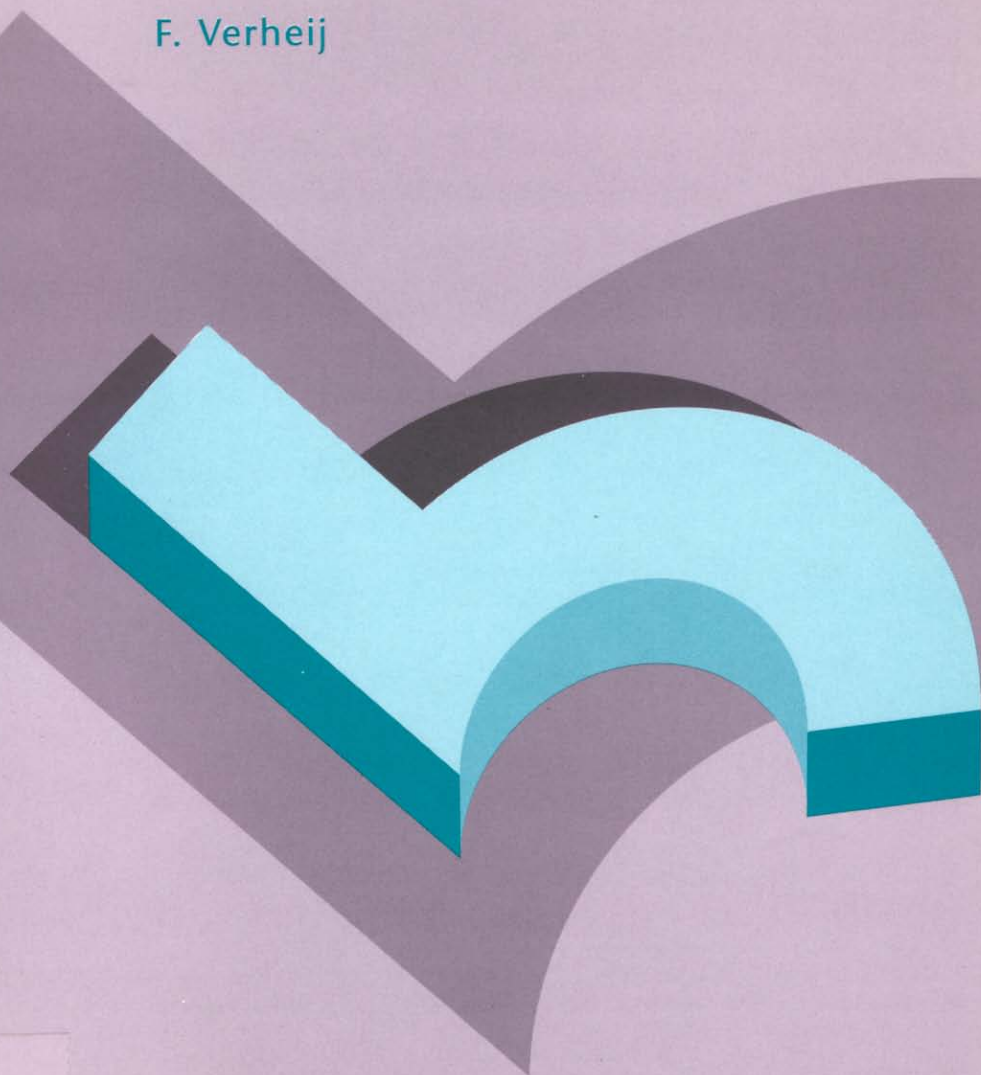


Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie

Als het vanzelfsprekende ontbreekt

F. Verheij



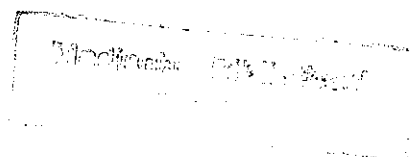
MEDISCHE BIBLIOTHEEK EUR



01 9600 0001 8428

Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie

Als het vanzelfsprekende ontbreekt



Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie

Als het vanzelfsprekende ontbreekt

Rede

op donderdag 12 januari 1995 in verkorte vorm uitgesproken bij de openbare aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar op het gebied van de Kinder- en Jeugdpsychiatrie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam ter vervulling van de bijzondere leerstoel gevestigd vanwege het Academisch Ziekenhuis Rotterdam

door

Dr. F. Verheij

geboren 16 oktober 1949

te

Rotterdam-Pernis



1995 Van Gorcum

© Dr. F. Verheij

1995 Van Gorcum & Comp. B.V., Postbus 43, 9400 AA Assen

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j^o het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Verheij, F.

Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie; Als het vanzelfsprekende ontbreekt / F. Verheij. Assen: Van Gorcum.

NUGI 744

Trefw.: Kinder- en Jeugdpsychiatrie

ISBN 90 232 2984 3

*Mijnheer de Rector Magnificus,
Leden van de Raden of Colleges van Bestuur en Toezicht,
Leden van de wetenschappelijke staf,
Medewerkers, collega's, familie,
Vrienden en andere belangstellenden,*

De benoeming

De academische kinder- en jeugdpsychiatrie in Rotterdam is jong. Prof. Dr D. de Levita (1969-1974) en Prof. Dr J.A.R. Sanders-Woudstra (1974-1987) waren hoogleraar-afdelingshoofd. Prof. Dr F.C. Verhulst vervult deze functie sedertdien. Het is zeer eervol om op 1 april 1994 als vierde te Rotterdam benoemd te zijn tot hoogleraar op het gebied van de kinder- en jeugdpsychiatrie: na de man die met zijn colleges over Erikson bij mij de snaar voor het vak raakten, na de vrouw die ik als mijn leermeester beschouw (en bij wie ik tien jaar werkte) en nu naast en complementair aan de man die onze toonaangevende wetenschappelijk onderzoeker is.

De gewenning

Toch was het wennen. Kinder- en jeugdpsychiatrie is grotendeels ontwikkelingspsychiatrie. De ontwikkeling van mijn gewenning wil ik in vier stappen verklaren. Vervolgens zal ik als 'clinical professor of child and adolescent psychiatry' mijn werkdomein, waarbinnen zo vaak het vanzelfsprekende ontbreekt, toelichten.

Inleiding vanuit de persoon

VEERTIG JAAR GELEDEN

Mijn beide ouders groeiden op in gezinnen met armoede waarbij hard werken een noodzaak was om te kunnen overleven. Ook in het eerste deel van mijn jeugd, de jaren vijftig, was het nog passen en meten. Ik wist daarom wel wat ik wilde worden: boer of aannemer.

Zoals de meeste vier- tot zesjarigen bombardeerde ik mijn omgeving geregeld met ontelbare "waarom"-vragen. Mijn ouders gaven vaak antwoord, maar soms was de pijp leeg: "Je hoeft geen professor te worden" en "Hou nou maar eens op met vragen, professor" waren stopzinnen. Zinnen die mij er niet direct van overtuigden dat ik het lonkend perspectief van boer of aannemer zou moeten inwisselen voor een professoraat.

Toch suggereerde Quod Novum van 16 februari 1994 dat ik actief de leerstoel zocht. De cartoon spreekt voor zich.

Reeds voorzien van toga en baret acht ik een leerstoel te koop. Er moeten mensen voor minder af- of terugtreden.

Ook het onderschrift "Professor wacht op leerstoel" in plaats van "Doctor wacht op leerstoel" is voor diverse uitleg vatbaar.



Professor wacht op leerstoel

TWINTIG JAAR GELEDEN

Als psychiater in opleiding in het Deltaziekenhuis te Poortugaal relateerde de ervaren psychiater Flohil het hoogleraarschap, anders dan de opvoeders van mijn jeugd, aan mijn persoon. Hij gaf me een door mij niet vergeten levensles.

Teneinde ongeveer dertig à veertig patiënten gericht aandacht te kunnen geven ordende ik, met behulp van een schema dat op zaal hing, mijn gespreks- en psychotherapiecontacten. Een vastgelegde beschikbaarheid voor patiënten was uitzonderlijk, doorbrak tradities. Ik haalde er in 1976 de Gekkenkrant mee.

De reactie van Flohil op het schema, enigszins brommend geuit, was dat zo iemand eens professor zou worden.

Waarschijnlijk niet op dat, maar op een ander moment, vertelde hij mij het verhaal van de jonge arts-assistent. Het was vlak na de oorlog op Maasoord (de oorspronkelijke naam van het Deltaziekenhuis) toen deze hem vroeg hoe hij snel hoogleraar zou kunnen worden. Tot verdriet van de vraagsteller antwoordde Flohil dat een hoogleraar na een uitgebreide procedure door de Koningin benoemd wordt zodat het hoogleraarschap zich slecht leent voor carrièreplanning. Als moraal voegde Flohil er aan toe dat deze jongeman wel hoogleraar, maar niet aan een Medische Faculteit, geworden is.

TIEN JAAR GELEDEN

Het fundament van de Rotterdamse kinder- en jeugdpsychiatrie hardde uit onder Prof. Dr J.A.R. Sanders-Woudstra. Het werd stevig genoeg om er vele appartementen op te bouwen, zoals het psychodynamische, het epidemiologische, het biologische, het consultatieve en het klinische (zie ook Kinderpsychiatrie in perspectief, J.E. de Boer e.a., 1988).

In de jaren voor haar vertrek ontwikkelde zij als visie dat een tweede hoogleraar met een toegespitste leeropdracht (naast een opvolger/afdelingshoofd) goed voor de verdere ontwikkeling van de afdeling zou zijn.

Tot deze periode had ik nooit serieus mezelf en een hoogleraarschap (ook al deden anderen dat wel) met elkaar in verband gebracht. Teneinde innerlijke rust te behouden nam ik mezelf voor eerst dan te zullen nadenken over de diskwalificatie van mijn jeugd als ik zeker wist klinisch werkzaam te kunnen blijven.

NAAR APRIL 1994

De structuurcommissie kinder- en jeugdpsychiatrie (anticiperend op een mogelijke tweede leerstoel) concludeerde in 1991 dat handhaving en uitbouw van de vooraanstaande plaats van de Rotterdamse kinder- en jeugdpsychiatrie mogelijk zou zijn indien (naast en complementair functionerend aan de hoogleraar/afdelingshoofd) een tweede hoogleraar benoemd zou worden met als leeropdracht:

De studie van de methodiek en effecten van de kinder- en jeugdpsychiatrische behandeling, in het bijzonder de residentiële kinder- en jeugdpsychiatrie, waarbij het accent in onderwijs en onderzoek met name zal liggen op het verder vorm geven van patiëntgebonden onderzoek, op instrumentontwikkeling voor diagnostiek en op onderwijs en onderzoek in behandelingsplanning en behandelingsevaluatie.

De vestiging vanwege het Academisch Ziekenhuis Rotterdam van de leerstoel in het verlengde van dit advies illustreert – ik ben hiertoe dank verschuldigd aan, maar ook trots op ziekenhuis en universiteit – het onderkende belang van de klinische praktijk.

Mijn benoeming tot bijzonder hoogleraar hoop ik waar te maken door een goede *clinical professor* te worden of, in de taal van ons ziekenhuis, mijn *chef de clinique-schap* te verbijzonderen.

Inleiding vanuit het vak

Een inaugurele rede waarin de klinische kinder- en jeugdpsychiatrie centraal staat werd reeds lang geleden gehouden, is iets vervlogens uit de jaren vijftig en zestig. L.N.J. Kamp, in 1950 als eerste tot privaat-docent in de kinderpsychiatrie benoemd,

motiveerde in zijn openbare les op 5 mei 1950 de noodzaak om aan de Nederlandse universiteiten voldoende ontwikkelde psychiatrische kinderklinieken te laten ontstaan.

D. Arn. van Krevelen, Nederlands tweede privaat-docent, benoemd in 1950 (De Goei, 1992), herkende de zachte terechtwijzing in deze uitspraak van Kamp. Hij sprak in zijn openbare les op 16 januari 1951 met verbazing over de Universiteit die zich tot dan toe afzijdig had gehouden van klinisch kinderspsychiatrische zorg.

Th. Hart de Ruyter [in 1952 (De Goei, 1992) als eerste lector en op 1 januari 1955 benoemd] aanvaardde op 4 februari 1956 als eerste het ambt van hoogleraar met de rede "Problemen rond de kinderspsychotherapie". Met name in het tweede deel van zijn rede stond het ernstig gestoorde kind centraal dat in een bredere, vaak klinische context psychotherapie behoeft. Het kind met wat hij later een ontwikkelingspsychopatie noemde (1963, 1972, 1981) is niet inoperabel, Hart de Ruyter wees op het werk van Aichhorn en Redl. Een deel van de behandeling van het autistische kind "vereist een organisatie die eigenlijk slechts in een therapeutische kliniek mogelijk is" en slechts "een zeer intensieve samenwerking van paediatr en psychotherapeut", van kinderspsychiatrische kliniek en paediatrische kliniek, maakt behandeling van kinderen met "psycho-somatische stoornissen (asthma, anorexia mentalis en dergelijke)" mogelijk.

Kamp, die vanaf 1940 de eerste succesvolle kinderspsychiatrische kliniek en vanaf 1957 de eerste jeugdpsychiatrische kliniek (Zandwijk te Amersfoort) opbouwde (Gerritzen, 1990), werd eerst in 1964 tot hoogleraar benoemd (hij was reeds in 1950 tot privaat-docent en in 1956 tot lector benoemd). Zijn inaugurele rede (2 november 1964) "Beleid en samenwerking in de kinderspsychiatrische residentiële behandeling" markeert, mijns inziens (ik kom hier in één van de volgende paragrafen op terug), het einde van een periode waarbinnen het vak kinder- en jeugdpsychiatrie zich overwegend vanuit en dicht tegen de klinische praktijk aan ontwikkelde.

Voordat ik mij verder ga toespitsen op de kinder- en jeugdpsychiatrie wil ik een moment stilstaan bij de taakstelling van het medisch specialisme psychiatrie. Een taakstelling waarover redelijk veel verwarring bestaat.

(Kinder- en jeugd)psychiatrie als medisch specialisme: vanzelfsprekend?

In het medisch specialisme zenuw- en zielsziekten (dat tot 1972 bestond, toen de gezamenlijke vereniging opgesplitst werd in de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en de Nederlandse Vereniging voor Neurologie) waren de medisch specialist voor het centraal zenuwstelsel (de neuroloog) en de medisch specialist voor de andere zenuwen (de psychiater) nog in één persoon verenigd. De traditionele scheiding van soma en psyche of lichaam en ziel werd gehonoreerd met de verzelfstandiging van de specialismen.

Met de verzelfstandiging van de psychiatrie, die in vele Westerse landen plaatsvond, kwamen de medische identiteit van het vakgebied en van de daarbinnen plaatsvindende behandelingen ter discussie te staan. Eind jaren zestig, begin jaren zeventig hield de antipsychiatrische beweging de medisch of klinisch georiënteerde psychiatrie fors onder schot. De patiënt zou ziek gemaakt worden door psychiaters, door zich in de hiërarchie schikkende verpleegkundigen, door de behandelingsinstituten zelf, evenals door de toegepaste methoden en middelen en door een maatschappij die

dit liet gebeuren. Sommigen gingen zelfs verder en verklaarden het toestandsbeeld van de patiënt (die geen patiënt meer mocht heten) tot hogere vorm van gezondheid of normaliteit. Mijn opleider P.J. Stolk schreef in 1975 "Een soort vuur", waarmee hij wilde waarschuwen tegen en iets neutraliseren van "Wie is van hout", de anti-psychoiatrie bestseller van Foudraine (1971).

Terwijl de identiteit van het vakgebied aldus ter discussie stond, ben ik in 1977 gaan werken op de Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het Sophia Kinderziekenhuis met Prof. Dr J.A.R. Sanders-Woudstra als afdelingshoofd. Zij had ook toen al een brede oriëntatie op het vak: grondige diagnostiek is een voorwaarde, zonder een stevige psychotherapeutische scholing kan het vak niet en er bestaan biologische beperkingen, er is een wisselwerking tussen 'nature' en 'nurture' (zij promoveerde zelf in 1961 op anatomisch onderzoek van hersengebieden bij de rat).

In Rotterdam en ook in Utrecht ontstond in die tijd in toenemende mate zicht op de nieuwe breedte, op de contouren van het vakgebied. Eind jaren zeventig dreigde de kinder- en jeugdpsychiatrie uit de jeugdzorg te verdwijnen. Ten departemente en vanuit de Geneeskundige Hoofdingspectie werd gesteld dat het vakgebied niet bij machte was zichzelf te definiëren, diffuus was. Het is tegen deze achtergrond dat ik, tezamen met Prof. Dr J.A.R. Sanders-Woudstra en R. B. Minderaa (inmiddels hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie te Groningen) een vlugschrift schreef getiteld "Kinderpsychiatrie: een vak en een identiteit", dat in 1982 in het Tijdschrift voor Psychiatrie gepubliceerd werd. Bij de opening van de kinder- en jeugdpsychiatrie kliniek Fornhese te Amersfoort onderschreef de toenmalige minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne Gardeniers wat zij noemde "het standpunt van Prof. Sanders-Woudstra" (Gardeniers-Berendsen, 1982).

In dit vlugschrift, daarmee kom ik terug op de nadere typering van het medisch specialisme psychiatrie, noemden wij kinder- en jeugdpsychiatrie "een medisch specialisme waarbinnen de bio-psycho-sociale diagnostiek centraal staat" en spraken we over "de geïntegreerde manier van denken van de kinderpsychiater".

In mijn visie zijn psychiatrie en kinder- en jeugdpsychiatrie medisch specialismen, artsenvakken, waarbij een aanvankelijk als somaticus opgeleide deskundige zich verbreed heeft tot het gehele terrein van de menselijke ontwikkeling, tot een specialist wat betreft de verstoorde en gestoorde biopsychosociale ontwikkeling van de mens.

Kinder- en jeugdpsychiatrie diagnostiek is (volgens deze visie) ontwikkelingsgeoriënteerd, biopsychosociaal, op het niveau van het individu, de dyade, het gezin en de bredere context en vindt zijn vertrekpunt, naast het kunnen beschikken over kennis van de normale ontwikkeling, in kennis van de somato- en psychopathologie.

Onderschrijving van deze definitie impliceert dat de opleiding van kinder- en jeugdpsychiaters en -psychotherapeuten getoetst kan worden op de mate waarin een evenwichtige ontwikkelingssamenhang erin vervat zit. Mijns inziens is de verwerving van kennis betreffende de cognitieve ontwikkeling nog steeds een stiefkind in het medisch onderwijs en in de opleiding tot psychiater en psychotherapeut en wordt nog nergens in één en dezelfde psychotherapieopleiding in gelijke mate tijd en aan-

dacht besteed aan zowel op het individu als op groep of systeem gerichte referentiekaders.

Onderschrijving van de definitie impliceert tevens wat betreft praktijk en praktijkuitoefening dat de vraag gesteld kan worden of het goed is, in belang van vakgebied en -ontwikkeling, dat een aanzienlijk deel van het huidige praktisch werk niet langer plaatsvindt in, maar veeleer los is komen te staan van de bredere medische praktijk.

Ik vind dat een aanzienlijk deel van het vakgebied uitgeoefend zou moeten worden binnen of vanuit ziekenhuizen (CPZ, PUK, PAAZ, APZ). In de RIAGG's zijn er 92 formatieplaatsen (op full-time basis) voor kinder- en jeugdpsychiaters tegenover 89 in ziekenhuizen (CvZ, 1994). Ik betwijfel ernstig of er goed aan gedaan is de RIAGG-jeugd-afdelingen via de voorwaarden tot erkenning verplicht te psychiatriseren. Ook ben ik niet voor de behoeftenplanning van het aantal benodigde kinder- en jeugdpsychiaters in MKD's (Medisch Kleuterdagverblijven), op kindergeneeskundige afdelingen, in ZIB's (jeugdhulpverleningsinstellingen voor zeer intensieve behandeling), in jeugdgevangenen en dergelijke. Krachtige kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken en poliklinieken met een welomschreven taakstelling en voldoende ruimte voor consultatie zijn in mijn ogen te prefereren boven de huidige versnippering.

Reeds voor de nota "Plaatsmaken" (Task Force "Doelmatigheid, effectiviteit en financiering jeugdhulpverlening", 1994) heb ik hiervoor enkele malen gepleit: "Ik heb al eens eerder voorgesteld om alle kinder- en jeugdpsychiaters terug te trekken uit de RIAGG's. Psychologen en pedagogen worden de primaire disciplines gericht op diagnostiek en behandeling van kind en jeugdige, terwijl maatschappelijk werkenden zich richten op het oudersysteem. Alle kinderen en jeugdigen die medische onderzoeken en/of medicatie behoeven worden per definitie naar de kinder- en jeugdpsychiatrische polikliniek verwezen. Kinderen en jeugdigen met gestoorde ontwikkelingsbelopen, met duidelijke of waarschijnlijke organische componenten, zoals zij met tics, met autisme en aan autisme verwante stoornissen en met aandachtsstoornissen en hyperactiviteit horen dan niet meer op de RIAGG, maar binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie thuis; evenals die kinderen met een voorgeschiedenis van verwaarlozing, mishandeling of seksueel misbruik waarbij neurologische of andere lichamelijke beschadiging is opgetreden of uitgesloten moet worden. Psychologen en orthopedagogen verlenen tezamen met maatschappelijk werkers hulp aan kinderen en jeugdigen met opvoedingsproblemen, met levensproblemen, met faseproblematiek, met neurotische problemen, met de gevolgen van maatschappelijke of familiale perikelen, met angsten en dergelijke. Ze ontwikkelen een eigen diagnostiek, specifieke, doelgroepgerichte interventiestrategieën en er ontstaat *daadwerkelijk jeugdhulpverlening naast een 'medische' geestelijke gezondheidszorg*" (Verheij, 1993).

Het historische gegroeide en vanzelfsprekende ter discussie stellen roept weerstand op. Toch zullen zowel onderwijs en opleiding als het veld van GGZ en jeugd-GGZ er in 2025 daadwerkelijk anders uitzien.

Centrering en decentrering van de zorg voor kinderen en jeugdigen

Zowel Van Krevelen (1951) in zijn openbare les als Sanders-Woudstra (1976) in haar inaugurele rede lieten zien hoe langzaam, door de eeuwen heen, het specifieke van het kind zijn ontdekt werd. In deze eeuw mondde dit uit in theorievorming over de normale en gestoorde kinderlijke ontwikkeling.

Het eerste decennium van deze eeuw kenschetste Kanner (Van Krevelen, 1951) als een periode van *"thinking about children"*. Er was theoretische bezinning onder invloed van de dynamische stroming in de psychiatrie en de beweging van de geestelijke hygiëne.

In het tweede decennium staat onder invloed van verbetering van het kinderrecht *"doing things to children"* centraal.

Tot ver in de jaren twintig werd het kinderpsychiatrisch denken gedomineerd door biologische kennis, met name met betrekking tot de rol van erfelijkheidsfactoren bij het ontstaan van kinderpsychiatrische problematiek (Van Krevelen, 1978).

Rond de *jaren dertig* trad er een verschuiving op van deze biologische oriëntatie naar andere, de problematiek beïnvloedende condities. Gezins- en milieufactoren gingen in het denken meespelen. De kennisontwikkeling betreffende het wils- en gevoelsleven kreeg een centrale plaats. De interesse voor de intellectuele ontwikkeling ruimde het veld (Van Krevelen, 1978). De psychotherapie vond een ingang (Verheij, De Boer, 1987).

Het derde decennium werd gedomineerd door het preventieve werk, waaraan de 'Child Guidance Clinics' (in Nederland M.O.B.'s genoemd) het hunne bijdroegen: *"doing things for children"*.

In het vierde decennium won de gedachte veld dat het kind zelf ingeschakeld moest worden. Het kind is niet langer lijdend voorwerp, maar wordt actief betrokken, bijvoorbeeld door middel van een speltherapie: *"working with children"*.

Tot dan toe was er een individu-gerichte oriëntatie op emotionele en sociale factoren.

In de *jaren veertig*, volgens Haley (1971) ten gevolge van meer nadruk op sociale eenheden, volstond het individu als verklaringseenheid niet langer. Ook de moeder werd onderwerp van onderzoek: het probleem werd van één persoon naar een dyade verschoven: *"working with mothers"* (Wardle, 1991).

In de *jaren vijftig*, schetste Haley (1971), werden ook de vaders ontdekt: *"working with fathers and marriages, and groups"* en werd de triade bron van onderzoek.

In de *jaren zestig* kwam het gezin als gezin centraal te staan: "De jaren zestig waren een tijd waarin de sociale context van het gezin beschouwd werd, zoals in de jaren vijftig de gezinscontext van het individu beschouwd werd" (Haley, 1971). Wardle (1991) typeerde het zevende decennium als: *"working with whole families, and institutions for children"*.

De *jaren zeventig* zijn op dit moment misschien het beste als een overgangstijd te typeren. Aan de ene kant was er een voortgaande oriëntatie op grotere eenheden dan het gezin (onder andere netwerktherapie, gezinsgroepen, transgenerationeel werken). Wardle sprak over *"working with an interactional model"*. Aan de andere kant was er een aanzet tot heroriëntatie. Epidemiologisch en biologisch onderzoek startte. Onderzoek dat in de *jaren tachtig* het vak verwetenschappelijkte.

In de *afgelopen vijftien jaar* is er, vooral door epidemiologisch en biologisch empirisch onderzoek, veel feitenmateriaal verzameld over de verstoorde en gestoorde

kinderlijke ontwikkeling, over risico- en beschermende factoren. Gegevens waardoor de betekenisverlening van klinische observaties verandert, terwijl (na vijftig jaar) de biologische aspecten van emotie en gedrag weer meebeschouwd worden.

De twintigste eeuw is het tijdvak van de theorieontwikkeling rond het normale en het problematische kind en diens gezin.

De zojuist gegeven historische schets laat zien dat theorie en praktijk zich telkensmale langere tijd gericht hebben op een facet van de werkelijkheid of op een ontwikkelingsdomein. Deze vernauwde blikken leverden enerzijds een schat aan gegevens, onderzoeks- en behandelingsmethodieken en in de laatste decennia wetenschappelijke onderbouwing op. Anderzijds beperkte, met alle consequenties van dien, de blikvernauwing soms voor vele jaren het zicht op andere aspecten van de ontwikkeling van kind en gezin.

Autisme, ten voorbeeld, is vanaf het begin van de jaren vijftig ongeveer twintig jaar lang (vanuit het dyadische denken, het emotioneel-sociale overaccentuerend) beschouwd als een stoornis die moeders hun kinderen aandeden. Antisociale gedragsstoornissen en agressieregulatiestoornissen, een tweede voorbeeld, mochten in de jaren zestig en zeventig niet gerelateerd worden aan de eventueel eraan ten grondslag liggende biologische componenten. Anorexia nervosa, het laatste voorbeeld, behield vanaf 1920 meer dan dertig jaar een primair hypofysaire genese, waardoor er geen ruimte was voor onderkenning van de psychische componenten (Verheij, 1992).

Op het eerste gezicht [in de jaren twintig stond het genetische centraal, in de jaren tachtig kwam de revival van biologische verklaringsmodellen (inclusief het genetische)], kan het lijken alsof het vakgebied terug bij af is. Dit is niet het geval.

Misschien voor het eerst in de historie van de mensheid, zeker voor wat betreft het denken over ernstige psychopathologie, bestaan *er aanzienlijke kennisbestanden over erfelijke, constitutionele, anderszins biologische, cognitieve, emotionele en sociale aspecten van de normale en de verstoorde of gestoorde menselijke ontwikkeling* en ook over de epidemiologische spreiding en verschijning ervan. Hoewel onze aanzienlijke kennis nog incompleet is, zijn eenzijdige percepties (vanuit deze kennisbestanden) ter discussie te stellen en op goede gronden aan te vechten.

In de eenentwintigste eeuw moet in mijn ogen de ontwikkelingsgang van de theorie en praktijk van de normale, de verstoorde en de gestoorde kinderontwikkeling van deze eeuw zich niet herhalen. De tijd voor 'overfocussing' en 'underfocussing' is voorbij. Ontwikkelingsdomeinen dienen in samenhang onderzocht te worden. Het individu maakt deel uit van een bredere context. Intrapersoonlijke en intermenselijke facetten zijn aan elkaar gerelateerd.

Kennis is gegroeid wat betreft de monodisciplines, wat betreft het samenspel van kennisbestanden in een multidisciplinaire organisatievorm en wat betreft de consequenties voor theorieontwikkeling en onderzoek. In de volgende paragraaf wordt met de theorieontwikkeling, met ontwikkelingsdomeinen in samenhang, voortgegaan.

Ontwikkeling verstoord of gestoord; multidimensionaal ofwel het vanzelfsprekende ontbreekt

Ontwikkeling vormt bij kinderen en jeugdigen de kern van hun gezond functioneren en betreft het voortgaand samenspel tussen enerzijds biologische aanleg en rijping ('nature') en anderzijds omgevingsinvloeden ('nurture'). Ontwikkeling (de kinderlijke kant) en ontwikkelingsstimulatie (de verzorgings- en opvoedingskant) behoeven geen leerschool, gaan in de regel als het ware vanzelf.

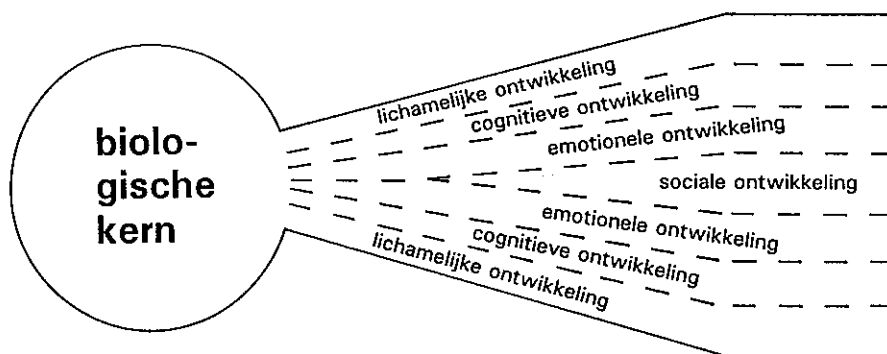
Terwijl de mens pas tien tot achttien maanden na zijn geboorte leert lopen en de baby voor voeding lange tijd aangelegd moet worden, is bij dieren versneld de vaste ontwikkelingsgang zichtbaar (hun leven is immers ook van kortere duur). Een pasgeboren lammetje heft in enkele minuten de kop op, laat een eerste geblèr horen en staat binnen het uur op de poten, het snuffelt aan de moeder die met haar kop tegen het achtereind van het lam duwt zodat dit zich in de richting van de uier beweegt. In de regel vindt het lam vervolgens snel de uier en is er een volmaakte moeder-kind matching tot stand gekomen. Imponerend in dit hele gebeuren is de perfectie van de biologische printplaat.

Kinderpsychiatrie wordt wel ontwikkelingspsychiatrie genoemd en analoog daaraan heten kinderpsychiatrische klinieken ontwikkelingsinstituten omdat bij kinderen en jeugdigen met ernstige psychosociale of psychiatrische problematiek de verstoorde of gestoorde ontwikkeling kern van het probleem is of deel van het probleem geworden is.

Om diverse redenen is er soms een flesselam, een lam dat niet opgroeit aan de uier, maar aan de fles in de hand van de mens. Hoewel goed gevoed, ontwikkelen deze pot-lammeren zich meestal trager en wat opvalt is dat deze lammetjes primair mensgehecht blijven. Komen mensen in de wei, dan verlaten deze lammetjes, zelfs als volwassen schaaap, de kudde om in de nabijheid van de mens te gaan staan. Blijkbaar wordt bij wie je echt hoort bij schapen in de eerste levensweken beslist. Ook de eenden van Lorenz en de wilde van Aveyron lieten dit zien.

De zojuist gegeven voorbeelden laten enerzijds zien hoe biologisch ingekaderd de moeder-kindrelatie is. Emotioneel-sociale ontwikkeling vindt plaats rechtstreeks in het verlengde van en vanuit de biologische ontwikkeling. Anderzijds, denk aan het potlam, betekent inbreuk in dit patroon ook snel breuk. Er vindt dan een andersoortige 'sociale' ontwikkeling plaats.

Figuur 2. De ontwikkelingsdifferentiatie



Hiermee zijn de ontwikkelingshoofddomeinen of -assen en de ontwikkelingsdifferentiatie weer in beeld. Ernstige ontwikkelingsproblematiek vereist een multidimensionele aanpak (AAMR, 1992; Greenspan, 1992; Došen, 1993). Biopsychosociale diagnostiek is noodzakelijk.

Biologisch is te lezen als genetisch, constitutioneel en *lichamelijk* als aanleg en als vroeg verworven.

Psycho moet gelezen worden als *cognitief* en *emotioneel*. Voor veel mensen staat psycho echter voor geest of ziel of voor emotioneel of affectief. Het cognitieve ontwikkelingsdomein valt dan weg, wordt er niet mee geassocieerd.

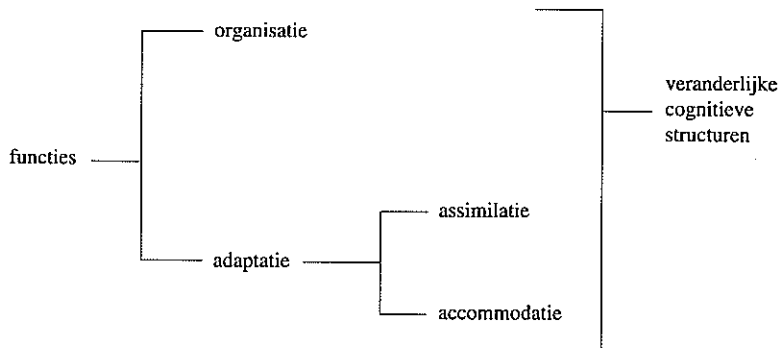
Sociaal staat voor interacties in het geheel van gezin en samenleving, voor beïnvloeding van en door de bredere context.

Ontwikkeling staat in de regel voor *het veranderingsproces*, het ontwikkelen, het tot ontwikkeling komen. Dit proces (Piaget, 1953, 1967; Verheij, 1986; Verhulst, 1991; Anderson, 1992):

- kent een biologische printplaat;
- wordt begrensd, beperkt door de rijping van het centraal zenuwstelsel en van andere lichamelijke functies;
- voltrekt zich in een vaste volgorde in de tijd (fasisch, modulair);
- kent een (mogelijk voor elk individu specifieke) voortgangssnelheid;
- is in normale omstandigheden onomkeerbaar;
- omvat differentiatie en integratie als subprocessen die stapsgewijs telkenmale tot integratie op een hoger niveau leiden; subprocessen die door nauwgezet samenspel ontwikkeling in harmonie pogen te houden;
- behoeft een omgeving die adequaat op ontwikkelingsuitingen kan inspelen en die de ontwikkelingsbehoeften aanvoelt.

Als ontwikkeling de voortgang, het veranderingsproces is, dan is er ook een conserverende, *een stabiliserende kracht*. Er is 'change' en er is 'conservation', er is de tendens tot verandering en er is de tendens tot handhaven van de stabiliteit (Kingston, 1984; Sroufe, Rutter, 1984; Verhulst, Van der Ende, 1992a,b, 1993). Piaget (Verheij, 1986) postuleerde hiertoe enerzijds organisatie en adaptatie als algemene, biologisch onveranderlijke functies, anderzijds ontwikkeling als veranderlijke, te beïnvloeden functie.

Figuur 3. De invarianten



Bij de zuigeling moet de ontwikkelingsdifferentiatie op gang komen, bij de peuter en kleuter is er toenemende differentiatie, bij het oudere basisschoolkind groeit er evenwichtigheid binnen elk ontwikkelingshoofddomein, terwijl de adolescentie tot stabilisatie voert.

De meeste kinderen en jeugdigen in de klinische psychiatrie vertonen, of ze nu bij opname drie, negen of dertien jaar oud zijn, reeds aanzienlijke en samengestelde problemen tussen nul en drie: hun problemen startten rond of spoedig na hun geboorte, vingen aan voor hun ontwikkeling zich kon differentiëren. Deze problemen die vroeg zijn begonnen en zich voortzetten treden daarom (en door de ernstgraad) logischerwijs in elk levensdomein en in elk ontwikkelingshoofddomein op.

Vanuit een gezonde interactie tussen 'nature' en 'nurture', een gezond samenspel tussen individu en omgeving, verloopt ontwikkeling (met de zojuist opgesomde deelaspecten) in de regel als het ware vanzelf. Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie, zich beperkend tot fors problematische kinderen en jeugdigen, vindt haar werkterrein waar deze vanzelfsprekendheid ontbreekt.

Vele jaren niet vanzelfsprekend: voor elke causaliteit een plaats

Cicchetti liet in 1984 zien dat de psychiatrie van oudsher gefocust was op symptomen en syndromen en op de individuele patiënt. In het verlengde van Freud werd psychopathologie beschouwd vanuit een '*main-effects*'-model. Er lag een sterke nadruk op enkelvoudige oorzakelijkheid en (conform de psychoanalytische invloed) meer op emoties dan op cognitie, terwijl ontwikkeling nauwelijks aandacht kreeg. Overton en Horowitz (1991) stelden dat de mechanische metafoor centraal stond in het (kinder)psychopathologisch denken met oorzakelijkheid als verklaring.

In zijn 1984-artikel schreef Cicchetti [achteraf te absoluut in navolging van Engel (1977)] dat het klassieke medische '*main-effects*'-model onhoudbaar was en door een dynamisch, ontwikkelingsgericht model vervangen moest worden.

Overton en Horowitz (1991) pleitten voor acceptatie en daarmee integratie van het ontwikkelingspsychopathologisch denken [met centraal de organische metafoor (*het biopsychosociaal denken*)] en het (kinder)psychopathologisch denken [met de mechanische metafoor (*het klassieke medische model* oftewel '*main-effects*'-model)]. In hun ogen is het gerechtvaardigd om vanuit de huidige stand van zaken van de empirische wetenschap zowel *oorzaak* (vanuit het psychopathologisch denken) als *patroon* (vanuit het ontwikkelingspsychopathologisch denken) als verklaringsmodel te gebruiken. Kortom, deze auteurs concluderen dat de menselijke (en daarmee ook de klinische) werkelijkheid zich niet binnen een van beide modellen laat vangen; soms is het ene, soms het andere, soms een combinatie van beide meer van toepassing.

Pennington en Ozonoff (1991) bekrachtigen het pleidooi van Overton en Horowitz door te pleiten voor een denken over ontwikkelingspsychopathologie waarbinnen zowel circulaire, cyclische als enkelvoudige oorzakelijkheden een plaats hebben. Zij illustreerden dat het niveau waarop emoties of gedragingen geanalyseerd worden medebepaalt of er sprake is van continuïteit of discontinuïteit wat betreft de ontwikkeling: discontinuïteiten op het ene niveau van analyse kunnen continuïteit op

diepere niveaus van analyse maskeren. Genoemde auteurs lieten (in heldere figuren) zien dat er vele soorten causale relaties mogelijk zijn.

Lange tijd niet vanzelfsprekend: multitheoretisch

Het blijft verwonderlijk dat de mens eerst sedert ruim honderd jaar de eigen normale, verstoorde en gestoorde ontwikkeling systematisch bestudeert. Een scala aan ontwikkelings-, leer-, groeps- en systeemtheorieën is de resultante, zonder dat dit leidde (en in de komende decennia zal leiden) tot een allesomvattende theorie. Lange tijd heetten veel theorieën onderling strijdig of onverenigbaar.

Reese en Overton (1970) en in Nederland Van Geert (1988) onderscheidden wat betreft de meer op het individu, diens ontwikkeling en diens functioneren gerichte theorieën twee families, te weten *de familie van de ontwikkelingsgerichte theorieën* en *de familie van de behavioristische ofwel op leren en gedrag georiënteerde theorieën*. Reese en Overton beschouwden enerzijds de twee families ten gevolge van een fundamenteel verschillend wereldbeeld als met elkaar onverenigbaar, maar vonden anderzijds theorieën binnen één familie (bijvoorbeeld Freud en Piaget) complementair, elkaar aanvullend. Overton en Horowitz (1991) achten twintig jaar later de twee families, ondanks verschil in wereldbeeld, te overbruggen door een nieuwe, bredere organische metafoor.

Naast de twee op de delen gerichte families is er een derde (ook door de bredere metafoor te omvatten) familie die zich richt op de grotere gehelen, op een de delen overstijgende samenhang, te weten *de familie van de groeps- of systeemtheorieën* (Von Bertalanffy, 1928).

Hoewel er in opleiding en praktijk nog vele 'theoretische' muren bestaan, wordt het mijns inziens tijd deze te slechten. De mens is noch in diens gezond, noch in diens verstoord of gestoord functioneren vanuit één theorie te begrijpen. Met Miller (1983) en Shelton (1987) pleit ik voor een multitheoretische benadering.

Miller (1983) schreef dat "de combinatie van Freuds bemoeienissen met emoties, Piagets bemoeienissen met cognitieve structuren en de bemoeienis van de leertheorie met overt gedrag in specifieke situaties een krachtig perspectief oplevert om kinderlijk gedrag te begrijpen". Shelton (1987) schreef dat om voortgang en verstorning van het ontwikkelingsproces te begrijpen een 'working knowledge' vanuit diverse ontwikkelingstheoretische benaderingen nodig is.

Multitheoretisch is niet lukraak plukken, is geen trial-and-error, is ongelijk aan eclectisch in de zin van kiezen voor wat de professional op dat moment uitkomt. Veeleer staat het voor die theorieën in een werkmodel plaatsen die verklaringskracht bezitten voor en leidraad geven aan een bepaalde praktijk. De theorieën dienen complementair aan elkaar te zijn en in uitwisseling te kunnen staan met de praktijk.

Het vervolg van dit betoog zal illustreren waarom klinische kinder- en jeugdpsychiatrie bij uitstek een vakgebied is waarvoor het algemeen geldende geen opgeld doet, het vanzelfsprekende ontbreekt. Mijn illustratie start met hoe de klinische kinder- en jeugdpsychiatrie zich ontwikkelde.

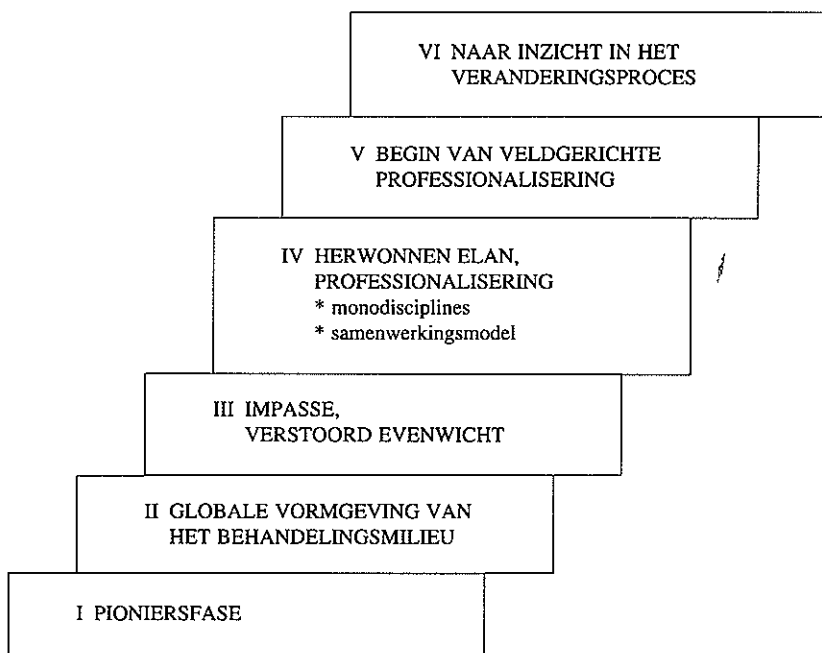
Het ontwikkelingsverloop van de klinische kinder- en jeugdpsychiatrie

In het boek "Intensieve residentiële behandeling van kinderen; een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld" (Verheij, Van Loon, 1989) is aan de historische ontwikkeling van de residentiële en semiresidentiële kinder- en jeugdpsychiatrie ruim aandacht besteed.

Hoewel er in 1850 reeds een afzonderlijke afdeling voor psychisch gestoorde kinderen gesticht werd in het beroemde hospitaal "Bicêtre" te Parijs en Hoffmann, de schrijver van het kinderboek "Struwpeter", in 1864 in Frankfurt in het nieuwe psychiatrisch ziekenhuis ook voor kinderen een afdeling inruimde, vond de daadwerkelijke ontwikkeling van de klinische kinder- en jeugdpsychiatrie in de Westerse wereld pas in onze eeuw plaats.

In mijn voordracht in 1992 op het eerste Nederlandse congres betreffende klinische kinder- en jeugdpsychiatrie te Middelburg (Verheij, 1993) heb ik gepoogd het ontwikkelingsverloop van de klinische kinder- en jeugdpsychiatrie in deze eeuw in een aantal fasen te ordenen.

Figuur 4. Het ontwikkelingsproces binnen de (semi-)residentiële kinder- en jeugdpsychiatrie



Tot aan de Tweede Wereldoorlog was er een *pioniersfase*. Kinderpsychiatrische paviljoens, afdelingen en later klinieken ontstonden enerzijds omdat het organisatorisch noodzakelijk was gestoorde kinderen van gestoorde volwassenen te scheiden, anderzijds omdat pioniers met visie zich het lot van een bepaalde groep kinderen aantrokken en mogelijkheden ter behandeling voor hen wensten te creëren.

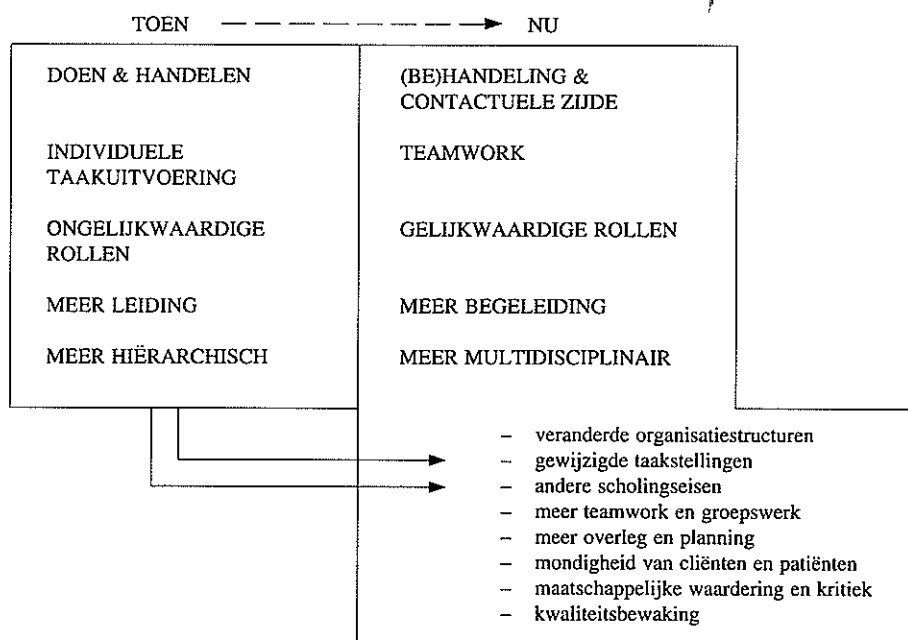
Na de Tweede Wereldoorlog tot in de jaren zestig was er sprake van *globale vormgeving van het behandelingsmilieu*, werd er gericht op het eigen instituut gezocht

naar professionalisering. Deze globale vormgeving betrof zowel het therapeutisch milieu als de organisatie ervan. Bettelheim en medewerkers (Bettelheim, Sylvester, 1947, 1948; Bettelheim, 1950, 1974), Redl en Wineman (1952, 1963; Redl, 1959), hun navolgers (Trieschman, Whittaker, Brendtro, 1969) en in Nederland de staf van de Utrechtse kinderspsychiatrie (Kamp, 1960a,b; Schouten, Hirsch, Blankstein, 1974) droegen zowel bij aan de beschrijving van het therapeutisch milieu, als aan de ordening van dit milieu. Voor het eerst werden in boeken de accommodatie, de groepsinteracties, het samenspel van disciplines binnen het behandelingsmilieu, de stafinteracties en dergelijke als even belangrijk als het therapeutisch (leefgroep) milieu beschreven.

GEDURENDE het einde van de jaren zestig en het begin van de jaren zeventig was er sprake van een *impasse*, van *verstoord evenwicht*. Er was een brede antipsychiatrische en anti-institutionele beweging. Zij die zich in het debat mengden maakten alras deel uit van het strijdtoneel. Dit verklaart waarom tot aan het einde van de jaren tachtig er eigenlijk wereldwijd nagenoeg geen inhoudelijke boek over residentiële behandeling verscheen. Tegelijkertijd, geïnitieerd door Anna Freuds "Normality and pathology in childhood" (1965) en de opkomst van classificatiesystemen als de DSM (APA, 1980, 1987, 1994) en de ICD (WHO, 1978, 1990) verschoof het accent binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie naar de diagnostiek, naar de (grotere) poliklinische populatie en naar epidemiologisch en biologisch wetenschappelijk onderzoek. De klinische praktijk, aanvankelijk het centrum van het vak, was (gezien vanuit de ontwikkeling van het vakgebied) tot een randgebeuren geworden.

In de jaren tachtig kon vanuit de luwte van de *impasse*, gesterkt door toegenomen inzicht en kennis wat betreft diagnostiek en wetenschappelijk onderzoek, de (semi-)

Figuur 5. Evolutie binnen de werkvelden



residentiële kinder- en jeugdpsychiatrie met *herwonnen elan* en een *voortgaande professionalisering van de monodisciplines* (ook dit zijn kennisbestanden) weer in het openbaar verschijnen. Vanuit de impasse ontstond, wat Bettelheim (1974) in "A home for the heart" zocht, maar niet vond, een samenwerkingsmodel voor dit vakgebied: multidisciplinaire samenwerking (van vele disciplines) binnen een monodisciplinair vak (de kinder- en jeugdpsychiatrie). Kennis betreft ongelijkwaardige rollen die gelijkwaardig geworden zijn, overwegend individuele taakuitvoering die geëvalueerd is naar teamwork, waarbij er meer sprake is van begeleiding dan van leiding, terwijl er in plaats van een puur hiërarchische organisatie vaak sprake is van een meer multidisciplinaire organisatie (Verheij, Schagen, 1993).

In de jaren tachtig kwam in Engeland en in de Verenigde Staten intensieve (semi-) residentiële behandeling onder het vuur van een streven naar efficiëntie en bezuiniging te liggen. In Nederland, geïnitieerd door de toenmalige inspecteur voor Kinderen Jeugdpsychiatrie Hoeing, vond een andersoortige ontwikkeling plaats en werden (in 1982) kinder- en jeugdpsychiatrische functies geformuleerd, konden de klinieken zowel een eigen polikliniek starten alsook dagbehandeling ontwikkelen en evolueerde de veldgerichte professionalisering geleidelijk naar een *instituuitsgerichte professionalisering*. De instituten kregen toenemend overeenkomstige organisatiestructuren, het multidisciplinair behandelen werd gemeengoed, er werd in elkaars keuken gekeken, enzovoorts. Inhoudelijk is de biopsychosociale diagnostiek de basis van het behandelsbeleid geworden. Binnen een heldere organisatiestructuur werd multidisciplinair aan een monodisciplinair vak gewerkt en de organisatiestructuur is weerspiegeld in het systeem van overleg en verslaglegging en in gezamenlijke, interdisciplinaire diagnostische- en behandelingsvisies op kind, jeugdige en gezin. Er is een basaal klinisch behandelingsmilieu, de leefgroep, ontstaan met katalysatoren, adjuvantia, eromheen, zoals de individuele- en groepstherapieën, het onderwijs en de ouder- en gezinsbegeleiding.

In november 1992 in Middelburg zei ik dat we op dit moment in het verhaal aangekomen zijn in *het hier en nu*. De residentiële en semiresidentiële kinder- en jeugdpsychiatrie verwierf tussen 1920 en 1990 hetgeen zojuist werd opgesomd. Infant psychiatrie, laat gestart, haalt met grote sprongen in. Het mag, zei ik toen, hier echter niet bij blijven. We weten, hoewel het soms lang duurt, wat er aan de hand is (de diagnostiek). We ontwikkelen meer en meer ideeën over hoe we het gaan aanpakken (de behandelingsplanning) en er is een uitgebreide en beproefde behandelingspraktijk (het directe handelen en behandelen). Wat ontbreekt is zicht op *hoe* we beïnvloeden, hoe "werkt wat werkt" en waarom (het) bij een deel van de kinderen of jeugdigen en hun gezinnen niet werkt. Het ontbreekt ons nog aan voldoende *inzicht in het veranderingsproces*: de opgave voor de decennia rond de eeuwwisseling.

Inzicht in het veranderingsproces verwerven is een opgave die slechts in de klinische praktijk van alledag is op te lossen.

Van geneeskunde naar geneeskunst: vanzelfsprekend?

Geneeskunde is de wetenschap die zich bezig houdt met de aard en de oorzaken van de ziekten en met de middelen om ziekten te genezen (Van Dale, 1992).

Academische kinder- en jeugdpsychiatrie kan als geneeskunde beschouwd worden wat betreft haar onderwijs (overdracht van geïntegreerde kennis en ervaring aan studenten, kinder- en jeugdpsychiaters in opleiding en psychotherapeuten in opleiding) en wat betreft haar wetenschappelijk onderzoek (dat op kennisvermeerdering is gericht).

Geneeskunst is de praktijk der geneeskunde, de therapie (Van Dale, 1992).

Patiëntenzorg, ook in een academische setting, is primair geneeskunst, is toegepaste geneeskunde. Onderzoek en diagnostiek, advisering, evenals behandeling en begeleiding dwingen de medicus practicus om van kennisbestanden gebruik te maken en deze in- en aan te passen aan de klinische praktijk.

Op een academische afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie is (als onderdeel van de algemene taakstelling om kennis te vermeerderen) de patiëntenzorg zelf ook onderwerp van wetenschappelijk onderzoek.

Het plaatje lijkt compleet, is ogenschijnlijk compleet. Toch zit er in de redenering tot nu toe, in de brug tussen geneeskunde en geneeskunst, een impliciete aanname vervat, namelijk dat *verworven inzicht en kennis zich met een zeker gemak laten vertalen in handvatten en indicaties voor* (en zo nu en dan sturing van) *de praktijk*. Of deze aanname binnen andere vakgebieden op problemen stuit, kan ik moeilijk overzien. Wat betreft de menswetenschappen ontbreekt vanzelfsprekendheid in de toepassing van inzicht en kennis. Regelmatig wordt er gesproken en geschreven over de kloof tussen theorie en praktijk (Van Strien, 1984; Van Zuuren, 1987; Haanstra, 1988; Meijerink, 1988; Van Hekken e.a., 1993; De Fever, 1994).

De onderzoeker verstaat onder deze kloof dat de praktijk weerbarstig is voor wetenschappelijk onderzoek. Van Strien (1975, 1984) formuleerde condities om de praktijk methodisch en voor onderzoek geschikt te maken. Hij sprak over *verwetenschappelijking van de praktijk*. Reuling (1986) liet zien dat actieonderzoek (teruggaand op Lewin, 1935) een vergelijkbare onderzoeksbenadering voor de wetenschapper is om de kloof te overbruggen. Meer methodische praktijkvoering en methodologie van het praktijkdenken zijn de winst van deze vruchtbare onderzoeksstromingen.

De *praktijkwerker* verstaat onder de kloof tussen theorie en praktijk iets anders, namelijk dat *wat de theorie leert en onderzoek uitwijst zich zo moeilijk laat vertalen in directieven, in handvatten, in een te hanteren instrumentarium voor de praktijk*. De praktijkwerker behoeft geen onderzoekergerichte-, maar vooral een *patiëntgerichte verwetenschappelijking*. Patiëntgerichte verwetenschappelijking van de praktijk zal enerzijds zo veel mogelijk moeten incorporeren van wat hard lijkt vanuit wetenschappelijk onderzoek (top-down), terwijl anderzijds niet voorbijgegaan mag worden aan het specifieke, de in de praktijk verworven en bevestigde kennis van de praktijk (bottom-up). Een vertaalslag tussen theorie en praktijk, uitgaande van bottom-up en top-down, leidt tot praktijktheorieën en werkmodellen. Er is ambachtelijk handwerk nodig om theoretische en wetenschappelijke bevindingen, zonder

dat praktijkkenmerken geschonden worden, in te passen in en aan te passen aan de praktijk en vice versa.

Conform mijn leeropdracht in de structuurnota zal het accent in mijn taakstelling liggen op het verder vormgeven van patiëntgebonden onderzoek, op instrumentontwikkeling voor diagnostiek en op onderwijs en onderzoek in behandelingsplanning en behandelingsevaluatie. Kortom: op de kinder- en jeugdpsychiatrische geneeskunst. Mooie woorden voor wat ik eerder de vertaalslag tussen theorie en praktijk ten bate van de praktijkwerker noemde.

Een praktijkwerker als hoogleraar, een hoogleraar practicus, een 'clinical professor': soms achter het bureau, vaak overlegend, ook bezig met kind en gezin, publicerend, presenterend, soms op reis, vaak op stal, zo neem ik het me maar voor.

Doelen en doelgroepen van de klinische kinder- en jeugdpsychiatrie

De voorkant van "In de kinderschoenen" (De Goei, 1992) over het ontstaan van de universitaire kinderpsychiatrie in Nederland is opgesierd door een in 1934 genomen foto van het Grewel-zaaltje: een eerste klinisch kinderpsychiatrische populatie in beeld.

In "Een abraham voor kinderzaal" verhaalde Gerritzen (1990) dat de eerste klinische patiëntjes van Kamp in 1941 twee zwakbegaafde broertjes uit het zuiden des lands waren, die aan krop- en schildklierafwijkingen leden; een derde jongen had dwangverschijnselen, viel soms zomaar van de trap en kon niet buiten zijn moeder, zodat hij na één week weer thuis was.

In 1982 vond de tot nu toe enige inventarisatie van de totale kinder- en jeugdpsychiatrische populatie plaats (GHIGV, 1984). Helaas werd geen gebruikelijk classificatiesysteem gehanteerd.

Figuur 6. De universitaire en niet-universitaire klinische kinder- en jeugdpsychiatrische patiëntenpopulatie in 1982

	universitair	niet-universitair
mentale retardatie en andere organische syndromen	–	5,1%
psychosen	9,8%	13,8%
persoonlijkheidsstoornissen	33,3%	26,9%
'conditions of childhood and adolescence'	49,4%	21,4%
speciale syndromen	7,4%	7,4%
neurosen	–	25,4%

Uit deze inventarisatie bleek dat kinderen en jeugdigen met pervasieve ontwikkelingsstoornissen en psychotische problematiek, met persoonlijkheidsstoornissen en met ernstige ontwikkelingsproblematiek ('conditions of childhood and adolescence') ongeveer 80% van de klinische populatie vormden.

In diverse publikaties (onder andere 1984, 1989) heb ik gezocht naar een nadere omschrijving van de doelgroepen: de ernstgraad [met de door Treffers (1984) bekritiseerde continuümgedachte], de samengesteldheid en vroege start van de problematiek, evenals diverse As I-classificaties tegelijkertijd en/of een ernstige As II-classificatie (DSM-III-R, APA, 1987), [kinderen met vroege ontwikkelingsproblemen en later 'multi problem' kinderen (Kashani, Cantwell, 1982; Riddle, 1989; Woolston e.a., 1989; Williams e.a., 1990; Hinshaw, 1992)], voldeden elk op zich niet als typering.

Teneinde verwachtingen binnen reële grenzen te houden, heeft het in omvang bescheiden kinder- en jeugdpsychiatrische circuit (er komen in totaal ongeveer duizend klinische en drie- à vierhonderd dagklinische plaatsen) welomschreven doelstellingen nodig en een herkenbare plaats in het totale circuit van hulpverlening aan kinderen, jeugdigen en hun ouders en gezin. De omvang van het circuit is zowel bescheiden in vergelijking tot de capaciteiten van de ambulante GGZ, de jeugdhulpverlening en het justitiële jeugdbeschermingscircuit als in vergelijking tot de omvang van de groep problematische kinderen en jeugdigen. De wet van de schaarste geldt en blijft gelden: *dagklinische en klinische kinder- en jeugdpsychiatrische capaciteit moet gericht ingezet worden.*

Hoewel de wind niet altijd uit dezelfde hoek heeft gewaaid, lijkt de dagklinische en klinische kinder- en jeugdpsychiatrie in het totale veld van de jeugdzorg een omschreven plaats te krijgen. In de rapporten van de IWRV (1980, 1984) werd de klinische kinder- en jeugdpsychiatrie als één van de piramidevoorzieningen beschouwd en de jeugdhulpverlening als de hoogvlakte. In "Regie in de jeugdzorg", van de demissionaire ministers d'Ancona en Kosto (1994) kende de overheid wederom een complementaire en een specialistische plaats toe aan de kinder- en jeugdpsychiatrische voorzieningen.

Barker (1988) en Wells (1991) vermeldten dat er kindgerichte, gezinsgerichte en maatschappijgerichte criteria bestaan om een kind of jeugdige in een instituut op te nemen. Deze trilogie toepassend op de klinische kinder- en jeugdpsychiatrie zijn er:

- kinderen en jeugdigen met *observatie of behandeling* als primair doel. Observatie (op te vatten als longitudinale diagnostiek) behoeft niet per definitie te leiden tot psychiatrische begeleiding of behandeling;
- kinderen en jeugdigen met *zelfbescherming en/of gezins- en omgevingsbescherming* als primair doel. In het verlengde van crisisinterventie is observatie en/of behandeling een reëel secundair doel;
- kinderen en jeugdigen bij wie *bescherming van de maatschappij* het primaire (en mogelijk of waarschijnlijk enige) doel is.

De implementatie van de wet BOPZ (Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen) leidt tot geoomerkte plaatsen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie met bescherming van de maatschappij (het derde criterium) als primair doel.

Eigenlijk zouden zowel voor de psychiatrische observatie als voor de psychiatrische behandeling van infants, kinderen en jeugdigen separate doelgroepen met karakteristieke doelstellingen geformuleerd moeten worden. De ruimte daartoe ontbreekt in

deze rede. Jeugdpsychiatrische maatschappij-bescherming betreft enkele specifieke doelgroepen jeugdigen.

Toch zijn er *enkele criteria die tezamen redelijk goed de dagklinische en klinische kinder- en jeugdpsychiatrische populaties onderscheiden* van andere jeugdzorgpopulaties:

- het *eerste criterium* is de *ernstgraad wat betreft het niveau van functioneren binnen elk van de levensdomeinen*. Deze ernstgraad is aanzienlijk. Nagenoeg in al diens domeinen van functioneren (als individu, als persoon in gezin, met leeftijdsgenoten, op clubs of in hobby's en op school) ondervindt het kind of de jeugdige ernstige problemen en/of ondervindt de omgeving deze met hem. Functioneert het kind nog adequaat in één of meer van diens leefdomeinen, dan zal zelden klinische, een enkele keer dagklinische en pas als daar duidelijke redenen voor zijn observatie geïndiceerd geacht worden;
- het *tweede criterium* is de *ernstgraad wat betreft de verstoorde of gestoorde ontwikkeling of de ernstgraad van de ziekte*. Kinderen en een deel van de jeugdigen met psychiatrische problematiek worden overwegend niet als ziek, maar als problematisch ervaren. Kinderpsychiatrische problematiek wordt door velen (ook) ontwikkelingsproblematiek genoemd. Vanuit de ontwikkelingspsychopathologische optiek zou ik kinder- en jeugdpsychiatrische problematiek willen omschrijven als multi probleem, als drie of vier van de ontwikkelingshoofddomeinen omvattende problematiek. Dit impliceert dat vanuit deze definitie kinder- en jeugdpsychiatrische problematiek naast een emotioneel-sociale component altijd een biologische, een lichamelijke en/of een cognitieve component zal omvatten. Een deel van de jeugdpsychiatrische populatie past niet in deze typering en betreft jeugdigen bij wie volwassen psychiatrische ziektebeelden (zoals ernstig depressieve toestandsbeelden, manisch-depressieve psychosen en schizofrenie) optreden. Deze jeugdigen behoeven, vanuit een ziektemodel, primair onderzoek en behandeling;
- het *derde criterium* is de *onderzoekbaarheid of behandelbaarheid*. Van de meeste kinderen is de problematiek in een reeks van ambulante contacten te doorvorsen. Toch is er af en toe een kind bij wie dit niet lukt of bij wie het telkenmale mislukken van interventies doet denken aan tekortschietende ambulante diagnostiek. Nogal eens is er een problematische verzorgings- en opvoedingscontext of is er onduidelijke informatieverstrekking vanuit het milieu van herkomst. Voor deze *moelijk te onderzoeken* 'puzzel'-kinderen kan een klinische observatie geïndiceerd zijn. Klinische observatie van jeugdigen kent een bredere indicatie doordat jeugdigen in incidentele ambulante contacten soms nauwelijks informatief kunnen zijn, in vergelijking tot het kind een minder naïeve informatiebron zijn en nogal eens slechts in beperkte mate toestaan dat hun omgeving als informatiebron fungeert. Zijn de twee als eerste genoemde criteria van toepassing op een te observeren kind of jeugdige, dan vereist onderzoekbaarheid een hoge mate van professionaliteit of, met eerder gebruikte woorden, biopsychosociale diagnostiek. Het perspectief op kinder- en jeugdpsychiatrische *behandelbaarheid* moet duidelijk onderscheiden worden van verzorging, voortgang van groei en rijping, opvoeding, specifiek opvoeden en verblijf. Onder (het perspectief op) behandelbaarheid versta ik dat tot een getaxeerde uitgangspositie gekomen wordt (of vanuit ambulante diagnostiek of gedurende een klinische observatieperiode). Vanuit deze uitgangspositie gaat een beoogd behandelingseffect nagestreefd worden via een aan te geven traject. Verstoorde of gestoorde ontwikkeling dient op gang gebracht en/of gecorrigeerd, zo goed mogelijk bijge-

stuurd en/of gerestaureerd te worden. Behandelaars richten zich op een aantal cruciale delen van de ontwikkeling teneinde het geheel van ontwikkeling te beïnvloeden;

- het vierde criterium (in het logische verlengde van de eerste drie) is *de kwaliteit en kwantiteit van de vereiste deskundigheid*. Multidisciplinaire observaties moeten naar interdisciplinaire visies getild worden, terwijl behandeling toegesneden moet worden op het individu en diens gezin. *Een individugericht behandelingsaanbod dat ontbrekende socialisatie door middel van maatwerk ondervangt, zou (tezamen met de eerstgenoemde criteria) het kinderpsychiatrisch behandelingsaanbod voor kinderen met ontwikkelingsproblemen moeten differentiëren van het aanbod vanuit de jeugdzorg*. Wat betreft de mogelijkheden en de begrenzing van de behandelbaarheid van jeugdigen met volwassen psychiatrische ziektebeelden bestaat meer overeenstemming, een groeiende consensus;

Uit het voorafgaande moge blijken dat *klinische kinder- en jeugdpsychiatrie* mijns inziens *wat betreft de diagnostiek* ingezet moet worden voor de moeilijkste, de samengestelde puzzels en *wat betreft de behandeling* voor die kinderen of jeugdigen die enerzijds ernstige, samengestelde problematiek vertonen, anderzijds een behandelingsperspectief hebben.

Deze stellingname behoeft echter maatschappelijke bevestiging. Uitgaande van de vier eerder opgesomde criteria is het een illusie te verwachten dat succesvolle behandeling in dagen, weken of enkele maanden kan plaatsvinden. Tussen één en drie jaar lukt er veel in de klinische kinderpsychiatrie en tussen drie maanden en anderhalf à twee jaar lukt er veel in de klinische jeugdpsychiatrie. Kortdurend en langdurend is hoe dan ook lang in ons vakgebied, zeker wanneer dit vergeleken wordt met bijvoorbeeld de gemiddelde verblijfsduur van elf dagen van patiënten op de niet-kinder- en jeugdpsychiatrische afdelingen van het Sophia Kinderziekenhuis. Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie doet veel, kan veel, met slechts menskracht, professionaliteit en spel- en leermiddelen ter compensatie en correctie, met slechts medicatie als ondersteuning en zelden als curatie en zonder specifieke chirurgie. Het heeft echter zijn prijs, want in ons land zijn mensen, is professionaliteit duur en heet (in het jargon van dit decennium) kort efficiënt en lang inefficiënt.

In mijn optiek heeft de kinder- en jeugdpsychiatrische patiënt recht op zorg op maat en zouden we niet te veel moeten discussiëren over wat dit kost aangezien de omvang van het aantal behandelingsplaatsen gelimiteerd is. Veeleer lijkt discussie en uitwisseling op zijn plaats om de gelimiteerde capaciteit zo gericht mogelijk op steeds beter te omschrijven doelgroepen in te zetten.

In het resterende deel van deze rede zal ik belichten hoe gedachten uit het voorafgaande verwerkt zijn in een werkmodel. Dit model ontwikkelde ik met mijn medewerkers de afgelopen vijftien jaar om de kloof tussen theorie en praktijk, gericht op de praktijkwerker, te overbruggen.

De overbrugging: een werkmodel

Als ontwikkeling in drie of vier hoofddomeinen en met een diversiteit aan oorzaken, gestoord of verstoord kan zijn of raken bij kinder- en jeugdpsychiatrische patiënten, staat het de klinische kinder- en jeugdpsychiatrische praktijk niet vrij één of enkele theorieën tot leidraad te kiezen. Al die theorieën moeten ter beschikking staan die in samenhang voor de diagnostiek en/of voor de behandeling van het individu en diens context nodig zijn.

Een theorieën overstijgend framework, een lege schil, leek ons in het Sophia Kinderziekenhuis ruim tien jaar geleden een optie voor een werkmodel voor de klinische kinder- en jeugdpsychiatrische praktijk. Een kader waarbinnen zowel de diverse (mogelijk) van toepassing zijnde theorieën als de praktijkproblemen een plaats kunnen krijgen. Doelgroep en doelstelling staan een lege schil in absolute zin niet toe. Toch bleef het idee van de lege schil belangrijk: creëer een werkmodel waarbinnen de patiënt, diens natuurlijke en klinische omgeving zo goed mogelijk passen zonder dat allerlei theoretische interpretaties zijn ingebouwd.

Zoals hiervoor al aangegeven, betekende deze aanname onder andere dat binnen een dergelijk werkmodel:

- ruimte bestaat voor vele soorten oorzaken;
- diverse theorieën naast elkaar, in complementariteit, gehanteerd kunnen worden;
- ontwikkelingsdomeinen in samenhang en ontwikkeling als geheel beschouwd kunnen worden.

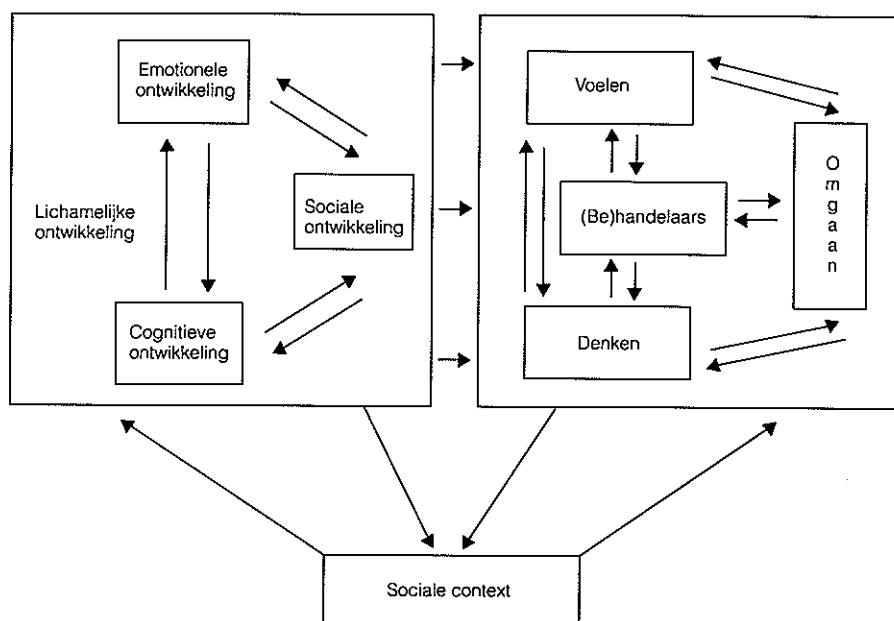
Een dergelijk werkmodel is gericht op wat Hedegaard (1987) het theoretisch begripen van de omgeving noemde: *“Feiten en verschijnselen moeten binnen een samenhangend conceptueel systeem begrepen worden en niet als van elkaar gescheiden, op zichzelf staande eenheden. Feiten en verschijnselen moeten begrepen worden op basis van hun oorsprong en hun diepere relaties en niet slechts op basis van de onmiddellijk waarneembare verschijnselen. Bovendien moeten ze begrepen worden in een ontwikkelingsproces en niet als waren ze statisch”*. Het werkmodel is kortom gericht op begrijpen en daarmee op (aan)gestuurd handelen.

In een reeks van publikaties heb ik met mijn medewerkers (zie toegevoegde literatuurlijst) gepoogd een werkmodel voor de klinische praktijk te formuleren. Een werkmodel waarbinnen de ontwikkelingsdifferentiatie past, evenals inzichten en directieven vanuit de drie families van theorieën. Zo een werkmodel beoogt een framework te zijn tussen theorie en praktijk, een kader voor uitwisseling, voor toetsing, waarbij op elk moment het te beschouwen deel in zijn context te bezien blijft. Lukraak verklaren, vanuit trial-and-error handelen en ook eclectisch verklaren of handelen worden erdoor voorkomen.

In de zevende figuur staat het algemeen werkmodel afgebeeld. In het linkerblok passen de ontwikkelingsdynamische aspecten, in het rechterblok de leer-, opvoedkundige- en op onderwijs- en op direct handelen gerichte aspecten, terwijl zowel de pijlen als het kleine blok onderin de figuur voor de systeemaspecten staan.

Het algemene werkmodel is uitgewerkt naar specifieke figuren voor gezin of leefgroep, het onderwijs en de individuerichte therapieën (zie hoofdstuk 7 van Verhulst, Verheij, 1992).

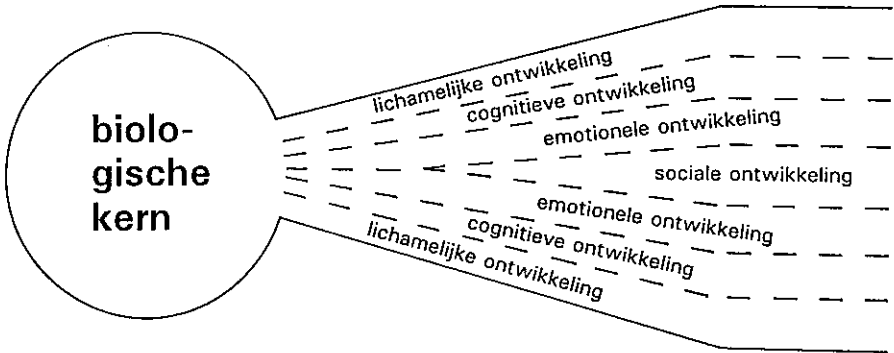
Figuur 7. Het algemeen werkmodel



Nagenoeg atheoretisch is eveneens de in de achtste figuur afgebeelde ontwikkelingsdifferentiatie. In deze figuur zitten enkele, breed geaccepteerde aannamen vervat:

- dat de organisatie van de ontwikkeling een biologische functie is;
- dat het op dit moment vrij vaststaand en geaccepteerd is dat ontwikkeling primair biologisch is en gedurende het leven een aanzienlijke biologische component behoudt [althoewel enkele decennia in deze eeuw door velen 'vergeten' (hierop werd ingegaan onder "Centrering en decentrering van de kinder- en jeugdpsychiatrie")]: de biologische printplaat, de ritmisch-cyclisch-reflectorische levensstart, het modulair of fasegewijs veranderen, de individu-specifieke snelheid van de ontwikkelingsvoortgang, enzovoorts;
- dat ontwikkeling te herleiden is tot drie of vier ontwikkelingshoofdassen of -domeinen. De discussie spitst zich er op toe of, naast het lichamelijke en cognitieve domein, er sprake is van één emotioneel-sociaal of een emotioneel en een sociaal domein. Eigenlijk betreft dit een discussie over definities: wat is emotioneel, wat is sociaal, zijn het nevengeschikte domeinen of is het ene (emotioneel) ten dele voorwaardelijk voor het andere (sociaal)? Uit de figuur valt af te lezen dat in mijn definitie de sociale ontwikkeling later in het leven (met het optreden van handelingswederkerigheid) start;
- dat ontwikkeling van een vaardigheid, een functie en samenhangend geheel van vaardigheden en/of functies zich uitsluitend binnen één van de hoofddomeinen kan afspelen, maar ook een wisselwerking kan zijn van een samenspel tussen twee of meer hoofddomeinen. Onderzoek naar de specifieke wijzen waarop domeinen verbonden zijn is veelbelovend (Hodapp, Burack, 1990; Bushnell, Boudreau, 1993) en kan tot handvatten voor ontwikkelingsstimulatie leiden.

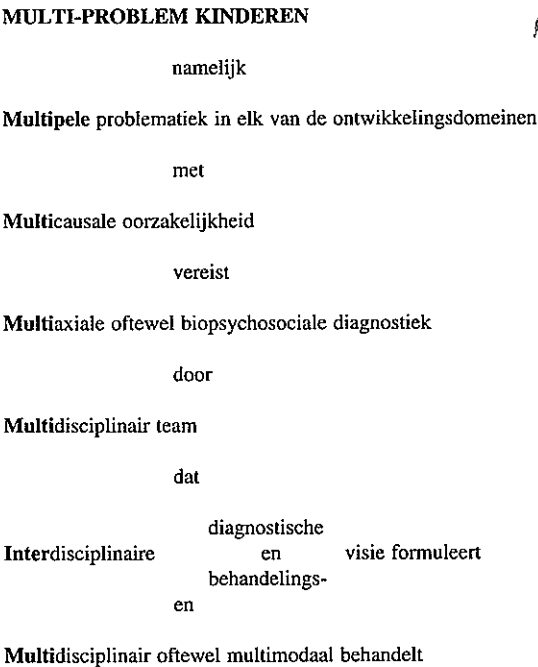
Figuur 8. De ontwikkelingsdifferentiatie



De consequentie: een circuit van overleg en verslaglegging

De problematiek van de klinische kinder- of jeugdpsychiatrische patiënt is niet vanzelfsprekend. Altijd zijn meerdere levens- en ontwikkelingsdomeinen in het geding. Er is sprake van vroege ontwikkelingsproblematiek of ernstige psychopathologie. Het denken hierover, evenals over de diagnostiek en de behandeling, is niet in slogans, in one-liners of in een ideologie van de dag te vatten.

Figuur 9. De gecompliceerde taakstelling van de klinische kinder- en jeugdpsychiatrische praktijk



In de negende figuur staat de gecompliceerde taakstelling van de klinische kinderen jeugdpsychiatrie afgebeeld. Eykman (1993) verwoordde in zijn rol van Eumaios, de varkenshoeder van Odysseus, treffend wat denken over deze taakstelling oproept: "Daarna was het met Verheij wel even schrikken... in de nabije toekomst gaan we met een multiaxiale, multidisciplinaire, multimethodische en multifunctionele projectorganisatie multiprobleem kinderen vlot trekken... maar hij heeft toch nog zeer veel plezier in zijn vak, zoveel is wel duidelijk".

Het vanzelfsprekend maken dat dag in, dag uit in een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek zo een taakstelling (in al diens facetten) centraal blijft staan, vereist niet alleen een voor alle medewerkers te hanteren werkmodel (zoals in de vorige paragraaf kort besproken), maar ook een dit werkmodel integrerend systeem van verslaglegging en overleg.

De samengesteldheid van de problematiek of psychopathologie blijft in beeld indien de voorgestructureerde *verslaglegging* (het werkmodel incorporerend) breed blijft (de lege schil-gedachte).

Binnen de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis werken we sedert lang aan de opzet en perfectionering van een coherent verslagleggingssysteem. Dagrapportage (Sonnema e.a., 1982), sessieverslaglegging, stafverslaglegging (Verheij, Rietdijk, 1991), (be)handelingsplanning (Boer, Gunning, Verheij, 1987; Verheij, Rietdijk, 1991; Verheij, 1993) en aanzetten tot behandelingsprotocollen (Verheij, Van Loon, 1992; Van Loon, Verheij, 1992) zijn ontwikkeld, beschreven en ook elders geïmplementeerd.

In de komende jaren zal wisselwerking tussen denken over verslaglegging en werken met verslaglegging dit systeem nog verder perfectioneren, niet alleen vanuit de eigen, maar ook vanuit andere werksituaties. Automatisering zal de gebruiksvriendelijkheid vergroten.

Een grotendeels geautomatiseerd systeem van verslaglegging die overwegend bottom-up ontwikkeld is, moet mijns inziens het kwaliteitsinformatiesysteem voor de intensieve (semi-)residentiële zorg aan kinderen en jeugdigen worden. KWIS [het kwaliteitsinformatiesysteem dat door de NVGGz (Van Vlijmen, Van der Velpen, 1993; Van Vlijmen, 1994) ontwikkeld wordt] is naar mijn mening geen eind, maar slechts een begin. Het representeert een top-down benadering waarbinnen de algemene principes van kwaliteit waarborgen goed vastgelegd zijn. Wil kwaliteitsdenken in de praktijk (en niet slechts bij een daarvoor aangestelde medewerker) gaan leven, dan zullen op de patiënt en diens observatie en behandeling gerichte verslagleggingssystemen de kwaliteit waarborgende principes moeten gaan omvatten.

Zoals er geen denken zonder voelen en geen voelen zonder denken is, is er geen goed systeem van verslaglegging zonder een daarop afgestemd circuit van overleg en vice versa.

De samengesteldheid van kinder- en jeugdpsychiatrische problematiek impliceert dat multidisciplinair gewerkt wordt aan een gedeelde, *een interdisciplinaire diagnostische visie* of vanuit een gezamenlijke, *een interdisciplinaire behandelingsvisie*. Om deze gedeelde visies in de turbulentie van alledag te laten ontstaan en duidelijk te houden is regie, is een de delen tot een geheel integrerend *overlegcircuit* nodig.

Vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis is gepubliceerd over rollen en rolduidelijkheid, over disciplinaire identiteit en integratie (zonder verlies van identiteit) in het grotere geheel. Ook is gepoogd greep te krijgen op het op elkaar afstemmen, zoals de diapositief op de dianegatief, van circuit van overleg en systeem van verslaglegging (zie toegevoegde lijst met publikaties).

Naar mijn mening wordt te weinig beseft hoe voorwaardelijk (gezien de primaire taakstelling) voor de klinische kinder- en jeugdpsychiatrische praktijk op elkaar afgestemde circuits van overleg en verslaglegging zijn.

De vooruitblik: niet vanzelfsprekende doelstellingen

Geneeskunst versus geneeskunde, verwetenschappelijking versus wetenschap, patiëntgericht versus praktijkgericht: op diverse wijzen was tot nu toe in beeld dat ik mijn benoeming beschouw als een stimulans om door te gaan op de weg naar groeiende greep op de weerbarstige klinische kinder- en jeugdpsychiatrische praktijk. Dit streven naar inzicht in veranderingsprocessen leidde en leidt tot kennis, tot uitwisseling en is inspirerend voor onderwijs. Ook zette en zet het aan tot wetenschappelijk onderzoek met voor deze praktijk geformeerde onderzoeksmethodologieën, van waaruit dit jaar weer de volgende resultaten zullen komen.

Is zo een streven legitiem?

Fens, in een interview (naar aanleiding van zijn afscheid als hoogleraar in de moderne Nederlandse letterkunde), terugblikkend op universiteit en kwaliteit gaf mij een legitimatie: "Wat niet door een idee wordt geleid, kan misschien beter worden opgeheven" (Haveman, 1994). Vanuit ideeën, vanuit idealen, vanuit zo een streven ontstaat immers kwaliteit.

Is zo een streven legitiem voor deze praktijk?

Ik kan daarop slechts een persoonlijk antwoord geven. Ernstig psychiatrisch problematische of gestoorde kinderen en jeugdigen hebben mijns inziens recht op zo goed mogelijke, door kennis aangestuurde hulp. Ik wil daar ook graag de komende jaren mijn steen aan bijdragen.

Is zo een streven verenigbaar met wetenschap?

In de moderne wetenschap zijn de natuurpool en de mens/samenlevingspool tegenover elkaar gezet. Nadat wetenschappelijk onderzoek van de natuurpool succesvol bleek, werd verondersteld dat de gehanteerde methoden ook succesvol zouden blijken te zijn voor de mens- en sociale wetenschappen (Polkinghorne, 1983). De klinische kinder- en jeugdpsychiatrische praktijk leent zich nauwelijks voor positivistisch wetenschappelijk onderzoek. Deze praktijk lijkt niet modern om te parafraseren op "Wij zijn nooit modern geweest", de Nederlandse titel van het laatste boek van de Franse wetenschapsfilosoof Latour (1991). Deze laat zien dat 'dingen op zich' en 'mensen onder elkaar' nooit volledig te scheiden geweest zijn. Zuivering en media tie hielden beide polen en het onderscheid in stand. Een onderscheid dat houdbaar bleek zolang verdonkeremaand werd dat er netwerken, hybriden bestaan die zich niet volgens de ene of volgens de andere pool laten indelen. Wie de klinische kinder- en jeugdpsychiatrische praktijk bestudeert, onderzoekt zo een netwerk, zo een hy-

bride en bedrijf, conform Latour, wetenschap. Latour ontdekte, door bestudering van de wetenschapper in actie, dat wetenschappelijke feiten niet ontdekt, maar gemaakt of geconstrueerd worden. "Wetenschappers zijn knutselaars, geen waarheidzoekers", kopte de Volkskrant (Meeus, 1994); hun werk lijkt op wat bijvoorbeeld timmerlieden doen. Voor de wetenschapper in de klinische kinder- en jeugdpsychiatrie is de volgende uitspraak van de wetenschapsfilosoof Toulmin (Kayser, 1993) waardevol: "Ik denk dat de centrale vraag voor mij nog steeds is wat we moeten dóen in plaats van wat we moeten denken. Ik heb dit eerder geformuleerd in de zin dat theorie zélf praktisch moet zijn, in plaats van het hooggerechtshof". Vanuit deze en overeenkomstige opvattingen kan kennis aanpassen aan, toepassen in en vergroten door (en ten behoeve van) de klinische kinder- en jeugdpsychiatrische praktijk wetenschap zijn.

Mijn werkdomein is dankbaar en weerbarstig; mijn leeropdracht eervol en inhoudelijk hard nodig. Als mijn hoogleraarschap, bijvoorbeeld over twaalf jaar, geëvalueerd wordt, hoop ik dat de maat waarmee gemeten wordt geijkt is op de doelstellingen van vandaag. Ik streef patiënt-gerichte verwetenschappelijking van de klinische kinder- en jeugdpsychiatrie na oftewel groeiende greep op en groeiend inzicht in klinische kinder- en jeugdpsychiatrische veranderingsprocessen. Onderzoekingen, publikaties, voordrachten en lessen dienen hiertoe bewijs te leveren.

Vanzelfsprekend een woord van dank

Mijnheer de Rector Magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders, Het zij mij toegestaan te beginnen bij om wie het gaat: bij de kinder- of jeugdpsychiatrische patiënt en diens gezin. Ik ben dankbaar met hen te werken en hoop het door hen in mij gestelde vertrouwen waard te zijn en te blijven.

Het zij mij toegestaan te vervolgen met degenen zonder wie vandaag vandaag niet was: mijn huidige en vroegere medewerkers binnen de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis. Ik stond hier niet zonder jullie energie, jullie creativiteit, jullie samenwerking waarvoor, ik weet dat ik te weinig complimenteer, mijn dank.

Het College van Bestuur van de Erasmus Universiteit ben ik erkentelijk voor haar instemming met de vestiging van de leerstoel en mijn benoeming. De leden van structuur- en benoemingscommissie dank ik voor het in mij gestelde vertrouwen. De Raad van Bestuur van het Academisch Ziekenhuis heeft me door mijn chef de clinique-schap te verbijzonderen eervol beloond, waarvoor mijn dank.

Hooggeleerde Verhulst, beste Frank, het gaat vanzelfsprekend, maar het is bijzonder om zo, elkaars sterkte gebruikend, elkaars zwakte ontziend, samen te werken. Het typeert de ruimte van jouw geest dat je complementariteit als een groot goed en niet als een bedreiging beschouwt. Ik dank je voor jouw grote aandeel in mijn benoeming. We werken voort.

Hooggeleerde Sanders-Woudstra, beste Jannie,
dat ik hier vandaag sta komt doordat jij iets in mij zag. Ik dank je voor de kansen die je me gaf, het vertrouwen dat je in mij stelde. Ik waardeer het zeer dat onze relatie wederkerig en gelijkwaardig werd.

Collega's binnen en buiten ziekenhuis en universiteit,
ik nam vandaag hooi op de vork, veel hooi misschien wel. Veel van wat moet met de klinische kinder- en jeugdpsychiatrie en met de plaats ervan in de bredere gezondheids- en jeugdzorg is slechts in samenwerking te realiseren. Ik dank velen voor de samenwerking tot vandaag en ben van harte bereid te investeren in morgen.

Dames en heren studenten,
durven denken aan ernstige psychosociale of psychiatrische problemen bij kinderen en jeugdigen is op vele plaatsen in de gezondheidszorg belangrijk. Ik hoop mijn steentje aan Uw vorming bij te dragen.

Vrienden, familie,
Ellie, Maartje, Carolien, Ron,
voor jullie was ik vandaag misschien niet of veel minder mijzelf. Ik heb het nodig om werk en privé in aanzienlijke mate te scheiden. Vandaag was dit voor een moment doorbroken. Ik vind het fijn dat jullie hebben geluisterd naar dit verhaal.

Ik heb gezegd.

Literatuur

- American Association on Mental Retardation (1992). *Mental retardation; definition, classification, and systems of supports* (9th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., revised). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- d'Ancona, H., & Kosto, A. (1994). *Regie in de jeugdzorg*. Rapport GGZ – 94/70.6. 's-Gravenhage: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- Anderson, M. (1992). *Intelligence and development; a cognitive theory*. Oxford/Cambridge: Blackwell Publishers.
- Barker, P. (1988). The future of residential treatment for children. In C. Schaefer & A. Swanson (Eds.), *Children in residential care: Critical Issues in treatment*, 10-16. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Bertalanffy, L. von (1973). *General System Theory*. Harmondsworth: Penguin Books (oorspronkelijke uitgave 1928).
- Bettelheim, B., & Sylvester, E. (1947). Therapeutic influence of the group on the individual. *American Journal of Orthopsychiatry*, 17, 684-692.
- Bettelheim, B., & Sylvester, E. (1948). A therapeutic milieu. *American Journal of Orthopsychiatry*, 18, 191-206.
- Bettelheim, B. (1950). *Love is not enough*. New York: The Free Press.
- Bettelheim, B. (1974). *A home for the heart*. London: Thames and Hudson.
- Boer, J.E. de, Gunning, C., & Verheij, F. (1987). Het behandelingsplan in een kinderpsychiatrische kliniek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 26, 131-144.
- Boer, J.E. de, Minderaa, R.B., De Raeymaecker, D.M.J., Verheij, F., & Wielink, P.S. van (Red.) (1988). *Kinderpsychiatrie in perspectief: afscheidssymposium van prof.dr. J.A.R. Sanders-Woudstra*. Tilburg: Dr. Paul Janssen Stichting.
- Bushnell, E.W., & Boudreau, J.P. (1993). Motor development and the mind: the potential role of motor abilities as a determinant of aspects of perceptual development. *Child Development*, 64, 1005-1021.
- Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 1-7.
- College voor Ziekenhuisvoorzieningen (1994). *Referentiekader psychiater/populatie-ratio*. Rapport nr. 3991-94. Utrecht: auteur.
- De Fever, F. (1994). Psychologie en orthopedagogiek onder de loep genomen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie*, 19, 3-12.
- Delta Special (1975). Wie durft mag het zeggen. Interview. *De Gekkenkrant*, 18, 14-18.
- Došen, A. (1993). *A developmental-psychiatric approach in the diagnosis of psychiatric disorders of persons with mental retardation*. Lezing gehouden op The International Congress on the Dually Diagnosed, Boston. Voerendaal: Schrijen-Lippertz.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, April 8, 129-136.
- Eykman, J.C.B. (1993). Die goede oude tijd; een terugblik door Eumaios. In F. Verheij, R. Eijsberg & A. van Strien (Red.), *Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie; praktijk en visie*, 273-278. Assen: Van Gorcum.
- Foudraïne, J. (1971). *Wie is van hout...; een gang door de psychiatrie*. Bilthoven: Ambo.
- Freud, A. (1965). *Normality and pathology in childhood*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Gardeniers-Berendsen, M.H.M.F. (1982). Toespraak zonder titel ter gelegenheid van de opening van Fornhese te Amersfoort. Nr. 82/128/Vgz. Leidschendam: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.
- Geert, P.L.C. van (1988). Het begrip ontwikkeling en de structuur van ontwikkelingspsychologische theorieën. In W. Koops & J.J. van der Werff (Red.), *Overzicht van de empirische ontwikkelingspsychologie, deel 1*, 32-59. Groningen: Wolters Noordhoff.

- Gerritzen, H.M.J.A. (1990). *Een abraham voor kinderzaal*. Utrecht: Universiteitskliniek voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Academisch Ziekenhuis Utrecht.
- GHIGV (1984). *Over voorzieningen voor kinderen en jeugdigen met psychiatrische en/of psychosociale problemen*. Verslag van de GHIGV-enquête over het jaar 1982. Leidschendam: auteur.
- Goei, L. de (1992). *In de kinderschoenen*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Greenspan, S.I. (1992). *Infancy and early childhood: the practice of clinical assessment and intervention with emotional and developmental challenges*. Madison: International Universities Press.
- Haanstra, R. (1988). Over de theorie-praxisverhouding of: van een vaag gevoel naar een heldere situatie. *Tijdschrift K & O*, 31, 2-6.
- Haley, J. (1971). Family therapy: a radical change. In J. Haley (Ed.), *Changing families*. New York: Grune & Stratton.
- Hart de Ruyter, Th. (1956). *Problemen rond de kinder psychotherapie*. Inaugurele rede. Groningen/Djakarta: J.B. Wolters.
- Hart de Ruyter, Th. (1963). Over ontstaan en behandeling van de zogenaamde ontwikkelingspsychopatie. In Th. Hart de Ruyter (Red.), *Capita Selecta uit de kinder- en jeugdpsychiatrie*, 72-131. Zeist: De Haan.
- Hart de Ruyter, Th. (1972). Psychopathiform gedrag bij kinderen. In Th. Hart de Ruyter & L.N.J. Kamp (Red.), *Hoofddlijnen van de kinderpsychiatrie*, 145-165. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hart de Ruyter, Th. (1981). Ontwikkelingspsychopatie, syndroom van fundamentele onveiligheid. In J.D. van der Ploeg (Red.), *Jeugd (z)onder dak*, 145-175. Alphen aan den Rijn: Samsom Uitgeverij.
- Hageman, B. (1994). De grootste dreiging is de macht van de middelmaat. Interview met K. Fens. *De Volkskrant*, 29 oktober 1994, p. 11.
- Hedegaard, M. (1987). Methodology in evaluative research on teaching and learning. In F.J. van Zuuren, F.J. Wertz & B. Mook (Eds.), *Advances in qualitative psychology: themes and variations*, 53-69. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hekken, S.M.J. van, Slot, N.W., Stolk, J., & Veerman, J.W. (Red.) (1993). *Pedologie tussen wetenschap en praktijk*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hinshaw, S.P. (1992). Academic underachievement, attention deficits, and aggression: comorbidity and implications for intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 893-903.
- Hodapp, R.M., & Burack, J.A. (1990). What mental retardation teaches us about typical development: The examples of sequences, rates, and cross-domain relations. *Development and Psychopathology*, 2, 213-225.
- IWRV (Interdepartementale Werkgroep Residentiële Voorzieningen voor Jeugdigen) (1980). *Interim-rapport II*. Den Haag: Staatsuitgeverij.
- IWRV (Interdepartementale Werkgroep Residentiële Voorzieningen voor Jeugdigen) (1984). *Eindrapport*. Den Haag: Staatsuitgeverij.
- Kamp, L.N.J. (1950). *Kinderpsychiatrie en geneeskunde*. Openbare les gehouden aan de Rijksuniversiteit te Utrecht. Leiden: Stenfert Kroese.
- Kamp, L.N.J. (1960a). De taak van de kinderpsychiater in de opvoedingsinrichting. *De Koepel*, 14, 370-385.
- Kamp, L.N.J. (1960b). Problems of organization and administration in residential treatment institutions for children. *International Child Welfare Review*, 14, 364-374.
- Kamp, L.N.J. (1964). *Beleid en samenwerking in de kinderpsychiatrische residentiële behandeling*. Inaugurele rede. Leiden: Stenfert Kroese.
- Kashani, J.H., & Cantwell, D.P. (1983). Characteristics of children admitted to inpatient community mental health care. *Archives of General Psychiatry*, 40, 397-400.
- Kayzer, W. (1993). *Een schitterend ongeluk*. Amsterdam/Antwerpen: Contact.
- Kingston, Ph. (1984). 'But they aren't motivated ...' issues concerned with encouraging motivation for change in families. *Journal of Family Therapy*, 6, 381-403.
- Krevelen, D. Arn. van (1951). *Verleden, heden en toekomst van de kinderpsychiatrie*. Openbare les gehouden aan de Rijksuniversiteit te Leiden. Leiden: Stenfert Kroese.
- Krevelen, D. Arn. van (1978). Kinderpsychiatrie im Umbruch der Zeiten. *Psychiatrie Neurologie und medizinische Psychologie*, 30, 277-281.
- Latour, B. (1994). *Wij zijn nooit modern geweest; pleidooi voor een symmetrische antropologie*. Amsterdam: Van Gennep (oorspronkelijke uitgave 1991).
- Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality*. New York/Londen: McGraw-Hill Book Company.
- Loon, H. van, & Verheij, F. (1992). Residential treatment of maltreated children. In J.D. van der Ploeg,

- P.M. vanden Bergh, M. Klomp, E.J. Knorth, M. Smit (Red.), *Vulnerable youth in residential care, Part II, Clients, staff and the system*, 59-74. Leuven: Garant.
- Meeus, J. (1994). Wetenschappers zijn knutselaars, geen waarheidzoekers. Interview met B. Latour. *De Volkskrant*, 1 oktober 1994, p. 13.
- Meijerink, C.W. (1988). Relatie onderzoek-praktijk: meer dan een verstandshuwelijk. *Tijdschrift K & O*, 31, 14-18.
- Miller, P.H. (1983). *Theories of developmental psychology*. New York: Freeman and Company.
- Overton, W.F., & Horowitz, H.A. (1991). Developmental psychopathology: Integrations and differentiations. In D. Cicchetti & S.L. Toth (Eds.), *Models and integrations*, 1-42. Rochester: University of Rochester Press.
- Pennington, B.F., & Ozonoff, S. (1991). A neuroscientific perspective on continuity and discontinuity in developmental psychopathology. In D. Cicchetti & S.L. Toth (Eds.), *Models and integrations*, 117-159. Rochester: University of Rochester Press.
- Piaget, J. (1953). *The origin of intelligence in the child*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Piaget, J. (1971). *Biology and knowledge*. Edinburgh: Edinburgh University Press (oorspronkelijke uitgave 1967).
- Polkinghorne, D. (1983). *Methodology for the human sciences; systems of inquiry*. Albany: State University of New York Press.
- Redl, F. (1959). The concept of a 'therapeutic milieu'. *American Journal of Orthopsychiatry*, 29, 721-736.
- Redl, F., & Wineman, D. (1967). *De behandeling van het agressieve kind*. Utrecht: Bijleveld (oorspronkelijke uitgave 1952).
- Redl, F., & Wineman, D. (1963). *Kinderen die haten*. Utrecht: Bijleveld.
- Reese, H.W., & Overton, W.F. (1970). Models of development and theories of development. In L.R. Goulet & P.B. Baltes (Eds.), *Life-span developmental psychology*, 115-145. New York/London: Academic Press.
- Reuling, A. (1986). *Methodologieën; een inleiding in onderzoeksstrategieën*. Baarn: H. Nelissen.
- Riddle, M.A. (1989). Research on a children's psychiatric inpatient service. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 42-46.
- Sanders-Woudstra, J.A.R. (1961). *Experimenteel anatomisch onderzoek over de verbindingen van enkele basale telencefale hersengebieden bij de albinorat*. Dissertatie. Groningen: Rijksuniversiteit.
- Sanders-Woudstra, J.A.R. (1976). *Kinderpsychiatrie in perspectief*. Inaugurele rede. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Sanders-Woudstra, J.A.R., Minderaa, R.B., & Verheij, F. (1982). Kinderpsychiatrie: een vak en een identiteit. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 24, 257-265.
- Schouten, J., Hirsch, S., & Blankstein, H. (1974). *Laat je niet kennen*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Shelton, T. (1987). Theories of development and learning. In M.L. Wolraich (Ed.), *The practical assessment and management of children with disorders of development and learning*, 2-32. Chicago: Year Book Medical Publishers.
- Sonnema-Diémont, J.H., Verheij, F., Akkerhuis, G., & Schouten, A.A.R. (1982). Dagrapportage in een kinderpsychiatrische kliniek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 3, 124-133.
- Sroufe, L.A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.
- Stolk, P.J. (1975). *Een soort vuur; verkenningen in de klinische psychiatrie*. Amsterdam: Wetenschappelijke Uitgeverij.
- Strien, P.J. van (1975). Naar een methodologie van het praktijkdenken in de sociale wetenschappen. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 30, 601-619.
- Strien, P.J. van (1984). Naar de verwetenschappelijking van de praktijk. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 23, 162-180.
- Task Force "Doelmatigheid, effectiviteit en financiering jeugdhulpverlening" (1994). *Plaatsmaken; op weg naar goede jeugdzorg*. Rapport. 's-Gravenhage: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- Treffers, Ph.D.A. (1984). *Opstaan, plaats vergaan?* Inaugurele rede. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Trieschman, A.E., Whittaker, J.K., & Brendtro, L.K. (1969). *De andere drie-en-twintig uur*. Utrecht: Bijleveld.
- Van Dale (1992). *Groot woordenboek der Nederlandse taal* (12e, herziene druk). Utrecht/Antwerpen: Van Dale lexicografie.
- Verheij, F. (1984). Stoornissen in de ouder-kind relatie en het onderkennen van risico-factoren als basis voor de behandeling. *Metamedica*, 63, 325-334.

- Verheij, F. (1986). *Klinische kinderpsychiatrie en het cognitief-structurele ontwikkelingsmodel*. Dissertatie. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Verheij, F., & Boer, J.E. de (1987). De kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek als behandelingsinstituut. In G.F.M.G. Berden, F.C. Verhulst & H.F.J. de Witte (Red.), *Over kinderen gesproken*, 80-91. Assen: Van Gorcum.
- Verheij, F. (1989). Kinderen met vroeg verworven ontwikkelingsproblemen als belangrijkste doelgroep. In F. Verheij & H. van Loon, *Intensieve residentiële behandeling van kinderen; een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld*, 11-21. Assen: Van Gorcum.
- Verheij, F., & Loon, H. van (1989). *Intensieve residentiële behandeling van kinderen; een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld*. Assen: Van Gorcum.
- Verheij, F., & Rietdijk L.E. (1991). Behandelingsplanning in een residentiële setting. *Tijdschrift voor Jeugdhulpverlening en Jeugdwerk*, 3, 30-35.
- Verheij, F. (1992). Het diagnostisch interview met het gezin. In F.C. Verhulst & F. Verheij (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie; onderzoek en diagnostiek*, 110-123. Assen: Van Gorcum.
- Verheij, F., & Loon, H. van (1992). Pervasive developmental disorders not otherwise specified. A developmental-psychopathological approach for the development of made-to-measure treatment planning. *Acta Paedopsychiatrica*, 55, 235-242.
- Verheij, F. (1993). De (semi)residentiële infant- en kinderpsychiatrische behandeling; nu en straks. In F. Verheij, R. Eijlsberg & A. van Strien (Red.), *Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie; praktijk en visie*, 7-17. Assen: Van Gorcum.
- Verheij, F., & Schagen, M. (1993). Begeleiding, in soorten en maten. In L.E. Rietdijk (Red.), *Teambegeleiding en individuele werkbegeleiding*, 13-42. Utrecht: SWP.
- Verheij, F. (1993). *Behandelingsplanning in de jeugdhulpverlening, jeugd-GGZ en het speciaal onderwijs*. Utrecht: Uitgeverij SWP.
- Verhulst, F.C. (1991). *De ontwikkeling van het kind*. Assen: Van Gorcum.
- Verhulst, F.C., & Ende, J. van der (1992a). Six-year stability of parent-reported problem behavior in an epidemiological sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 595-610.
- Verhulst, F.C., & Ende, J. van der (1992b). Six-year developmental course of internalizing and externalizing problem behaviors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 924-931.
- Verhulst, F.C., & Verheij, F. (Red.) (1992). *Kinder- en jeugdpsychiatrie; onderzoek en diagnostiek*. Assen: Van Gorcum.
- Verhulst, F.C., & Ende, J. van der (1993). "Comorbidity" in an epidemiological sample: a longitudinal perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 767-783.
- Vlijmen, J. van, & Velpen, P. van der (1993). *Het algemene raamwerk KWIS-K&J*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg.
- Vlijmen, J. van (1994). *Het raamwerk KWIS-K&J*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg.
- Wardle, C.J. (1991). Twentieth-century influences on the development in Britain of services for child and adolescent psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 159, 53-68.
- Wells, K. (1991). Placement of emotionally disturbed children in residential treatment: a review of placement criteria. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 339-347.
- Williams, S., Anderson, J., McGee, R., & Silva, Ph.A. (1990). Risk factors for behavioral and emotional disorder in preadolescent children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 413-419.
- Woolston, J.L., Rosenthal, S.L., Riddle, M.A., Sparrow, S.S., Cicchetti, D., & Zimmerman, L.D. (1989). Childhood comorbidity of anxiety/affective disorders and behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 707-713.
- World Health Organization (1978). *International Classification of Diseases* (9th rev.). Geneva: World Health Authority.
- World Health Organization (1990). *ICD-10, draft of Chapter V categories F00-F99: Mental and behavioural disorders (including disorders of psychological development)*. (WHO/MNM/MEP/87,1 Rev.4). Geneva: author.
- Zuuren, F.J. van (1987). Kwalitatief onderzoek. Een geschikt alternatief voor de psychologie? *De Psycholoog*, 22, 283-289.

Over vak en vakkracht

- Sanders-Woudstra, J.A.R., Minderaa, R.B., & Verheij, F. (1982). Kinderpsychiatrie: een vak en een identiteit. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 24, 257-265.
- Verheij, F. (1985). De beleidspsychiater in de kinderpsychiatrische kliniek. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* 40, 259-270.
- Verheij, F. (1993). Jeugdhulpverlening en jeugdgezondheidszorg onder één dak? In: *Visies op schaalvergroting in de jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en jeugdgezondheidszorg*, 67-79. Utrecht: SWP.

Over klinische en dagklinische kinder- en jeugdpsychiatrie

- Verheij, F., & Sanders-Woudstra, J.A.R. (1983). Child-psychiatric day care treatment and the family with pathologically symbiotic relations. *Acta Paedopsychiatrica* 49, 149-161.
- Verheij, F., & Boer, J.E. de (1987). De kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek als behandelingsinstituut. In G.F.M.G. Berden, F.C. Verhulst & H.F.J. de Witte (Red.), *Over kinderen gesproken*, 80-91. Assen: Van Gorcum.
- Verheij, F., & Sanders-Woudstra, J.A.R. (1988). The history and current status of child and adolescent psychiatric day-treatment programs in the Netherlands. *International Journal of Partial Hospitalization* 5, 113-123.
- Verheij, F., & Loon, H. van (1989). Klinische kinderpsychiatrie; een plaatsbepaling. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 5, 206-210.
- Verheij, F., & Loon, H. van (1989). *Intensieve residentiële behandeling van kinderen; een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld*. Assen: Van Gorcum.
- Verheij, F. (1990). Residentiële kinderpsychiatrische behandeling. In C.A.L. Hoogduin, H.G.M. Rooymans, P. Schnabel, K. van der Velden & F.C. Verhulst (Red.), *Jaarboek voor Psychiatrie en Psychotherapie, deel 3*, 125-134. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Verheij, F., & Doorn, E.C. van (1990). Autism and mental retardation: the planning of a therapeutic environment. *International Journal of Rehabilitation Research* 13, 127-136.
- Verheij, F., Eijlsberg, R., & Strien, A. van (Red.) (1993). *Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie; praktijk en visie*. Assen: Van Gorcum.
- Verheij, F. (1993). De (semi)residentiële infant- en kinderpsychiatrische behandeling; nu en straks. In F. Verheij, R. Eijlsberg & A. van Strien (Red.), *Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie; praktijk en visie*, 7-17. Assen: Van Gorcum.

Over leefgroep en leefgroepmedewerker

- Stelder-Houben, M.E., & Verheij, F. (1984). Het groeiproces van de p.m. in de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek. *Tijdschrift K&O* 27, 7-17.
- Stelder-Houben, M.E., & Verheij, F. (1985). Mogelijke oorzaken van een voortijdige beëindiging van de stage HBO-J in een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek. *Tijdschrift K&O* 28, 13-16.
- Rowaan, W., & Verheij, F. (1986). Behandeling door middel van het leven van alle dag. *Tijdschrift K&O* 29, 15-20.
- Gravesteyn, I.M., & Verheij, F. (1989). Middle-management in een residentiële behandelingsinstituut. *Tijdschrift K&O* 32, 9-23.
- Verheij, F., & Schagen, M. (1993). Begeleiding, in soorten en maten. In L.E. Rietdijk (Red.), *Teambegeleiding en individuele werkbegeleiding*, 13-42. Utrecht: SWP.
- Rietdijk, L.E. (1993). *Teambegeleiding en individuele werkbegeleiding*. Utrecht: SWP.
- Rietdijk, L.E., & Gravesteyn, I.M. (1993). Begeleidingsvormen in hulpverleningsinstellingen voor kinderen en jeugdigen; individuele werkbegeleiding en teambegeleiding als voorbeeld. In F. Verheij, R. Eijlsberg & A. van Strien (Red.), *Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie; praktijk en visie*, 114-119. Assen: Van Gorcum.

Over cognitie en onderwijs

- Verheij, F. (1986). *Klinische kinderpsychiatrie en het cognitief-structurele ontwikkelingsmodel*. Dissertatie. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Doorn, E.C. van, & Verheij, F. (1988). Psychotherapie en onderwijs. *Kinder- en Jeugdpsychotherapie* 15, 172-182.
- Verheij, F. (1988). Leerstoornissen uit de kindertijd, een probleem na het twaalfde levensjaar. In B. Driessen & H. de Hoogh (Red.), *Psychotherapie met adolescenten; zelf doen, maar niet alleen*, 295-312. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Verheij, F., & Doorn, E.C. van (1989). De plaats van de cognitieve ontwikkeling in de kinderpsychiatrische behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 31, 651-661.
- Doorn, E.C. van, & Verheij, F. (1989). Onderwijs aan kinderen met een aan autisme verwante contactstoornis. In J.E. de Boer, R.B. Minderaa, F. Verheij & P.S. van Wielink (Red.), *Kinderpsychiatrie in ontwikkeling, deel 3; Aan autisme verwante contactstoornissen*, 68-86. Tilburg: Dr. Paul Jansen Stichting.
- Verheij, F. (1990). Leerstoornissen. In J.A.R. Sanders-Woudstra & H.F.J. de Witte (Red.), *Leerboek Kinder- en Jeugdpsychiatrie*, 537-558. Assen: Van Gorcum.
- Verheij, F., & Doorn, E.C. van (1990). Onderwijs aan kinderen met aan autisme verwante contactstoornissen in een kinderpsychiatrische kliniek. *Engagement* 17, 12-16.
- Verheij, F., & Doorn, E.C. van (1991). Leerstoornissen en emotioneel-sociale problematiek; een ongelijksoortig samengaan. In H.P.J.G. Bilsen & H.D. Swager (Red.), *Speciaal Onderwijs & Jeugdhulpverlening*, 93-119. De Lier: Academisch Boeken Centrum.
- Doorn, E.C. van, & Verheij, F. (1991). Opbouw vanaf de basis; het aanbieden van correctieve schoolervaringen bij kinderen met ernstige motivatieproblemen. In T.J. van Engelen, A.M. Collot d'Escury & L. Tjhuis (Red.), *Gelukkig op school*, 183-195. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Verheij, F., & Doorn, E.C. van (1992). Leerstoornissen. In F.C. Verhulst & F. Verheij (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie; onderzoek en diagnostiek*, 545-571. Assen: Van Gorcum.
- Doorn, E.C. van, & Picavé, M. (1993). Freud en de tafel van tien; onderwijs aan kinderen opgenomen in een kinderpsychiatrische kliniek. In F. Verheij, R. Eijlsberg & A. van Strien (Red.), *Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie; praktijk en visie*, 143-151. Assen: Van Gorcum.

Over individu-gerichte therapieën

BEWEGINGSTHERAPIE

- Meijden-van der Kolk, H. van der (1982). Bewegingstherapeutisch proces binnen een kinderpsychiatrische dagbehandeling. *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 10, 230-242.
- Meijden-van der Kolk, H. van der, & Verheij, F. (1984). De plaats van de bewegingstherapie in een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek: een poging tot een typering. *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 12, 159-170.
- Aendekerk, E.W.C., & Verheij, F. (1989). Het bewegingstherapeutisch proces van kinderen met gedragsstoornissen en agressiviteit vanuit een psychodynamisch kader. *Bewegen & Hulpverlening*, 6, 280-298.
- Loon, H. van, Verheij, F., & Aendekerk, E.W.C. (1990). Ontwikkelingspsychose; bewegen zonder geïntegreerd lichaamsbeeld. I. Theoretische oriëntatie. *Bewegen & Hulpverlening*, 7, 4-12.
- Aendekerk, E.W.C., Loon, H. van, & Verheij, F. (1990). Ontwikkelingspsychose; bewegen zonder geïntegreerd lichaamsbeeld. II. Illustraties vanuit de praktijk. *Bewegen & Hulpverlening*, 7, 13-21.
- Verheij, F. (1993). Bewegingstherapie en klinische kinderpsychiatrie. *Bewegen en Hulpverlening*, 19, 68-73.
- Aendekerk, E.W.C. (1993). Groeien naar meer geïntegreerd bewegen; het bewegingstherapeutische proces met kinderen met een aan autisme verwante stoornis. In F. Verheij, R. Eijlsberg & A. van Strien (Red.), *Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie; praktijk en visie*, 130-140. Assen: Van Gorcum.
- Aendekerk, E.W.C. (1994). Groeien naar meer integratie in bewegen; het bewegingstherapeutisch proces met kinderen met een aan autisme verwante stoornis. *Bewegen en Hulpverlening*, 20-1, 50-64.

CREATIEVE THERAPIE

- Dekker, M. & Verheij, F. (1983). Creatieve therapie in een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 83-3, 77-86.
- Hilvering, R., & Verheij, F. (1985). Het creatief therapeutisch proces met een basisonveilig kind, opgenomen in een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 85-2, 39-46.
- Hilvering, R., & Verheij, F. (1988). Elementen van het creatief therapeutische proces met ontwikkelingspsychotische kinderen. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 88-4, 87-98.
- Diederiks, J., & Verheij, F. (1990). De specificiteit van creatieve therapie beeldend met ontwikkelingspsychotische kinderen. In: *10 jaar Sectie Beeldend, jubileumstudiedag*, 35-47. Nijmegen: Nederlandse Vereniging Creatieve Therapie.

PSYCHOTHERAPIE

- Boer, J.E. de, & Verheij, F. (1987). Individuele psychotherapie in de kinderpsychiatrische kliniek I. Historie & relaties met de andere therapievormen. *Kinder- en Jeugdpsychotherapie*, 14, 4-14.
- Boer, J.E. de, & Verheij, F. (1987). Individuele psychotherapie in de kinderpsychiatrische kliniek II. Klassieke (analytische) psychotherapie versus klinische psychotherapie & casuïstiek. *Kinder- en Jeugdpsychotherapie*, 14, 15-30.
- Verheij, F., & Remmerswaal, P. (1989). Individueel en gezin. Een psychotherapeutisch werkmodel bij anorexia nervosa in jonge kinderen en pathologisch-symbiotische gezinsstructuren. *Kinder- en Jeugdpsychotherapie* 16, 77-97.
- Gunning, C., & Verheij, F. (1990). Kognitieve ontwikkeling und Psychotherapie Jugendlicher. *Acta Paedopsychiatrica* 53, 197-206.
- Gunning, C., & Verheij, F. (1991). Stagnaties in het psychotherapieproces door cognitieve hiaten? *Kinder- en Jeugdpsychotherapie* 18, 76-92.
- Verheij, F. (1992). Tussen wal en schip? Supervisie over kinderpsychotherapieën waarbij de omgeving niet ondersteunt. *Kinder- en Jeugdpsychotherapie* 19, 155-166.
- Verheij, F. (1993). Een bescheiden plaats voor psychotherapie in de residentie. *Kinder- en Jeugdpsychotherapie* 20, 155-169.

PHARMACOTHERAPIE

- Boer, J.E. de, & Verheij, F. (1987). Psychofarmaca in de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek. In J.E. de Boer, R.B. Minderaa, F. Verheij & P.S. van Wielink (Red.), *Kinderpsychiatrie in ontwikkeling, deel 1; Psychofarmaca in de kinderpsychiatrie*, 49-75. Tilburg: Dr. Paul Janssen Stichting.

Over ouder/gezin en ouderbegeleiding

- Verheij, F. (1984). Stoorissen in de ouder-kind relatie en het onderkennen van risico-factoren als basis voor de behandeling. *Metamedica* 63, 325-334.
- Gunning, C., & Verheij, F. (1986). De driehoek ouder-kind-instituut in de residentiële behandeling. *Kind en Adolescent* 7, 12-25.
- Verheij, F. (1990). Gezinnen met een psychiatrisch gestoorde ouder. In J.A.R. Sanders-Woudstra & H.F.J. de Witte (Red.), *Leerboek Kinder- en Jeugdpsychiatrie*, 592-597. Assen: Van Gorcum.
- Loon, H. van, & Verheij, F. (1991). Psychotische ouders van kinderen opgenomen in kinderpsychiatrische klinieken. *Kind & Adolescent* 12, 145-157.
- Remmerswaal, P., & Verheij, F. (1991). Transgenerationale dynamiek in symbiotische gezinnen. *Kind & Adolescent* 12, 176-184.
- Verheij, F. (1992). Het diagnostisch interview met het gezin. In F.C. Verhulst & F. Verheij (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie; onderzoek en diagnostiek*, 110-123. Assen: Van Gorcum.
- Verheij, F., & Mangel, A.G.M. (1993). Inzagerecht in een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 48, 1229-1232.
- Verheij, F. (1993). Ouders, moeilijk en onmisbaar! Een ontwikkelingspsychologisch perspectief. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie* 18, 147-157.

Over multitheoretisch en multidisciplinair

- Verheij, F. (1988). De weerklank werd vervormd; de betekenis van de systeemtheorie voor de kinderspsychiatrie. In J.E. de Boer, R.B. Minderaa, D.M.J. De Raeymaecker, F. Verheij & P.S. van Wielink (Red.), *Kinderpsychiatrie in ontwikkeling, deel 2; Kinderpsychiatrie in perspectief*, 90-100. Tilburg: Dr. Paul Janssen Stichting.
- Verheij, F., & Rietdijk, L.E. (1989). Multidisciplinaire behandeling in een (semi)residentiële kinderspsychiatrische setting. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 5, 260-263.
- Verheij, F., & Doorn, E.C. van (1991). Een integratief werkmodel voor emotioneel-sociale en leerproblemen; de kloof tussen ontwikkeling en leren overbrugd. In T.J. van Engelen, A.M. Collot d'Escury & L. Tijhuis (Red.), *Gelukkig op school*, 53-74. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Rietdijk, L.E., & Verheij, F. (1991). A multitheoretical approach in an institution for intensive residential treatment. In W. Hellinckx, E. Broekart, A. Vanden Berge, M. Colton (Eds.), *Innovations in residential care*, 103-120. Leuven: Acco.
- Verheij, F. & Rietdijk, L.E. (1991). Multidisciplinair 'kind-en-gezin' gericht stafoverleg: een noodzakelijke schakel in de residentiële behandelingsplanning. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie* 16, 71-83.
- Verheij, F., Rietdijk, L.E., Loon, H. van, & Doorn, E.C. van (1992). Integratie van gegevens in de praktijk. In F.C. Verhulst & F. Verheij (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie; onderzoek en diagnostiek*, 270-280. Assen: Van Gorcum.
- Rietdijk, L.E., & Verheij, F. (1992). Diagnostiek en verslaglegging; een werkmodel voor de behandeling van jeugdigen met multidimensionele problematiek. In: *Paspoort van De Marke*, 74-83. Rekken: De Marke.

Over verslaglegging en behandelingsplanning

- Sonnema-Diemont, J.H., Verheij, F., Akkerhuis, G., & Schouten, A.A.R. (1982). Dagrapportage in een kinderspsychiatrische kliniek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* 3, 124-133.
- Boer, J.E. de, Gunning, C., & Verheij, F. (1987). Het behandelingsplan in een kinderspsychiatrische kliniek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* 26, 131-144.
- Veen, D. van, & Verheij, F. (1991). Planmatig handelen in de jeugdhulpverlening. *Tijdschrift voor Jeugdhulpverlening en Jeugdwerk* 3, 27-29.
- Verheij, F., & Rietdijk, L.E. (1991). Behandelingsplanning in een residentiële setting. *Tijdschrift voor Jeugdhulpverlening en Jeugdwerk* 3, 30-35.
- Rietdijk, L.E. (1991). Het behandelingsplan voor het kind in de leefgroep. *Tijdschrift voor Jeugdhulpverlening en Jeugdwerk* 3, 36-43.
- Ster, M. van der, & Doorn, E.C. van (1991). Het invullen lijkt soms op koken. *Tijdschrift voor Jeugdhulpverlening en Jeugdwerk* 3, 43-47.
- Verheij, F. (1993). *Behandelingsplanning in de jeugdhulpverlening, jeugd-GGZ en het speciaal onderwijs*. Utrecht: Uitgeverij SWP.
- Verheij, F. (1994). (Be)handelingsplanning, zin of onzin. In *School en hulpverleners een paar apart; op zoek naar kwaliteit in onderwijs en hulpverlening*. Symposiumverslag. Rijnsbergen: De Koperakker, school voor speciaal onderwijs.
- Verheij, F. (1994). Behandelingsplanning van activiteiten- en psychotherapieën. In: *Denken over doen*, 2-15. Symposiumverslag. Utrecht: Universiteit.

Over protocollering en behandelingstrajecten

- Verheij, F., & Loon, H. van (1992). Pervasive developmental disorders not otherwise specified. A developmental-psychopathological approach for the development of made-to-measure treatment planning. *Acta Paedopsychiatrica* 55, 235-242.
- Loon, H. van, & Verheij, F. (1992). Residential treatment of maltreated children. In J.D. van der Ploeg, P.M. vanden Bergh, M. Klomp, E.J. Knorth, M. Smit (Red.), *Vulnerable youth in residential care, Part II, Clients, staff and the system*, 59-74. Leuven: Garant.
- Verheij, F., & Loon, H. van (1993). Aan autisme verwante stoornissen; een ontwikkelingspsychopathologische benadering als model voor hulp op maat. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 35, 577-589.

- Verheij, F. (1993). Een kinder- en jeugdpsychiater kijkt naar Carola. In G.H.F. van der Most (Red.), *Her misplaatste kind*, 18-31. Groningen: RINO-noord.
- Verheij, F. (1994). Adoptief jongeren zonder huis; opmerkingen vanuit een kinder- en jeugdpsychiatrische optiek. *FICE-Bulletin* 12, 5-16.

Over research

- Doorn, E.C. van (1993). Praktijkgericht onderzoek in een klinische setting. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie* 18, 126-134.

Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie

Kinder- en jeugdpsychiatrie is een medisch specialisme, een artsenvak, waarbij een aanvankelijk als somaticus opgeleide deskundige zich verbreed heeft tot het gehele terrein van de menselijke ontwikkeling, tot een specialist wat betreft de verstoorde en gestoorde biopsychosociale ontwikkeling van de jonge mens.

Misschien voor het eerst in de historie van de mensheid, zeker voor wat betreft het denken over ernstige psychopathologie, bestaan er aanzienlijke kennisbestanden over erfelijke, constitutionele, anderszins biologische, cognitieve, emotionele en sociale aspecten van de normale en de verstoorde of gestoorde menselijke ontwikkeling en ook over de epidemiologische spreiding en verschijning ervan.

Vanuit een gezonde interactie tussen 'nature' en 'nurture', een gezond samenspel tussen individu en omgeving, verloopt ontwikkeling in de regel als het ware vanzelf. Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie, zich beperkend tot fors problematische kinderen en jeugdigen, vindt haar werkterrein waar deze vanzelfsprekendheid ontbreekt.

Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie moet voor wat betreft de diagnostiek ingezet worden voor de moeilijkste, de samengestelde puzzels en voor wat betreft de behandeling voor die kinderen of jeugdigen die enerzijds ernstige, samengestelde problematiek vertonen, anderzijds een behandelingsperspectief hebben.



VAN GORCUM

ISBN 90-232-2984-3



9 789023 229841