

Tijdschrift van de Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie

39^e jaargang, nummer 1, 2012

Colofon

Tijdschrift

Kinder- en Jeugdpsychotherapie
verschijnt vier maal per jaar

Redactie

Alex Kolman (voorzitter)
Renske Leskes-Kraan
Ramón Lindauer
Francien Posthuma
Chris Roosen
Nathalie Schlattmann
Ieke van Tilburg

Eindredactie

Regine zum Vörde sive Vörding

Secretariaat

Vereniging voor

Kinder- en Jeugdpsychotherapie

Mia Smit-Breitenbach, bureauhoofd

Bezoek- en postadres:

Maliebaan 50b, 3581 CS Utrecht

Tel. 030-2965348

Fax. 030-2966549

e-mail: vkjp@hetnet.nl

website: www.vkjp.nl

Gironummer 3158027

Bereikbaar:

ma. t/m do. van 10.00 - 14.30

Redactiesecretariaat

Susanne van der Poel

Maliebaan 50b

3581 CS Utrecht

e-mail: redactie@vkjp.nl

Losse nummers

te bestellen via www.vkjp.nl of via
het secretariaat van de VKJP (zie boven).

Kopij

dient via e-mail aangeleverd te worden
en verzonden aan het redactiesecretariaat.
Zie voor suggesties de richtlijnen voor
auteurs op de laatste pagina.

Inhoud

Redactioneel	3
Comeback van de (kinder- en jeugd)psychotherapie: doorstart of stuiptrekking? <i>Fop Verheij</i>	6
De toekomst van de kinder- en jeugdpsychotherapie vanuit een genetisch perspectief <i>Christel M. Middeldorp</i>	21
Psychotherapie en haar toekomst. Enkele gedachten ter overweging <i>Max Güldner</i>	32
Doelmatigheidsonderzoek in de jeugd-GGZ: Op weg naar volwassenheid <i>Leona Hakkaart-van Roijen & Siok Swan Tan</i>	39
Intercultureel en interdisciplinair hulpverleners: de toekomst? <i>Suzanne van Veen</i>	47
Boekbespreking Supervisie in de GGZ (<i>R. Beunderman & F. van der Maas</i>) <i>Max Güldner</i>	60
Boekbespreking Kortdurende videohometraining bij jonge kinderen (<i>M. Eliëns & B. Prinsen</i>) <i>Femke van Trier-Klijnsma</i>	63
Aanbevelen ADHD bij kinderen (<i>A. Eenhoorn</i>) <i>Max Güldner</i>	69

Intercultureel en interdisciplinair hulpverleners: de toekomst?

Suzanne van Veen

Inleiding

De Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie (VKJP) viert dit jaar haar veertigste verjaardag. Een mooi moment om een blik in de toekomst te werpen: welke koers moeten wij de komende tien jaar gaan varen? In mijn ideale toekomstbeeld van de hulpverlening staat een grotere uitwisseling van kennis, kunst en kunde centraal. Tussen veel disciplines gaapt een kloof waarin informatie en tijd verloren gaat. Een sprong naar de overkant wagen voelt onveilig, men verblijft liever op eigen eiland waarin de materie vertrouwd en begrijpelijk oogt. De komende tien jaar kunnen we eilanden met elkaar verbinden door bruggen te slaan: tussen verschillende culturen, tussen de westerse en oosterse geneeskunde en tussen wetenschap en praktijk.

In de eerste paragraaf bespreek ik intercultureel werken in het licht van de diversiteit in de huidige samenleving. Het wordt noodzakelijk om interculturele competenties mee te geven aan de stroom nieuwe hulpverleners die een *bottom-up* verandering kunnen realiseren. Door de culturele diversiteit en globalisering komen we steeds vaker in aanraking met niet-westerse, traditionele geneeswijzen en behandeltechnieken. De tweede paragraaf beschrijft hoe dergelijke geneeswijzen en behandeltechnieken in de hulpverlening kunnen worden ingepast, met het accent op acupunctuur, mindfulness en yoga. Interculturele methoden en oosterse behandelvormen zijn nog weinig onderzocht en kunnen veelal nog niet worden gerekend tot *evidence based* werken. Praktijk georiënteerd onderzoek zou toegankelijker en gemakkelijker moeten worden. Met de invoering van de *Routine Outcome Measurement* (ROM) is een eerste stap gezet. In de derde paragraaf laat ik zien dat monitoring een veelbelovend middel is voor het evalueren van behandelingen en voor het bevorderen van kwaliteitsbewaking.

Intercultureel werken

In de laatste decennia is de samenstelling van de Nederlandse samenleving sterk veranderd. Zeker in de stedelijke gebieden is sprake van een grote diversiteit aan etniciteiten en nationaliteiten. Gesproken wordt dan ook van een multiculturele samenleving. Bij de uitbreiding en verdieping van therapeutische bekwaamheden binnen de hulpverlening dient deze veranderde samenstelling meegenomen te worden. De vraag is hoe we dit het beste kunnen vormgeven. Momenteel volg ik de eerste interculturele GZ-opleiding van de RINO in Nederland. In de GZ-opleidingen wordt al jaren aandacht besteed aan interculturalisatie, maar in deze pilotopleiding wordt gekeken naar de beste manieren om interculturele competenties structureel in de GZ-opleidingen te verwerken. De meest werkzame ingrediënten worden in alle opleidingen toegepast. Vanuit dit pionierswerk wil ik graag mijn visie op intercultureel werken toelichten.

Aandacht voor werken met diversiteit wordt al snel geassocieerd met hulpverlening aan niet-westerse allochtonen (o.a. mensen van Turkse, Marokkaanse, Antilliaanse en Surinaamse afkomst). Daarnaast wordt veelvuldig een onderscheid gemaakt tussen een ik-cultuur (individualistisch) en een wij-cultuur (collectivistisch). Op deze manier wordt het thema cultuur echter veel te statisch geoperationaliseerd. Cultuur is juist verre van statisch: het voegt zich naar fysieke en economische omstandigheden (Knipscheer & Kleber, 2008). Cultuur kan beter bekeken worden vanuit verandering en op elkaar in spelende krachten.

Kortmann (2007) stelt dat in elke vorm van hulpverlening partijen worden geconfronteerd met cultuurverschillen. Niet alleen verschillen tussen allochtonen en autochtonen, maar ook in leeftijd, sekse, opleidingsniveau, sociale klasse en geloof. In feite bestaat er altijd een cultuurverschil tussen cliënt en hulpverlener. Mensen kunnen elkaar niet goed begrijpen, elkaars denkbeelden en gedrag vreemd vinden en zodoende zich ongemakkelijk gaan voelen en gedragen. Dit hangt samen met ethnocentrisme, de neiging om eigen normen, waarden en gewoonten, bewust of onbewust, te gebruiken als maatstaf om de rest van de wereld te beoordelen (Van Oudenhoven, 2002). Wederzijdse vooroordelen en negatieve overdrachtsgevoelens kunnen de werkrelatie tussen cliënt en hulpverlener ernstig bemoeilijken.

In Nederland zijn verschillende cultuurgevoelige benaderingen ontwikkeld voor het overbruggen van de cultuurkloof tussen hulpverlener en cliënt (Ingleby, 2008). Ten eerste kan psycho-educatie worden gegeven over het proces van hulpverlening, zodat cliënten weten wat zij kunnen verwachten en wat van hen wordt verwacht. Een tweede mogelijkheid is het inschakelen van een intermediair uit dezelfde etnische groep als de cliënt. Ten derde kan

cultural matching worden nagestreefd, zodat bijvoorbeeld Turkse cliënten bij een Turkse hulpverlener terecht komen. Een vierde benadering probeert alle hulpverleners interculturele competenties mee te geven, zodat een ieder kan werken met cliënten van diverse achtergronden. Deze laatste benadering spreekt mij bijzonder aan en sluit ook aan bij de opleiding die ik momenteel volg. Intercultureel werken betekent niet zozeer dat iedereen specifieke kennis moet hebben over andere culturen, maar wel dat de hulpverlener in staat moet zijn om kritisch te kijken naar eigen normen en waarden en open moet staan voor de opvattingen van de ander. De therapeut is respectvol en oprecht geïnteresseerd in de cliënt.

Het woord ‘intercultureel’ komt sinds ongeveer 1990 vooral voor in de toegepaste psychologie. Interculturele psychologie is praktisch georiënteerd, maakt meer gebruik van kwalitatieve onderzoeksmethoden en gebruikt de inzichten van andere disciplines als antropologie en sociologie (Ingleby, 2008). Met name dit laatste gedachtegoed maakt dat in Europa de term intercultureel wordt geprefereerd boven transcultureel, een term die in Amerika veel wordt gebruikt.

Voor de bevordering van cultuursensitieve psychotherapie hebben Knipscheer, Mooren en Kurt (2008) de driestappenmethode van Pinto (1990) verder uitgewerkt voor de GGZ. Ten eerste is een interculturele therapeut zich bewust van zijn eigen culturele achtergrond, culturele waarden en vooroordelen. Ten tweede is de therapeut zich bewust van de kijk op de wereld van de cliënt. Hij heeft concrete kennis over specifieke culturele groepen en is sensitief voor de leef- en denkwereld van de cliënt. Ten derde hanteert de therapeut op cultuur toegesneden interventiestrategieën. Voorbeelden zijn het geven van extra voorlichting over het therapeutische proces, het aangaan van een dialoog om verschillen (in normen, waarden en verwachtingen) te overbruggen, en behandeldoelen op te stellen die begrijpelijk, zinvol en acceptabel zijn voor zowel de therapeut als de cliënt (Kortmann, 2007). Daarnaast wordt sterk aangeraden om systemisch en contextueel te werken (Knipscheer e.a., 2008). Het gebruik van concrete voorbeelden, plaatjes en metaforen en het erkennen van lichamelijke klachten lijkt ook succesvol te zijn (Can, 2001).

De interculturele methoden die in Nederland toegepast worden, zijn nog niet gestandaardiseerd, geprotocolleerd of evidence based bevonden. De interculturele hulpverlening wordt dan ook gestuurd vanuit ervaringen uit de klinische praktijk. Therapievormen met een directief karakter, zoals hypnose, (cognitieve) gedragstherapie en biofeedback lijken meer aan te sluiten bij de verwachtingen van niet-westerse cliënten dan meer introspectieve therapieën (Knipscheer & Kleber, 2005; 2007; Kortmann, 2007). Daarnaast hebben

psycho-educatie, ontspanningsoefeningen, creatieve methoden en groeps-therapieën met een specifiek thema de voorkeur (Knipscheer e.a., 2008). In de komende tien jaar zal onderzocht moeten worden welke interculturele methoden effectief zijn en hoe men bestaande behandeltechnieken cultuursensitief kan uitvoeren.

Een valkuil voor het bijsturen van curricula om therapeuten interculturele kennis en vaardigheden bij te brengen, is het introduceren van bijvoorbeeld een blok 'werken met diversiteit' maar de rest van het programma ongewijzigd houden. Dit zorgt namelijk voor een korte fase van bewustwording, waarna de interculturele kijk al snel naar de achtergrond verdwijnt. De RINO heeft er dan ook voor gekozen om bij de interculturele GZ-opleiding het curriculum zo goed als ongewijzigd te laten, maar bij iedere cursus aandacht te besteden aan een interculturele visie. Zes 'ingrediënten' zijn toegevoegd om dit te bewerkstelligen: hoofddocenten die excelleren in interculturele deskundigheid, specifieke docentselectie (diversiteit), interculturele invulling van de draaiboeken (casuïstiek, literatuur, praktijkopdrachten), regelmatige reflectie op interculturele competenties (door integratiedagen en toetsing), specifieke modules/thema's en diversiteit van caseload op de praktijkplek. Onderzocht wordt welke ingrediënten het meest effectief blijken voor het opleiden van interculturele GZ-psychologen.

Op de universiteit zou al begonnen moeten worden met het implementeren van een interculturele visie op de lesstof en vaardigheden van studenten psychiatrische verpleegkunde, psychologie, pedagogiek en geneeskunde. Vervolgens kan deze lijn doorgetrokken worden bij de opleidingen tot onder meer GZ-psycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en psychiater. De nieuwe stroom hulpverleners die deze opleidingen hebben afgerond kunnen op de werkvloer ideeën en werkwijzen introduceren die bijdragen aan een interculturele benadering. Op deze manier wordt een bottom-up verandering gerealiseerd, met een blijvend karakter.

Bij een open en nieuwsgierige houding hoort ook het bekijken van gebruiken en gewoontes van de andere cultuur, zoals de manier waarop psychopathologie wordt behandeld. Kunnen wij bepaalde technieken ook gaan inzetten of nauwer samenwerken met alternatieve (oosterse) genezers? De volgende paragraaf gaat hier dieper op in.

Een nauwere samenwerking tussen westerse en oosterse geneeskunde

Door de toegenomen diversiteit in onze samenleving en het gemak waarmee we tegenwoordig over de wereld kunnen reizen, komen we steeds vaker in

aanraking met afwijkende ideeën uit andere landen over geneeswijzen. In veel culturen gebruikt men de westerse (farmaceutische) middelen naast de traditionele (natuurlijke, spirituele) middelen en methoden. Migranten introduceerden in Nederland traditionele middelen en methoden als het gebruik van Chinese kruiden en massages in een hamam. In Nederland is een groeiend interesse zichtbaar voor de balans tussen lichaam en geest; denk aan acupunctuur, mindfulness, yoga en meditatie. Het is aannemelijk dat mensen met deze methoden willen doorgaan wanneer ze in aanraking komen met de hulpverlening.

Tegenwoordig bestaat in onze samenleving nog steeds een duidelijke scheiding tussen de zorg voor het lichaam en de zorg voor de geest (dualisme). In het westerse denken staan begrippen als reductionisme, determinisme en objectivisme centraal. Het oosterse denken wordt gekenmerkt door een nadruk op systemen, complexiteit, creativiteit en subjectivisme. Dit leidt tot een holistische benadering, waarbij de eenheid van lichaam, geest en omgeving centraal staat (Hupkens, 2006a). Ik wil niet pleiten voor een volledige paradigmaverschuiving van het westerse naar het oosterse denkkader, maar wel voor een meer open benadering van beide denkkaders. Therapeuten zouden gemakkelijker moeten kunnen doorverwijzen naar onder meer kinderartsen, kinderneurologen, acupuncturisten, diëtisten en yogascholen. Andersom zou de grens om psychische hulpverlening in te schakelen bij andere disciplines ook lager moeten komen te liggen. De hulpverlener krijgt als taak om zo objectief mogelijk kennis te verschaffen over de mogelijkheden en bereid zijn mee te werken aan parallelle zorgpaden. Daarbij is open communicatie en regelmatige feedback van essentieel belang. Hieronder bespreek ik een drietal traditionele methoden waarmee - naar mijn inschatting - over tien jaar meer zal worden gewerkt in de zorg.

Acupunctuur is een onderdeel van de traditionele Chinese geneeskunde (TCM). Volgens de TCM worden lichamelijke en geestelijke klachten veroorzaakt door verstoringen in de energiehuishouding van het lichaam, welke kunnen worden hersteld middels acupunctuur. Deze behandelvorm wordt ook toegepast bij kinderen met psychiatrische klachten zoals ADHD. Volgens de TCM heeft ADHD vooral te maken met een disfunctionerende galblaas, een Yin-Yang disharmonie en een slechte interactie tussen het hart en de lever (Lan e.a., 2009).

Enige studies hebben de effectiviteit van acupunctuur op ADHD-klachten onderzocht. Zo toonde een studie aan dat elektro-acupunctuur het effect van gedragstherapie bij kinderen tussen de vier en zes jaar versterkt en dit effect

aanhoudt tot ten minste een half jaar na het stoppen van de behandeling. In de controleconditie waar ‘nep’ elektro-acupunctuur en gedragstherapie plaatsvond, werd geen versterkend effect gevonden (Li e.a., 2010).

In veel oosterse landen wordt acupunctuur met succes als behandeling toegepast voor kinderen met ADHD, maar er is grote behoefte aan een gerandomiseerde, gecontroleerde, dubbelblinde studie, waarin acupunctuur wordt vergeleken met andere behandelvormen als medicatie en gedragstherapie (Li e.a., 2011). De theoretische achtergrond van de TCM verschilt enorm met de westerse opvattingen over ziektes en stoornissen. Het wordt dan ook een uitdaging om beide denkwijzen te combineren (bv. gedragstherapie en acupunctuur).

Mindfulness behoort tot de derde generatie gedragstherapie, maakt gebruik van aandacht en meditatie technieken en wordt steeds meer toegepast en onderzocht binnen de jeugdhulpverlening. Bij deze behandeling wordt geleerd om de aandacht te richten op het heden en een houding aan te nemen die niet oordelend is (Kabat-Zinn, 1994). Bij volwassenen met somatische klachten, depressie, angst en eetproblemen is het een effectieve methode gebleken (Bear, 2003).

Hoewel het effect van mindfulness bij kinderen minder uitgebreid is onderzocht dan bij volwassenen, hebben verschillende onderzoeken veelbelovende effecten laten zien van mindfulness trainingen voor kinderen. Zo lieten kinderen met externaliserende problematiek na een dergelijke training een verbetering zien in aandacht, blijdschap en bewustzijn. Daarnaast was de psychopathologie afgenomen. Ouders rapporteerden een toename van zelfcontrole, minder teruggetrokken gedrag en meer rekening houden met anderen (Bögels e.a., 2008). Mindfulness bleek eerder al geschikt voor het reduceren van angstklachten (Semple e.a., 2005).

Ook het toepassen van de trainingen bij ouders laat mooie resultaten zien. Na een mindfulness training van de ouders lieten kinderen minder internaliserende en externaliserende problemen zien. De ouders ervoeren significant minder opvoedingsstress, hadden minder last van de psychopathologische klachten en verbeterden hun opvoedingsstijl (van der Meulen e.a., 2012).

Yoga is al duizenden jaren oud en wordt gezien als een effectieve manier voor het ontspannen van lichaam en geest. Er zijn verschillende vormen met ieder een eigen focus. De lichaamshoudingen en ontspanningsoefeningen versterken spieren en zorgen voor een betere bloedsomloop en

zuurstofopname. Daarbij zorgt meditatie voor een ‘ontspannen’ geest. Bij kinderen kan yoga angst en fysiologische *arousal* doen afnemen en slaap en eetlust bevorderen (Telles & Naveen, 1997). Een recent overzicht van de beschikbare literatuur wijst uit dat randomized controlled trials (RCT’s) nodig zijn voor het bepalen van de effectiviteit van yoga en daarbij moet specificeren voor leeftijd en problematiek (Galantino e.a., 2008).

Over tien jaar zijn we op een punt beland waar de zorgvraag van cliënten centraal staat en mensen meer informatie en keuzemogelijkheden krijgen aangeboden. Zorgverleners zullen, gezien de ontwikkelingen in de maatschappij, meer geconfronteerd worden met vraagstukken over complementaire interventies en actiever betrokken zijn bij de uitvoering daarvan. Complementaire interventies hebben betrekking op de mentale, emotionele, lichamelijke, spirituele en sociale behoeften van de zorgvrager en stimuleren het zelfhelend vermogen (Hupkens, 2006b). Hieronder vallen de oosterse geneeswijzen en de lichaam-geestbeweging.

Een toenemende zorgvraag betekent niet automatisch dat GGZ-instellingen een rijk palet aan zulke interventies moeten aanbieden. De kracht zal komen te liggen in een efficiënte samenwerking met zorgpartners. Evenals bij het intercultureel werken, wordt het interdisciplinair werken bevorderd door een open, flexibele en nieuwsgierige houding.

Een groot kritiekpunt op dit gebied is het feit dat de hierboven beschreven oosterse geneeswijzen nog onvoldoende zijn onderzocht. Van hulpverleners wordt verwacht dat ze het zorgpad kiezen met het grootste effect en de laagste kosten. Voordat nieuwe technieken worden toegepast in de praktijk, vindt vaak eerst onderzoek plaats in het ‘laboratorium’ (behandeling binnen onderzoeksgroep). Praktijkgeoriënteerd onderzoek, behandeling en dataverzameling door hulpverleners uit het veld zelf, creëert een brug tussen de wetenschap en praktijk. Om wetenschappelijk onderzoek naar zowel deze geneeswijzen als de interculturele methoden meer laagdrempelig te maken, kan gebruik worden gemaakt van monitoring. Dit wordt beschreven in de volgende paragraaf.

Brug slaan tussen wetenschap en praktijk door middel van monitoring

Voor het verder ontwikkelen van interculturele methoden en het toepassen van zowel westerse als oosterse behandeltechnieken, is wetenschappelijk onderzoek cruciaal. De praktijk vormt een onuitputtelijke bron aan data, maar de implementatie van wetenschappelijk onderzoek binnen een

praktijkinstelling verloopt vaak nog behoorlijk stroef. Om de kloof tussen de wetenschap en praktijk in de komende tien jaar verder te overbruggen, zou het van waarde kunnen zijn om meer gebruik te maken van het systematisch bijhouden van therapeutische voortgang door middel van monitoring.

Afgelopen jaar is bij veel GGZ instellingen de ROM-methode ingevoerd, om de geleverde zorg inzichtelijk te maken, te evalueren en te verbeteren. Afspraken zijn gemaakt over de gebruikte meetinstrumenten, die ten minste aan het begin en aan het einde van een behandeling worden afgenomen. Het doel wordt nagestreefd om in 2014 bij 80% van de cliënten een beginmeting te verrichten en bij 80% van deze groep ook een eindmeting af te nemen. Deze gegevens kunnen op termijn worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek (GGZ Nederland, 2012).

Het bijhouden van een begin- en eindmeting is een mooie stap in de goede richting. Het probleem met deze methode is echter dat de verandering binnenin een behandeling niet wordt bijgehouden. Voortgangsinformatie kan worden verkregen door middel van monitoring of 'treatment-response-feedback' (Stinckens e.a., 2009). Een goed middel hiervoor is een dagboek dat een bepaalde dimensie bijhoudt, zoals stemming, of de mate van pijn of angst. Daarnaast kan de werkaliantie ook per sessie worden bevraagd middels een beoordelingslijst.

Monitoring brengt meerdere voordelen met zich mee. Ten eerste geeft het zowel de therapeut als de cliënt concrete en directe feedback over de symptomatologie en de therapeutische relatie, wat een goed uitgangspunt vormt voor nader gesprek. Ten tweede kan monitoring met feedback zorgen voor een vermindering van het aantal drop-outs, aangezien stagnatie in de therapie eerder kan worden opgemerkt en besproken (Sapyta e.a., 2005). Ten derde kunnen goedlopende therapieën sneller worden beëindigd wanneer de gemeten dimensies stabiliteit vertonen. Therapieën met instabiele uitkomsten op de dimensies kunnen daarentegen worden verlengd (Lambert e.a., 2005). Op die manier wordt het aantal zittingen per cliënt verdeeld op basis van de uitkomsten van de therapie. Tot slot biedt monitoring veel nieuwe mogelijkheden voor onderzoek, zoals n=1-studies. Hierbij wordt de symptoomstatus van één (of meerdere) cliënten tijdens de baseline en behandelfase voortdurend gecontroleerd. Dit levert een dataset op die iets zegt over of een behandeling werkt (verschil tussen fases), wanneer de vooruitgang plaatsvindt (verloop binnen de fases) en soms zelfs waarom een behandeling werkt (bv. symptoom y daalt telkens wanneer symptoom x eerst daalt). N=1-studies dragen bij aan het verkleinen van de kloof tussen 'laboratorium' en de praktijk (Borckardt e.a., 2008).

Bovengenoemde voordelen gelden ook voor intercultureel werken. Vergeleken met autochtonen worden onder allochtonen meer crises, een hogere drop-out en een kortere behandelduur gevonden (Knipscheer & Kleber, 2005; Kortmann, 2007). Het eerder opmerken en bespreken van stagnatie zou crises en drop-out kunnen voorkomen. Daarnaast kan de behandelduur beter worden gecoördineerd door de inzichtelijkheid in het behandelverloop en het openlijk bespreken van de verwachtingen van beide partijen over de behandelduur.

Over tien jaar kan de cliënt monitoring hopelijk verrichten op zijn smartphone of tablet-pc. De instelling geeft hem toestemming tot het downloaden van de geschikte *app* (zoals een stemmingsdagboek). De cliënt kan snel en binnen handbereik een score invullen en daarnaast in een grafiek zelf het verloop van de behandeling bekijken. Gebruikelijk is om voor de mate van instemming met een bepaalde uitspraak gebruikt te maken van een Likertschaal (bv. 1 = ‘volledig mee oneens’, 7 = ‘volledig mee eens’). Om afhankelijkheid in de data te voorkomen kan ook gekozen worden om in plaats van een Likertschaal een visueel analoge schaal (VAS) te gebruiken, waarbij de cliënt op een lijn een kruisje plaatst tussen de twee uitersten. Bij een Likertschaal kan de cliënt namelijk gemakkelijk de voorgaande score onthouden en hierdoor worden beïnvloed. Bij een VAS-score is het kruisje op de lijn van de dag ervoor lastiger te onthouden en zodoende onafhankelijker. Daarnaast kan het verloop in de vorm van een grafiek wekelijks worden vrijgegeven vanwege hetzelfde argument.

Monitoring is een vorm van kwaliteitsbewaking die relatief nieuw is en veelbelovende mogelijkheden biedt. Voor zowel de cliënt als de therapeut zijn de relevantie en gebruiksvriendelijkheid prioritair. Het mag niet negatief gaan interfereren met de therapie, maar zou het therapeutische proces juist moeten ondersteunen.

Conclusie

Denkbeelden in de psychiatrie houden verband met de opvattingen die op dat moment in de maatschappij heersen. De tijdgeest bepaalt als het ware de grenzen waarbinnen therapeuten denken. Het veertigjarig jubileum van de VKJP heb ik als uitgangspunt genomen om een blik in de toekomst te werpen: waar moeten wij ons de komende tien jaar op gaan richten?

Ten eerste dient intercultureel werken, door aanpassingen in de opleidingen en op de werkvloer, geïmplementeerd gemeengoed te zijn. De grote diversiteit in de Nederlandse samenleving vraagt om cultuurgevoelige benaderingen. Om

dit mogelijk te maken moet voldoende draagvlak worden gecreëerd: professionals moeten ervan worden overtuigd dat intercultureel werken bevorderlijk is voor het uitoefenen van hun beroep. Het begint dus met een proces van bewustwording en het aannemen van een open, flexibele en nieuwsgierige houding. De therapeut is zich bewust van zijn eigen culturele visie, de kijk op de wereld van de cliënt en hanteert op cultuur toegesneden interventiestrategieën, zoals extra voorlichting en meer aandacht voor het systeem van de cliënt. Het is niet zozeer een andere vorm van werken dan de reguliere therapie, maar verschaft een diepere laag van bewustzijn over en sensitiviteit voor de invloed van de cultuur van de cliënt.

Ten tweede zou een nauwere samenwerking tussen de westerse en oosterse geneeskunde tot stand moeten komen. Door de culturele diversiteit en globalisering komen we steeds vaker in aanraking met niet-westerse, traditionele geneeswijzen en behandeltechnieken. Therapeuten zouden deze nieuwe methoden en technieken met een open blik moeten onderzoeken. Theoretische modellen en zorgsystemen die in de westerse samenlevingen zijn ontwikkeld, worden nog te vaak superieur bevonden boven traditionele of oosterse vormen van hulpverlening. Dit ethnocentrisme in de psychologie zou nog verder doorbroken moeten worden. Over tien jaar zijn we op een punt beland waar de zorgvraag van cliënten centraal staat en mensen meer informatie en keuzemogelijkheden krijgen aangeboden. De drempel om over en weer door te verwijzen naar specialisten met een westers of een oosters denkkader, zou lager moeten komen te liggen. De hulpverlener krijgt als taak om mee te werken aan parallelle zorgpaden, open te communiceren, gekenmerkt door regelmatige feedback.

Ten derde kan praktijkgeoriënteerd onderzoek door middel van monitoring de kloof tussen de wetenschap en praktijk verder overbruggen. Het onderzoek naar de effectiviteit van bepaalde interculturele methoden en oosterse behandeltechnieken (zoals acupunctuur en yoga) is nog volop in ontwikkeling. In plaats van behandelingen te laten plaatsvinden binnen onderzoeksgroepen (het 'laboratorium'), kunnen ook hulpverleners zelf data verzamelen. Met de invoering van de ROM is een eerste stap gezet. Dit systeem geeft echter, door het afnemen van een begin- en eindmeting, geen informatie over de verandering binnenin een behandeling.

Therapeuten kunnen gebruik gaan maken van monitoring: het systematisch bijhouden van de therapievoortgang en werkalliantie. Met de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van digitale ondersteuning zou het mogelijk moeten zijn om monitoring via de smartphone of tablet-pc te verrichten. Wanneer de cliënt directe feedback geeft op het behandelproces en de

therapeutische relatie, wordt stagnatie eerder aan het licht gebracht, doorstroming bevordert en drop-out verminderd. Deze voordelen sluiten naadloos aan bij intercultureel werken: het verkleint de ‘blinde vlek’.

Ten tijde van het vijftigjarig jubileum van de VKJP in 2022 zal met ondersteuning van praktijkgeoriënteerd onderzoek een kruisbestuiving hebben plaatsgevonden tussen interculturele en interdisciplinaire denkwijzen en benaderingen. Dit zal leiden tot een grotere spreiding van effectieve werkvormen en technieken, evenals nieuwe vruchtbare werkwijzen.

Samenvatting

Het veertigjarig jubileum van de VKJP is als uitgangspunt genomen om een blik in de toekomst te werpen. Een drietal speerpunten zijn in dit artikel besproken. Ten eerste dient intercultureel werken, door aanpassingen in de opleidingen en op de werkvloer, geïmplementeerd gemeengoed te zijn. Ten tweede zou een nauwere samenwerking tussen de westerse en oosterse geneeskunde tot stand moeten komen. Ten derde kan praktijk georiënteerd onderzoek door middel van monitoring de kloof tussen de wetenschap en praktijk verder overbruggen.

Suzanne C. van Veen volgt de interculturele GZ-opleiding bij de RINO en is werkzaam als psycholoog op de jeugdafdeling bij GGZinGeest. Zij studeerde in 2010 cum laude af aan de Universiteit van Amsterdam, Klinische Ontwikkelingspsychologie. Email: suzannevanveen@hotmail.com.

Literatuur

- Bear, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Bögels, S., Hoogstad, B., van Dun, L., De Shutter, S., & Restifo, K. (2008). Mindfulness training for adolescents with externalising disorders and their parents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 193-209.
- Borckardt, J.J., Nash, M.R., Murphy, M.D., Moore, M., Shaw, D., & O’Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: A guide to case-based time-series analysis. *American Psychologist*, 63, 77-95.

- Can, M. (2001). Psychotherapeutische methodiek. In Neef, J.E. de, Tenwolde, J., & Mouthaan, K.A.A. (red.), *Handboek interculturele zorg* (pp. 113-138). Maarssen: De Tijdstroom.
- Galantino, M.L., Galbavy, R., & Quinn, L. (2008). Therapeutic effects of yoga for children: a systematic review of the literature. *Pediatric Physical Therapy*, 20, 66-80.
- GGZ Nederland (2012). *Visie op ROM in de ggz*. Geraadpleegd op 15 februari 2012, www.ggznederland.nl.
- Hupkens, S. (2006a). Complementaire zorg in het verpleegkundig beroep. In Busch, M., Huisman, A., Hupkens, S., & Visser, A. (red.), *Inleiding complementaire zorg* (pp. 49-76). Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg.
- Hupkens, S. (2006b). Wat is complementaire zorg? In Busch, M., Huisman, A., Hupkens, S., & Visser, A. (red.), *Inleiding complementaire zorg* (pp. 31-48). Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg.
- Ingleby, D. (2008). Waarom interculturele psychologie? In Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (red.), *Psychologie en de multiculturele samenleving* (pp. 21-40). Den Haag: Boom Lemma.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Where Ever You Go, You Are: mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kortmann, F. (2007). *Transculturele psychiatrie. Van theorie naar praktijk*. Assen: Van Gorcum.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2005). Psychotherapie met alloctonen - écht anders? *Maandblad Geestelijke volkgezondheid*, 60, 717-724.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2007). Interculturele psychotherapie - een zekere deceptie of verrijkende uitdaging? *Nederlands Tijdschrift voor Behavioral Medicine*, 18, 15-19.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2008). De rol van cultuur in de psychologie. In Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (red.), *Psychologie en de multiculturele samenleving* (pp. 5-20). Den Haag: Boom Lemma.
- Knipscheer, J.W., Mooren, T., & Kurt, A. (2008). Klinische psychologie in intercultureel perspectief. In Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (red.), *Psychologie en de multiculturele samenleving* (pp. 131-148). Den Haag: Boom Lemma.
- Lambert, M.J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J.L., & Hawkins, E.J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: Clinical results and practice suggestions. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 165-174.
- Lan, Y., Zhang, L.L., & Luo, R. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder in children: comparative efficacy of traditional Chinese medicine and methylphenidate. *Journal of International Medical Research*, 37, 939-948.

- Li, S., Yu, B., Lin, Z., Jiang, S., He, J., Kang, L., Li, W., Chen, X., & Wang, X. (2010). Randomized-controlled study of treating attention deficit hyperactivity disorder of preschool children with combined electro-acupuncture and behavior therapy. *Complementary Therapies in Medicine*, 18, 175-183.
- Li, S., Yu, B., Zhou, D., He, C., Kang, L., Wang, X., Jiang, S., & Chen, X. (2011). Acupuncture for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children and adolescents (Review). *The Cochrane Library*. Cochrane Database of Systematic Reviews: Protocols, 2: CD007839.
- Meulen, R. van der, Helleman, J., & Bögels, S. (2012). Mindful parenting, een andere kijk op de opvoeding. *Kind en Adolescent Praktijk*, 1, 16-21.
- Oudenhoven, J.P. van (2002). Cross-culturele psychologie: de zoektocht naar verschillen en overeenkomsten tussen culturen. Bussum: Coutinho.
- Pinto, D. (1990). *Interculturele communicatie. Driestappenmethode voor het doeltreffend overbruggen en managen van cultuurverschillen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Sapyta, J., Riemer, M., & Bickman, L. (2005). Feedback to clinicians: Theory, research, and practice. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 145-153.
- Semple, R.J., Reid, E.F.G., & Miller, L. (2005). Treating anxiety with mindfulness: An open trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 379-392.
- Stinckens, N., Verdru, H., & Leijssen, M. (2009). Meestertherapeuten en het geheim van hun succes: het belang van praktijkgeoriënteerd onderzoek en monitoring. *Psychopraxis*, 11, 96-103.
- Telles, S., & Naveen, K.V. (1997). Yoga for rehabilitation: an overview. *Indian Journal of Medical Sciences*, 51, 123-127.