

Kinder- en jeugdpsychiatrie: een vak en een identiteit II

F. VERHEIJ, F.C. VERHULST, R.F. FERDINAND

ACHTERGROND De kinder- en jeugdpsychiatrie kende tot in de jaren zeventig van de vorige eeuw geen eigen kenmerkende diagnostiek. Vanaf de jaren tachtig volstaat kwalitatieve informatieverzameling (bv. open gesprek of spelsituatie) niet langer en zou gestandaardiseerde (kwantitatieve) informatieverzameling een hoeksteen van het diagnostisch proces moeten zijn. Hiermee veranderden het vak en de identiteit.

DOEL Antwoord vinden op de vraag wat de specifieke kenmerken dienen te zijn van de huidige kinder- en jeugdpsychiatrische praktijk.

METHODE De verandering van vak en identiteit wordt in deze bijdrage verduidelijkt door de evolutie van de kinder- en jeugdpsychiatrie sinds het begin van de jaren tachtig van de vorige eeuw te schetsen. Gekozen is om vooral in te gaan op het diagnostisch proces. Bij de behandelingsfunctie wordt slechts kort stilgestaan.

RESULTATEN De rol van de kinder- en jeugdpsychiater is in de afgelopen 25 jaar steeds minder die van voornamelijk onderzoeker en/of behandelaar van het kind of de jeugdige geworden en in toenemende mate verschoven naar degene die de regie voert over het diagnostisch proces en de behandelingsplanning.

CONCLUSIE In de laatste decennia is een ontwikkeling ingezet waarbij de kinder- en jeugdpsychiatrie in haar diagnostisch proces steeds meer kiest voor verwijzingsverheldering en hulpvraagverduidelijking met behulp van diversiteit van informatie, meerdere informanten en verschillende methoden. Deze evolutie verandert het vak en de identiteit van de kinder- en jeugdpsychiater grondig.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)7, 429-438]

TREFWOORDEN diagnostiek, kinder- en jeugdpsychiatrie, onderzoek

Ruim twintig jaar geleden publiceerden Sanders-Woudstra e.a. (1982) een vlugschrift dat de titel droeg: 'Kinderpsychiatrie: een vak en een identiteit'. Uitgedaagd door de Hoofdingspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid gaven zij aan wat kinder- en jeugdpsychiatrie is en waar zij voor staat. De aanzet tot deze publicatie kwam uit het vakgebied zelf. Onder invloed van een exponentieel groeiend kennisbestand van de normale, de verstoorde en de gestoorde kinderlijke ontwikkeling zijn in de afgelopen twintig jaar de kinder- en

jeugdpsychiatrische diagnostische praktijk en behandelingspraktijk sterk veranderd. Doelstelling van dit artikel is de beantwoording van de vraag wat de specifieke kenmerken dienen te zijn van de huidige kinder- en jeugdpsychiatrische praktijk. Deze vragen en discussies staan niet op zichzelf. In Nederland entameerden diverse versies van de Profielschets Psychiater een levendig debat over de identiteit van de psychiatrie (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2003, 2005).

IDENTITEIT EN KENMERKENDE DIAGNOSTIEK

Wat is kenmerkend diagnostisch onderzoek dat exclusief door de kinder- en jeugdpsychiater verricht kan worden? Wat zijn specifieke behandelingen die alleen door of onder toezicht van een kinder- en jeugdpsychiater dienen plaats te vinden? De snelle evolutie van de diagnostische praktijk verklaart het bestaan van deze vragen. Om de ontwikkelingen in de afgelopen 25 jaar goed te begrijpen is een kort overzicht van de diagnostiek van vóór die tijd nuttig.

Diagnostiek tussen 1920 en 1980-1990 Kinderpsychiatrie is ontstaan doordat artsen geesteszieke kinderen observeerden, over ze gingen schrijven en ze zorg gingen bieden. Tegen deze achtergrond is het niet zo verwonderlijk dat Hart de Ruyter in 1968 opmerkte dat de kinderpsychiatrie nog niet aan diagnostiek toe was (Sanders-Woudstra 1973). Het boek *Hoofddlijnen van de kinderpsychiatrie* (Hart de Ruyter & Kamp 1972), de voorloper van de latere Nederlandstalige leerboeken, kent geen separate bespreking van het diagnostisch proces. De aanvankelijk sterk psychoanalytisch beïnvloede kinder- en jeugdpsychiatrie was voornamelijk vanuit de behandeling opgezet en minder vanuit de diagnostiek. Aan de onderbelichting van de diagnostiek lagen vier redenen ten grondslag: (1) het was niet goed mogelijk in de (kinder- en jeugd)psychiatrie om een hard ziektecriterium aan te houden; (2) in de (kinder- en jeugd)psychiatrie speelde het gebruik van laboratoriumtests geen grote rol; (3) het was moeilijk om wetenschappelijke kennis te vergaren door middel van ongestructureerde klinische interviews; en (4) diagnostiek werd sterk bepaald door psychodynamische theorieën. Deze factoren maakten dat het diagnostisch proces in de kinder- en jeugdpsychiatrie, vergeleken met andere medische disciplines, laat aandacht heeft gekregen.

Sterk onder invloed van psychodynamische theorieën en niet gehinderd door voorwaarden

die aan diagnostische en besliskundige processen gesteld worden, adopteerde de kinderpsychiatrie in de beginjaren (vanaf de jaren twintig van de vorige eeuw) wel een vaste structuur om gegevens te verzamelen. In het eerste kwart van de twintigste eeuw kwam in de Verenigde Staten de Child Guidance Movement op. In Child Guidance Clinics werd gewerkt met een standaarddiagnostisch team. Zo'n team omvatte een kinderpsychiater, een kinderpsycholoog en een psychosociaal werkster of verpleegster. De kinder- en jeugdpsychiater sprak en/of speelde met het kind en sprak (kort) met de ouders, de psychosociaal werkster richtte zich vooral op de ontwikkelingsanamnese van het kind, de voorgeschiedenis van de ouders en de gezinsanamnese, terwijl de klinisch psycholoog psychologische onderzoeken (intelligentie/persoonlijkheid) verrichtte (Cohen 1979; Lourie & Rieger 1974). Diagnostiek vanuit een driemanschap was in de Verenigde Staten en Groot-Brittannië tot aan het eind van de jaren zeventig (Barker 1974; Cohen 1979) en in Nederland tot ver in de jaren tachtig (Treffers 1989) kenmerk van de ambulante kinder- en jeugdpsychiatrie. In de diagnostische trilogie zat ook de rolverdeling met betrekking tot de behandeling besloten: de psychosociaal verpleegster of maatschappelijk werkende verrichtte de ouderbegeleiding en de kinderpsychiater (die in de regel psychoanalytisch psychotherapeut was) deed de kindertherapie.

Binnen dit driehoeksmodel werd informatie als elkaar aanvullend beschouwd. Het 'aanvullende' onderzoeksmodel is in Nederland in de jeugd-ggz en kinder- en jeugdpsychiatrie meestal nog van toepassing (De Haan 2003).

Diagnostiek in het laatste decennium De laatste tien jaar worden vraagtekens gezet bij de relevantie voor de behandeling van deze uitgebreide 'klassieke' kinderpsychiatrische informatieverzameling (bv. Boer 2002; Doss 2005; De Haan 2003). Ook wordt de vertrouwde vormgeving van het onderzoek ernstig ter discussie gesteld (bv. Ferdinand 2002). Ten slotte wordt door toevoeging

van meerdere deelspecialisten (zoals de systeemtherapeut, gedragstherapeut, neuropsycholoog, neurofysioloog, neuroradioloog en klinisch geneticus) het klassieke triadische teamwork doorbroken.

Rutter & Taylor (2002) stellen dat primair verwijzingsverheldering moet plaatsvinden. Wie is de verwijzer, wat is de hulpvraag en wiens vraag is dit? Verwijzingsverheldering of hulpvraagverduidelijking stelt de kinder- en jeugdpsychiater in staat om de noodzakelijke vervolgonderzoeken te plannen die moeten leiden naar een beschrijvende diagnose.

De beschrijvende diagnose bevat zowel een classificatie op basis van de symptomen als de relevante kenmerken van het kind of de jeugdige en de omgeving die etiologisch en/of prognostisch van belang zijn. Op basis van de diagnose zijn uitspraken te doen over behandelingsvormen en beloop en kan een individueel behandelingsplan geformuleerd worden. In tegenstelling tot het lukraak zo veel mogelijk gegevens verzamelen zonder veel consequenties voor de keuze van behandeling, dient hedendaagse diagnostiek een gerichte zoekstrategie te zijn die aansluit bij de hulpvraag en die anticipeert op de behandelingsmogelijkheden.

In de uitwerking van Rutter & Taylor (2002) vormen de oriëntatie op het kind of de jeugdige, het werken vanuit de hulpvraag, de planning van het onderzoek en de integratie van de bevindingen in een beschrijvende diagnose de bouwstenen van de identiteit van de kinder- en jeugdpsychiater als diagnosticus. De nadruk op de integratieve functie is niet nieuw. Al in 1951 stelde Van Krevelen dat de kinderpsychiater in staat moet zijn de synthese te volbrengen van verschillende gegevens en uiteenlopende visies, wil hij werkelijk kinderpsychiater zijn.

Kortom, de kinder- en jeugdpsychiatrische diagnostische praktijk is vanaf het begin van de jaren tachtig in een aantal opzichten aan het veranderen. De eerste verandering betreft de wijzen waarop informatie verzameld kan worden. Geïntegreerde en meer op feiten gerichte infor-

matieverzameling maakt het mogelijk om efficiënter en betrouwbaarder informatie te verzamelen. De tweede verandering heeft te maken met het zoeken naar betere aansluiting van het diagnostisch proces bij de hulpvraag en bij de behandelingsmogelijkheden. Niet het verzamelen van zo veel mogelijk gegevens, maar het zuinig en efficiënt verzamelen van alleen die gegevens die consequenties hebben voor de behandeling of de prognose, zijn van belang. De derde verandering heeft te maken met de rol van de kinder- en jeugdpsychiater in het diagnostisch proces, die van voornamelijk onderzoeker en/of behandelaar van het kind of de jeugdige evolueert tot degene die de regie voert over het diagnostisch proces en/of de behandeling.

FUNCTIEBESCHRIJVING

Kinder- en jeugdpsychiatrie is een medisch specialisme dat gericht is op kinderen, jeugdigen en de gezinnen waarin ze opgroeien. De kinder- en jeugdpsychiater start vanuit de hulpvraag (-vragen) met betrekking tot een kind of jeugdige en is gericht op problemen ten aanzien van emoties, cognities en gedrag. De kinder- en jeugdpsychiater moet de hulpvragen met behulp van een gerichte zoekstrategie verduidelijkt krijgen, waarbij gebruik wordt gemaakt van een diversiteit aan informatie, verkregen van verschillende informanten en via verschillende methoden (Verhulst 2000). Op basis van de verkregen informatie tracht hij een behandelingsovereenkomst op te stellen. De kinder- en jeugdpsychiater maakt gebruik van wetenschappelijk gefundeerde kennis wat betreft de biopsychosociale normale, verstoorde en gestoorde ontwikkeling van kinderen en jeugdigen.

Na verduidelijking van de hulpvraag formuleert de kinder- en jeugdpsychiater het multidisciplinaire diagnostische traject. Hij geeft sturing aan de interpretatie van de multidisciplinair verzamelde informatie en streeft een geïntegreerde, interdisciplinaire diagnostische visie op kind of jeugdige na in de vorm van een beschrijvende diagnose (Verheij 1997). De diagnose wordt zo no-

dig omgezet in een interdisciplinair behandelingsplan (Verheij 1998). De kinder- en jeugdpsychiater kan zowel consulterend, behandelingsaansturend als behandelingsuitvoerend werken en kan zijn kennis ook inzetten voor (preventieve) advisering.

Achtereenvolgens zullen wetenschappelijk gefundeerde kennis en formulering van het diagnostisch traject worden toegelicht.

Wetenschappelijk gefundeerde kennis In de zojuist gegeven typering is voor 'wetenschappelijk gefundeerde kennis' en niet voor *evidence-based medicine* gekozen. Duidelijk is wat niet meer kan: *eminence-based medicine*, het overwegend uitoefenen van psychiatrische diagnostiek door het nadoen van de opleiders (het meester-gezelmodel) (Van Balkom 2004; Isaacs & Fitzgerald 1999). Ook is duidelijk wat gewenst wordt, te weten *evidence-based medicine*. De huidige kinder- en jeugdpsychiatrische praktijk is ten dele *experience-based*, inmiddels voor een aanzienlijk deel *consensus-based* en voor een klein deel *evidence-based*. Zelfs de verstrekking van psychofarmaca aan kinderen en jeugdigen onttrekt zich niet aan deze constatering. Hoewel soms anders gesuggereerd, geldt deze stand van zaken ook voor de algemene psychiatrie (Van Balkom 2004).

Nieuw diagnostisch kader Op dit moment is het mogelijk een veelheid aan informatie op vele manieren via diverse informanten en diverse onderzoekers te verzamelen in het kader van een diagnostische procedure in de kinder- en jeugdpsychiatrie. In het kader van een meer gerichte diagnostiek is de vraag legitiem welke informatie van wie en op welke wijze verkregen nodig is in dit onderzoek ter beantwoording van deze, verduidelijkte hulpvraag. Hiervan uitgaande moet diagnostiek zo breed of zo smal zijn als beantwoording van de hulpvraag noodzakelijk maakt.

De diagnostische functie van de kinder- en jeugdpsychiater kan grofweg in tweeën gesplitst worden. Enerzijds is er de taak om een gerichte zoekstrategie te kiezen en de regie te voeren over

het proces van informatie verzamelen. Dit is niet anders dan in welke arts-patiëntrelatie dan ook. Voor de kinder- en jeugdpsychiater houdt dit in dat hij in ieder geval het kind of de jeugdige ziet en spreekt, en keuzen maakt met betrekking tot welke informatie verzameld moet worden en door wie dit zal gebeuren. Dit laatste kan worden gedelegeerd aan andere professionals (teamleden). Behalve het onderzoek van het kind zelf zal het over het algemeen nodig zijn dat informatie verzameld wordt door middel van een gesprek met de ouders of met de leerkracht of met allen. Ook kan de kinder- en jeugdpsychiater beslissen dat informatie door middel van uitgebreide psychodiagnostisch, klinisch-genetisch, kindergeneeskundig, kinderneurologisch, neuroradiologisch, neurofysiologisch onderzoek of klinisch-chemisch laboratoriumonderzoek nodig is. Anderzijds is de kinder- en jeugdpsychiater verantwoordelijk voor de integratie van verschillende diagnostische gegevens die in het diagnostisch proces door iedereen worden verzameld.

Zoals eerder aangegeven gold in het verleden het contact met het kind of de jeugdige als het allerbelangrijkste. Het zien en het spreken van het kind of de jeugdige werd vaak beschouwd als synoniem met 'het kinderpsychiatrisch onderzoek' en stond centraal in de diagnostiek. Dit zorgt ook nu nog voor verwarring. Vaak valt de stille hoop te constateren dat de afname van het kindinterview – terwijl informatie uit andere bronnen nog ontbreekt – 'de' diagnose oplevert.

Tegenwoordig is de focus van diagnostiek dus verschoven en zijn twee principes van belang voor de uitoefening van de diagnostische functie in haar geheel. Ten eerste is er de 'multi-informant-gegevensverzameling'. Deze wijze van gegevensverzameling is inmiddels de standaard. Diagnostiek is minimaal gebaseerd op informatie van het kind zelf, de ouders en de leerkracht. Dit houdt in dat de kinder- en jeugdpsychiater geconfronteerd wordt met verschillen tussen informanten qua mening en geboden informatie. De kinder- en jeugdpsychiater moet in staat zijn discrepante informatie te wegen en daaruit conclusies te trekken (Ferdinand e.a. 2004).

Het tweede principe kan omschreven worden als 'geen dominant paradigma'. Inmiddels is duidelijk dat geen enkel paradigma dé oplossing van alle diagnostische problemen biedt. Daarom moet de kinder- en jeugdpsychiater goed op de hoogte zijn van de verschillende paradigma's die bij de diagnostiek van bepaalde soorten van problematiek relevant zijn. Terwijl teamleden juist specialisten kunnen zijn, goed opgeleid in de hantering van een beperkt aantal paradigma's, is het de taak van de kinder- en jeugdpsychiater om te kunnen switchen van paradigma, afhankelijk van het kind waar het om gaat, te verduidelijken hoe naast en in relatie tot elkaar diverse paradigma's te gebruiken zijn.

De vier meest relevante paradigma's zijn: (1) taxonomische paradigma's; (2) psychometrische paradigma's; (3) paradigma's met betrekking tot diagnostische methoden; en (4) standaardisering van diagnostische methoden. Ze worden achtereenvolgens kort toegelicht.

Als eerste zijn er de taxonomische paradigma's. De twee belangrijkste brede typen diagnostische systemen voor psychopathologie waaraan gestandaardiseerde methoden van dataverzameling zijn gekoppeld betreffen het (categoriale) DSM-IV-systeem (American Psychiatric Association 1994) – of eventueel in plaats daarvan het ICD-systeem (World Health Organization 1992) – en (dimensionale) empirische systemen, zoals het Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) (Achenbach & Rescorla 2001).

Daarnaast zijn er de psychometrische paradigma's; ook hier enerzijds dimensionale, anderzijds categoriale gegevensverzameling. Dimensionale diagnostische gegevens leveren vaak een getrouwer beeld van de werkelijke problematiek van de individuele patiënt dan de categoriale gegevens. Immers, het ene kind ontvangt de diagnose aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) niet omdat het aan vijf en niet aan zes criteria voldoet, terwijl het andere kind zonder ADHD geen enkel symptoom heeft. Verder kunnen twee kinderen met dezelfde categoriale diagnose van elkaar verschillen, bijvoorbeeld in aantal

of ernst van de symptomen of in de impact van de symptomen op het dagelijks functioneren. Categoriale DSM-IV-diagnosen kunnen toch zeer waardevol zijn, omdat dergelijke diagnosen gekoppeld zijn aan een empirische database met betrekking tot de effectiviteit van behandeling, zowel medicamenteus als psychotherapeutisch, en aan gegevens over de invloed van prognostische factoren.

De kinder- en jeugdpsychiater weet optimaal gebruik te maken van beide diagnostische paradigma's door de verschillende vormen van informatie te integreren en aan beide diagnostische methoden praktisch-therapeutische consequenties te verbinden. Zo zal de kinder- en jeugdpsychiater erop toezien dat een kind zonder ADHD-diagnose, maar wel met vijf symptomen op basis van ouder- en leerkrachtinformatie, dat tevens door de leerkracht hoog gescoord wordt op de Aandachtsproblemenschaal van de Child Behavior Checklist – Teachers Report Form, wordt onderzocht op (leer)problemen in de klas en op in hoeverre toch maatregelen kunnen worden genomen om het kind (op school) bij deze problemen te ondersteunen.

Het derde type paradigma's zijn de paradigma's met betrekking tot diagnostische methoden; vaak bestaan grote discrepanties tussen gespreksgegevens versus resultaten van gestandaardiseerd taakonderzoek (tests). Zo laten veel kinderen met een DSM-IV-diagnose ADHD geen gestoord functioneren zien op aandachtstaken (Coldren & Corradetti 1977; Van der Meere 1988; Tannock 2000). De kinder- en jeugdpsychiater weet wanneer het wel of niet relevant is om taakonderzoek in te zetten. Ook hierbij geldt dat hij op grond van gegevens met betrekking tot de predictieve validiteit in staat is om keuzen te maken uit verschillende taken, dan wel in staat is om dit in interactie met een psychodiagnosticus te doen. De kinder- en jeugdpsychiater weet ook hoe verschillen in uitkomsten tussen gespreks- en taakonderzoek kunnen worden geïnterpreteerd en weet meestal hoe hieraan beslissingen rondom behandelingsindicaties zijn gekoppeld.

Het laatste paradigma is de standaardisering van diagnostische methoden; de interbeoordelaars-overeenstemming van diagnoses op basis van ongestandaardiseerde gegevensverzameling is gering, zelfs bij ervaren klinici. De variatie tussen diagnoses kan verkleind worden door gebruik te maken van gestandaardiseerde diagnostische procedures. De kinder- en jeugdpsychiater zet zo veel als mogelijk is empirisch gestandaardiseerde methoden van dataverzameling in en weet hoe de uitkomsten hiervan moeten worden geïnterpreteerd, inclusief de discrepanties tussen verschillende uitkomsten.

DIAGNOSTISCHE KERNGEGEVENS EN BEHANDELINGSDIAGNOSTIEK

Het verdient aanbeveling om volgens het triageprincipe (vroegdiagnostiek of eerste diagnostiek versus nadere diagnostiek), met selectie en rangschikking te handelen, zodat sprake is van een gericht diagnostisch proces.

Zowel het werken met zorgprogramma's als met stoornisgeoriënteerde teams staat of valt met een snelle voorsortering van patiëntengroepen (vaak foutief *screening* genoemd). Als een huisarts, medisch specialist, een andere ggz-professional of een medewerker van Bureau Jeugdzorg onderzoek aanvraagt, moet de verwijzing geaccepteerd worden (geen afweging op de inhoud). Soms ontbreekt expertise op het kernprobleem, is een zusterinstelling meer toegerust of is er een te lange wachtlijst. In de poliklinische praktijk kunnen hiertoe telefonische aanmeldingsgesprekken en/of een of meer afspraken gericht op een eerste verwijzingsverheldering of hulpvraagverduidelijking worden gehanteerd.

Uitgaande van deze vroegdiagnostiek wordt een patiënt vooralsnog tot een grove patiëntendoelgroep gerekend en kan de verzameling van diagnostische kerngegevens starten. De keuze om slechts diagnostische kerngegevens te verzamelen heeft als consequentie dat niet gekozen wordt voor de volledige afname van klachtenanamnese, ontwikkelingsanamnese, persoonlijke anamneses van

de ouders en/of gezinsanamnese. Uitgaande van de verduidelijkte hulpvraag wordt gekozen welke informatie, gericht op de beantwoording van specifieke vragen, in deze fase van het diagnostisch proces relevant is om te verzamelen. Psychologisch testonderzoek zou in deze fase slechts een rol moeten spelen voor zover dit een bijdrage kan leveren aan wat Beutler e.a. (1999) de stoornisbevestiging noemen.

Zijn de diagnostische kerngegevens verzameld, dan zullen ze geïntegreerd moeten worden tot een voorlopige diagnose en classificatie. Op grond hiervan wordt bepaald of en zo ja welke verdere gegevens nodig zijn om vast te stellen welke behandeling mogelijk en/of nodig is. Deze tweede stap in het diagnostisch proces wordt op behandelingsplanning gerichte diagnostische gegevensverzameling genoemd, ook wel behandelingsdiagnostiek. Ook hier vindt weer een keuzeprocess plaats. Om te kiezen uit interventies is het nodig de succesfactoren te kennen en deze af te zetten tegen een daaraan gerelateerde sterkte-zwakteanalyse van het kind en, indien nodig, van het gezin en de bredere context. Als voor een bepaalde behandeling gekozen wordt, wat zijn dan de mogelijkheden en onmogelijkheden van het kind, het gezin en de context? Zijn er functionele *impairments*? In deze diagnostische fase biedt (neuro)psychologisch onderzoek, maar soms ook kindergeneeskundig of kinderneurologisch onderzoek, antwoord op vragen. Ook aanvullend gezinsonderzoek of uitgebreid orthodidactisch onderzoek of schoolonderzoek kunnen geïndiceerd zijn. Geen van deze onderzoeken wordt echter standaard uitgevoerd. Tevens zal ingeschat moeten worden of een bepaalde behandelingsinterventie kans van slagen heeft. Motivatieonderzoek, lang ondergeschoven in de kinder- en jeugdpsychiatrische praktijk, zal hierbij ook een plaats moeten innemen. Dit betreft niet alleen de motivatie van de patiënt, maar ook van de (bredere) context, waarvan het gezin een belangrijk onderdeel is.

In het verlengde van de behandelingsdiagnostiek zal het multidisciplinaire team in een bespreking de verzamelde kwantitatieve en kwalita-

tieve informatie moeten integreren. De kinder- en jeugdpsychiater hoeft hiertoe als coördinator niet op elk diagnostisch deelgebied een expert te zijn. Hij moet de gehanteerde paradigma's kennen. Dit betekent bijvoorbeeld dat een kinder- en jeugdpsychiater de principes van intelligentieonderzoek moet kennen, de waarde van neuropsychologische tests, de mogelijkheden van gezinsonderzoek, de onderwijshulpverleningskaart en de sociale hulpverleningskaart.

De uiteindelijke beschrijvende diagnose omvat een behandelingsindicatie en kan gehanteerd worden als uitgangspunt voor het adviesgesprek, de behandelingsovereenkomst en het behandelingsplan.

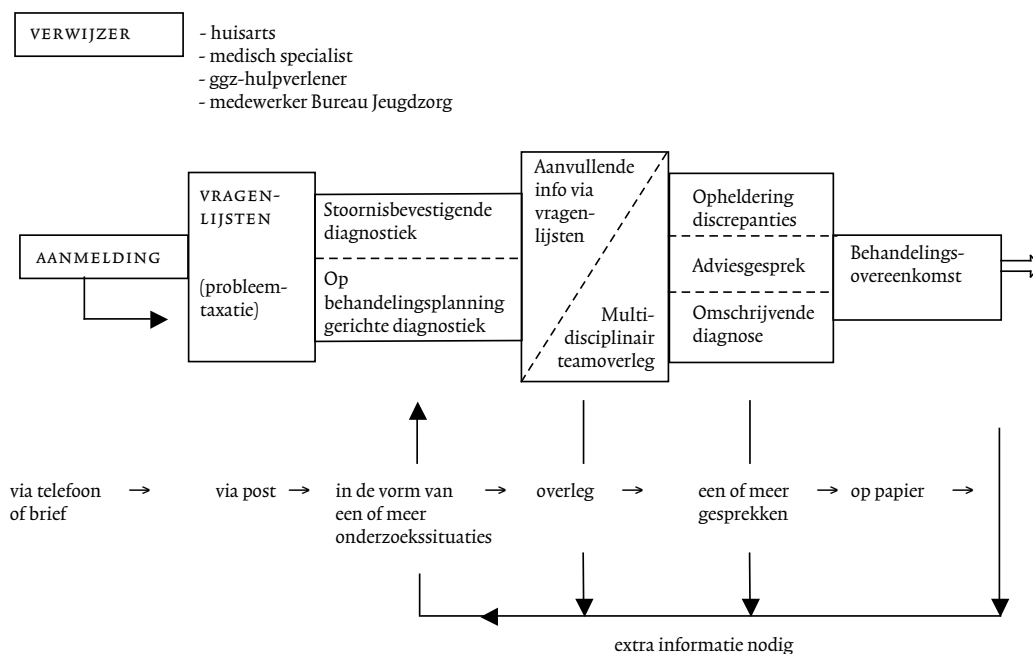
Het zojuist beschreven diagnostische proces, eventueel uitmondend in een behandeling en gevolgd door een evaluatie, is geen lineair proces. Op elk moment kan geconstateerd worden dat er een informatietekort is op basis waarvan het noodzakelijk is terug te gaan naar een eerdere fase in het proces, waarbij meer toegespitst opnieuw gegevens worden verzameld. Het proces is dus met loops weer te geven, zoals figuur 1 laat zien.

Sommige problemen lenen zich ervoor om de procedure van aanmelding naar het starten van de behandeling heel kort en uiterst gericht informatief te houden (bijvoorbeeld snel vaststellen of sprake is van een met gewichtsverlies gepaard gaande anorectische eetstoornis). De behandeling zelf zal dan uitwijzen of deze 'snelle diagnostische procedure' volstaat of dat meer verklaring en een andere omschrijvende diagnose nodig is voor verdere behandelingsplanning.

BEHANDELING EN BEHANDELINGSAANSTURING

De kinder- en jeugdpsychiater heeft naast een diagnostische functie tevens een behandelingsfunctie. Ook hierin zijn deelfuncties te onderscheiden. Enerzijds is er de behandelingsfunctie in engere zin. Deze houdt in dat de kinder- en jeugdpsychiater zelf een kind, jeugdige en/of een gezin behandelt en de therapeutische interventies uitvoert. Daarnaast is er de behandelingsfunctie in bredere zin, die inhoudt dat de kinder- en jeugdpsychiater de behandeling coördineert, uitgaande

FIGUUR 1 Diagnostisch proces in de kinder- en jeugdpsychiatrie



van een aantal principes die deels gelijk zijn aan de principes die voor de diagnostische functie zijn beschreven. En tot slot kan de kinder- en jeugdpsychiater consulent of consultgever zijn.

In Nederland ontwikkelt zich jurisprudentie die aangeeft dat geen van deze functies uitgeoefend kan worden zonder dat de kinder- en jeugdpsychiater zelf het kind of de jeugdige gezien heeft (zie Profielschets, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2005).

Naast gedeelde principes voor de diagnostische en de behandelende functie, is voor de behandelingsfunctie specifiek van belang dat de kinder- en jeugdpsychiater op de hoogte is van empirisch gefundeerde methoden om de effectiviteit van de behandeling te meten. De kinder- en jeugdpsychiater weet hoe vaak deze metingen moeten plaatsvinden en hoe deze methoden te implementeren zijn in de praktijk. Ook weet hij hoe gestandaardiseerde gegevens over het beloop van een behandeling moeten worden geïnterpreteerd. Daarnaast is van belang dat de kinder- en jeugdpsychiater weet hoe hij moet werken met specifieke behandelingsdoelen. Hij weet hoe deze geformuleerd en geëvalueerd kunnen worden en kan patiënten goed voorlichten over wat van een behandeling mag worden verwacht, waarbij de wetenschappelijke literatuur in aanmerking wordt genomen. Hij is ook in staat om een dergelijke manier van werken te implementeren in een behandelingsteam. Ten slotte moet de kinder- en jeugdpsychiater geoefend zijn in crisisinterventie en weten hoe te handelen en leiding te geven aan handelen bij onder meer psychotische, agressieve en suïcidale crises.

Bovenstaande schets van de identiteit van de kinder- en jeugdpsychiater volgt logischerwijs uit de inhoudelijk-wetenschappelijke ontwikkeling die het vak de afgelopen decennia doormaakte, hoewel de geschetste wijze van taakinvulling momenteel zeker niet op iedere werkplek gemeengoed zal zijn.

LITERATUUR

- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Balkom, A.J.L.M. van. (2004). Naar een evidence-based diagnostiek in de psychiatrie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 59, 610-617.
- Barker, Ph. (1974). *Kinderpsychiatrie*. Amsterdam/Brussel: Agon Elsevier.
- Beutler, L.E., Goodrich, G., Fisher, D., e.a. (1999). Use of psychological tests. Instruments for treatment planning. In M.E. Maruish (Red.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (pp. 81-113). Mahwah, NJ/London: Lawrence Erlbaum.
- Boer, F. (2002). Diagnostiseren is puzzelen, maar hoeveel stukjes heb je nodig? *Kind en Adolescent Praktijk*, 1, 4-11.
- Cohen, R.L. (1979). Basic concepts. In J.D. Call, J.D. Noshpitz, R.L. Cohen e.a. (Red.), *Basic handbook of child psychiatry. Volume 1: development* (pp. 485-493). New York: Basic Books.
- Coldren, J.T., & Corradetti, K. (1997). Conceptual relations between attentional processes in infants and children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. A problem-solving approach. In J.A. Burack & J.T. Enns (Red.), *Attention, Development, and Psychopathology* (pp. 147-167). New York/London: The Guilford Press.
- Doss, A.J. (2005). Evidence-based diagnosis: incorporating diagnostic instruments into clinical practice. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 947-952.
- Ferdinand, R.F. (2002). Weg met die poppenkast. Over de waarde van het poppenhuis en ander speelgoed bij diagnostiek in de kinder- en jeugdpsychiatrie. *Kind en Adolescent Praktijk*, 1, 46-47.
- Ferdinand, R.F., van der Ende, J., & Verhulst, F.C. (2004). Parent-adolescent disagreement regarding psychopathology in adolescents from the general population as a risk factor for adverse outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 198-206.
- Haan, E. de. (2003). Uitvoerige diagnostiek draagt niet bij aan een betere behandeling. Over diagnostiek in de jeugd-GGZ en de kinderpsychiatrie. *Kind en Adolescent*, 24, 134-140.
- Hart de Ruyter, Th., & Kamp, L.N.J. (1972). *Hoofdlijnen van de kinderpsychiatrie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Isaacs, D., & Fitzgerald, D. (1999). Seven alternatives to evidence based

- medicine. *British Medical Journal* (clinical research ed.), 319, 1618.
- Krevelen, D.A. van. (1951). *Verleden, heden en toekomst van de kinderspsychiatrie*. Leiden: Stenfert Kroese.
- Lourie, R.S., & Rieger, R.E. (1974). Psychiatric and psychological examination of children. In G. Caplan (Red.), *American handbook of psychiatry. Volume 2: child and adolescent psychiatry, sociocultural and community psychiatry* (pp. 3-36). New York: Basic Books.
- Meere, J.J. van der. (1988). *Attentional deficit disorder with hyperactivity. A misconception*. Proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (18 november 2003). *Herziene versie Profielschets Psychiater* (aangeboden op de ledenvergadering van 1-4-2004.) Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2005). *Herziene Profielschets Psychiater*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Rutter, M., & Taylor, E. (2002). Clinical assessment and diagnostic formulation. In M. Rutter & E. Taylor (Red.), *Child and adolescent psychiatry* (4de druk) (pp. 18-31). Malden, Mass: Blackwell Science.
- Sanders-Woudstra, J.A.R. (1973). Dreigende afwijkingen in de psychosociale ontwikkeling: welke waarde heeft de anamnese bij de opsporing. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 53, 150-158.
- Sanders-Woudstra, J.A.R., Minderaa, R.B., & Verheij, F. (1982). Kinderpsychiatrie: een vak en een identiteit. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 24, 257-265.
- Tannock, R. (2000). Language, reading, and motor controle problems in ADHD. A potential behavioral phenotype. In L.L. Greenhill (Red.), *Learning disabilities. Implications for psychiatric treatment* (pp. 129-167). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Treffers, Ph.D.A. (1989). Een sombere jongen onder moeilijke omstandigheden: diagnostiek in een kinder- en jeugdpsychiatrisch centrum. In E. Carlier, N.P.J. Kousemaker & E.M. Sigmond-de Bruin (Red.), *Diagnostiek in de hulpverlening. Model in praktijk* (pp. 75-92). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Verheij, F. (1997). *Multidisciplinair verslagleggen & interdisciplinair denken: een werkboek voor de jeugdzorg*. Utrecht: Uitgeverij SWP.
- Verheij, F. (1998). *Behandelingsplanning in de jeugdzorg en het speciaal onderwijs*. Utrecht: Uitgeverij SWP.
- Verhulst, F.C. (2000). Principes. In F.C. Verhulst & F. Verheij (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie. Onderzoek en diagnostiek* (pp. 22-82). Assen: Van Gorcum.
- Winnicott, D.W. (1965). *The maturational process and the facilitative environment*. New York: International Universities Press.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.

AUTEURS

F. VERHEIJ, kinder- en jeugdpsychiater, is hoofd patiëntenzorg van de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam.

F.C. VERHULST, kinder- en jeugdpsychiater, is afdelingshoofd van de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam.

R.F. FERDINAND is kinder- en jeugdpsychiater en voormalig hoofd polikliniek van de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam.
Correspondentieadres: F. Verheij, afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis, Dr. Molewaterplein 60, 3015 GJ Rotterdam.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-8-2006.

SUMMARY

Child and adolescent psychiatry: a profession and its identity II – F. Verheij, F.C. Verhulst, R.F. Ferdinand –

BACKGROUND Up till the 1970s child and adolescent psychiatry had no distinctive diagnostic system of its own. From the 1980s onwards qualitative information-gathering (e.g. via discussion or play-situations) was no longer regarded as adequate and the standardised gathering of (quantitative) information became the cornerstone of the diagnostic process. This development fundamentally changed the child psychiatrist's profession and its identity.

AIM To investigate the specific features that are required in current child and adolescent psychiatry.

METHOD In this article we will clarify the change in the child psychiatrist's profession and identity by outlining how child and adolescent psychiatry evolved as from the early 1980s. We will do this by concentrating on the diagnostic process. The treatment aspect will be discussed only briefly.

RESULTS Over the last 25 years the role of the child psychiatrist has undoubtedly changed. From being mainly a diagnostician and/or being personally responsible for treating the child or adolescent the child psychiatrist has become increasingly the person who controls the diagnostic process and plans treatment.

CONCLUSION Over the last two decades the diagnostic technique of the child psychiatrist has developed in a new direction. The child psychiatrist has chosen instead to elucidate a patient's referral and to discuss the reasons for a request for assistance and/or care. The psychiatrist uses many types of information and a multitude of informants and methods. This development has led to a fundamental change in the child psychiatrist's profession and its identity.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)7, 429-438]

KEY WORDS adolescent psychiatry, child psychiatry, diagnosis, examination