgd.

Persoonlijke ervaring leert dat heel wat ouders vooral met vragen zitten vóór de adoptie of tijdens het verblijf in het herkomstland van dochter of zoon. Ook nadien zijn er stressvolle situaties waarbij de nodige steun en begeleiding gewenst is. Postadoptiedepressie is een nog onderkend probleem.

Een goede medische omkadering en begeleiding voor en na de adoptie

moet zeker verder worden uitgebouwd, zodat de kandidaat-adoptieouders de adoptie beter voorbereid en geïnformeerd kunnen aanvatten, zowel bij reguliere als special needs adopties. Zeker bij special needs adopties moet er een degelijke voorbereiding én nazorg worden voorzien, aangepast aan het kindprofiel (met een realistische inschatting van de zorgzwaarte van het voorgestelde kind) en aan de draagkracht van het gezin.

Op die manier vallen enkel nog de ouders en kinderen uit de boot met een niet in het herkomstland gediagnosticeerde 'special need', want zij krijgen geen speciale opleiding en begeleiding in aanloop naar de adoptie en staan plotsklaps voor een soms uitzichtloze situatie. Ook voor hen zou de hulpverlening een gepast antwoord moeten kunnen bieden.

Dr. Harald De Cauwer
(dienst neurologie, AZ Sint-Dimpna Geel)
Contactadres:
dr.harald.decauwer@azstdimpna.be

Referenties

- Bontemps, S., Coolen, J., Tjon, A., Ten, W., Runne, M., Mulder, J., & Pelleboer, R. (2007). Recente gegevens bij medische screening van buitenlandse adoptiekinderen. *Tijdschrift voor Kindergeneeskunde*, *75*, 133-138.
- Boone, J.L., Hostetter, M.K., & Weitzman, C.C. (2003). The predictive accuracy of pre-adoption video review in adoptees from Russian and Eastern European orphanages. *Clinical Pediatrics*, *42*, 585-590.
- Bramlett, M.D., Radel, L.F., & Blumberg, S.J. (2007). The health and well-being of adopted children. *Pediatrics*, *119*, S54-60.
- British Association for Adoption & Fostering (BAAF) (1999). Disabled children who are looked after. Local authority survey 1999. www.baaf.org.uk/about/projects/openingdoors/researchsummary.pdf
- Buysse, A., & Vandenbroeck, M. (2010). Focusgroeponderzoek 'nazorg adoptie'. www.steunpuntadoptie.be/rapport%20nazorg%20en%20adoptie.pdf
- Diamond, G.W., Senecky, Y., Schurr, D., Zuckerman, J., Inbar, D., Eidelman, A., & Cohen, H.J. (2003). Pre-placement screening in international adoption. *Israel Medical Association Journal*, *5*, 763-766.
- Foli, K.J., South, S.C., & Lim, E. (2012). Rates and predictors of depression in adoptive mothers. *Advances in Nursing Science*, *35*, 51-63.
- Johnson, C.P., & Kastner, T.A. (American Academy of Pediatrics Committee/Section on Children With Disabilities) (2006). Helping families raise children with special health care needs at home. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *44*, 28-34.
- Kind & Gezin (2008). Activiteitenverslag 2008. Vlaamse centrale autoriteit. www.kindengezin.be/Images/Activiteitenverslag-2008-adoptie_tcm149-62874.pdf
- Kreider, R.M., & Cohen, P.N. (2009). Disability among internationally adopted children in the United States. *Pediatrics*, *124*, 1311-1318.
- McGlone, K., Santos, L., Kazama, L., Fong, R., & Mueller, C. (2002). Psychological stress in adoptive parents of special-needs children. *Child Welfare*, *8*, 151-171.
- Molinari, D.L., & Freeborn, D. (2006). Social support needs of families adopting special needs children. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *44*, 28-34.

Mott, S.L., Schiller, C.E., Richards, J.G., O'Hara, M.W., & Stuart, S. (2011). Depression and anxiety among postpartum and adoptive mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 14, 335-343.

National Resource Center for Adoption (NRCA) (s.d.). *Special needs adoptions: How States define special needs*. www.nrcadoption.org/resources/prac/SpecialNeedsAdoption.pdf

Olivan-Gonzalvo, G. (2007). Adoption in China of children with special needs: the 'green passage'. *Pediatric Annals (Barcelona)*, 67, 374-377.

Palacios, J. (2006). Stress in parents of adopted children. *International Journal of Behavioral Development*, 30, 481-487.

Payne, J.L., Fields, E.S., Meuchel, J.M., Jaffe, C.J., & Jha, M. (2010). Post-adoption depression. *Archives of Women's Mental Health*, 13, 147-151.

Permanent Bureau of the Hague Conference on Private International Law (PBHCPIL) (2006). *The intercountry adoption process under the Convention. Children with special needs. Report and conclusions of the second Special Commission on the practical operation of the Hague Convention of 29 May 1993 on protection of children and co-operation in respect of intercountry adoption (17-23/09/2005)*. The Hague: HCCH, 08/2006, 34-35.

Ringeisen, H., Casanueva, C., Urato, M., & Cross, T. (2008). Special health care needs among children in the child welfare system. *Pediatrics*, 122, e232-241.

Senecky, Y., Agassi, H., Inbar, D., Horesh, N., Diamond, G., Bergman, Y.S., & Apter, A. (2009). Post-adoption depression among adoptive mothers. *Journal of Affective Disorders*, 115, 62-68.

Tan, T.X., Marfo, K., & Dedrick, R.F. (2007). Special needs adoption from China: Exploring child-level indicators, adoptive family characteristics, and correlates of behavioral adjustment. *Children and Youth Services Review*, 29, 1269-1285.

■ DCD-congres 3: een update

Op 18 december a.s. vindt in het UZ Gent het derde DCD-congres plaats, een organisatie van de Universiteit Gent en Arteveldehogeschool i.s.m. Sig en Dyspraxis vzw.

In 2005 en 2007 hadden de twee eerste symposia rond Developmental Coordination Disorder plaats in Gent. Tijd voor een update! DCD-3 biedt in de voormiddag de mogelijkheid om op de hoogte te blijven van recent uitgeschreven Europese richtlijnen, vroegtijdige herkenning en instrumenten om diagnostiek en behandeling meer te richten op activiteiten dan op onderliggende stoornissen. In de namiddag is er een uitgebreid aanbod van praktijkgerichte workshops. Er wordt gewerkt in kleine groepen van 20 tot 30 personen. Het aantal plaatsen per workshop is dus beperkt en snel inschrijven is de boodschap.

Op het plenaire programma staan: 'Understanding children with DCD – where have we got to in 2012?' (prof. Sheila Henderson), 'Task oriented therapy' (dr. Dido Green), 'Vroegtijdige herkenning van DCD' (dr. Ann Oostra), 'Het foto-interview als instrument om de hulpvraag van het kind in kaart te brengen' (Jennifer Dennison en Annelies de Hoop) en 'DCD Daily: een instrument om dagelijkse activiteiten te meten' (Berdien Van der Linde)