

# Mogelijkheden van kinder- en jeugdpsychiatrische (dag)klinische behandeling

*door F. Verheij*

Gepubliceerd in 1996, no. 3

## Samenvatting

**Omgevingen waarin kinderen leven zijn niet bij voorbaat goed of slecht. Toch beschouwen velen instituties als slecht en gezinnen als goed wat betreft verzorging, opvoeding en behandeling. In dit artikel staat deze aanname ter discussie. Stilgestaan wordt bij de ontwikkeling van de klinische kinder- en jeugdpsychiatrie als vorm van institutionele hulpverlening. Een klinische les illustreert hoe in tijden van welvaart economische, inhoudelijke en sociale principes zich in goede zorg laten vertalen, terwijl er in tijden van economische teruggang spanning tussen deze principes ontstaat. Spanning die in sommige landen (Verenigde Staten, Groot-Brittannië) tot radicale keuzen leidden, in andere (waaronder Nederland) tot het zoeken naar tussenwegen. Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie als één van de meest intensieve en gespecialiseerde vormen van jeugdzorg is in Nederland met ongeveer 1400 behandelingsplaatsen een schaarsteproduct dat gericht moet worden ingezet. Een differentiatie naar functies en naar leeftijd wordt uitgewerkt.**

## Inleiding

Behandeling in instituties heeft geen goede pers. Wordt de pers gehaald, dan is het vaak door misstanden of door indringende televisiebeelden, zoals die van Oosteuropese kindertehuizen. Zelden worden de voor- en nadelen van opvoeding en/of behandeling in een instituut in een objectieve vergelijking naast die van opvoeding en hulpverlening binnen het gezin geplaatst. Toch vindt opvoeding buiten het eigen gezin al vele eeuwen plaats. In een tijd van contrareformatie verplichtte de Rooms-Katholieke Kerk in 1563 op het concilie van Trente elk bisdom om ten minste één seminarie op te richten: een belangrijke stimulus voor residentiële opvoeding. Analoog hieraan hebben door de eeuwen heen bepaalde maatschappelijke standen ervoor gekozen hun kinderen in internaten te laten opvoeden. Men vond dat er sprake was van een superieure opvoedings situatie waarin het beste in het kind tot ontwikkeling gebracht kon worden (Van der Linden 1985). Studeren, werken en vrije tijd onder één dak bleek (in geval van opvoeding) een krachtig beïnvloedingsinstrument. Waarom zou dit als opvoeding en behandeling hand in hand gaan anders zijn?

In de jaren zeventig en tachtig weerspiegelde het overheidsbeleid met betrekking tot jeugd-GGZ in landen als de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en ook Nederland een continu wantrouwen in residentiële zorg. Een wantrouwen dat ten dele teruggrijpt op de schokkende bevindingen van Spitz (1945, 1946, 1948), Bowlby (1951), Tizard en Tizard (Tizard en Tizard 1971; King e.a. 1971; Tizard 1975) en de Robertsons (1968, 1969). Vergeten of geloofchend wordt dat dit telkenmale situaties betrof waarbinnen het aan elementaire voorwaarden voor kinderverzorging en opvoeding ontbrak. Zonder dat hiervoor bewijskracht was, werd gesteld dat een ernstig dysfunctionerend gezin altijd beter is dan een residentiële opname en dat dagbehandeling dicht bij huis voor veel residentieel opgenomen kinderen superieur zal zijn aan dag-en-nachtbehandeling. Mythen die tot op heden grote invloed hebben.

In een objectieve vergelijking zou ontwikkeling binnen een problematische gezin (en al dan niet hulp krijgen) vergeleken moeten worden met ontwikkeling van vergelijkbare kinderen of jeugdigen in instituties die in essentiële zorg, opvoeding en behandeling voorzien. Een vergelijking die niet voorhanden is.

Omgevingen waarin kinderen leven zijn niet bij voorbaat goed of slecht. Landesman (1990) formuleerde aan de hand van literatuuronderzoek een hedendaagse visie op institutionalisatie. Institutionele omgevingen (ook gezinshuizen en moderne dagroepfaciliteiten) zijn at risk indien deze:

- niet beschikken over voldoende mankracht en voldoende middelen;
- niet in, maar buiten de maatschappij geplaatst zijn;
- geen structuur en affectie aan kinderen of jeugdigen bieden;
- niet ten minste één primair en nabij intermenselijk contact met stabiliteit aan elk kind of elke jeugdige bieden.

Mijns inziens bestaan er problemen en problematieken in diverse graden van ernst. Soms liggen de oplossingen dicht bij huis, soms ver weg of nooit meer thuis. Rekening houdend hiermee zijn er geen centrale slogans, geen beleidsbepalende mythen, geen vlaggen die de gehele lading dekken, maar kan slechts een gedifferentieerd circuit van hulpverleningsvormen zorg op maat bieden.

### **Naar veldgerichte professionalisering**

Het ontwikkelingsverloop van de klinische kinder- en jeugdpsychiatrie is uitgebreid beschreven (Verheij e.a. 1993; Verheij 1995): vanuit pioniers en succesvolle experimenten (jaren twintig en dertig), via globale vormgeving van het behandelingsmilieu (jaren veertig, vijftig en begin jaren zestig) en een impasse (de roerige jaren zestig) kwam er professionalisering van de monodisciplines en een samenwerkingsmodel. Aan het eind van de jaren zeventig en het begin van de jaren tachtig was een balans van verworvenheden op te maken, te weten:

- beter zicht op en protocollen voor onderzoek en diagnostiek, toenemend gebaseerd op betrouwbare onderzoeksbevindingen;
- een biopsychosociaal of multi-axiaal werkmodel met biologie en omgeving ('nature and nurture') als interactief (Chess 1988);
- onderkenning van de specificiteit van de adolescent en diens behandeling;
- betere coöperatie met ouders, scholen en de ambulante collega's (met de start van dagbehandelingseenheden in de jaren zestig als een logisch resultaat);
- een bescheiden, maar groeiende plaats voor psychofarmacologische interventie, zowel bij bepaalde crises, als ter ondersteuning in het kader van een breder behandelingsplan;
- een multidisciplinair organisatie-model waarbinnen de monodisciplines zowel gelijkwaardig als ongelijk zijn. Klinische behandeling bleek teamwork te zijn. Niet langer domineerde één therapeutische oriëntatie;
- gebruik van evaluatiemethoden.

Deze verworvenheden gaven in het vorige decennium in een periode van economische welvaart zowel in de Verenigde Staten (Woolston 1991) als in landen zoals Nederland een snelle stijging van de klinische en dagklinische kinder- en jeugdpsychiatrische capaciteit. Kennis gaan delen betekent ook toenemend op elkaar gaan lijken: *veldgerichte professionalisering*. De opgesomde rij is in ruim 15 jaar in elke kinder- en jeugdpsychiatrische instelling geïncorporeerd.

### **Naar inzicht in het veranderingsproces**

Het hier en nu resteert: de jaren negentig zijn een decennium van ‘verantwoording vooraf en achteraf’ naar cliënt en context, met zorginkopers die kwaliteit aan prijs koppelen. Nadruk is komen te liggen op hoe klinische en dagklinische behandeling beïnvloedt, op inzicht in hoe ‘werkt wat werkt’ en waarom ‘het’ bij een deel van de kinderen en jeugdigen en hun gezinnen wel en bij een deel niet werkt. De overheid en de zorgverzekeraars, als representanten van de betalende maatschappij, toetsten tot voor kort slechts de kwaliteit van hulpverleners en van de instellingen als geheel. Inmiddels is de patiënt met diens hulpvraag meer in het centrum komen te staan. Overheid en zorgverzekeraars willen, nadat er onderzoek en diagnostiek plaatsvond en voordat begeleiding of behandeling plaatsvindt, weten welke behandeling of begeleiding, vanuit welke afwegingen en met welke succesratio er dient plaats te vinden. Ze wensen dat van tevoren evaluatiemomenten vastgesteld zijn. Dit alles in een geheel van kwaliteitstoetsing. Deze eisen vragen om *inzicht in het veranderingsproces*. De hulpverlenende praktijk lijkt vaak een kwestie van ‘trial and error’, maar is, als praktijktheorieën onderkend worden, een zaak van methodisch handelen met behandelingsplanning als lang miskende schakel. Het is van groot belang dat in de kwaliteitstoetsende systemen (Van Vlijmen en Van der Velpen 1993; Sluijs en De Bakker 1992; Van Vlijmen 1994) niet alleen economisch en efficiënt de dominerende criteria gaan worden.

In de kinder- en jeugdpsychiatrie, maar ook in de bredere jeugdzorg, is maatwerk ofwel specifiek op het individu en/of diens gezin toegesneden hulp vereist. Tot nu toe falen alle diagnostische en classificatiesystemen als ordeningskader voor hulp bij kinderen en jeugdigen met psychiatrische problematiek. Het ene kind met een voorgeschiedenis van ernstige mishandeling heeft twee jaar, het andere vier jaar residentieële behandeling nodig. Het ene kind leert goed door, ondanks een thuissituatie met veel ruzie en dreigende echtscheiding, terwijl het andere kind een intensieve therapeutische ondersteuning behoeft. De ene schoolweigerende en gedragsproblemen vertonende jeugdige gaat school bezoeken en gedraagt zich adequaat na enkele ondersteunende gesprekken, terwijl bij de andere intensieve hulpverlening op gang gebracht moet worden.

Naar mijn oordeel moeten de behandelingsmilieus met behulp van praktijkgericht (kwalitatief) wetenschappelijk onderzoek ontleed gaan worden, zodat zicht ontstaat op wat werkt, hoe dit werkt, voor wie en wanneer. Het volstaat niet om tevreden te zijn met bezettingsgraden of tevredenheidscijfers. Geëxpliciteerd moet worden wat daadwerkelijk verandert, en waardoor.

### **Een klinische les**

In deze les is de klinische kinder- en jeugdpsychiatrie de patiënt. Achtereenvolgens komen een inleiding, de voornemens, de uitwerking en een nadere beschouwing aan de orde. De les resulteert in een moraal.

*Inleiding* - Voor de Tweede Wereldoorlog omvatte de klinische kinderpsychiatrie zowel kinderen als jonge adolescenten. Zorg en behandeling waren gericht op de behoeften van kinderen, de specifieke behoeften van adolescenten werden niet herkend. In 1937 startte het Bellevue Hospital in New York en in 1949 Sands in Engeland eerste jeugdpsychiatrische units. Pas in de jaren zestig kon de adolescentenpsychiatrie een eigen plaats innemen. In 1987 ging de *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* pas *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* heten.

*De voornemens* - Goede zorg voor armen, ouderen, chronisch zieken, zwakzinnigen, gehandicapten en ook psychiatrische patiënten lijkt eerst mogelijk als er een zeker niveau van maatschappelijke welvaart ontstaat en er bovendien beslist wordt deze te spreiden. In de jaren zeventig was dit in westerse landen het geval. Barker (1974) citeerde de voornemens van het Engelse en Schotse ministerie van Gezondheid wat betreft de kinder- en jeugdpsychiatrie: 'De huidige officiële politiek in Engeland stelt voor te gaan voorzien in 20-25 bedden voor kinderen per miljoen inwoners voor onderzoek en relatief kortdurende behandeling, waaraan toegevoegd bedden voor langdurige behandeling, in eerste instantie 25 bedden per regio. Adolescentenbedden zouden verhoogd moeten worden tot 20 à 25 per miljoen inwoners, overeenkomend met het aantal bedden voor kinderen'. In Schotland bestond een overeenkomstig departementaal rapport met vergelijkbare getallen. In beide rapporten wordt onderkend dat kinderen en jeugdigen in de psychiatrie eigen onderzoeks- en behandelingsseenheden behoeven en dat er een continuum van intensiteit, van kort tot lang, zou moeten bestaan.

*De uitwerking* - Vanaf de jaren tachtig hebben de Thatcher- en Major- regeringen in Groot-Brittannië en de Reagan- en Bush-regeringen in de Verenigde Staten (in een tijd van economische achteruitgang) zich zowel wat betreft de regulatie als de geldverstrekking nagenoeg teruggetrokken uit de zorg voor de kwetsbaren. Zorg werd overgelaten aan het vrije krachtenspel van zorgaanbieders, financiers en zorggebruikers. In Groot-Brittannië heeft dit geleid tot versobering en verarming van de klinische en dagklinische kinder- en jeugdpsychiatrische hulpverlening. Daadwerkelijke behandeling is op vele plaatsen niet meer mogelijk. Vaak wordt volstaan met uitgebreide observatie en diagnostiek en beperkte opnameperioden van dagen, weken en soms enkele maanden. Er wordt gehoopt dat het ambulante veld in het verlengde van de bevindingen kan werken. Slechts binnen instellingen met eigen geldbronnen en/ of in een regio waar de lokale overheid een sociaal gezicht vertoont, ontsnappen instituten ten dele aan deze verregaande versobering. In de Verenigde Staten is het zojuist genoemde, misschien nog in extremer mate, in praktijk gebracht. In de jaren tachtig is de federale betrokkenheid bij alle sociale dienstverlening gereduceerd en zijn de States aangemoedigd om deze verantwoordelijkheid ter hand te nemen met beperkte financiële middelen. Individuele zorgverleners moesten de effectiviteit van hun programma's aantonen, kosten/batenanalyses overleggen en de waardering door de cliënten aangeven. Zonder dat men beschikte over juiste methoden en uitkomstcriteria werden resultaten beoordeeld aan de hand van kwantitatieve criteria. De resultaten van langerdurende en intensieve behandeling werden als tegenstrijdig of zonder aantoonbaar positief resultaat beoordeeld. In dit 'managed care'-systeem, dat (Geraty e.a. 1992) voorbijgaat aan hoe zorg verleend zou moeten worden (aan de kwaliteit van zorg), is de nadruk komen te liggen op kortdurend, op diagnostiek, op crisisinterventie en op medicamenteuze regulering. Aan de financiers wordt bewezen hoe goed, effectief en statistisch significant de toestand van de patiënt, hoe verbeterend de hulp en hoe tevreden de cliënt is. Een oppervlakkig overzicht van de Amerikaanse professionele literatuur toont dat hun short-term treatment de oplossing van vele problemen is. Dit beeld, 'short is beautiful', kent in Nederland zowel onder beleidmakers als onder inhoudelijk verantwoordelijken aanhangers.

*Een nadere beschouwing* - Feitelijk is er in de Verenigde Staten, zoals Shore (1992) het uitdrukte, 'a crumbling infrastructure of care and a decline of the non-profit agency'. In de Verenigde Staten zijn er Psychiatric Inpatient Services (met een ziekenhuiserkenning) en Residential Treatment Centers (privébeheerde kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen met financiering van publieke organisaties) (Lewis en Summerville 1991; Woolston 1991).

De kinder- en jeugdpsychiatrische ziekenhuisafdelingen hebben zich moeten omvormen tot kleine voorzieningen (van 10 à 20 bedden) gericht op diagnostiek en crises. Deze beperking impliceert dat opnamecriteria veranderd zijn, groepen patiënten uitgesloten worden en medium- en long-term-behandeling verwacht wordt van andere diensten (die met dezelfde problemen wat betreft de middelen kampen). Ook de Residential Treatment Centers ontkwamen niet aan de budgettaire

beperkingen. Zij hebben sub-acute en outgoing-programma's ontwikkeld, maar ook gepoogd langdurige behandeling overeind te houden.

Deze gesplitste Amerikaanse praktijk komt tot uiting in de tijdschriften. In de *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* is de kortdurende inpatient treatment met enige regelmaat aan het woord. Vaak om te bewijzen hoe profijtelijk deze behandelingsvorm is voor een bepaalde doelgroep. In de *Journal of Orthopsychiatry* en in *Child Welfare* laat de residentiële wereld, mogelijk minder afhankelijk van zorg voor onderzoeksgelden en publiceerdwang, zich zonder terughoudendheid horen (zie het themanummer over de afbraak van de zorg in 1991).

Duyx (1993) noemde terecht het boek *Short-term psychiatric hospitalization of adolescents* van Kahn (1990) een van de nieuwe leerboeken over de eclecticische, kortdurende klinische behandeling. Hij sprak over een nieuw denken. Van hem weet ik dat hij, evenals Kahn, bedoelt *naast* ander denken; velen praktiseren echter *in plaats van*. Kahn schreef dat de reductie van medium- en long-term psychiatrische faciliteiten geleid heeft tot frequente rehospitalisatie: de 'hello-goodbye cycle' (Kolko 1992), in Nederland draaideurpsychiatrie genoemd, maar nu voor kinderen en jeugdigen. Ten minste de helft van de herverwezen jeugdigen behoeft eigenlijk medium- of long-term psychiatrische behandeling. Deze herverwezen patiënten benutten op short-term-hospitalisatie gerichte psychiatrische ziekenhuizen als stoplap wanneer ze in ernstige crises zijn. Eerst na herhaalde verwijzingen naar psychiatrische ziekenhuizen is er soms voor zo'n adolescent een plaats en mag er langdurig behandeld worden. Ook Jemerin en Philips (1988) opteerden voor een volledig spectrum van diensten (residentiële behandeling, gespecialiseerde pleegzorg, dagbehandeling en gespecialiseerd onderwijs), wil de kortdurende psychiatrische behandeling van kinderen en adolescenten effectief zijn. Kolko (1992) benadrukte eveneens de noodzaak van kortdurende en langdurende behandelingsvormen naast crisisinterventiegerichte. Naar mijn mening laat de Amerikaanse en in iets mindere mate de Engelse kinder- en jeugdpsychiatrische praktijk tamelijk scherp zowel de mogelijkheden als de onmogelijkheden van kortdurende, op crisisbeheersing gerichte behandelingsmethodieken zien.

*De moraal* - De Verenigde Staten en Engeland zijn lange tijd gidslanden geweest. We lezen hun boeken, tijdschriften en nodigen vooral collega's uit die landen uit voor congressen en dergelijke. Het is niet zo verwonderlijk dat hun slogans grote invloed op onze praktijk hadden en hebben. Met hen hebben we tot aan de jaren vijftig de specifieke plaats van de adolescent niet onderkend oftewel miskend; met hen hebben we in de rijke jaren zeventig een gedifferentieerd circuit van kinder- en jeugdpsychiatrische zorg opgebouwd. Of we met velen van hen en diversen van ons ook moeten gaan geloven dat short beautiful is en vele problemen oplost (waarvoor bewijsvoering ontbreekt), is met deze klinische les ter discussie gesteld.

De moraal van deze les is dat de Amerikaanse en de Engelse zorgverlenende praktijk in tijden van welvaart creatief zijn en ons veel leren, maar in tijden van crisis economische principes boven inhoudelijke en sociale stellen. Het vereist ten minste discussie of we in Nederland zo'n praktijk in alle opzichten navolgen. Het is bovendien de vraag of de Anglo- Amerikaanse praktijk daadwerkelijk economisch voordeel oplevert. Er ontstaan immers andersoortige problemen die eveneens geld kosten.

### **Differentiatie naar functies en differentiatie naar leeftijd**

In Nederland is vanaf de jaren tachtig gewerkt om, verspreid over het land, een klein maar qua functies gedifferentieerd kinder- en jeugdpsychiatrisch circuit op te zetten. Anders dan in de Verenigde Staten (waar crisisgeoriënteerde behandeling beslag legt op de beperkte budgetten) is gekozen om per gezondheidsregio met één à anderhalf miljoen inwoners één of enkele intensief samenwerkende instellingen te erkennen die zorgdragen voor de *basale functies*. Deze functies zijn ambulante diagnostiek en behandeling, dagbehandeling, klinische observatie, crisisinterventie en short-term

dag-en-nachtbehandeling en medium- en long-term-dag- en -nachtbehandeling. Aan een aantal instituten zijn *specifieke functies* toegekend, zoals langdurige zorg voor autisten, psychiatrische behandeling van zwakzinnige kinderen en jeugdigen, psychiatrische behandeling van dove kinderen en intensieve klinische psychotherapie conform de therapeutische gemeenschapsgedachte. Scheve verhoudingen tussen klinische en dagklinische capaciteit en tussen de diverse leeftijdsgroepen wat betreft capaciteit zijn redelijk gecorrigeerd. Ook het zeer jonge kind, de 'infant', heeft een eigen plek verworven.

Het bescheiden kinder- en jeugdpsychiatrische circuit (ongeveer duizend klinische behandelingsplaatsen en drie- à vierhonderd dagklinische) behoeft welomschreven doelstellingen en een herkenbare plaats in het totale circuit van hulpverlening aan kinderen, jeugdigen en hun ouders. De bescheiden omvang in vergelijking tot de capaciteiten van de ambulante GGZ, de jeugdhulpverlening, het justitiële circuit en de daadwerkelijke grootte van de groep problematische kinderen en jeugdigen impliceert dat de wet van de schaarste geldt: kinder- en jeugdpsychiatrische behandelingscapaciteit moet gericht ingezet worden.

### **De noodzaak van (dag)klinische kinder- en jeugdpsychiatrische zorg**

#### *Differentiatie naar functies en leeftijd*

Dat in dagklinische en klinische behandeling zowel differentiatie naar functies als naar leeftijd ingebouwd moet worden, is algemeen erkend. Minder onderkend wordt dat differentiatie naar functies en naar leeftijd een onderlinge interactie kennen. Kindertijd en jeugd kennen drie grote ontwikkelingsfasen ('infancy, childhood and adolescence') met elk eigen karakteristieken, die mede vorm geven aan de kinderlijke psychopathologie van de respectievelijke levensfasen en aan de vormgeving van onderzoek, diagnostiek en behandeling. In discussies over behandelingsprotocollen, behandelingsduur, effectiviteit van behandeling en dergelijke is het van groot belang te onderkennen gericht op welke psychopathologie in welke leeftijdsfase gesproken wordt. Te vaak wordt op congressen en in vaktijdschriften discussie gevoerd waarbij argumenten ontleend aan de praktijk met de ene leeftijdsgroep van toepassing worden verklaard op de praktijk met één van de andere leeftijdsgroepen. Hoewel er overlapping is, moet onderkend worden dat door generalisaties het specifieke van een leeftijdsfase miskend wordt.

Naast kindgerichte criteria, zoals differentiatie naar functie en leeftijd, vermeldden Barker (1988) en Wells (1991) eveneens gezinsgerichte en maatschappijgerichte criteria voor observatie en behandeling. Barker (1988) noemde drie belangrijke groepen opnameredenen voor een kind (los van het aan te bieden programma), namelijk ter bescherming van de maatschappij, omdat kinderlijk of jeugdig gedrag overvraagt wat gezin of maatschappij redelijkerwijs kunnen bieden en ter bescherming van het kind of jeugdige en gezin.

De implementatie van de wet BOPZ (Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen) leidt tot geormerkte plaatsen met maatschappijbescherming als primair doel.

#### *Mogelijkheden en onmogelijkheden*

In stellende termen zullen ten slotte mogelijkheden en onmogelijkheden van (dag)klinische observatie, crisisinterventie en short-term-behandeling en medium- en long-term-behandeling, telkens stilstaand bij elk van de drie fasen van kindertijd en jeugd, belicht worden. Dit deel van het artikel is becommentarieerd door de deelnemers aan het Platform Kinder- en Jeugdpsychiatrie van de NVGGZ. Afgezien van enkele relevante toevoegingen is breed ingestemd met de gekozen posities.

*Infants* - De zuigeling en de peuter zijn gezinskinderen, hebben een hen omringende en betrouwbare primaire opvoeder nodig. Kinderpsychiatrische problematiek is niet los van de verzorgende en opvoedende dyade te beschouwen. Kindgericht geredeneerd zijn *ambulante diagnostiek en hulpverlening* en *dagklinische observatie en behandeling* (die ten minste kind en primaire opvoeder omvatten) de favoriete functies. Ook *gezinsobservatie en gezinsbehandeling* doorbreekt de dyade niet. In geval van ernstig tekortschietend ouderschap (in geval van kinderverwaarlozing of -mishandeling) of van ernstig verstoord of gestoord ouderschap (bij sommige ouders met een ernstige eigen psychiatrische problematiek of in geval van kinderen van dysfunctionerende drugsverslaafde moeders) moet anders geredeneerd worden: dan zijn infants het kwetsbaarst. Voor crisis- interventie van infants volstaan opvanggezinnen, de intensive care-units van de TGV en gespecialiseerde kindertehuizen. *Klinische kinderpsychiatrische behandeling* komt bij drie- à vierjarigen in het vizier, namelijk voor sommige peuters en kleuters met een ernstige pervasieve ontwikkelingsstoornis en behandelingsperspectief, sommige kinderen met forse emotionele en gedragsmatige gevolgen van ernstige verwaarlozing en/ of mishandeling en sommige ernstig aandachtsgestoorde, hyperactieve kinderen.

*Concluderend* vragen infants met name ambulante en dagklinische capaciteit en behoeven oudere peuters en kleuters ook een beperkte langerdurende behandelingscapaciteit.

*Schoolkinderen* - Oplopende eisen aan en taken voor de basisschoolleerling leggen bij sommige kinderpsychiatrische problematieken de ernst bloot. Ontwikkelingsproblematiek van deze kinderen impliceert al jaren bestaande problematiek. De gevolgen van problematisch of tekortschietend ouderschap betreffen multiële ontwikkelingsinterferenties over een reeks van jaren. Is er een normale kinderlijke ontwikkelingsgang in de eerste twee à vier levensjaren, dan zijn later optredende problemen in de regel ambulante op te lossen.

Drie à acht procent van de ambulante kinderpsychiatrische hulpvraag betreft kinderen met een langdurig verstoord of gestoorde ontwikkelingsgang. Zij kregen vaak al allerlei hulp, desondanks continueerde de problematiek. *Medium- en long-term (dag)klinische behandeling* is dan geïndiceerd. Ook de *klinische observatie in TGV-verband* betreft deze categorie kinderen. Hoewel auteurs daarover van mening verschillen, is mijn ervaring dat in ernstgraad de kinderen in de dagkliniek en in de kliniek niet verschillen, wel in de mate waarin hun thuismilieu nog ondersteunend kan zijn. In de dagkliniek ontbreken kinderen met een voorgeschiedenis van ernstige verwaarlozing of mishandeling.

Psychiatrische crisisinterventie is voor kinderen zelden noodzakelijk. Als een kind crisisinterventie behoeft, is dit om het tegen zijn omgeving te beschermen of omdat de omgeving wat betreft verzorging en opvoeding machteloos geworden is. In de regel kan crisisinterventie primair in een opvanggezin of in een kindertehuis plaatsvinden. Soms noodzaakt kinderlijke gedragsproblematiek tot onmiddellijke *kinderpsychiatrische crisisinterventie*.

*Short-term* (weken tot maanden) *(dag)klinische behandeling* van kinderen (eventueel in deeltijd) kent een zeer beperkte indicatie. Een kind voor zo korte termijn uit diens sociale milieu halen, zowel wat betreft clubs als wat betreft school, vraagt een zorgvuldige afweging. Deeltijdbehandeling komt aan dit nadeel tegemoet, is voor sommige kinderen een voldoende krachtig, maar voor velen een te zwak middel.

*Pure klinische observatie* van kinderen kent een beperkte indicatie. Sommige kinderen zijn nauwelijks ambulante te diagnostiseren, laten zich soms eerst na maanden (dag)klinische observatie kennen. Separate observatiegroepen zijn mijns inziens niet geïndiceerd gezien de grootte van de groep puzzelkinderen. Het is beter voor hen een structurele plaats in te ruimen in een op medium-term-behandeling gerichte groep.

*Concluderend* ligt voor kinderen het observerend en diagnostisch accent in het ambulante veld. Wat betreft (dag)klinische behandeling domineert de zorg voor het kind met vroege ontwikkelingsproblemen. Voor ernstig bedreigde of verstoorde ontwikkeling is de kindertijd bij uitstek de periode van bijsturing. Medium- en long-term-care staat dan ook centraal. De behoefte aan (dag)klinische observatie, aan crisisinterventie en aan short-term-behandeling van kinderen is beperkt en behoeft geen specifieke leefgroepen of units.

*Jeugdigen* - Terwijl in de kindertijd ontwikkelen en leren in een lang perspectief centraal staan, zijn puberteit en adolescentie heftiger, met variërende perspectieven, met minder stabiliteit, met meer wisseling, enzovoorts. De jeugdige is minder gezinskind en via co-regulatie naar eigen regulatie aan het groeien. Binnen de jeugdpsychiatrie is er noch vanuit de jeugdigen en hun context, noch vanuit de hulpverleners de lengte van werken die kindertijd en kinderpsychiatrie kenmerken.

De jeugdpsychiatrie is bovendien wat betreft problematiek meer divers: naast elkaar komen laat ontdekte en vroegtijdig ontdekte, naar chroniciteit neigende kinderpsychiatrische stoornissen, stoornissen voortkomend vanuit de ontwikkelingsfasen en voor het eerst tot uiting komende volwassen psychiatrische ziektebeelden voor.

Rond een kind is er vaak een informerende context, rond een jeugdige ontbreekt deze nogal eens. Het kind is ook zelf een in de regel naïeve en daarmee redelijk open informatiebron. Wat dit betreft bestaat er bij jeugdigen een grote variatie. Ambulante onderzoeken met jeugdigen kunnen soms nauwelijks informatief zijn. De jeugdige komt ook niet altijd zijn afspraak na.

*(Dag)klinische observatie* van jeugdigen, evenals *crisisinterventie*, geven vaak meer zicht op de jeugdige en diens functioneren dan ambulante, op diagnostiek gerichte hulpverlening. Doordat zij minder gezinskind zijn en door hun toegenomen fysieke kracht kunnen problematische jeugdigen beschermd moeten worden tegen zichzelf of de omgeving tegen hen. *Jeugdpsychiatrische crisisinterventie* is een aanzienlijke maatschappelijke en ten dele ook jeugdgerichte behoefte. Separate units zijn op zijn plaats, nogal eens is *short-term-behandeling* een tweede taakstelling van zo'n unit. Met name in geval van volwassen psychiatrische ziektebeelden is medicamenteuze regulering vaak een noodzaak. Het overgrote deel van de jeugdpsychiatrische behandelingscapaciteit zal op short-term-behandeling gericht moeten zijn. Niet alle doelgroepen blijken te combineren. Het zal nog moeten blijken op welke schaal en in welke omvang voor doelgroepen (onder anderen psychotische jeugdigen en jeugdigen met agressieregulatiestoornissen) separate eenheden nodig zijn.

Toch moet niet miskend worden dat in de adolescentie ook de chroniciteit van sommige kinderpsychiatrische problematieken duidelijk wordt en dat geaccentueerd wordt hoe vele gemiste kansen leiden tot ernstige, nog nauwelijks te reguleren problematiek. *Long-term-behandeling* van bepaalde psychotische adolescenten en van ernstig gedragsgestoorde antisociale jeugdigen (orthopsychiatrie) is ook een noodzaak. Eveneens vragen de indicaties voor klinische psychotherapie een langerdurende behandelingsperspectief. Jeugdigen die actief hun eigen persoonlijkheid in balans willen brengen, hebben vaak geen binnen een jaar te ordenen problemen.

*Concluderend* zal jeugdpsychiatrie bij uitstek in een goed afgestemde balans alle psychiatrische functies (observatie, crisisinterventie, short- term- en long-term-behandeling) moeten ontwikkelen, met een accent op de kortdurende vormen zonder de langerdurende terzijde te schuiven.

## **Epiloog**

Dit artikel is beperkt tot de (dag)klinische kinder- en jeugdpsychiatrie. Kinder- en jeugdpsychiatrische patiëntenzorg is breder. Mogelijkheden en onmogelijkheden zijn ook voor de poliklinische diagnostiek, begeleiding en behandeling, voor de consultatieve oftewel liaison-kinder- en -jeugdpsychiatrie en voor de consultatieve en crisisbegeleidende functie binnen andere instellingen voor jeugdzorg te beschrijven. Functies die nader omschreven zullen moeten worden, zonder dat dit mag leiden tot overspannen verwachtingen van wat een verhoudingsgewijs klein werkveld kan bijdragen aan het grote geheel van jeugdzorg.

## **De literatuurlijst is op aanvraag bij de auteur verkrijgbaar**

**Summary: Possibilities and impossibilities of child and adolescent semiresidential and residential treatment; the vision of a caregiver**

**Nowadays, a number of people consider institutions for child care and child treatment as bad, while on the contrary families are considered to be good at all times. In this paper, this assumption has been discussed. The development of residential child and adolescent psychiatry as a sort of institutional treatment is described. The actual possibilities are mentioned. A clinical lesson illustrates that in times of economical prosperity financial, professional and social principles can be transformed into good care and treatment, while in periods of economical decline tension arises between these principles. In the last decades governments of the United States and of Great Britain have made radical choices. In other countries, like the Netherlands, there is a search for a middle course. In the Netherlands, residential child and adolescent psychiatry is one of the most intensive and specialized forms of child treatment. A limited capacity for about 1,400 patients requires a selective use of it. Differentiating clinical functions as well as differentiating needs for care and treatment of infants, children and adolescents offers a model for this selective use.**

De auteur is hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie/chef de clinique van de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Sophia Kinderziekenhuis/AZR-Erasmus Universiteit (afdelingshoofd: prof. dr. F.C. Verhulst) te Rotterdam. Correspondentieadres: Prof. dr. F. Verheij, kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek, Sophia Kinderziekenhuis, Wytemaweg 8, 3015 CN Rotterdam.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 19-6-1995.