

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave 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 artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Kinderpsychiatrische diagnostiek in- gebed in een systeemtherapeutisch behandelklimaat¹

Mary den Oudsten²

is kinder- en jeugdpsychiater en systeemtherapeut bij MoleMann Mental Health Clinics, locatie Almere-Stad.

Trefwoorden: kinderpsychiatrische diagnostiek, ontwikkelingsstoornissen, systeemtherapie en diagnose

Samenvatting

Dit artikel beschrijft de zoektocht van de auteur naar mogelijkheden om tijdens het kinderpsychiatrisch diagnostisch proces systeemtherapeutische principes toe te passen. Allereerst worden verschillende ideeën over diagnostiek besproken. Vervolgens komt aan de orde hoe de narratieve richting in de systeemtherapie aan het onderzoeksproces zelf therapeutische kracht en veranderpotentie geeft. Ook wordt beschreven hoe de onderzoeker het begrip ‘innerlijk gesprek’ kan gebruiken om tijdens het diagnostisch proces al tot interventies te komen. Bovenstaande wordt geïllustreerd aan de hand van casuïstiek en enkele voorbeelden uit de huidige praktijk van de auteur.

Inleiding

Dit artikel is een weergave van de manier waarop ik systeemtherapeutische principes probeer te gebruiken bij een belangrijk deel van mijn werk, te weten kinderpsychiatrische diagnostiek van stoornissen. Mijn voorgaande scholing tot dokter, psychiater en kinderpsychiater richtte zich logischerwijs op het ontwikkelen van deskundigheid in het opsporen van stoornissen bij individuen, volgens professionele richtlijnen voor anamnese en onderzoek. Kort gezegd: zoeken naar pathologie.

Het systeemtherapeutische denken hielp me om me juist ook te richten op krachten en mogelijkheden van de mensen die bij mij komen voor hulp. Waar-

¹ Bewerking van een scriptie ter afronding van de opleiding systeemtherapie aan het Lorentzhuys in Haarlem, met dank aan Hans Bom en Jolanthe de Tempe.

² Correspondentieadres: marydenoudsten@casema.nl.

bij klachten en symptomen niet alleen maar verankerd hoeven te zijn in onveranderbare neuropsychiatrische pathologische fenomenen, maar kunnen veranderen als er therapeutisch gewerkt wordt en er aandacht is voor context en betekenis van de klachten.

Ook al heeft de systeemtherapie inmiddels een vaste plaats in de kinder- en jeugdpsychiatrie, toch is het meer de gewoonte om pas na een – tamelijk vaststaand – diagnostisch proces, afgerond met een adviesgesprek, te starten met systeemtherapie.

In dit artikel wil ik onderzoeken hoe systeemtherapeutische principes al tijdens de zogenaamde diagnostiekfase gebruikt kunnen worden. Deze behoefte is ontstaan tijdens de eerste jaren van mijn werk als kinderpsychiater, toen ik deel uitmaakte van een multidisciplinair team in een traditionele jeugd-GGZ-instelling. De gang van zaken op deze afdeling was om na de intake een vast onderzoeksprotocol uit te voeren, waarin ouders gestandaardiseerde vragenlijsten moesten invullen en allerlei informatie over zichzelf en de eigen ontwikkeling moesten geven. Ook het kind werd volgens een vaste procedure door een aantal verschillende hulpverleners onderzocht. In dit artikel beschrijf ik aan de hand van literatuur over verschillende visies op diagnostiek wat ik vanuit de praktijk ervaar als beperkend en nadelig. Vervolgens beschrijf ik hoe narratieve technieken een antwoord kunnen geven op deze beperkingen en nadelen.

Probleemstelling

In dit artikel wil ik helder krijgen hoe het diagnostisch proces van kinderpsychiatrische stoornissen zo (systeem)therapeutisch mogelijk kan verlopen. Hoe kan bij het zoeken naar een stoornis de ontwikkeling zoveel mogelijk bevorderd worden?

Om mijn probleemstelling te verhelderen begin ik met een beschrijving van gangbare opvattingen over diagnostiek in de kinder- en jeugdpsychiatrie en jeugdzorg. Daarna kijk ik hoe elementen uit de systeemtherapie kunnen helpen om het diagnostisch proces therapeutisch te laten verlopen. Ik laat zien welke consequenties dat heeft voor het diagnostisch proces in mijn huidige werk, met enkele vignetten als illustratie. Tot slot een conclusie en vooruitblik.

Deel I. Verschillende opvattingen over diagnostiek langs de moderne/postmoderne ladder

Het verschil tussen classificatie en diagnose

Diagnose betekent letterlijk: doorzien en begrijpen wat er aan de hand is. Dia: doorheen, gnosis: kennen. Kinderpsychiater Van der Gaag (2004, p.185) om-

schrijft diagnose aldus: 'Diagnostiek is letterlijk de kunst van het "door-kennen" van de mechanismen die bij een bepaald individu, gegeven zijn/haar omgeving en aanleg, onder de huidige omstandigheden, leiden tot klachten of disfunctioneren'. Vervolgens wijst Van der Gaag op het verschil tussen diagnose en classificatie. Kennis verkregen in het individuele geval (diagnostiek) kan worden vergeleken met algemene kennis van vergelijkbare gevallen (classificatie). Het verschil tussen diagnose en classificatie vervaagt echter nogal eens en roept dan ook verwarring op.

Dit belangrijke onderscheid tussen classificatie en diagnose wordt door diverse collega's en handboeken genoemd (bijvoorbeeld Nieweg, 2000; Verhulst en Verhey, 2006; Zwaan, 1999). Desalniettemin blijft de nadruk liggen op een door deskundigen geformuleerde uitspraak over pathologie. Naar mijn idee verdient dit onderscheid nauwgezette aandacht en dient het met het systeem besproken te worden, zodat betrokkenen in de gelegenheid gesteld worden de taal die door hulpverleners gesproken wordt te begrijpen en er commentaar op te leveren. Dit onderscheid kan kind en systeem helpen om te ervaren dat zij niet alleen in een 'hokje' geduwd worden, maar ook als uniek kind en systeem gezien worden. Dit vergroot dan de mogelijkheid van een gelijkwaardiger positie.

De veronderstelde wetenschappelijkheid van diagnostiek

Verhulst en Verhey (2006) beschrijven uitgebreid wat er allemaal gedaan kan en moet worden tijdens kinderpsychiatrische diagnostiek: de uitwerking van vragen die gesteld kunnen worden en ondersteunende vragenlijsten die afgenomen kunnen worden. Dit betreft een gouden standaard, waarbij overigens vermeld wordt dat de interne en externe validiteit wel problematisch zijn. Visieverschillen over de aard van psychopathologie komen veelvuldig voor en vertroebelen de betrouwbaarheid van de gegevens.

De Bruyn (2001, p.12) noemt dit een fundamenteel probleem; de rationeel-wetenschappelijke dimensie van het professionele handelen krijgt veel aandacht, maar, zo stelt hij: 'Kijken naar de diagnosticus vanuit het perspectief van wetenschappelijke zorgvuldigheid is uiteraard selectief. Dit kan gemakkelijk de suggestie wekken dat het succes van diagnostisch handelen afhankelijk is van de kwaliteit van de wetenschappelijke zorgvuldigheid. Dit is geenszins het geval. Sterker nog, het is niet denkbeeldig dat diagnostisch succes in de praktijk bijvoorbeeld in hogere mate bepaald wordt door de relationele dan door de rationeel-wetenschappelijke vaardigheid van de diagnosticus'. De Bruyn noemt dit één van de fundamentele problemen van de diagnosticus. Het

klassieke model pretendeert op positivistische wijze wetenschappelijk te zijn en ‘de waarheid’ te zoeken. Maar dat is slechts een schijnzekerheid.

Twee voorbeelden van het klassieke diagnosemodel

Het bekende Oudshoorn-model (Oudshoorn, 1985), ook wel genoemd Dordts Strategisch Model, is tientallen jaren gebruikt tijdens diagnostiekbesprekingen in een groot aantal instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Het bestaat uit een vastliggend *format* waarin gegevens over het kind die verkregen zijn tijdens onderzoeksgesprekken, observaties en informatie van derden geordend worden. De ordening bestaat uit een onderverdeling in de verschillende ontwikkelingsgebieden, waarbij overigens zowel zwakke als sterke kanten beschreven worden. Een nadeel van het model is dat het heel uitgebreid is en veel tijd vergt. Daarbij is er minder aandacht voor het integreren van de informatie. Maar doordat er zoveel aspecten beschreven worden, waakt het model wel over het toepassen van eenzijdige verklaringen. Het doet daarmee recht aan de geïmprecisie en ingewikkeldheid van symptomen waarmee een patiënt(systeem) zich kan melden. Het model is overigens in de eerste plaats bedoeld voor de communicatie tussen hulpverleners, pas in tweede instantie ook voor de communicatie met de hulpvragers. Bovenstaand model past binnen het klassieke diagnostische model, dat uitgaat van een positivistische wetenschapsopvatting, waarin deskundigen doen aan objectieve, wetenschappelijke waarheidsvinding. De cliënt en diens omgeving zijn onderzoeksobjecten in plaats van participanten aan de beeldvorming. Zij leveren puzzelstukjes; het is aan de deskundigen om te bepalen wat het plaatje is. Een top-downmodel dus.

Ook bekend is het Dialoogmodel van Maurer en Westermann (2003, 2007). Dit heeft als uitdrukkelijk doel om door zijn eenvoud de communicatie tussen hulpverleners te verbeteren, om vervolgens beter aan het patiëntsysteem te kunnen uitleggen wat er aan de hand is of wat de diagnose is. Het Dialoogmodel gaat uit van een sterk vereenvoudigde visie op kinderpsychiatrische problematiek. In het model worden klachten, verklaringen en ontwikkelingsmogelijkheden, sterke en zwakke kanten van patiënt en systeem geordend. Er is zelfs een handleiding voor patiënten geschreven om de gedachtegang achter het model te kunnen begrijpen. Hoewel de doelstelling van de auteurs is de communicatie te verbeteren, wordt het model toch pas na de diagnostiek gebruikt en vanuit de hulpverlener aan de hulpvrager gepresenteerd. De auteurs stellen zelfs heel duidelijk dat ze met het model geen andere kijk op problematiek beogen, of een andere werkwijze of benadering van diagnostiek of inventarisatie. ‘Het dialoogmodel beperkt zich tot het ordenen en integreren van alle

gegevens en er betekenis aan te verlenen opdat met de hulpvragers zo vruchtbaar mogelijk overlegd kan worden' (Maurer & Westermann, 2007, p.117). Hiermee gaan de auteurs wel een stap verder dan Oudshoorn. Maar ondanks de sympathieke bedoelingen klinkt dit toch als eenrichtingsverkeer, top-down van hulpverleners naar cliënt.

Aan beide bovenstaande modellen kleven voor mij veel nadelen; hoewel er verschillende visies geordend worden, blijven het visies van de hulpverleners op pathologie. De manier waarop naar diagnostiek gekeken wordt, wordt bepaald door de hulpverleners. Het ordenen gebeurt in het Dialoogmodel wellicht wat cliëntvriendelijker dan in het veel oudere Oudshoorn-model.

Efficiënte diagnostiek

Vanuit een andere invalshoek is er vanaf 2003 een aantal artikelen in *Kind en Adolescent Praktijk* en *Psy* verschenen, waarin onder anderen Dijkshoorn (2003, 2004) en Van der Gaag (2003, 2004) als kinder- en jeugdpsychiaters, en De Haan (2003a, 2003b) als gedragstherapeut, een pleidooi houden voor een efficiëntere diagnostiek (zie ook Ruijsenaars, 2003; Schaaphok, 2004; Stoffer, 2005a, 2005b). Hiermee beogen ze alleen die diagnostiek te doen die nodig is om een behandeling te kunnen beginnen. Als argumenten voeren zij onder andere het volgende aan.

- Er zijn lange wachtlijsten, er is veel vraag naar kinderpyschiatrische diagnostiek. Dus hoe korter hoe beter, want dan hoeven mensen niet zo lang op hulp te wachten en is er minder kans dat ze gedemotiveerd raken.
- De diagnostische instrumenten zijn vaak niet zo betrouwbaar, want er zijn nogal eens visieverschillen tussen informanten.
- Daarnaast lijkt er vaak gezocht te worden naar oorzaken en verklaringen in het verleden, die echter geen bewezen relatie met de psychopathologie hebben.
- Uitgebreide gegevens voegen vaak weinig toe aan de te kiezen behandeling, dus hebben ze weinig nut, zo stelt de Haan (2003a, 2003b), want de behandelingen worden toch in vrij grove categorieën ingedeeld, bijvoorbeeld medicatie, gezinstherapie, cognitieve gedragstherapie, ouderbegeleiding.

In deze discussie (en soortgelijke discussies in kinderpyschiatrische kringen) speelt efficiëntie en (niet) bewezen effectiviteit van behandelingen een belangrijke rol. Ook wordt impliciet benoemd dat het objectieve karakter van de diagnostiek te wensen overlaat. De hoop dat efficiënte diagnostiek bijdraagt aan een grotere tevredenheid bij de hulpvrager is een belangrijke drijfveer voor de auteurs. Maar hoe de communicatie tijdens het diagnostiekproces verloopt, krijgt minder aandacht. Ook wordt niet duidelijk hoe bepaald wordt welk onderzoek

relevant is, en hoe kind en systeem een korter onderzoekstraject ervaren en of zo'n korter traject aansluit bij de verwachtingen van kind en ouders.

Handelingsgerichte diagnostiek

Pameijer (2008) heeft een model ontworpen voor handelingsgerichte diagnostiek dat zich meer richt op het uitwerken van de hulpvraag van het cliëntsysteem. Dit model kent de volgende vijf uitgangspunten.

- De diagnostiek dient doelgericht te zijn: er wordt geen onderzoek gedaan tenzij noodzakelijk om een vraag te beantwoorden.
 - Diagnostiek vindt plaats vanuit een transactioneel kader: het gaat om de afstemming tussen de mogelijkheden en behoeften van het kind en de aanpak.
 - Gezin en school worden betrokken. Dus het kind wordt ook in zijn natuurlijke context bekeken.
 - De diagnosticus werkt samen en overlegt met het cliëntsysteem tijdens alle fases van het diagnostisch proces. De wensen, verwachtingen en behoeften van de cliënt zijn het uitgangspunt. De diagnosticus geeft heldere informatie over het doel van het gesprek en stelt samen met de cliënten een plan van aanpak en onderzoek op. De cliënt wordt uitgenodigd eigen ideeën, verklaringen en oplossingen voor de problemen te leveren.
 - In alle fases van de handelingsgerichte diagnostiek is er aandacht voor de positieve kenmerken en beschermende factoren bij kind, gezin en school.
- Het handelingsgerichte model bevat veel facetten die mij helpen bij mijn zoektocht naar diagnostiek die aan mijn professionele waarden voldoet. Maar de interactionele aspecten van het diagnostisch proces verdienen nog meer aandacht.

De interactionele aspecten van diagnostiek

Van Yperen en De Ruyter (2001) wijzen in het hoofdstuk 'Vraaggerichte diagnostiek en indicatiestelling in de Bureaus Jeugdzorg' op het gebrek aan aandacht dat er tot nog toe is voor de cliëntkant van het diagnostiekproces (dit in tegenstelling tot de professionele kant: wat hoort de diagnosticus te doen). Zij proberen 'vraaggericht' werken te definiëren. Daarin zien zij twee facetten, het expliciteren van de vraag van de cliënt en het zich laten aansturen door de visie van de cliënt. Dit kan op verschillende manieren. Aan de ene kant van het spectrum volgt de hulpverlener de cliënt helemaal ('u vraagt, wij draaien'), aan de andere kant van het spectrum sluiten de opstelling van de cliënt en de hulpverlener niet op elkaar aan, maar ontstaat er een constructieve interactie. Voor Van Yperen en De Ruyter is deze constructieve interactie de kern van vraaggericht werken.

Nieweg (2000) benadrukt het belang van het hanteren van de therapeutische relatie tijdens het diagnostisch proces. Hij stelt dat kinder- en jeugdpsychiatrie ontwikkelingspsychiatrie is en dat een kind niet los van zijn of haar context beschouwd kan worden. Het is daarom belangrijk een klacht niet alleen te zien als een symptoom, als iets vervelends dat zo spoedig mogelijk tot verdwijning moet worden gebracht, maar ook te onderzoeken op de betekenis, bijvoorbeeld als signaal van stagnering in de ontwikkeling of als uiting van problemen in het gezin. Hiermee houdt hij weliswaar een pathologiserend perspectief aan, maar benadrukt hij toch het belang van het plaatsen van symptomen binnen de context van ontwikkeling, interactie en betekenisgeving door het gezin.

Deze beschrijving van de interactionele aspecten van diagnostiek sluit al meer aan bij mijn wens om systeemtherapeutische principes toe te passen tijdens het diagnostisch proces. Samenvattend kunnen we nu stellen dat het klassieke kinderpsychiatrische diagnostiekmodel niet alleenzalignmakend is. Er bestaan opvattingen over en vormen van goede diagnostiek die beter aansluiten bij de voor mij belangrijke waarden: die van gelijkwaardigheid, oog voor ontwikkelingsmogelijkheden en het niet-pathologiseren. Kenmerken van goede diagnostiek volgens deze maatstaven zijn de volgende.

- Goede diagnostiek is kijken naar de ontwikkeling van het kind, naar de context waarin het functioneert en naar mogelijke betekenissen die aan het probleemgedrag gegeven kunnen worden.
- Goede diagnostiek omvat kijken naar sterke kanten en copingvaardigheden van ouders en kind.
- Goede diagnostiek betekent dat er oog is voor de relatie tussen hulpvrager en hulpverlener tijdens het diagnostisch proces.
- Aandacht geven aan de werkrelatie is nodig om echt vraaggericht te kunnen werken.
- Vraaggericht werken is nodig in verband met gelijkwaardigheid tussen hulpvrager en hulpverlener.
- Goede diagnostiek is doelgericht en handelingsgericht en doet niet aan het verzamelen van gegevens die niet bruikbaar zijn voor het oplossen van de problemen.

Deze punten kan ik gebruiken als leidraad, maar nu de uitwerking in de praktijk. Hoe kan ik een situatie van gelijkwaardigheid creëren, wat kan helpen om de aandacht te vestigen op de sterke kanten, wat kan helpen om op het juiste moment de eigen professionele kennis in te zetten, wat kan helpen om reële doelen te stellen? Hoe kan ik zorgen dat wat ik formuleer tijdens het proces

begrijpelijk is, zodat cliënten snappen wat ik bedoel? Hoe kan ik die kaders die door collega-diagnostici zo mooi geschetst worden zorgvuldig toepassen in de praktijk?

In mijn zoektocht naar het antwoord ging ik te rade bij de systeemtherapie. Ik vond helpende elementen in de narratieve stroming (Payne, 2006, Dickerson & Zimmerman, 1996) en in het begrip 'innerlijk gesprek' (Rober, 1998, 2004).

Deel 2. Systeemtherapie: narratieve stroming en 'het innerlijk gesprek'

Er bestaat in de menswetenschappen een spanning tussen twee onderliggende opvattingen: bestaat er (los van de onderzoeker een werkelijkheid) waarover een objectieve waarheid kan worden gezocht en gevonden, of niet? Er zijn heel wat systeemtherapeuten die principieel tegen diagnoses zijn. Een consequent narratieve therapeut bijvoorbeeld zal geen diagnoses stellen. Vanuit mijn positie en stellingname als kinderpsychiater ervaar ik dit niet zo; het gaat er mij om die elementen aan de systeemtherapie te ontleen die mij helpen om bij het doen van uitspraken over stoornissen dit op zodanige wijze te doen dat de ontwikkeling van het hulpvragende kind en systeem zo veel mogelijk bevorderd wordt.

Helpende elementen uit de narratieve systeemtherapie

Gaat de klassieke kinderpsychiatrie uit van een objectief bestaande wereld waarover deskundigen objectieve uitspraken kunnen doen, de narratieve systeemtherapie is gebaseerd op een postmoderne opvatting van de sociale en psychische wereld. Die opvatting gaat ervan uit dat er niet zoiets als een objectieve werkelijkheid bestaat en dat individuele symptomen in een context van betekenisgevingen ontstaan. Ook onderzoeksgesprekken ontstaan dus in een context, waarin aan personen rollen zijn toebedeeld die op hun beurt van invloed zijn op de visie op een probleem. De narratieve therapie problematiseert het (inter)subjectieve karakter niet, maar gebruikt het juist om te zoeken naar wat in die unieke situatie gewenste veranderingen zijn.

In de narratieve therapie is het gebruikelijk om op respectvolle wijze het probleem en perspectief van de hulpvrager als uitgangspunt te nemen en van daaruit nauwgezet het probleem van alle kanten in kaart te brengen en situaties te bespreken waarin dat probleem zich aandient, maar ook waarin het zich juist niet of minder voordoet. Dit sluit aan bij de verwachting van de ouders: zij komen om over het probleem te praten. Zij komen ook om de visie van de

deskundige te horen. Op dit punt ontstaat er een spanningsveld tussen de diagnosticus en de zuiver narratieve therapeut. Dit spanningsveld zal ik nog verder bespreken als ik het begrip innerlijk gesprek aan de orde laat komen.

Het narratieve werken sluit aan op de vraaggerichte opvatting van diagnostiek. Er wordt uitgebreid stilgestaan bij de visies van de betrokkenen op het probleem en iedereen wordt uitgenodigd te reageren op elkaars visie; de therapeut stimuleert actief de verbreding van de kijk op het gepresenteerde probleem. De narratieve therapie biedt technieken aan om 'dunne', 'probleemverzadigde' verhalen van mensen, waarin ze afhankelijk zijn en overspoeld worden door problemen, stapsgewijs te veranderen in 'dikke' verhalen waarin ook aandacht is voor andere facetten van de ontwikkeling en beleving, en voor sterke kanten en veranderingsmogelijkheden. Dit sluit weer aan bij de behoefte aan zorgvuldigheid en uniciteit in de diagnostiek.

Het uitgebreid bevragen van het probleem en de context waarin het probleem zich voordoet, wordt gebruikt om te zoeken naar oplossingen. Dit sluit aan bij handelingsgerichte en efficiënte diagnostiek. Daarvoor wordt er gekeken naar situaties waarin het probleem zich minder voordeed of anders voordeed of situaties waarin de betrokkenen (ouder, kind, gezin, school) er minder last van hadden (de unieke uitzonderingen). Dit biedt aandacht voor sterke kanten en veranderingsmogelijkheden en benadrukt de positie van de hulpvrager als actieve en gelijkwaardige partner.

Ook de narratieve techniek van externalisatie dient om het probleemverzadigde verhaal te verruimen. Het kind wordt uitgenodigd om met behulp van zijn omgeving een naam te geven aan het probleem. Hierbij wordt het probleem steeds verder losgeweekt van de persoon en daarmee toegankelijk gemaakt voor verandering. Hierdoor kan bijvoorbeeld de invloed van het probleem op het zelfbeeld van het kind ook verminderd worden. Ook kan het ouders helpen een onderscheid te maken tussen goede elementen in hun relatie tot hun kind en moeilijkheden ten aanzien van het probleem. Met behulp van narratieve technieken kunnen diagnostische uitspraken dan juist gebruikt worden om te zoeken naar ontwikkeling en verandering (Zwaan, 1999).

VIGNET I

Ouders komen met hun kind. De verwijfsbrief van de huisarts vermeldt als vraagstelling: kinderpsychiatrische diagnostiek. De ouders blijken echter ook hulp bij Bureau Jeugdzorg gehad te hebben en hebben al een heel pakket opgestuurd, dat door ons niet uitgebreid gelezen is. Als wij dit vertellen, reageren ze geschrokken. Wij leggen uit waarom wij de informatie niet lezen. Wij willen hun eigen kijk horen en onbevooroordeeld met hen

in gesprek gaan. Wij vragen hen hoe zij de informatie beoordelen. Ze vertellen dat ze zich ernstig zorgen maken over de termen die erin genoemd worden. Zij zeggen: er staat gebrekkige gewetensontwikkeling, wordt ons kind nu een crimineel? Maar we hebben hem toch goed opgevoed?

Het blijkt dat dit eigenlijk een nog grotere zorg is dan welke psychiatrische classificatie hun kind uiteindelijk krijgt. Daarom besluiten we om het eerste deel van het gesprek te gebruiken om met elkaar te praten over regels, geweten en grensoverschrijdend gedrag. Alle gezinsleden doen actief mee met dit gesprek, ze praten met elkaar over hoe ze omgaan met grenzen, schuldgevoel, wat ze onder geweten verstaan. Deze uitwisseling stelt de ouders gerust, zij krijgen het gevoel hun kind weer meer te begrijpen, voelen zich minder beklemd en kunnen met een geruster hart naar de toekomst kijken.

De informatie die wij geven en het gesprek dat erop volgt, maken dat de ouders zich beduidend minder hulpeloos gaan voelen. Dat geeft hun vervolgens ook de rust om gezamenlijk te kijken of er inderdaad sprake is van een kinderpsychiatrische stoornis.

Op dit punt van het gesprek is het probleem verschoven van het gewetenloze gedrag van hun mogelijk slechte kind, waartegenover de ouders hulpeloos staan, naar het lastige, onrustige gedrag van hun kind, dat we rustig met elkaar van alle kanten kunnen bekijken. We kunnen dat gedrag externaliseren en zoeken naar unieke uitzonderingen, en zo komen we uiteindelijk tot een gezamenlijke formulering: dit zijn ouders die altijd goed in staat zijn geweest om hun onrustige kind te sturen en te begeleiden, maar op de middelbare school mist het kind die duidelijke aansturing en voelt het zich teveel aan zijn lot overgelaten. Vervolgens kunnen we kijken welke plannen er gemaakt kunnen worden om die sturing meer te gaan creëren.

Bovenstaande casus beschrijft eigenlijk een schijnbaar alledaags kennismakingsgesprek, waarbij de vraag ‘Wat is de kinderpsychiatrische diagnose?’ als startpunt dient om een systeem te helpen omgaan met problemen en daarbij gebruik te maken van narratieve technieken. Kortom, van diagnose naar probleem naar omgang met het probleem.

In het volgende gedeelte kijk ik hoe het begrip ‘innerlijk gesprek’ van Peter Rober kan helpen om de hulpvraag op een therapeutisch adequate wijze te beantwoorden.

Het gebruik van ‘het innerlijk gesprek’ tijdens het diagnostische proces

Volgens Rober (1998, 2004) kan het postmoderne denken gebruikt worden om in een therapie op een goede manier, dat wil zeggen ethisch verantwoord te handelen. Omdat er niet één waarheid is, is het des te belangrijker om keuzen te baseren op waarden en niet op de waarheid, want die is er niet. Welke

waarden zijn dan bijvoorbeeld belangrijk voor een therapeut? Voor mij moeten verantwoordelijkheid, waardigheid, respect en gelijkheid mijn handelen leiden. Samenwerking en participatie zijn belangrijk.

Rober beschrijft dan hoe deze uitgangspunten de therapeut kunnen beïnvloeden. Het bovenstaande vergt van de therapeut een receptieve, luisterende houding, waarin actief gezocht moet worden naar het (mogelijk nog verborgen) verhaal (bijvoorbeeld beweegredenen, beleving, angsten, zorgen) achter het vertelde verhaal. Het gaat om het luisteren met alle zintuigen, want het verhaal is niet alleen dat wat verteld wordt (de symptomen, de reden van verwijzing) maar ook dat wat non-verbaal tijdens het gesprek in de interactie gebeurt.

Dit proces noemt Rober het innerlijk gesprek van de therapeut. Het voeren van een innerlijk gesprek betekent dat de therapeut in zichzelf, van binnen, actief ruimte maakt voor betekenissen die opgeroepen worden door het verhaal van de ander. Het is de taak van de therapeut om tijdens de therapie stil te staan bij deze betekenissen (cognitief, emotioneel en associatief, bijvoorbeeld beelden), hierover na te denken en datgene wat hij als therapeut helpend acht (op grond van de eerder beschreven waarden) te gebruiken in de therapie. De therapeut stelt zich open op voor de informatie die op hem afkomt, maar weet ook zijn eigen innerlijk gesprek naar waarde te schatten en te gebruiken.

Tot zover een korte weergave van Rober. Mijn idee is dat het innerlijk gesprek van de therapeut/diagnosticus van grote waarde kan zijn voor het doen van goede diagnostiek. Het kan in de klinische praktijk helpen om achterliggende bezorgdheid aan te voelen, te exploreren en te zoeken naar dat wat in eerste instantie moet gebeuren om tegemoet te komen aan de hulpvraag. Deze open opstelling kan behulpzaam zijn om de beleving van kind en ouders ten aanzien van problemen en een eventuele stoornis te bespreken.

Het innerlijk gesprek kan ook helpen om het eigen inzicht op waarde te schatten. De therapeut/diagnosticus stelt zich open voor – soms nog verborgen – inzichten in wat kan helpen bij de problemen, reflecteert hierop vanuit het eigen innerlijk gesprek, maar kan daarbij vrijelijk gebruikmaken van de eigen kennis en inzichten en die delen met het hulpvragende systeem. Voor mij betekent dit dat de diagnosticus de eigen beroepsverantwoordelijkheid houdt en de eigen kennis op waarde weet te schatten, dat wil zeggen de eigen deskundigheid toepast tijdens een gesprek.

Naar mijn idee sluit dit de ‘not-knowing’ positie van de postmoderne therapeut niet uit. Mijn ervaring is bijvoorbeeld dat medicatie kan helpen bij ADHD-beelden, maar daarmee doe ik geen uitspraak over de specifieke neurologische

processen bij dat specifieke kind (immers met neuro-imaging kun je geen ADHD zien!). Het uitgangspunt blijft wat helpend kan zijn in elke unieke situatie.

Daarmee is een diagnostisch gesprek voor mij niets anders dan een therapeutisch gesprek. Het innerlijk gesprek, in combinatie met narratieve technieken, kan helpen om als therapeut zo vraaggericht en doelgericht mogelijk te werken.

Deel 3. Toepassing in de praktijk: circulaire of interactieve diagnostiek

Ik zal nu een aantal algemene werkwijzen bespreken zoals we die in mijn huidige werksituatie toepassen bij kinderpsychiatrische diagnostiek. Met wij bedoel ik steeds een collega-systeemtherapeut en ikzelf als kinderpsychiater. We proberen gebruik te maken van de hierboven geschetste uitgangspunten. We werken vraaggericht, handelingsgericht en doelgericht. We maken gebruik van de aanwezige krachten en helpende narratieven bij het aangemelde kind, zijn gezin en de bredere context van school en familie. We gebruiken ons innerlijk gesprek om onze kennis te delen in ons contact met ouders en kind. Vanuit de interactie bekijken we steeds opnieuw wat we tot dusver begrijpen van kind en situatie en wat er vervolgens moet gebeuren. Wij maken daarom geen gebruik van een standaard onderzoeksprotocol. Daarmee is diagnostiek een doorgaand, dynamisch en circulair proces. Elke keer als er informatie uitgewisseld wordt, kan dit de visie veranderen op wat er aan de hand is.

In de uitnodigingsbrief zeggen we dat mensen zelf mogen bepalen wie er meekomt, maar dat onze voorkeur uitgaat naar het kennismaken met zoveel mogelijk gezinsleden en/of dierbaren omdat onze ervaring is dat die kunnen helpen in het oplossen van problemen. Hiermee willen we laten merken dat de inbreng van het systeem belangrijk is en dat we gelijkwaardigheid nastreven. Als ouders er voor kiezen eerst zonder hun kind te komen, dan vinden we dat goed en bespreken we als we hen zien wat hun overwegingen zijn.

Aan het begin van het kennismakingsgesprek (we vermijden liever de term intake omdat dat een aparte diagnostiekfase suggereert) vertellen de systeemtherapeut en ik dat wij open communiceren over onze overwegingen, dat wij niet vergaderen zonder ouders erbij, dat we stapsgewijs aan de slag gaan met problemen en dat we geen standaard onderzoeksprotocol hanteren, omdat iedere situatie weer anders is.

We proberen meteen al de sterke kanten die we zien te benadrukken. Bijvoorbeeld: als we zien dat een kind dat verwezen wordt in verband met druk gedrag tijdens het gesprek op zijn handen gaat zitten, dan vergroten we dat uit

door te vragen: hoe heb je ontdekt dat je daar rustiger van wordt? En wie heeft je daarbij geholpen? Wat voor trucjes heb je nog meer ontdekt?

Daarin is ook belangrijk om niet datgene te benadrukken wat schade zou kunnen veroorzaken, bijvoorbeeld een interactioneel bepaald gedragsprobleem van het kind uitvergroot en als gedragsstoornis classificeren. Niet alleen zou dat ouders ernstig ontmoedigen, maar het zou deze jongen of dit meisje met iets opzadelen dat heel snel een eigen leven gaat leiden.

In ons gesprek met kind en systeem vragen wij niet alleen naar hun eigen visie, maar wij voeren dat nog een stap verder door te vragen hoe zij denken dat er het beste een psychiatrisch onderzoek gedaan kan worden. Op wat voor manier denken de ouders of het kind dat ik aan relevante informatie kan komen? Is dat door middel van gezinsgesprekken? Is dat door middel van een individueel onderzoek, waarbij de ouders door de ruit meekijken en kunnen zien hoe hun kind zich opstelt? Of denken ze dat het beter is om het kind op school te zien of op huisbezoek te gaan? Deze interventie en de discussie die erop kan volgen, maken vaak dat ouders meer vertrouwen in hun eigen observaties krijgen en van daaruit helder kunnen formuleren wat ze niet begrijpen van hun kind en waar ze een deskundig oordeel over willen.

Gebruik van de spiegel

Vaak maken wij in het onderzoek gebruik van een onewayscreen; ouders kunnen meekijken tijdens het onderzoek van het kind en worden actief uitgenodigd daarop te reageren. Er zit altijd een hulpverlener die de ouders al kennen samen met hen achter de ruit.

Voor we overgaan op een onderzoek voor en achter de ruit, is er al met ouders overlegd waarop gelet moet worden. Er is al een goede werkrelatie met de ouders, anders ga ik het kind niet individueel beoordelen. In het onderzoek voor de ruit let ik op de sterke kanten van het kind. Als ik in het gedrag iets merk dat het kind gebruikt als coping ten aanzien van zijn problemen, dan vergroot ik dat uit. Ook onderzoek ik die zaken die aansluiten bij de zorgen van ouders.

VIGNET 2

Een ouderpaar maakt zich zorgen om de gedragsproblemen van hun kind en ze denken dat ze niet goed kunnen opvoeden. Ik heb de indruk dat er sprake is van grote afleidbaarheid en motorische onrust. Tijdens het onderzoek zoek ik situaties op waarin de ouders achter de ruit kunnen zien (en verwoord krijgen door de systeemtherapeut die bij hen zit) dat hun kind wel goed luistert, en zijn best doet, maar steeds afgeleid raakt. Dit kan de visie van ouders op hun kind (en henzelf als opvoeders) in korte tijd veranderen.

Samenwerking met school en andere instanties

In onze samenwerking met school en andere betrokken hulpverleners hebben we ook een aantal principes ontwikkeld. We vragen geen schriftelijke informatie aan gedurende het onderzoek, maar nodigen school of derden uit om samen met de ouders te komen spreken over het kind. Deze gesprekken gebruiken we om te kijken naar de betekenis van verschillen, om stil te staan bij de beleving van de leerkracht en om te bespreken wat er goed gaat, hoe kind en omgeving inzet tonen en hebben getoond in het overwinnen van moeilijkheden.

Deze informatieuitwisseling levert een dynamisch geheel op, waarin we met elkaar kijken wat de meest prangende vragen zijn en welke problemen als eerste aangepakt moeten worden. Wij expliciteren ieders unieke deskundigheid en kijken wat ieder voor zich nodig heeft om het kind verder te kunnen helpen. Daarmee zijn uitspraken en diagnostiek niet statisch, maar worden ze bekeken op hun praktische relevantie. Het eventuele nut van uitspraken over individuele pathologie wordt voortdurend op die praktische relevantie beoordeeld.

Als er uiteindelijk over het kind een brief geschreven wordt, hebben ouders van te voren duidelijk van ons vernomen wat het verschil is tussen een classificatie en een diagnose. Indien ouders en kind dat willen, kunnen ze een conceptbrief lezen en commentaar leveren. In de diagnostische omschrijving staan we stil bij copingstrategieën, interactionele en contextuele aspecten en benadrukken we de mogelijkheden die er zijn om met de moeilijkheden om te gaan.

Conclusie en vooruitblik

Er is veel geschreven en nagedacht over het doen van diagnostiek en welke moeilijkheden zich daarbij aandienen. Bij verschillende auteurs vond ik aspecten die een bijdrage leverden aan mijn idee over hoe diagnostiek kan verlopen die voldoet aan mijn waarden, maar ook aansluit bij gangbare opvattingen over goede diagnostiek.

De hier beschreven vraaggerichte, interactieve vorm van diagnostiek heeft als doel dat diagnostici er gedurende de onderzoeksgesprekken steeds alert op zijn om kennis toe te voegen en verduidelijking te vragen van informatie die op dat moment zowel verbaal als non-verbaal voorhanden is. Het systeem wordt expliciet op de hoogte gesteld van de te volgen tactiek en visie van de hulpverleners, en actief uitgenodigd om commentaar te leveren en verduidelijking te vragen.

De bedoeling van deze werkwijze is dat de kinderpsychiater of andere hulpverlener in een kinderpsychiatrische setting steeds bezig is om enerzijds in het gesprek de krachten en aanwezige mogelijkheden en kennis van het systeem, inclusief van het kind, aan te boren en te gebruiken, en anderzijds daar professionele kennis en ideeën aan toe te voegen die aansluiten bij de veranderings- en ontwikkelingsmogelijkheden van dat unieke systeem. Dit betekent in concreto dat elk gesprek waarin een diagnostische, categoriserende uitspraak wordt gedaan, toch geheel uniek is qua inhoud. De manier waarop kennis en inzicht gedeeld worden, is toegespitst op de behoeften van dat unieke systeem.

Ik ben verheugd dat ik aan deze zoektocht ben begonnen. Die heeft behalve antwoorden ook nieuwe vragen opgeleverd. Ik wil verder gaan nadenken over de subjectieve aspecten van 'het klinisch oordeel'. Hoewel deze subjectieve aspecten vaak als intuïtief of onbetrouwbaar worden afgedaan, benoemt De Bruyn (2001) – zoals hierboven beschreven – juist dat het succes van het diagnostisch proces afhangt van de relationele vaardigheden van de therapeut. Om welke vaardigheden gaat het dan, en zijn die te benoemen door de hulpvragers?

Daarop aansluitend is het in mijn verdere zoektocht dan ook een uitdaging te achterhalen welke aspecten van het beschreven diagnostische proces hulpvragers helpen en welke aspecten tot verwarring leiden, bijvoorbeeld met behulp van cliëntenfeedback (Hubble, Duncan & Miller, 1999) of met behulp van tevredenheidsonderzoek (bijvoorbeeld de GGZ-thermometer).

Literatuur

- Bruyn, E.E.J. de (2001). Van hulpvraag tot advies: de fundamentele problemen van de diagnosticus. In: H. Pelzer en P. Steerneman (red.), *Diagnose van de diagnostiek*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Dickerson, V.C. & Zimmerman, J.L. (1996). Een constructionistische oefening om pathologiseren te voorkomen. *Gezinstherapie wereldwijd*, 7.3, 309-324.
- Dickerson, V.C. & Zimmerman, J.L. (1996). Een constructionistische oefening om pathologiseren te voorkomen. *Gezinstherapie wereldwijd*, 7.3, 309-324.
- Dijkshoorn, interview met Peter (2003). Ballast geschrap, geen wachtlijst meer in jeugd-ggz Stadskanaal. *Psy*, 7.14, 11-13.
- Dijkshoorn, P. (2004). Reactie op Schaapman. *Kind en Adolescent Praktijk*, 3.3, 40-42.
- Gaag, R.J. van der (2000). DSM... De Snelklaar Methode!? *Kind en Adolescent*, 21.1, 72-76.
- Gaag, interview met Rutger Jan van der (2003). Mijn collega's moeten uit de gezapigheid van de derde lijn komen. *Psy*, 7.12, 11-14.
- Gaag, R.J. van der (2004). Kinder- en jeugdpsychiatrische diagnostiek en classificatie: Samen verdiepen... of koppie onder? *Kind en Adolescent*, 25.3, 184-195.
- Haan, E. de (2003a). Debat: Uitvoerige diagnostiek draagt niet bij aan een betere behandeling. Over diagnostiek in de Jeugd-GGZ en kinderpsychiatrie. *Kind en Adolescent*, 24, 134-140.

- Haan, E. de (2003b). Debat: In de beperking toont zich de meester. Een reactie op Ruijsenaars. *Kind en Adolescent*, 24, 149-152.
- Hubble, M.A., Duncan, B.L. & Miller, S.C. (1999). *The heart and soul of change: what works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Maurer, J. & Westermann, G. (2003). Het ID-Model in de praktijk: In dialoog over problematiek en aanpak. *Kind en Adolescent Praktijk*, 2.4, 14-20.
- Maurer, J. & Westermann, G. (2007). *Beter communiceren in de hulpverlening: het Dialoogmodel als leidraad*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum,
- Nieweg, E. (2000). Over de verwarring van individuele diagnose en classificatie in de (kinder) psychiatrie. *Tijdschrift voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie*, 27.2, 9-29.
- Nieweg, E.H. (2005). Wat wij van Jip en Janneke kunnen leren: over reïficatie (verdinglijking) in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47.10, 687-696.
- Oudshoorn, D.N. (1985). *Kinder- en adolescentenpsychiatrie: een praktisch leerboek*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Pameijer, N. (2008). Zonder diagnostiek geen behandeling? *Kind en Adolescent Praktijk*, 7.1, 27-36.
- Payne, M. (2006). *Narrative therapy: an introduction for counsellors (2nd edition)*. London/New Delhi: Sage/Thousand Oaks.
- Rober, P. (1998). Een veilige therapeutische cultuur voor kinderen in gezinstherapie. *Systeemtherapie*, 10.3, 135-156.
- Rober, P. (2004). *Samen in therapie: gezinstherapie als dialoog*. Leuven: Acco.
- Ruijsenaars, W. (2003). Debat: behandeling zonder volledige diagnostiek is onverantwoord. Een reactie op De Haan. *Kind en Adolescent*, 24, 141-148.
- Schaaphok, R. (2004). Reactie op 'Weg met de wachtlijsten, zoeken naar kwaliteit. Efficiënt werken voor een beter resultaat' van Peter Dijkshoorn in KAP 1, 2004. *Kind en Adolescent Praktijk*, 3.3, 40-42.
- Stoffer, R. (2005a). Het drama van de vuile handen. Over het nut van grondige diagnostiek. *Kind en Adolescent Praktijk*, 4.3, 129-131.
- Stoffer, R. (2005b). Het drama van de lege handen. Over het nut van de teamvergadering. *Kind en Adolescent Praktijk*, 4.2, 71-73.
- Verhulst, F.C. & Verheij, F. (red.) (2006). *Kinder- en jeugdpsychiatrie: onderzoek en diagnostiek*. Assen: Van Gorcum.
- Westermann, G.M.A. & Maurer, J.M.G. (2003). Het Integratie Differentiatie-Model (ID-model): een brug tussen hulpvrager en hulpverlener. *Kind en Adolescent*, 24.2, 97-106.
- Yperen, T.A. van & de Ruyter, D. (2001). Vraaggerichte diagnostiek en indicatiestelling in de Bureaus Jeugdzorg. In: H. Pelzer en P. Steerneman (red.), *Diagnose van de diagnostiek*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Zwaan, T. (1999). Is er leven na de diagnose? *Systeemtherapie*, 11.4, 239-248.



MoleMann Mental Health Clinics is een jonge en een snel groeiende organisatie met vestigingen in de Randstad, Midden Nederland en Friesland. Wij behandelen volwassenen en kinderen met psychiatrische problematiek. MoleMann is een kleinschalige instelling, goed bereikbaar voor verwijzers en patiënten. De dierbaren van de patiënt worden nadrukkelijk bij de behandeling betrokken. We willen zo werken dat de patiënt en/of zijn naasten zich gehoord en geholpen voelen en gemotiveerd raken om zelf actief te werken aan verbetering. Voor onze vestiging in Almere Stad zoeken we ten behoeve van onze Methodiek Nieuwe Autoriteit volgens Haïm Omer een

GZ-PSYCHOLOOG/SYSTEEMTHERAPEUT (i.o.)

24-32 uur

Onze werkwijze:

Vanuit een kleinschalige setting goed bereikbaar voor onze patiënten en verwijzers. Degelijke, vraaggerichte diagnostiek en snel starten met de behandeling. Behandelen vanuit betrokkenheid en contact binnen een actiegericht klimaat waar de patiënt zich gehoord en geholpen voelt. Wij vinden het belangrijk de sociale omgeving van de patiënt te betrekken bij het herstel.

Wij verwachten:

- brede interesse in psychische stoornissen en/of systeemproblemen
- doortastendheid en een open, creatieve geest
- zowel zelfstandig als in teamverband kunnen werken
- ondernemerszin

Wij bieden:

- een inspirerende functie in een dynamische organisatie
- een marktconform salaris
- een reiskostenvergoeding
- een jaarlijkse bijdrage voor studiekosten
- (systeem)supervise en opleidingsfaciliteiten
- ruimte voor ontwikkeling van nieuw aanbod

Verdere informatie kan worden ingewonnen bij Mary den Oudsten (kinder- en jeugdpsychiater/systeemtherapeut): 06-46201965 of Lenny Rodenburg (klinisch psycholoog/systeemtherapeut): 06-21101270.

Je sollicitatie (met curriculum vitae) kun je mailen naar sollicitatie@molemann.nl.