

HET SPECIFIEKE
VAN DE
KINDER & JEUGD
PSYCHOTHERAPIE



HET SPECIFIEKE VAN DE KINDER- EN JEUGDPSYCHOTHERAPIE

Kinder- en jeugdpsychotherapie, een vak apart

Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie

Vestigingsadres: Churchillaan 11 (13e etage), Utrecht

**Postadres: Postbus 3113
3502 GC Utrecht**

Telefoon: 030 - 296 53 48

Fax: 030 - 296 65 49

E-mail: VKJP@HETNET.NL

2e (herziene) druk, januari 1998

Samengesteld door:

Mw. drs. E.F. Boerlijst-Bosch, psycholoog-psychotherapeut
Dhr. dr. P.J.M. Prins, kinder- en jeugdpsycholoog -psychotherapeut

Dhr. drs. F.T.J.M. Schellart, psychiater-psychoanalyticus

Mw. drs. L.J.J.M. Geertjens, klinisch psycholoog-psychotherapeut (voorzitter)

(met redactionele medewerking van A. Bergsma, wetenschapsjournalist)

De eerste druk werd geschreven door een commissie bestaande uit:

Dhr. drs. A.C. Driessen, psycholoog (voorzitter, eindredacteur),

Mw. drs. M.W. Kalisvaart, psycholoog,

Dhr. drs. E. Meerum Terwogt, psycholoog

Mw. drs. M.B. Nelck, psychiater

Mw. drs. M.E.J. Ploegmakers-Burg, psycholoog

Mw. drs. J. D. Ritsema van Eck-Pastor, pedagoog (secretaris).

INHOUDSOPGAVE

Inleiding	1
<i>Hoofdstuk 1</i>	3
Kinder- en jeugdpsychotherapie	
1.1 Wat is psychotherapie?	
1.2 Wat is kinder- en jeugdpsychotherapie?	
<i>Hoofdstuk 2</i>	8
De Doelgroep	
2.1 Kenmerken van de doelgroep	
2.2 De leeftijdsafbakening	
2.3 Het ouder-kind systeem	
<i>Hoofdstuk 3</i>	12
Problematiek, diagnostiek en indicatiestelling	
3.1 Problematiek	
3.2 Diagnostiek	
3.3 Indicatiestelling	
<i>Hoofdstuk 4</i>	19
Het specifieke van de kinder- en jeugdpsychotherapeut	
4.1 Kennis	
4.2 Vaardigheden	
4.3 Praktijkervaring	
4.4 Leertherapie	
<i>Hoofdstuk 5</i>	25
Samenvatting en conclusies	
5.1 Samenvatting	
5.2 Conclusies en aanbevelingen	

INLEIDING

In 1983 verscheen een nota waarin uiteengezet werd wat de psychotherapie met kinderen en jeugdigen specifiek maakt. Deze nota geeft de essentie op heldere wijze weer en vormt de basis van dit schrijven. De tekst diende echter aangepast te worden aan de ontwikkelingen die de kinder- en jeugdpsychotherapie sindsdien heeft doorgemaakt. Deze herziening is net als de oorspronkelijke nota gebaseerd op de wetenschappelijke theorievorming en het onderzoek die de basis vormen van het vak van kinder- en jeugdpsychotherapeut.

In hoofdstuk 1 wordt beschreven wat de kinder- en jeugdpsychotherapie kenmerkt. Welke doelen stelt zij zich en hoe kunnen deze doelen bereikt worden?

Hoofdstuk 2 beschrijft de specifieke kenmerken van de doelgroep en waar de leeftijdsgrenzen worden getrokken.

Hoofdstuk 3 geeft in grote lijnen weer hoe de persoonlijkheidsontwikkeling verloopt, welke problemen zich daarbij kunnen voordoen en wat dit betekent voor de diagnostiek en de indicatiestelling voor psychotherapie.

Hoofdstuk 4 omschrijft de specifieke eisen die aan de kinder- en jeugdpsychotherapeut gesteld moeten worden.

Tot slot volgen een samenvatting en conclusies.

... the ... of ...

... the ... of ...

... the ... of ...

... the ... of ...

... the ... of ...

... the ... of ...

HOOFDSTUK 1

KINDER- EN JEUGDPSYCHOTHERAPIE

1.1 WAT IS PSYCHOTHERAPIE?

De psychotherapie kan met behulp van de volgende drie elementen gedefinieerd worden. Het gaat om het toepassen van specifieke, beproefde technieken en procedures in de context van een behandelrelatie. Deze relatie wordt op een methodische wijze gevestigd en gehanteerd. Tot slot is het doel het verminderen of opheffen van psychische problemen en stoornissen.

Deze omschrijving omvat een groot aantal verschillende vormen van psychotherapie. De specificiteit daarvan is volgens de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie afhankelijk van het referentiekader van waaruit psychotherapie wordt bedreven. Hierbij kunnen de volgende aspecten worden onderscheiden:

- A. *Antropologische aspecten*; op welke mensvisie is het therapeutisch referentiekader gebaseerd?
- B. *Psychologische aspecten*; dit zijn de feiten en theorieën over het psychische functioneren.
- C. *Psychopathologische aspecten*; dit zijn de feiten en theorieën over het psychisch disfunctioneren.
- D. *Methodische aspecten*; dit verwijst naar de methoden, strategieën, technieken, attitudes, vaardigheden en de theorie van de techniek.

Deze aspecten omvatten een aantal kernbegrippen waarmee aangegeven kan worden wat de kinder- en jeugdpsychotherapie specifiek maakt.

1.2 WAT IS KINDER- EN JEUGDPSYCHOTHERAPIE?

Het belangrijkste kenmerk van de kinder- en jeugdpsychotherapie is dat gewerkt wordt met kinderen en jeugdigen die zich aan het ontwikkelen zijn en die afhankelijk zijn van bepaalde volwassenen.

In de psychotherapie moet met beide aspecten rekening gehouden worden. De cliënt wordt benaderd vanuit een ontwikkelingspsychologisch en ontwikkelingspsychopathologisch perspectief. De afhankelijkheid brengt met zich mee dat altijd rekening gehouden moet worden met de pedagogische en systeemtheoretische aspecten. Dit heeft vergaande implicaties voor het doel van de therapie en de middelen om dit doel te bereiken.

1.2.1 Het doel van de therapie

Het doel van de kinder- en jeugdpsychotherapie kan worden omschreven als het opheffen of verminderen van stoornissen of stagnaties in de ontwikkeling en het herstellen van ontwikkelingsmogelijkheden. Zowel het kind als diens omgeving en de wisselwerking tussen beiden worden systematisch beïnvloed.

Het doel van de therapie - wat men concreet wil bereiken aan veranderingen in gedrag en beleving - wordt niet uitsluitend bepaald door de jeugdige cliënt in samenspraak met de therapeut, maar ook en soms uitsluitend door de ouders in overleg met de therapeut. Dit laatste is natuurlijk afhankelijk van de leeftijd van de cliënt.

1.2.2 De middelen om het therapiedoel te bereiken

Het psychotherapeutische proces krijgt gestalte in de relatie van een volwassen psychotherapeut met een jeugdige cliënt en zijn omgeving. Deze specifieke behandelrelatie is wezenlijk anders dan met een volwassen cliënt. Daarnaast heeft de therapeut een begeleidingsrelatie met de ouders, of anders wordt nauw samengewerkt met een ouderbegeleider.

De basis wordt gevormd door de overeenstemming tussen de jeugdige cliënt, ouders en psychotherapeut(en) over het behandelplan. Dit brengt een gecompliceerd systeem van afspraken tussen de drie 'partijen' met zich mee. Als de cliënt een jong kind is, hebben de ouders een doorslaggeven-de stem, maar met het ouder worden gaat de stem van de cliënt steeds zwaarder wegen en in de adolescentie zal zij vaak de doorslag geven.

Het is denkbaar dat adolescenten op eigen initiatief het contact met de psychotherapeut leggen. Jongere kinderen zijn voor hun motivatie meer afhankelijk van de volwassenen in hun omgeving.

Voor de psychotherapie heeft dit als consequentie dat de therapeut het kind/de jeugdige op een specifieke manier op de eigen motivatie zal moeten aanspreken.

De kinder- en jeugdpsychotherapeut dient de therapeutische relatie met de jeugdige cliënt op methodische wijze tot stand brengen, te hanteren en te beëindigen. Hetzelfde geldt voor de begeleidingsrelatie met de ouders. Er wordt hierbij gebruik gemaakt van een systeem van interventies dat geworteld is in een ontwikkelingspsychologisch en pedagogisch referentiekader waaraan de therapeutische methodiek mede haar specificiteit ontleent. Wat dit betekent voor de kinder- en jeugdpsychotherapie, zullen we nagaan aan de hand van de in paragraaf 1.1 genoemde aspecten.

Antropologische aspecten

Van belang is niet alleen de mensvisie waar de psychotherapeut mee werkt, maar ook die van de cliënt/het cliëntstelsel. Een mensvisie impliceert een normen- en waardensysteem. Via de opvoeding worden deze waarden en normen aan kinderen doorgegeven. Een therapeut moet zowel kunnen omgaan met zijn eigen normen- en waardensysteem als met dat van zijn cliënt. In de kinder- en jeugdpsychotherapie betekent dit dat de therapeut tevens rekening houdt met het normen- en waardensysteem van de ouders, want hierin ligt dat van zijn cliënt ingebed, zij het in afnemende mate naarmate het kind zich ontwikkelt tot volwassene.

Het is in de kinder- en jeugdpsychotherapie van wezenlijk belang dat de therapeut op een zodanig bewuste manier omgaat met het normen- en waardensysteem van zijn cliënt, dat een gezonde ontwikkeling wordt gestimuleerd zonder dat de cliënt in strijd gebracht wordt met het normen- en waardensysteem van zijn leefomgeving, omdat dit therapeutisch gezien negatief zou werken (loyaliteitsconflict, afhaken omdat cliënt niet opgewassen is tegen tegenstrijdigheid, en dergelijke).

Psychologische aspecten

De therapeut werkt vanuit de feiten en theorieën over het psychisch functioneren van het zich ontwikkelende kind of de jeugdige in relatie tot zijn opvoeders en zijn omgeving.

Psychopathologische aspecten

De therapeut is op de hoogte van de feiten en theorieën over het psychisch disfunctioneren van het zich ontwikkelende individu in relatie tot zijn omgeving. Psychopathologie bij kinderen en jeugdigen dient altijd beschouwd te worden in de context en het perspectief van de normale ontwikkeling. Kennis van de ontwikkelingspsychopathologie is van wezenlijk belang.

De manier waarop de psychopathologie bij kinderen en jeugdigen zich manifesteert kan bovendien beïnvloed worden door, en verweven zijn met het psychisch (dis)functioneren van de ouders. Voorts is het mogelijk dat de stoornis op unieke wijze gebonden is aan een bepaalde ontwikkelingsfase.

Methodische aspecten

Dit betreft de strategieën, technieken en attitudes waarmee kinderen en jeugdpsychotherapie wordt beoefend, alsmede de vaardigheden om deze therapeutisch verantwoord in praktijk te brengen. Het methodische aspect zal altijd afgestemd moeten worden op de doelgroep. Er dient rekening gehouden te worden met de ontwikkelingsfase en de mate van afhankelijkheid.

Dit alles heeft de volgende belangrijke consequenties:

In de eerste plaats moet de therapeut een relatie kunnen onderhouden met de ouders van het kind of de adolescent. Dit kan de vorm aannemen van ouderbegeleiding (advisering, begeleiding of behandeling), mediatetherapie, of gezinstherapie. Het is daarbij mogelijk dat de taken verdeeld worden tussen verschillende leden van het behandelteam.

In de tweede plaats moet de therapeut als volwassene in staat zijn de relatie met een kind of adolescent therapeutisch te hanteren. Daartoe moet de therapeut kennis hebben van de communicatiemogelijkheden waarover het kind of de adolescent beschikt. Ook moet hij speciale communicatievormen kunnen hanteren, zoals verschillende spelvormen, expressievormen en actiegerichte technieken (zie hoofdstuk 4).

Belangrijk is ook dat de therapeut inziet welke gevolgen de therapeutische relatie kan hebben op de relatie van het kind/de jeugdige met diens ouders, (loyaliteitsconflicten, schuldgevoel, vervreemding).

Hij moet deze problematiek ook kunnen hanteren. Therapeutische strategieën, technieken en attitudes worden bepaald door het ontwikkelingsniveau van het kind/de jeugdige, door het gekozen therapiedoel en door het theoretisch referentiekader van waaruit de psychische ontwikkeling en het therapeutisch proces gezien worden.

HOOFDSTUK 2

DE DOELGROEP

2.1 KENMERKEN VAN DE DOELGROEP

De kinder- en jeugdpsychotherapie werkt met cliënten uit een specifieke levensfase, met ontwikkeling als een belangrijk en gemeenschappelijk kenmerk. Kinderen en jeugdigen maken een ontwikkelingsproces door dat uiteindelijk zal leiden tot volwassenheid. Volwassenen ontwikkelen zich natuurlijk ook, maar het proces dat zich bij kinderen voltrekt is ingrijpender en intenser. Daarnaast voltrekt het zich op meer gebieden en met veel grotere snelheid.

Een ander belangrijk kenmerk van de kindertijd is afhankelijkheid. Ontwikkeling is niet denkbaar zonder de actieve invloed van volwassenen, zonder het proces dat wij in onze cultuur als 'opvoeding' aanduiden. Constructieve veranderingsprocessen komen bij kinderen zonder opvoeders niet tot stand. Kinderen hebben volwassenen nodig om zich te kunnen handhaven en ontwikkelen. Ook in juridische zin zijn volwassenen verantwoordelijk voor het kind. Naar gelang de situatie waarin het kind verkeert, zal het afhankelijk kunnen zijn van ouder(s), voogd, gezinsvoogd dan wel beroepsopvoeders.

De begrippen ontwikkeling en afhankelijkheid hebben bij kinderen en jeugdigen een andere inhoud en betekenis dan in andere levensfasen, omdat de lichamelijke, cognitieve, affectieve en sociale capaciteiten bij hen nog niet zijn volgroeid. De aard van de afhankelijkheid zal veranderen naarmate de ontwikkeling vordert. De combinatie van de afhankelijkheid met de lichamelijke en psychische onvolwassenheid is van cruciaal belang voor wat normaal is en wat tot het terrein van de psychopathologie behoort.

Het voorgaande roept vragen op naar meer concrete begrenzungen van de doelgroep van de kinder- en jeugdpsychotherapie. Deze vragen kunnen toegespitst worden op de leeftijdsafbakening (2.1) en op het ouder-kindsysteem (2.2).

2.2 DE LEEFTIJDsafBAKENING

Op welke leeftijd is kinderpsychotherapie mogelijk, wanneer is sprake van psychotherapie met jeugdigen en waar ligt de grens met psychotherapie met volwassenen?

De kinderpsychotherapie heeft zowel betrekking op de behandeling van kinderen (ook de zeer jonge) vanaf de leeftijd dat er een therapeutische relatie met het kind mogelijk is als op de vormen van behandeling waarbij deze kinderen indirect betrokken zijn, zoals mediatetherapie en bepaalde vormen van gezinstherapie.

Voor het trekken van een grens waarop de kindertherapie overgaat in therapie met jeugdigen lijkt ons vanuit ontwikkelingspsychologisch perspectief gezien de vroege adolescentie¹, 12-14 jaar, het meest geïndiceerd. Hier begint de volwassenwording zich te manifesteren, niet alleen in lichamelijke rijping maar ook in de geleidelijke losmaking van de ouders. Dit gaat bovendien gepaard met sociaal-maatschappelijke veranderingen.

Het vaststellen van een bovengrens voor jeugdpsychotherapie is moeilijker. De overgang naar volwassenheid wordt in onze maatschappij op verschillende manieren gemarkeerd.

Zo is 16 jaar de leeftijd waarop een jongere zelfstandig een behandelingsovereenkomst kan aangaan krachtens de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. De juridische meerderjarigheidsgrens is 18 jaar. Beide leeftijden bieden echter weinig houvast, omdat de psychische volwassenheid dan nog niet is bereikt. Bij volwassenheid denken we aan een dusdanige cognitieve, affectieve en sociale redzaamheid, dat men, al of niet samen met anderen, zelf keuzen kan maken en beslissingen kan nemen, en de verantwoordelijkheid daarvoor kan dragen. Daarnaast zal men in staat zijn tot het leggen van bevredigende intieme relaties buiten het ouderlijke gezin. Deze omschrijving van de volwassenheid bevat ideale elementen en is daarmee niet meer dan een oriëntatiepunt om de doelgroep jeugdigen van de volwassenen te kunnen afbakenen.

¹ Met de term adolescentie wordt het psychische aspect van de ontwikkeling aangeduid, terwijl met de term puberteit het lichamelijke aspect bedoeld wordt.

De criteria bij het vaststellen van een bovengrens voor therapie met jeugdigen en het beantwoorden van de vraag tot op welke leeftijd iemand nog adolescent genoemd mag worden, zullen zijn of de persoonsvorming al dan niet geheel is afgerond en in welke mate een plaats in de maatschappij is gevonden. Het lijkt daarom zinvol een leeftijdsgrens van 22 jaar te hanteren. Dit is ook gangbaar in de literatuur.

Wij zijn van mening dat oudere cliënten die nog met adolescentieproblematiek worstelen, niet bij voorkeur door een jeugdpsychotherapeut behandeld hoeven te worden. De cliënt is immers al volwassen.

2.3 HET OUDER-KIND SYSTEEM

Kinderen en jeugdigen zijn fysiek, psychisch, economisch en juridisch in meer of mindere mate afhankelijk van hun opvoeders. In de loop van de kindertijd/adolescentie groeit het kind van een volkomen afhankelijk wezen uit tot een individu dat geacht wordt zelfstandig in de maatschappij te functioneren. De ontwikkelingsfase waar het kind/de jeugdige zich in bevindt, bepaalt hoe groot die afhankelijkheid is. De ontwikkeling van kinderen is niet los te denken van de interactie met de ouders.

Een kind met een ernstige ontwikkelingsstoornis zal ouders al vroeg voor veel opvoedkundige problemen plaatsen. Als een kind later in het ontwikkelingsproces vastloopt, kan de interactie tussen kind en ouders hierop van invloed zijn geweest. De onlosmakelijke verwevenheid van ouders en kinderen maakt het noodzakelijk te peilen op welke wijze de ouders moeten worden ingeschakeld bij het oplossen van de problemen.

Wanneer de klachten en problemen van aangemelde kinderen/jeugdigen opgevat worden als een uitdrukking van disfunctionele gezinsrelaties, zal de therapie zich richten op het gehele gezin in een gezinstherapie. Wanneer de therapeutische aandacht vooral uitgaat naar de ouders, zal ouderbegeleiding of mediatietherapie geadviseerd worden.

Ouders zijn in psychologisch en pedagogisch opzicht verantwoordelijk voor hun kinderen. Deze verantwoordelijkheid legt hen in juridische zin verplichtingen op en geeft hen rechten. Deze verplichtingen en rechten hebben consequenties voor de kinder- en jeugdpsychotherapie. Zo moet de therapeut toestemming van de ouders hebben om een kind of jeugdige in therapie te nemen. Tot de leeftijd van 16 jaar is

dit een wettelijke vereiste, tenzij er gegronde redenen zijn om hiervan af te wijken. Zowel in de wet als in de Beroepscode is nader uitgewerkt in hoeverre de therapeut verantwoording verschuldigd is aan de ouders (bijvoorbeeld door recht van inzage in het dossier).

Op grond van dit soort formele overwegingen kan men concluderen dat de kinder- en jeugdpsychotherapeut altijd te maken heeft met een cliëntsysteem dat zich uitstrekt tot het kind/de jeugdige en zijn ouders. Dit geldt ook wanneer zich problemen voordoen in andere leefsysteem -zoals bijvoorbeeld pleeggezinnen, internaten en klinieken- waarin volwassenen verantwoordelijkheid dragen voor het kind/de jeugdige.

De ontwikkelingsfase en de afhankelijkheid van de ouders hebben ook invloed op de motivatie van het kind/de jongere voor psychotherapie. Bij jonge kinderen zullen het de volwassenen in hun omgeving zijn die psychotherapie nodig vinden. Voor de psychotherapie heeft dit als consequentie dat de therapeut zich moet afstemmen op het kind om de eigen motivatie aan te spreken. Ook bij adolescenten kunnen volwassenen een aanzet geven tot het zoeken van professionele hulp. Soms zal de adolescent zelf het initiatief nemen tot een therapeutisch contact. De wisselende motivatie behoeft in deze leeftijdsfase speciale aandacht.

Met het oog op het bovenstaande stellen wij dat ouders behoren tot de doelgroep van de kinderpsychotherapie en in meer of mindere mate van de jeugdpsychotherapie.

Contact met de ouders door de psychotherapeut zelf of door een zeer nauw met hem samenwerkende collega kan verschillende functies hebben en in verschillende vormen gestalte krijgen.²

² Zie ook de 'Nota Ouderbegeleiding 1994' uitgave VKJP 1995.

HOOFDSTUK 3

PROBLEMATIEK, DIAGNOSTIEK EN INDICATIESTELLING

3.1 PROBLEMATIEK

De normale ontwikkeling van kinderen en jeugdigen verloopt van algehele materiële en emotionele afhankelijkheid naar zelfstandig functioneren. Zij kan volgens meerdere ontwikkelingslijnen verlopen, die alle binnen de normaliteit vallen. De ontwikkeling verloopt in fasen, waarin zich bij de leeftijd passende processen voordoen op het gebied van de driftmatige, affectieve, cognitieve, sociale en morele ontwikkeling.

De omschrijving van de ontwikkeling in fasen is niet eenvoudig door de individuele verschillen in de manier waarop een kind bepaalde ontwikkelingsfasen doorloopt en doordat de verschillende theoretische referentiekaders de fasen anders beschrijven en waarderen. Desondanks bestaat tussen deze referentiekaders een redelijke overeenstemming over de ontwikkelingspsychologische normen van leeftijdsadequaat gedrag.

Tijdens de ontwikkeling van kind tot volwassene kunnen stoornissen ontstaan door oorzaken van zeer verschillende aard. Emotionele, psychologische, somatische, pedagogische en sociale factoren kunnen het verloop van de normale ontwikkeling ongunstig beïnvloeden en verstoren. De problemen die hierdoor ontstaan zullen vaak opgelost kunnen worden door de ouders/opvoeders zelf, of met de hulp van mensen uit de directe omgeving, zoals familie, vrienden, leerkrachten, artsen en leeftijdgenoten. Of dit mogelijk is zal ten dele afhangen van het potentieel en de reserves die het kind en zijn omgeving bezitten om de interfererende invloeden op te vangen.

Het is eveneens mogelijk dat de (biologische) aanleg de ontwikkelingsmogelijkheden vanaf het eerste begin beperkt. Dit geldt bijvoorbeeld voor lichte en ernstige vormen van verstandelijke en lichamelijke handicaps, hersenbeschadigingen en autisme. Deze aandoeningen kunnen de verdere ontwikkeling vertragen of laten ontsporen.

De overgangen van de ene fase naar de volgende zijn vaak kritieke perioden. Er kunnen zich op die momenten moeilijkheden voordoen die aangeduid worden als fase-problematiek - zoals heftige koppigheid of obstipatieklachten - gedurende de zindelijkheidsstraining, of het dagenlang uit het lood geslagen zijn van een adolescent die een blauwtje heeft gelopen. Veel van deze fase-specifieke problemen kunnen optreden in wisselwerking met somatische factoren, gezinsfactoren en andere factoren. Wanneer fase-problemen ernstig zijn en niet of niet tijdig opgelost worden, kunnen ze leiden tot zwaarwegende opvoedingsproblemen of een belemmering vormen voor de verdere ontwikkeling. Professionele hulp zal dan meestal aangewezen zijn om dit op te lossen.

Belastende gebeurtenissen en ervaringen kunnen de voortgang van de ontwikkeling onder druk zetten en leiden tot reactieve problematiek, tot uiting komend in de vorm van opvoedingsproblemen of verstoorde relaties tussen gezinsleden. Hierbij zal vaak professionele hulp noodzakelijk zijn om de oorzaken van de verstoorde onderlinge communicatie te onderkennen en op te heffen.

Verder kan sprake zijn van geïnternaliseerde problematiek. De klachten en symptomen zijn dan het gevolg van een algehele of gedeeltelijke stagnatie in de ontwikkeling door chronische problemen. Bij kinderen en jeugdigen gaat het om emotionele conflicten, functiestoornissen (zoals stotteren, encopresis, enuresis), leermoeilijkheden of gedragsproblemen. Pas wanneer de verinnerlijkte problematiek wordt opgeheven, is verdere emotionele, en soms ook lichamelijke, uitgroei weer mogelijk. Bij geïnternaliseerde problematiek is de hulp van professionele, psychotherapeutische deskundigen meestal nodig. De eerder genoemde aanleg-problematiek (somatische en organisch-cerebrale aandoeningen) kan de ontwikkelingsgang eveneens verstoren. De hulp van verschillende deskundigen kan daarbij noodzakelijk zijn (zoals kinderarts, kinderpsychiater, pedagoog, psychotherapeut, enzovoorts).

De problematiek is zeer divers: het kan gaan om opvoedingsproblemen, fase-problematiek, reactieve problematiek (in reactie op belastende of traumatiserende invloeden of gebeurtenissen), interpersoonlijke problematiek (in onderlinge relationele betrekkingen), geïnternaliseerde problematiek of aanleg-problematiek (somatische en organisch-cerebrale aandoeningen).

3.2 DIAGNOSTIEK

Meestal is een gedegen diagnostisch onderzoek nodig om in kaart te brengen welke problemen er bestaan en op welke manier die het beste behandeld kunnen worden. Op basis van de onderzoeksgegevens wordt beoordeeld of er een aanleiding is voor enige vorm van advisering, begeleiding, psychotherapie of een andere vorm van behandeling. De gekozen interventie kan gericht zijn op het kind of de jeugdige, zijn ouders of het hele gezin.

De intake-procedure kan op verschillende manieren verlopen. Dit hangt voor een deel af van de plaats waar het kind/de jeugdige wordt aangemeld, zoals de jeugdafdelingen van de RIAGG's, poliklinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie, sommige poliklinieken van een Algemeen Ziekenhuis of zelfstandig gevestigde kinder- en jeugdpsychotherapeuten. Zwaarder weegt dat de gevolgde intake-procedure afgestemd moet worden op de leeftijd van de cliënt of de situatie van het kind/de jeugdige en het gezin. Bij jonge kinderen zal eerst een gesprek gevoerd worden met (één van) de ouders zonder dat het kind daarbij aanwezig is. Bij oudere kinderen en zeker bij adolescenten kan het de voorkeur verdienen eerst een gesprek te hebben met henzelf zonder de ouders. Het eerste contact kan ook een gezinsgesprek zijn. Verschillende variaties zijn, afhankelijk van de situatie, mogelijk.

In eerste instantie wordt informatie vergaard over de reden en de aard van de hulpvraag, de ernst van de klachten en problemen en eventuele luxerende factoren. Vervolgens vindt meestal een uitgebreid anamnestic onderzoek plaats om de voorgeschiedenis, de levensloop, de ontwikkeling en mogelijke ontwikkelingsinterferenties bij het kind/de jeugdige in beeld te brengen. Daarnaast zal meestal verder onderzoek verricht worden naar de achtergronden van de hulpvraag van het kind/de jeugdige en de ouders; de betekenis en de rol van de ouders/opvoeders; de mate van beperkingen van zowel het kind als de ouders; naar de opvoedingssituatie, het functioneren op school, het contact met leeftijdgenoten en de inbedding in het sociale milieu. Ook dient in kaart te worden gebracht welke hulp of behandeling al eerder heeft plaats gevonden en met welk resultaat. Het kan zinvol zijn om informatie in te winnen bij bijvoorbeeld het consultatiebureau, de school, de huisarts, andere behandelaars en andere mogelijk belangrijke personen.

Naast het verzamelen van de anamnestiche gegevens, zal ook diagnostiek in engere zin nodig zijn. Bij het diagnostisch onderzoek zal men rekening moeten houden met erfelijke en lichamelijke factoren, alsmede de intrapersoonlijke en de interpersoonlijke processen, die aan de klachten en symptomen ten grondslag kunnen liggen en deze in stand houden. Daarbij zal de onderzoeker zich een beeld dienen te vormen van het ontwikkelingsniveau waarop het kind/de jeugdige functioneert en de mogelijkheden van het kind en de omgeving om een veranderingsproces te ondergaan in een door een therapeut gestructureerde situatie.

De kinder- en jeugdpsychotherapeut heeft de beschikking over een heel scala aan onderzoeken om een klinisch syndroom of een psychopathologisch beeld te diagnostiseren en de verschillende aspecten in kaart te brengen. Het gaat daarbij om de affectieve, cognitieve, morele, sociale, somatische, neurologische, didactische en interactieve aspecten. Deze diagnostiek kan bijvoorbeeld gebruik maken van: lichamelijk onderzoek, explorerende gesprekken, (spel)observatie, gedragsanalyses en psychologische tests. De keuze voor bepaalde onderzoeksmiddelen is afhankelijk van de problematiek en de vraagstelling. De kinder- en jeugdpsychotherapeut moet bij het onderzoek ook een beroep kunnen doen op de deskundigheid van andere disciplines binnen het vakgebied, zoals de pedagogische, psychologische, medische en psychiatrische discipline.

3.3 INDICATIESTELLING

Op basis van de verkregen anamnestiche en diagnostische gegevens wordt afgewogen wat het doel van de behandeling moet zijn en welke methode en vorm van behandeling het meest in aanmerking komen om de beoogde resultaten te bereiken. Het op deze manier kiezen voor een bepaalde vorm van behandeling (of combinatie van behandelingen) wordt de indicatiestelling genoemd.

De indicatiestelling bij kinderen/jeugdigen wijkt in een aantal opzichten af van de indicatiestelling bij volwassenen. In de nota 'Indicatiestelling' van de NVP³ wordt een model beschreven voor de indicatiestelling

³ Zie de nota "Indicatiestelling" uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie 1996

bij volwassenen. Hier zal de structuur van deze nota benut worden om het specifieke van de indicatiestelling bij kinderen en jeugdigen nader uit te werken.

Bij de indicatiestelling voor psychotherapeutische behandeling van kinderen en jeugdigen zal op basis van de diagnostiek duidelijk moeten zijn om wat voor probleem het gaat. Hieronder staan de mogelijkheden opgesomd.

- A. Opvoedingsproblemen, waarbij de gewone ontwikkeling dreigt te ontsporen of reeds ontspoord is.
- B. Problemen of stoornissen tijdens de ontwikkeling, zoals faseproblematiek, relationele problemen of problemen die optreden in reactie op traumatische en belastende omstandigheden of gebeurtenissen .
- C. Geïnternaliseerde (intrapsychische) problematiek, leidend tot overmatige innerlijke remmingen, angsten of conflicten, functiestoornissen of gedragsproblemen, die de verdere ontwikkeling bedreigen of verstoren.
- D. Aanlegfactoren op biologisch, organisch of genetisch gebied, die de gewone ontwikkelingsgang verstoren, zoals lichamelijke ziektes, lichamelijke en verstandelijke handicaps, hersenbeschadigingen of autisme.
- E. Een combinatie van bovengenoemde problemen.

De indicatiestelling zal bestaan uit de volgende elementen, die aangepast worden aan de situatie van kinderen en jeugdigen en hun gezin:

- I. Een beschrijving van de hulpvraag van het kind, de jeugdige of het cliëntsysteem.
- II. Een beeld van het functioneren en disfunctioneren van het kind of de jeugdige en eventueel van andere belangrijke personen in biologisch, intrapsychisch, relationeel, opvoedkundig, sociaal en maatschappelijk opzicht.
- III. Een beschrijving van de ontwikkelingsfase van het kind/de jeugdige/het gezin en van de eventuele fixaties of achterstanden in de ontwikkeling.

- IV. Een inschatting van de motivatie, draagkracht en lijdensdruk die bij het cliëntsysteem aanwezig zijn. Belangrijk is of het cliëntsysteem in staat is van de aangeboden behandeling te profiteren.
- V. Een inhoudelijke en pragmatische keuze voor de methodiek van de behandeling.
- VI. Een omschrijving van het doel van de behandeling, een keuze van de vorm (individuele behandeling, groeps- of gezinsbehandeling) en van het kader (ambulante of (dag)klinische behandeling) en eventueel de focus van de behandeling. Hierbij dient ook een aanduiding gegeven te worden van de verwachte tijdsduur en intensiteit van de behandeling, en eventueel welke mogelijkheden er zijn voor veranderingen hierbinnen. Bij de behandeling van kinderen en jeugdigen kunnen er goede redenen zijn om diverse vormen van behandeling naast of na elkaar toe te passen. Men kan bijvoorbeeld beginnen met individuele speltherapie voor het kind gecombineerd met ouderbegeleiding. In een later stadium kan men het kind groepstherapie aanbieden of enkele gezinsgesprekken houden.
- VII. Een aanzet voor een voorlopig behandel- en tijdsplan, met daarin de verwachte start, de momenten van tussentijdse evaluatie en de mogelijke tussentijdse veranderingen in setting of techniek.

Bij de meeste behandelingen gaat het om een vorm van ambulante behandeling. De symptomen en klachten kunnen echter ook zo ernstig zijn dat er een indicatie is voor klinische of dagklinische behandeling. Hiervoor zal vaak doorverwijzing noodzakelijk zijn. De indicatie voor psychotherapeutische behandeling zal dan ingekaderd moeten zijn in het geheel van de (dag)klinische behandeling.

Als de gegevens van de indicatiestelling aangeven dat een vorm van psychotherapie gewenst is, zal bekeken worden van welk psychotherapeutisch aanbod het cliëntsysteem het meest kan profiteren, waar de nadruk van de behandeling op moet liggen en wat de intensiteit, de frequentie en de duur van de behandeling bij voorkeur dienen te zijn. Daarnaast zal afgewogen worden wat de gewenste persoonlijke kenmerken van de hulpverlener zijn om de betreffende behandeling te gaan uitvoeren (*matching*).

Tot slot zal er, mede in overleg met het cliëntsysteem een voorlopig behandelplan worden opgesteld, waarin wordt weergegeven hoe de behandeling er in globale lijnen uit kan gaan zien. Bij de bespreking van het behandelplan kunnen (in het kader van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst) het kind, de jeugdige, de ouders en het gezin hun eigen wensen en aanvullingen naar voren brengen. Dit kan leiden tot aanpassingen in het behandelplan.

De indicatiestellingsgegevens of het behandelplan zullen in sommige werkverbanden worden voorgelegd aan derden, zoals een indicatiecommissie of een zorgverzekeraar. Zodra ook deze instanties hun toestemming hebben gegeven voor de voorgestelde vorm van behandeling, kan het uiteindelijke behandelingsvoorstel met het cliëntsysteem in de laatste details worden uitgewerkt. Daarna kan de behandeling beginnen.

HOOFDSTUK 4

HET SPECIFIEKE VAN DE KINDER- EN JEUGDPSYCHOTHERAPEUT

De kinder- en jeugdpsychotherapie stelt specifieke eisen aan de therapeut wat betreft zijn kennis, vaardigheid en persoonlijkheid. Niet de eisen afzonderlijk, maar hun combinatie is specifiek voor de kinder- en jeugdpsychotherapeuten. In de opleiding tot kinder- en jeugdpsychotherapeut zal op verschillende gebieden - theoretisch-technisch onderwijs, praktijkervaring, supervisie en leertherapie - aandacht besteed moeten worden aan die specifieke eisen.⁴

4.1 KENNIS

In het voorgaande hebben het ontwikkelingspsychologisch perspectief en de afhankelijke positie van het kind/ de jeugdige centraal gestaan. De kinder- en jeugdpsychotherapeut zal dan ook een gedegen kennis dienen te hebben van:

- * het lichamelijk, cognitief, emotioneel en sociaal functioneren van het kind/de jeugdige in zijn gezin en de verdere leefwereld (school, vrije tijd en dergelijke), tijdens de verschillende ontwikkelingsfasen
- * de verschillende ontwikkelingstheorieën daarover
- * de verschillende pedagogische theorieën
- * de kinder- en jeugdpsychopathologie
- * de therapeutische theorieën en hun toepassing bij kinderen en jeugdigen
- * de systeemtheorie (zie paragraaf 2.3)
- * de psychopathologie van de volwassenheid
- * de strategieën en technieken, die bij jeugdige cliënten tot veranderingsprocessen kunnen leiden.

⁴ Zie de nota 'Het opleidingsproject' uitgave VKJP 1995

De twee laatst genoemde punten zullen hieronder kort toegelicht worden. De kennis van de psychopathologie van de volwassenheid is belangrijk voor de kinder- en jeugdpsychotherapeut, omdat hij stoornissen bij ouders moet kunnen herkennen en ook moet begrijpen hoe problemen bij ouders gevolgen kunnen hebben voor het kind. Deze kennis moet de psychotherapeut kunnen gebruiken tijdens de behandeling en hij moet bijvoorbeeld kunnen beoordelen of ouders een therapie van hun kind aankunnen of dat er aanleiding is voor een andere vorm van therapie: zoals gezinstherapie, een eigen therapie voor hen als individu of een relatietherapie.

De kennis over strategieën en technieken, die bij jeugdige cliënten tot veranderingsprocessen kunnen leiden zal toegesneden moeten zijn op het psychotherapeutisch werk. De therapeut dient in staat te zijn een onderscheid te maken tussen leeftijdseigen problematiek, die zonder hulp of met andersoortige hulp is op te lossen, en problematiek die psychotherapeutische bemoeienis vraagt (zie hoofdstuk 3.2).

4.2 VAARDIGHEDEN

De kinder- en jeugdpsychotherapeut moet het proces van de indicatiestelling kunnen hanteren, een adviesgesprek kunnen voeren en in staat zijn therapieën te geven. Dit betekent niet dat hij zelf het hele diagnostische onderzoek hoeft uit te voeren, maar wel dat hij de resultaten van lichamelijk, psychiatrisch, psychologisch en orthodidactisch onderzoek en gezinsonderzoek bij zijn indicatiestelling (zie hoofdstuk 3) kan betrekken. Evenmin wil het zeggen dat hij bij het uitvoeren van zijn therapeutische strategieën geen beroep zou mogen doen op de specifieke kennis van anderen. Zo dient een kinder- en jeugdpsychotherapeut een gezinstaxatiegesprek te kunnen voeren, maar hij zal ook moeten weten wanneer hij moet doorverwijzen naar een gezinstherapeut.

Communicatievaardigheden

In de psychotherapie met het kind/de jeugdige staan het invoelend vermogen en de communicatievaardigheden van de therapeut centraal. Hij zal de vorm van communicatie moeten afstemmen op het ontwikkelingsniveau van de cliënt. Dit betekent dat het taalgebruik van de psychotherapeut begrijpelijk moet zijn voor de cliënt.

Bovendien moet hij kunnen 'spelen'. Dit laatste mag men zeer breed opvatten: verbeelding, fantasie en nonverbale expressievormen zijn in de kinder- en jeugdpsychotherapie essentiële communicatiemiddelen. Speciale aandacht verdient het feit dat het gaat om een therapeutische relatie van een volwassene met een kind, jeugdige of 'bijna-volwassene'. De psychotherapeut dient zich ervan bewust te zijn hoe hij beleefd wordt en hoe hij deze kennis in de therapie kan hanteren. Omgekeerd dient hij zich bewust te zijn van de reacties die het kind of de jeugdige bij hem oproepen en hoe hij daar in de therapie mee om moet gaan.

Belangrijk is hoe de psychotherapeut omgaat met weerstand tegen veranderingen van kinderen/jeugdigen. Dit vraagt niet alleen kennis en kunde van de therapeut, maar ook grote inventiviteit en creativiteit.

Systeemgerichte vaardigheden

Het feit dat kinderen en jeugdigen in meer of mindere mate afhankelijk zijn van hun opvoeders, leidt in alle fasen van de therapie (aanmelding, intake, indicatie- en doelstelling, eigenlijke behandeling en beëindiging daarvan) tot een complexe behandelingssituatie die specifieke vaardigheden van de therapeut vraagt. De kinder- en jeugdpsychotherapeut zal oog moeten hebben voor de positie van het kind/de jeugdige in zijn gezin. Tevens moet hij in staat zijn een directe dan wel indirecte begeleidingsrelatie met de opvoeders aan te gaan en te onderhouden.

Meer algemeen gesteld: van de kinder- en jeugdpsychotherapeut mag gevraagd worden dat hij de klachten en problematiek van de jeugdige cliënt kan plaatsen binnen het sociale systeem van afhankelijkheidsrelaties en dat hij zo nodig binnen dit systeem kan interveniëren. Voor deze vaardigheid is de kennis over de psychopathologie van de volwassenheid noodzakelijk. Tevens zal de kinder- en jeugdpsychotherapeut het gezin moeten kunnen motiveren of de ouders, wanneer bijvoorbeeld een gezinstherapie of individuele therapie van de ouder(s) geïndiceerd is. In sommige gevallen zal er gelijktijdig een individuele behandeling plaatsvinden van het kind/de jeugdige en zijn ouder(s) of het hele gezin en in dat geval dient de kinder- en jeugdpsychotherapeut in staat te zijn een afstemmings-contact/samenwerkingsrelatie te onderhouden met de therapeut van de ouders of het gezin.

Het geven van ouderbegeleiding⁵ in het kader van een individuele therapie voor het kind brengt in de praktijk met zich mee dat voor alle fasen van de behandeling vaardigheden aangeleerd en getraind moeten worden om de parallelle ouderbegeleiding verantwoord en adequaat uit te kunnen voeren. Dit impliceert niet dat de therapeut van het kind en de ouderbegeleider altijd dezelfde persoon zal zijn. Een zorgvuldige afweging en afstemming van beide processen is wel altijd vereist.

Aan de afhankelijkheid van de jeugdige cliënt zit nog een ander aspect. In paragraaf 1.2.2 werd gesteld dat de therapeut moet kunnen omgaan met zowel zijn eigen normen- en waardensysteem als met dat van het cliëntsysteem. Dat betekent dat de therapeut loyaliteitsconflicten moet kunnen onderkennen en hanteren, zoals deze bij de jeugdige cliënt kunnen ontstaan in zijn relaties met de therapeut, vader, moeder en andere betrokkenen.

Samenwerking met andere disciplines en hulpverleners

Het kunnen aangaan en hanteren van een goede samenwerkingsrelatie met medebehandelaars en andere bij het kind/de jeugdige betrokken volwassenen is een specifiek aspect van de kinder- en jeugdpsychotherapie. Juist doordat het kind/de jongere zich in een leer- en opvoedingssituatie ontwikkelt, brengt dit met zich mee dat de therapeut daar op een professionele manier mee om moet gaan. De therapeut zal moeten leren met andere betrokkenen te communiceren zonder daarbij de vertrouwensband met de cliënt te schaden. Het is natuurlijk ook in het belang van het kind/de jeugdige dat er een goede afstemming bestaat met de behandeling door andere deskundigen -bijvoorbeeld op somatisch gebied- wanneer die gelijktijdig plaatsvindt.

⁵ Zie ook de 'Nota Ouderbegeleiding 1994' uitgave VKJP 1995.

4.3 PRAKTIJKERVARING

Opleidingsplaatsen

De kinder- en jeugdpsychotherapeut in opleiding dient ervaring op te doen in de praktische toepassing van de kinder- en jeugdpsychotherapie, en ook met de meer algemene hulpverlening aan kinderen en jeugdigen. Daarnaast is de vorming van een beroepsidentiteit een belangrijk proces. Met het oog op het specifieke van de doelgroep is het een vereiste dat de opleiding deze ervaring opdoet in instellingen die deze praktijkervaringen kunnen bieden en aandacht kunnen geven aan het vormen van een beroepsidentiteit. De praktijkopleider zal binnen de instelling een omschreven taakopdracht moeten hebben voor de begeleiding van de kinder- en jeugdpsychotherapeut(en) in opleiding.

Uitvoeren van psychotherapieën onder supervisie

De kinder- en jeugdpsychotherapeut in opleiding zal het totale proces van een kinder- en jeugdpsychotherapie moeten ervaren om de theoretische kennis en het praktische handelen te kunnen integreren en een therapeutische houding te kunnen ontwikkelen. Hiertoe zal hij supervisie moeten krijgen van een (door de VKJP erkende) supervisor.

Daarnaast is het uitvoeren van ouderbegeleiding onder supervisie noodzakelijk. Hierbij zal de wijze waarop de supervisant met de ouder-kind relatie omgaat centraal staan.

4.4 LEERTHERAPIE

Naast de bekende therapeut-variabelen als echtheid, belangstelling voor de cliënt en empathie, zal de kinder- en jeugdpsychotherapeut flexibel, pragmatisch en inventief moeten zijn om te kunnen inspelen op de onverwachte wendingen, die inherent zijn aan de therapie met kinderen en jeugdigen. Een adequate mate van oprechtheid en directheid is nodig om als volwassene geloofwaardig over te komen. De psychotherapeut zal ook structuur en stevigheid moeten kunnen bieden, zonder het kind/de jeugdige te domineren. Een neiging tot speelsheid, onderzoeken en experimenteren zijn goede eigenschappen voor een kinder- en jeugdpsychotherapeut, maar hij zal ook kritisch moeten

staan tegenover deze (met het kind/de jeugdige gedeelde) eigenschappen om een volwassen psychotherapeut te zijn en te blijven. Hij staat voor de opgave de ouders in hun rol van opvoeder te respecteren en niet met hen te rivaliseren.

Bij dit alles is het nodig dat de kinder- en jeugdpsychotherapeut zicht heeft op de eigen ontwikkeling, vooral om de gevoelens en reacties te kunnen onderkennen en hanteren die opgeroepen worden door het behandelen van jeugdige cliënten en het begeleiden van hun ouders. Voor de leertherapie⁶ betekent dit dat aandacht besteed moet worden aan het verloop van de verschillende ontwikkelingsfasen. Ook dient bekeken te worden in hoeverre stagnaties of blokkeringen doorwerken in het therapeutisch contact met kinderen/adolescenten en de ouders/opvoeders. Belangrijk is vooral in hoeverre de vroege ontwikkeling (in casu separatie-individuatieproces) en het tweede individuatieproces in de adolescentietijd (aansluiting bij leeftijdgenoten en relatievorming/vriendschappen) bevredigend zijn verlopen; kan de therapeut voldoende afstand nemen van zijn cliënt/opvoeders en tegelijkertijd betrokken zijn?

Een volgend aandachtspunt in de leertherapie zal de positie van de opleiding in zijn eigen gezin van herkomst moeten zijn. Ook de huidige positie van de opleiding in zijn gezin of leefwereld (bijvoorbeeld als ouder) kan interfereren met het therapeutisch contact met het cliëntensysteem.

⁶ Zie discussiestuk 'Leertherapie' uitgave VKJP 1996.

HOOFDSTUK 5

SAMENVATTING EN CONCLUSIES

5.1 SAMENVATTING

In deze Nota wordt gesteld dat de kinder- en jeugdpsychotherapie haar specificiteit ontleent aan de doelgroep: kinderen en jeugdigen. Hierbij worden de volgende leeftijdsgrenzen gebruikt: de kinderen zijn jonger dan twaalf jaar en de jeugdigen zijn tussen de twaalf en tweeëntwintig jaar oud. De laatste groep kan ook aangeduid worden als adolescenten.

De kinder- en jeugdpsychotherapie richt zich op het opheffen of verminderen van stoornissen en stagnaties in de ontwikkeling, die al dan niet mede gevormd zijn in wisselwerking met de omgeving. Gepoogd wordt de normale ontwikkeling weer zoveel mogelijk op gang te brengen.

De doelgroep onderscheidt zich van andere doelgroepen inzake het *ontwikkelingsaspect* en het hier nauw mee samenhangende *afhankelijkheidsaspect*. Kinderen en adolescenten ontwikkelen zich binnen de relatie met hun opvoeders.

Het feit dat de cliënt een persoon in ontwikkeling is en fysiek, psychisch, juridisch en economisch afhankelijk is van volwassenen, beïnvloedt alle facetten van de psychotherapie: de gang naar de therapeut, de vaststelling van het doel van de therapie, de keuze van de therapievorm, het therapieplan, de relatie therapeut-client, het therapieproces en de beëindiging van de therapie.

Deze specificiteit van de kinder- en jeugdpsychotherapie komt met name tot uitdrukking in de volgende twee punten.

- A. De communicatievormen (verbale en nonverbale) die de therapeut als volwassene kan gebruiken zijn afhankelijk van het ontwikkelingsniveau van het kind of de jeugdige.
- B. Het vestigen en onderhouden van een begeleidingsrelatie met de ouders en/of een andere volwassene die met de verantwoordelijkheid voor het kind belast is, vormt een integraal aspect van alle kinder- en jeugdpsychotherapievormen.

In de opleiding tot kinder- en jeugdpsychotherapeut zal zowel in het technisch-theoretisch onderwijs als in de praktijkervaring, supervisie en leertherapie, aandacht besteed moeten worden aan de specifieke combinatie van eisen die het vak stelt aan kennis, vaardigheid en persoonlijkheid.

5.2 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Op grond van het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat het vak van kinder- en jeugdpsychotherapeut 'een vak apart' is en dat de kinder- en jeugdpsychotherapie een verbijzondering is van de algemene psychotherapie.

1. Zowel in de vooropleiding, opleiding als de na- en bijscholing van kinder- en jeugdpsychotherapeuten zullen alle in deze Nota genoemde aspecten voldoende aandacht moeten blijven krijgen.
2. Kinder- en jeugdpsychotherapeuten dienen opgeleid te zijn in het behandelen van zowel kinderen als jeugdigen, als in het werken met ouders.
3. Kinder- en jeugdpsychotherapeuten hebben een grondige praktische en theoretische kennis over de ontwikkelingspsychologie, met name over het sociaal, cognitief en emotioneel functioneren in het gezin en de bredere leefwereld tijdens de opeenvolgende ontwikkelingsfasen. Zij beschikken ook over kennis van de invloed van het lichamelijk functioneren en disfunctioneren op de psychische ontwikkeling, de psychopathologie bij kinderen, jeugdigen en volwassenen en de interactionele aspecten.
4. Kinder- en jeugdpsychotherapeuten zijn in staat deze kennis in hun therapeutisch handelen te integreren.

5. Kinder- en jeugdpsychotherapeuten hebben theoretische kennis en vaardigheden ter beschikking om de ouderbegeleiding in alle fasen van de therapie verantwoord en adequaat te kunnen uitvoeren, dus vanaf de fase van aanmelding en diagnostiek, tot en met de fase van advisering en overleg en de fase van systematische, procesmatige behandeling.
6. Kinder- en jeugdpsychotherapeuten dienen op de hoogte te zijn van de actuele ontwikkelingen binnen het vakgebied; bij- en nascholing is noodzakelijk.
7. Kinder- en jeugdpsychotherapeuten hebben zich een wetenschappelijke attitude eigengemaakt die gekenmerkt wordt door het expliciteren en toetsen van de eigen werkwijze, onder meer aan de hand van intervisie, methodiekontwikkeling en evaluatieonderzoek.
8. Wetenschappelijk onderzoek is nodig en wenselijk op de diverse terreinen waarop de kinder- en jeugdpsychotherapie zich beweegt. Onderzoek naar de effecten en het verloop van psychotherapeutische interventies verdient prioriteit
9. Het stellen van een indicatie tot, en het uitoefenen van kinder- en jeugdpsychotherapie in al zijn facetten, is voorbehouden aan gekwalificeerde kinder- en jeugdpsychotherapeuten.
10. De effectuering en de bewaking van deze kwalificatie is een taak en een voortdurende zorg van de VKJP, in nauw overleg en hechte samenwerking met overheidsinstanties en opleidingsinstituten.