

KINDER
& JEUGD
PSYCHO
THERAPIE

CULTURELE
DIVERSITEIT

Cultuursensitief werken in de jeugd-ggz: een kwestie van kennis, houding en vaardigheden

Cor Hoffer

Mede door de immigratie in de laatste zestig jaar is de samenstelling van de Nederlandse bevolking in sociaal-economisch, cultureel en levensbeschouwelijk opzicht heel divers.

Met de vrij recente instroom van nieuwe groepen vluchtelingen, uit met name Syrië, Eritrea, Irak, Afghanistan en Oekraïne, is die diversiteit versterkt. De verander(en)de samenleving leidt ertoe dat zorgverleners in de jeugd-ggz steeds meer te maken krijgen met kinderen, jongeren en ouders die een andere culturele en levensbeschouwelijke achtergrond hebben dan zichzelf. Dat betekent dat zij kennismaken met voor hen onbekende opvattingen over psychische problemen en beperkingen, alsook andere manieren om hulp te zoeken. Tevens kunnen opvoedings- en levensstijlen van ouders anders zijn dan zorgverleners gewend zijn. De vraag rijst hoe professionals hier adequaat op kunnen reageren en op welke wijze zij hierover met cliënten en hun naasten kunnen communiceren. Vanuit mijn achtergrond als antropoloog en socioloog probeer ik in dit artikel antwoord op deze vraag te geven. Na uitleg van enkele belangrijke begrippen ga ik eerst in op de invloed van cultuur en levensbeschouwing op ziekteopvattingen en hulpzoekgedrag. Daarna leg ik uit wat cultuursensitief werken is en waarom dit belangrijk is voor de zorg voor migrantenkinderen en -jongeren. Ook geef ik enkele tips hoe zorgverleners kunnen leren cultuursensitief te werken. Vervolgens beschrijf ik waarom identiteitsvorming en opvoeding relevante thema's zijn voor zorgverleners die met migrantenkinderen en -jongeren werken. Ik sluit af met een aantal conclusies en aanbevelingen.

Cultuur, levensbeschouwing en religie

Voordat ik inga op cultuursensitief werken is het belangrijk om stil te staan bij drie centrale begrippen: cultuur, levensbeschouwing en religie.

Cultuur kan worden omschreven als een manier van leven. Het geeft aan

Cultuursensitief werken in de jeugd-ggz

Samenvatting

Zorgverleners in de jeugd-geestelijke gezondheidszorg (jeugd-ggz) krijgen te maken met de invloed van diverse culturen en levensbeschouwingen. De diversiteit aan achtergronden van cliënten is soms groot en ogenschijnlijk complex. Zorgverleners krijgen bijvoorbeeld te maken met andere visies op ziekten en beperkingen. Voorts kan het hulpzoekgedrag van cliënten en hun naasten anders zijn dan zorgverleners gewend zijn. Datzelfde geldt ook voor levensstijlen en opvoedingsstijlen. In dit artikel worden praktische tips gegeven over hoe zorgverleners cultuursensitief kunnen werken.

Trefwoorden: cultuursensitieve communicatie, ziekteopvattingen, verklaringsmodellen, werkrelatie, identiteitsvorming, opvoedingsstijlen.

wat mensen in een bepaalde groep of samenleving waardevol (*waarden*) vinden, en hoe zij zich moeten gedragen (*normen*).

Levensbeschouwing – als aspect van cultuur – is het geheel van overtuigen, waarden en normen waarmee mensen richting en betekenis aan hun leven geven. Ieder mens, religieus of niet, heeft een levensbeschouwing. Zo heeft eenieder gedachten over waar we vandaan komen, wat er gebeurt als we overlijden en wat belangrijke doelen in het leven zijn.

Religie is een specifieke vorm van levensbeschouwing, die samenhangt met geloof in het transcendent. Aanhangers van een religie geloven dat er buiten de empirische werkelijkheid nog een andere realiteit bestaat. Die realiteit kan verschillend worden benoemd, bijvoorbeeld als scheppend beginsel of bovennatuurlijke macht.

Voorbeelden van religies zijn: christendom, islam, hindoeïsme, jodendom en boeddhisme. Voorbeelden van niet-religieuze levensbeschouwingen zijn: humanisme, atheïsme en agnosticisme. Al deze levensbeschouwingen kennen ook weer substromingen.

Voor zorgverleners is het van belang dat zij zich realiseren dat zij in het contact met cliënten en hun naasten – bewust of onbewust – ook hun eigen levensbeschouwing inbrengen en dat dit van invloed kan zijn op de inhoud van de communicatie.

Cultuur, levensbeschouwing en gezondheidszorg

Cultuur en levensbeschouwing zijn van invloed op de ziekteopvattingen en het hulpzoekgedrag van cliënten. Zo laten sommige ouders op grond van bijvoorbeeld christelijke of antroposofische overtuigingen hun kinderen niet vaccineren tegen ziekten als bof, mazelen en rodehond. Ook zijn er mensen die bij ziekte een beroep doen op alternatieve geneeswijzen als homeopathie, kruideneeskunde, of religieuze geneeswijzen (zoals gebedsgenezing door sommige christenen). Zulke culturele en levensbeschouwelijke invloeden op het denken over gezondheid en ziekte treffen we ook aan onder migranten en hun nakomelingen. Een bekend voorbeeld zijn de winkels van Chinees-Nederlandse traditionele genezers die in veel grote steden te vinden zijn. Andere voorbeelden zijn wintigeneeswijzen onder Afro-Surinaamse Nederlanders, brua-geneeswijzen onder met name Curaçaose en Arubaanse Nederlanders, hindoeïstische geneeswijzen onder Surinaams-Hindostaanse Nederlanders en islamitische geneeswijzen onder met name Marokkaanse en Turkse Nederlanders. Deze laatste

vier geneeswijzen hebben met elkaar gemeen dat zij uitgaan van het geloof dat ziekten, beperkingen en problemen veroorzaakt worden door bovennatuurlijke krachten als geesten of magie.

Bij lichamelijke en psychische problemen of beperkingen van kinderen of jongeren consulteren sommige migrantenouders naast artsen en andere zorgverleners ook alternatieve genezers. Met name wanneer klachten onduidelijk zijn of wanneer zij bepaalde ziektesymptomen van huis uit anders duiden en beleven – bijvoorbeeld in het geval van een psychose, autisme of onverklaarde klachten –, wenden zij zich tot alternatieve therapeuten, met wie zij vertrouwd zijn en die bovendien dezelfde taal spreken.

Casus 1

Een Surinaams-Nederlandse Hindostaanse vrouw (31 jaar) begeleidt haar ouders bij bezoeken aan zorgverleners voor gezondheidsproblemen van diverse gezinsleden. In hun zoektocht naar hulp gaan haar ouders ook te rade bij alternatieve genezers. Zij vertelt: “Voor mijn broer, die een verstandelijke beperking heeft, hebben mijn ouders destijds zijn horoscoop laten trekken door een pandit (hindoe priester). Daar kwam uit dat hij in een slechte tijd is geboren en dat het met zijn karma (de mogelijke invloeden van daden uit een vorig leven) te maken heeft. En mijn zusje heeft af en toe paniekaanvallen, waarbij zij soms flauwvalt. Ook voor haar hebben mijn ouders een pandit om hulp gevraagd. Die heeft geadviseerd dat er een Shanti Grah, een ritueel, uitgevoerd moest worden. Dat hield onder meer in dat er aan de hand van mantra’s (heilige spreuken) gemediteerd moest worden. Dat duurde de hele dag. Het was op een zondag bij ons thuis. Ik wilde niet, maar moest erbij zijn. Er kwamen drie priesters. Eén bad en liet zo’n ketting met kraaltjes langs zijn vingers gaan. Eén mediteerde met een aantal mantra’s. En één deed het vuuroffer. Ook heb ik mijn ouders nog weleens met een amulet gezien. Daar zitten dan bepaalde kruiden in. Als je die krijgt, mag je bijvoorbeeld zeven dagen geen vlees eten. Ook als huizen gereinigd moeten worden vindt er een ritueel plaats.”

Culturele diversiteit en dynamiek

Het is belangrijk om te beseffen dat groepen mensen die een cultuur delen daarin verschillende accenten kunnen leggen. Bovendien veranderen culturen. Zo zien we belangrijke verschillen ontstaan tussen de eerste generatie migran-

ten en leden van latere generaties, maar ook binnen generaties (Hoffer, 2016). Dit geldt ook voor ziekteopvattingen en hulpzoekgedrag. Ter illustratie volgen hier twee voorbeelden.

Wintireligie

Het eerste voorbeeld betreft geneeswijzen die samenhangen met de wintireligie. *Winti* is de benaming voor de religieuze opvattingen en handelingen die de tot slaaf gemaakten destijds hebben meegenomen uit West-Afrika naar Suriname. In de wintireligie gaat men uit van het bestaan van *Anana Keduaman Keduampon* (God de Schepper), *winti's* (goden of natuurgeesten), *jorka's* (geesten van overledenen en voorouders) en de *kra* (ziel van de levende mens). De wintireligie belijdt men met zang, dans, muziek en rituele handelingen. Hierbij kunnen mensen in bezit worden genomen door goden of geesten, waarbij het bewustzijn tijdelijk wordt verlaagd. In geval van psychische problemen consulteren sommige Afro-Surinaamse Nederlanders wintipriesters.

Met de migratie van Afro-Surinamers naar Nederland eind twintigste eeuw, kreeg winti hier bekendheid. Een deel van de eerste generatie Afro-Surinaamse migranten hecht(te) waarde aan de wintireligie en consulteerde wintipriesters in geval van ziekte of problemen. Andere leden van de eerste generatie beschouw(d)en winti als 'afkodree' (afgode-rij) en bijgeloof.

Onder Afro-Surinaamse Nederlanders van de latere generaties is er – als onderdeel van hun identiteitsvorming – een toenemende belangstelling voor de wintireligie. Meer dan de eerste generatie verdiepen zij zich in de Afrikaanse oorsprong van deze religie en die van hun voorouders. Via social media en publicaties tonen zij zich kritisch ten aanzien van het kolonialisme, het slavernijverleden en het christendom. Betrokkenen stellen dat de Surinaamse geschiedenis te lang eenzijdig vanuit een eurocentrisch perspectief is beschreven. Zij verkiezen daarom een afrocentrisch perspectief en dragen theologische argumenten aan om te beschrijven hoezeer het christendom ruim een eeuw de wintireligie zou hebben onderdrukt. Er is sprake van een herwaardering van de Afrikaanse spirituele tradities die ten grondslag liggen aan winti. Aldus is de situatie ontstaan dat



Praktijkruimte van een Afro-Surinaams-Nederlandse bonuman.

Afro-Surinaamse Nederlanders van de eerste generatie zich dikwijls op Suriname oriënteren, terwijl leden van de latere generaties veel meer bezig zijn met hun Afrikaanse roots. Daardoor zullen zij ook andere accenten leggen als het gaat om spirituele interpretaties van ziekten en problemen (van der Valk, 2018; Vers Babel, 2019; Helberg & Zwaan, 2021).

Islam en religieuze geneeswijzen

Een tweede voorbeeld van de dynamiek van cultuur en ziekteopvattingen zijn ontwikkelingen onder moslims in Nederland. Sommige leden van de eerste generatie Turkse en Marokkaanse moslims gingen in geval van ziekte en problemen op zoek naar genezing in de landen van herkomst. Zij bezoeken (bezochten) dan bijvoorbeeld de graftombe van een heilige, waarbij zij door middel van rituelen hoopten op genezing. Ook consulteren (consulteerden) sommige moslims religieuze genezers – hetzij in het land van herkomst, hetzij in Nederland – die beweren via rituele handelingen ziekten en problemen (veroorzaakt door bovennatuurlijke krachten) te kunnen wegnemen (Hermans, 2007; Hoffer 2000, 2009). In samenhang hiermee draagt men soms ook religieuze symbolen of amuletten, waarvan men hoopt dat die een preventieve of helende werking hebben.

Andere Turkse en Marokkaanse migranten van de eerste generatie staan op het standpunt dat het bezoek aan heiligen-graven en het consulteren van religieuze genezers zondig (*shirk*) en zinloos is. Volgens hen strookt dit niet met de richtlijnen van de Koran en de *hadieth* (opgetekende verhalen over het denken en handelen van de profeet Mohammed).

Deze laatste opvatting is met name onder leden van de tweede en derde generatie Turkse en Marokkaanse Nederlanders te vernemen (Hoffer, 2007). Met



Graftombe (marabout of qobba) van een heilige in Marokko.



Door een islamitische genezer geschreven teksten en esoterische symbolen waarvan men hoopt dat ze helend werken.

name zij baseren zich vooral op de Koran en de hadieth, alsook op uitspraken van islamitische theologen. In hun visie zijn er in geval van ziekte en problemen vanuit islamitisch perspectief twee handelingen wel toegestaan: gebedsgenezing (*ruqya sharia*) en koppenzetten (onttrekken van bloed uit het lichaam door middel van *cupping*; Arabisch: *hidjamaa*, Turks: *hacamat*).

De reden voor genoemd verschil van inzicht tussen de generaties is vermoedelijk dat vele leden van de eerste generatie een vorm van islam aanhangen (aanhingen) waar ook culturele elementen in zijn opgenomen. Leden van de jongere generaties hebben meestal meer scholing genoten, waardoor zij – via boeken en internet – ook beter toegang hebben tot de schriftelijke bronnen van de islam.

Evenals voor Afro-Surinaamse Nederlandse jongeren geldt ook voor Marokkaans- en Turks-Nederlandse moslims van de latere generaties dat zij anders omgaan met religieuze interpretaties van ziekten en problemen. Zo zijn er de afgelopen tien tot vijftien jaar in diverse steden *hidjamaa*-praktijken geopend.

Casus 2

De zus (27 jaar) van een Marokkaans-Nederlandse man (25 jaar) vertelt: “Enkele jaren geleden heeft mijn broer iemand met een mes gestoken. Hij is toen meegenomen door de politie. Later vertelden ze dat mijn broer zei dat hij rare stemmen had in zijn hoofd. (...) Pas later realiseerde ik mij dat er al eerder dingen niet klopten. Enkele jaren daarvoor bleef hij vaak overdag thuis en ging hij niet meer naar buiten. Hij sloot zich dan helemaal op in zijn eigen wereld. En 's nachts liep hij te ijsberen. (...) Ik heb begrepen dat hij aan schizofrenie lijdt. Mijn ouders dachten aan dzjenoun (geesten). Mijn broer beseftte eerst niet wat hij had gedaan. Dat kwam pas later. Door de schrik zijn de dzjenoun in hem gekomen. Daarna hebben mijn ouders een imam geroepen. Die heeft de Koran gelezen en gaf mijn broer ook wa-



Als kinderen slecht slapen of wat vaker huilen, lezen islamitische ouders stukjes voor uit de Koran, die in dit soort boekjes beschreven staan.

ter waarin koranverzen waren opgelost. Dat moest hij drinken en er ook zijn gezicht mee wassen. (...) Mijn moeder is later ook nog met mijn broer naar een fqih (religieuze genezer) in Marokko geweest. En ze zijn ook nog naar een gewone dokter in Fez gegaan. Die deed allemaal testen met zijn hoofd. Hij zei hetzelfde als de dokters hier. Mijn broer kreeg pillen mee. Maar toen die op waren, kwamen de stemmen weer terug.”
“Nu denken mijn ouders niet meer aan dzjenoun. Zij zeggen nu dat het door de wiet komt. Sinds hij veertien jaar was, heeft mijn broer hasjiesj gerookt. Als hij met zijn verslaving stopt, dan zal het beter gaan.”

Verklaringsmodellen

In de communicatie met cliënten en hun naasten is het van belang dat zorgverleners zich ervan bewust zijn dat zij als professionals op een andere manier naar ziekten en gezondheids- of gedragsproblemen kijken dan betrokkenen. In de transculturele psychiatrie spreekt men in dit verband over ‘*verklaringsmodellen*’. Hiermee bedoelt men dat zowel de zorgverlener als de cliënt (en zijn of haar omgeving) een idee hebben over de oorzaak en het beloop van een ziekte en over wat een passende behandeling is. Het verklaringsmodel van de zorgverlener duidt men aan met het Engelse woord ‘*disease*’, dat van de cliënt met ‘*illness*’. *Disease* hangt samen met de biomedische benadering van ziekten en problemen, *illness* betreft de belevingswereld van de cliënt, die samenhangt met culturele en levensbeschouwelijke achtergronden (Braakman, 2017).

Mede door culturele en levensbeschouwelijke factoren kunnen het verklaringsmodel van de zorgverlener en dat van de cliënt sterk van elkaar verschillen. Een bekend voorbeeld is de constatering door transculturele deskundigen dat het horen van stemmen die anderen niet horen, of het zien van verschijningen die anderen niet zien, niet per se hoeft te duiden op een symptoom van een psychiatrisch ziektebeeld. In sommige (culturele en levensbeschouwelijke) contexten is het ‘normaal’ om bepaalde stemmen te horen of wezens te zien. In dit verband wordt erop gewezen dat bijvoorbeeld de DSM – het Amerikaanse classificatiehandboek – als leidraad voor de psychiatrie de nodige aanpassing behoeft (Almer, 2013; Hofmann, 2016; Burger, 2017). Een bruikbare methode hiervoor is het later te bespreken *Culturele Interview*. Maar ook de heteroanamnese is hierbij belangrijk.

Transculturele deskundigen zien de interactie tussen een zorgverlener en een cliënt met een migrantenachtergrond (en diens naaste omgeving) als een proces van ‘onderhandelen’ over verklaringsmodellen. We zouden hier

ook over motiverende gespreksvoering kunnen spreken. Dit betekent dat de zorgverlener die wil dat zijn zorgaanbod goed overkomt bij en geaccepteerd wordt door de cliënt, zich eerst open moet stellen voor het verklaringsmodel van de ander. Vervolgens is het zaak dat de zorgverlener helder uitlegt hoe hij de ziekte of de problemen inschat. Voor cliënten en hun omgeving is het niet altijd duidelijk wat zorgorganisaties doen, wat bepaalde zorgberoepen inhouden en hoe ziektebeelden of problemen worden gedefinieerd. Het is dan ook steeds weer relevant dit in te schatten en ook af te stemmen met betrokkenen. Bij de opstelling van het behandelingsbeleid kan de zorgverlener dan proberen rekening te houden met de visie van de cliënt en tegelijkertijd het belang van het eigen professionele verklaringsmodel benadrukken. Openstaan voor de belevingswereld van de cliënt en daarbij aansluiten, komen ten goede aan de werkrelatie (ofwel *'de klik'*) tussen behandelaar en cliënt. Dit is een basisvoorwaarde voor effectieve zorg (Kortmann, 2016; Punski-Hoogervorst e.a., 2021).

Cultuursensitief werken: een open blik

De hier beschreven benadering vergt van zorgverleners dat zij weten wat cultuursensitief werken is en hoe zij dit in hun dagelijkse werk kunnen integreren. Cultuursensitief werken houdt in dat zorgverleners enige kennis hebben van andere culturen en levensbeschouwingen dan die waarmee zij zelf zijn opgegroeid. Zeker zo belangrijk is dat zij cliënten met een zo open mogelijke blik en gemoed tegemoet treden.

Een open houding is de kern van cultuursensitief werken. Het betekent dat de zorgprofessional oog heeft voor de diversiteit en dynamiek van culturele fenomenen in de alledaagse praktijk. Hierbij gaat het erom dat de professional zich ervan bewust is dat bijvoorbeeld dé Surinaamse cultuur niet bestaat, omdat er onder Surinamers en onder Surinaamse Nederlanders verschillende subculturen en levensbeschouwingen onderscheiden kunnen worden. In samenhang hiermee is het eveneens van belang te beseffen dat (sub)culturen veranderen, zowel in de landen van herkomst als in Nederland. Zo wordt, zoals we eerder al zagen, de islam door sommige Turks-Nederlandse jongeren anders beleefd dan de manier waarop hun ouders hun geloof praktiseerden.

Impressie van de diversiteit in de grootste vier migrantengroepen

- Turkse Nederlanders: soennieten, alevieten, Arabieren, Turken, Koerden, Armeense christenen en anderen;
- Marokkaanse Nederlanders: Imazighen (Berbers), Arabieren;

- Surinaamse Nederlanders: Afro-Surinamers, Hindostanen (hindoes, moslims, christenen), Javanen, Chinezen en anderen;
- Nederlanders afkomstig van Curaçao, Aruba, Sint Maarten, Bonaire, Sint Eustatius en Saba.

Evenals migrantengroepen kent ook de Nederlandse bevolking zonder migratieachtergrond de nodige dynamiek en diversiteit. Onder de autochtone groepen is de volgende indeling denkbaar.

Subculturen onder Nederlanders zonder migratieachtergrond

- Friezen, Limburgers, Randstedelingen;
- stedelingen en plattelanders;
- Hagenaars, Rotterdammers, Amsterdammers, Utrechters;
- rooms-katholieken, protestanten, humanisten, atheïsten, agnosten;
- lageropgeleiden en hogeropgeleiden;
- werkenden en niet-werkenden;
- welgestelden en lagere-inkomensgroepen.

Binnen deze subculturen zijn weer variaties aan te brengen. Zo zijn er in de zogenoemde *Biblebelt* diverse subgroepen orthodoxe protestanten en kent Volendam weer een heel andere, rooms-katholieke subcultuur (Declercq, 2020; Smid, 2013).

Behalve een open blik is culturele zelfreflectie een ander belangrijk aspect van cultuursensitief werken. Dat wil zeggen dat de zorgverlener inzicht heeft in zijn eigen cultuur en levensbeschouwing en zich bewust is van de mogelijke invloed daarvan op de communicatie met cliënten met een andere achtergrond (Helberg & Zwaan, 2021).

Het Culturele Interview en het Cultureel Venster Jeugdhulpverlening

Door cultuursensitief te werken probeert de zorgverlener de zorgvrager te leren kennen als een individu dat functioneert in zijn culturele en levensbeschouwelijke leefwereld. Concreet betekent dit dat de zorgverlener behalve de standaardintake en diagnose aanvullende vragen stelt over onder meer iemands levensloop en diens culturele en levensbeschouwelijke achtergronden en opvattingen. Ook de manier waarop de cliënt en diens naasten een ziekte of probleem beleven en de rol van eventuele alternatieve geneeswijzen kunnen

ter sprake worden gebracht. Een heel bruikbaar instrument bij een dergelijke benadering is het Culturele Interview. Dit is destijds in de ggz ontwikkeld als aanvulling op de DSM-IV, gepubliceerd in 1994, en bedoeld om het gesprek tussen zorgverleners en cliënten met een andere culturele en levensbeschouwelijke achtergrond te stimuleren (Borra e.a., 2002). Het interview bestaat uit een lijst met open vragen, waarin de genoemde aspecten aan bod komen. Inmiddels wordt dit instrument ook gebruikt door sommige huisartsen, praktijkondersteuners in de huisartsenzorg en wijkverpleegkundigen. Ook voor de jeugd-ggz is het ten behoeve van cultuursensitief werken raadzaam om het Culturele Interview in te zetten.

In het kader van de DSM-5 is een nieuwe versie van het Culturele Interview ontwikkeld onder de titel *Cultural Formulation Interview*. Die bevat een basislijst met zestien vragen en extra aanvullende lijsten (waaronder vragen voor kinderen, adolescenten en ouders) ter verdieping. In de kern delen al deze varianten het streven naar een open gesprek met cliënten en hun naasten over hun belevingswereld (Braakman, 2017). Na een korte training kunnen zorgverleners vrij snel en met plezier leren werken met het Culturele Interview.

Tevens kan men in de jeugd-ggz gebruikmaken van het *Cultureel Venster Jeugdhulpverlening* (CVJ) (Sarneel, 2012). Dit is een speciale, voor het domein van de jeugd- en opvoedhulp ontwikkelde variant van het Culturele Interview. Het CVJ bevat een lijst met open vragen voor kinderen of jongeren en een lijst voor ouders of andere naasten.

Indien zich tussen zorgverlener en cliënt onoverkomelijke taalproblemen voordoen, kan men – ook bij de afname van het Culturele Interview en het CVJ – een tolk inschakelen. Hierbij is het raadzaam onder meer de suggesties van Bot (2007) ter hand te nemen: met name dat een professionele tolk is te prefereren boven een niet-professionele tolk en dat de zorgverlener het gesprek leidt.

Cultuursensitief werken in de praktijk: een voorbeeld

Tijdens een workshop voor schoolpsychologen bracht een deelnemer de volgende casus in.

“In mijn werk ben ik meerdere kinderen tegengekomen die met hun gezin zijn gevlucht uit Syrië. Laatst betrof dit een jongetje van 9 jaar. De hulpvraag betrof gedragsproblemen op school; hij werd snel boos en kwam (daardoor) deels in conflict met andere kinderen en leerkrachten. De school had hem doorverwezen voor hulp. Ouders hebben aanvankelijk in-

gestemd met de hulp, maar tijdens het traject kwam steeds meer weerstand naar voren.”

“Mijn belangrijkste vraag bij deze casus (en eigenlijk alle soortgelijke) is: in gesprek met de vader kwam naar voren dat psychologen in de Syrische cultuur anders worden gezien dan bij ons. Daar ga je alleen naar een psycholoog als je ‘gek’ bent. Hoe kun je in een dergelijke situatie respect behouden voor de cultuur en tegelijk uitleggen hoe het bij ons werkt, zodat het jongetje geholpen kan worden?”

In de bespreking van deze casus is gesteld dat het in deze situatie van belang is om een officiële tolk in te schakelen. Voorts is gewezen op het Culturele Interview en het CVJ. Inzet daarvan kan helpen te achterhalen hoe de ouders en het jongetje zelf over zijn gedrag denken en ook hoe zij daar zelf mee om willen gaan. Daarnaast is aangeraden om begrijpelijk uit te leggen wat de rol van de schoolpsycholoog is en hoe die naar de situatie kijkt. Hierbij zou ook uitgelegd kunnen worden dat een psycholoog niet zozeer ‘gekken’ behandelt. Ook zouden suggesties voor begeleiding van het kind en de ouders kunnen worden gedaan.

Cultuur, identiteitsvorming en opvoeding

Als het om cultuursensitief werken met kinderen en jongeren gaat, zijn identiteitsvorming en opvoeding thema's die extra aandacht verdienen in de jeugd-ggz. Ten eerste omdat met name in deze thema's de dynamiek van cultuur te zien is. Ten tweede omdat identiteitsvorming en opvoeding zowel bij jongeren als ouders kunnen samenhangen met psychische problemen (Helberg & Zwaan, 2021).

Identiteit kan worden omschreven als “*een mentale constructie die orde brengt in het veelvoud van onze gevoelens die opgewekt worden in de veelvuldige sociale relaties die we aangaan*” (Bracke e.a. 2021). Enerzijds krijgt de identiteit van een individu vorm in de interacties die het heeft met andere individuen (Çankaya, 2020). Anderzijds geeft een individu zelf vorm aan zijn identiteit. In de identiteitsvorming van migranten en hun nakomelingen spelen twee vragen een rol: behoud ik de cultuur waarin ik ben opgevoed, of pas ik mij aan aan de cultuur van de wereld buiten het gezin en de familie? Enerzijds wordt het antwoord daarop bepaald door externe factoren: sociale en politieke context (discussies over en het overheidsbeleid inzake de integratie van migranten), levensbeschouwing, opleiding en sociaal-economische positie. Anderzijds maken individuen hierbij zelf hun keuzes.

Lale Gül

Een voorbeeld van welke keuze iemand maakt, is die van de inmiddels bekende Turks-Nederlandse Lale Gül. Zij is dochter van Turkse migranten en groeide op in een streng islamitisch milieu. Gül stond onder strenge controle van haar moeder en werd orthodox gelovig opgevoed. Zij moest zich houden aan kledingvoorschriften en kreeg regelmatig les op een Koranschool. Ondanks tegenwerking ging zij Nederlands studeren aan een universiteit. Gaandeweg nam zij steeds meer afstand van de opvoeding thuis en besloot zij dit proces te beschrijven in een autobiografische roman (Gül, 2021). Dit is haar door haar ouders en haar omgeving niet in dank afgenomen. De reactie van Güls ouders hing samen de zogenoemde ‘wij-cultuur’ waarin zij opgroeide.

In tabel 1 wordt het onderscheid tussen ‘wij-’ en ‘ik-culturen’ beschreven.

In belangrijke mate geldt dat veel migranten (zeker van de eerste generatie) opgroeien in een wij-cultuur. Een nuancering is hier op zijn plaats. Er zijn ook diverse migranten (en vooral onder latere generaties) die meer vertrouwd zijn met een ik-cultuur. En omgekeerd geldt dat veel niet-migrant opgroei in een individualistische context. Maar er zijn ook vele niet-migrant die van huis uit bekend zijn met een collectivistische cultuur. Dat geldt voor bepaalde gemeenschappen in de Biblebelt, maar bijvoorbeeld ook voor een dorp als Volendam (Declercq, 2020; Smid, 2013).

Terugkerend naar de situatie van Lale Gül laat haar verhaal zien dat zij in een wij-cultuur opgroeide en dat zij op een gegeven moment de keuze heeft gemaakt daaruit te stappen. Zoals het verloop van haar leven na het verschijnen van haar boek illustreert, heeft dat vergaande consequenties. Zij is verstoten door haar familie, die ook zelf te maken kreeg met negatieve reacties uit de directe Turks-Nederlandse omgeving. Daarentegen beweert zij zelf haar vrijheid te hebben gevonden (Herter & van der Beek, 2021; Gordijn, J., 2022).

De eveneens vrij bekende Marokkaans-Nederlandse jongere Ajouad El Miloudy maakt een andere keuze (Onkenhout, 2016). In de veelzeggende documentaire ‘Ajouad: kaaskop of mocro’ laat hij zien dat hij het beu werd steeds weer te worden gezien als Marokkaan met alle stereotypen daarbij. In de documentaire gaat hij op zoek naar wie hij nu werkelijk denkt te zijn en vraagt hij zich af of hij nu ‘Nederlander’ of ‘Marokkaan’ is. Zijn conclusie luidt dat hij

helemaal niet hoeft te kiezen: hij koestert beide identiteiten.

Casus 3

Soms is het niet eenvoudig om je identiteit vorm te geven, vertelt een Chinees-Nederlandse man (24 jaar), die in Nederland is geboren uit ouders die uit de Oost-China komen.

“Ik voel me zowel Nederlander als Chinees, afhankelijk van onder andere de situatie. Maar, hoe tegenstrijdig het ook klinkt, wanneer ik mij onder Chinezen of Aziaten bevind, voel ik mij ook ergens Nederlander, die dan een beetje buiten de boot valt, en vice versa.”

“Ik heb ook vaak momenten dat ik heel goed in staat ben om beide nationaliteiten te combineren, dat ik gewoon mee kan doen, zonder erbij stil te staan wie of wat ik ben. Dit is iets wat ik al sinds ongeveer mijn vijftiende heb, niet goed wetend waar ik nu precies bij hoor, terwijl ik mij op andere momenten nergens druk om maak.”

“Het was ook toen dat ik eigenlijk beseftte dat ik niet echt Nederlander was, maar een Nederlandse Chinees. Ik had ook geen echte emotionele band met mijn Chinese achtergrond. Dat wilde ik toen toch wel uitzoeken en leren kennen. Dat deed ik dan niet goed, want ik verbrak de banden met mijn Nederlandse vrienden. Ik zag hen alleen nog maar op school. En ik ging op zoek naar Chinese leeftijdsgenoten en raakte met hen bevriend. Alleen ontmoette ik toen vooral Chinezen die erg materialistisch waren, die meer keken naar de kleren waarin je liep dan of je wat zinnigs te melden had. Dat vond ik echt een afknapper en ik verbrak met de meesten van hen de ‘vriendschap’. Ik probeerde weer contact te krijgen met mijn Nederlandse vrienden, maar dat ging allemaal moeizaam.”

Journalist Pete Wu verdiept zich in de positie van Aziatische Nederlanders. Als zoon van Chinese migranten ging hij zich steeds meer realiseren hoezeer Aziatische Nederlanders te maken hebben met vooroordelen en stereotypen, waarbij zij allemaal als ‘Chinese Nederlanders’ worden weggezet. In zijn boek *De bananengeneratie* (Wu, 2019) beschrijft hij de diversiteit onder Aziatische Nederlanders. Ook laat hij zien hoezeer hij zelf als homoseksueel moet opboksen tegen vooroordelen ten aanzien van zijn seksuele geaardheid onder diverse Chinese Nederlanders.

Dit type zoektochten naar identiteit zijn kenmerkend voor meer nakome-

lingen van migranten. Zij worden zich bewust van hun positie en vooral ook van de oordelen die anderen over hen vormen. In reactie daarop maken zij hun eigen keuzes, die zij ook kenbaar maken. Eerder in dit artikel zagen we dit al bij Afro-Surinaamse Nederlandse jongeren in hun omgang met de wintireligie en ook bij Turks- en Marokkaans-Nederlandse jongeren ten aanzien van islamitische geneeswijzen. Interessant in dezen is ook het werk van cultureel antropoloog Sinan Çankaya, die vooral het relationele aspect van identiteitsvorming benadrukt. Hij beschrijft bijvoorbeeld dat hij als opgroeiende leerling in 'een witte vwo-klas' in Nijmegen zat, en ook hoe hij bij latere gelegenheden als 'Turk' werd bestempeld. Inmiddels woont hij in Amsterdam-West en merkt hij dat hij daar meer gemeen heeft met vermogende 'witte nieuwkomers' dan met de vele bewoners van Turkse komaf (Çankaya, 2020; Tunalı, 2020).

Het lijkt erop dat jongeren als Gül, El Miloudy, Wu en Çankaya – ondanks diverse problemen en tegenslagen – hun weg wel vinden, maar er zijn ook migrantenjongeren die daar veel meer moeite mee hebben en daar hulp bij nodig hebben (Beijers e.a., 2015). Het is zaak dat zorgverleners daar oog voor hebben als context van mogelijke psychische problemen.

Identiteitsvorming en psychische problemen: een voorbeeld

Tijdens een workshop voor schoolpsychologen bracht een deelnemer de volgende casus in.

“Ik begeleid een slechthorend Turks-Nederlands meisje van 16 jaar. Zij zit in het vierde jaar van het vwo. Zij heeft de overstap gemaakt van speciaal naar regulier onderwijs en heeft nog begeleiding van een ambulante begeleider.”

“Dit meisje heeft niet kunnen aarden in haar klas. Ze voelt zich alleen. Eerst ging ik ervan uit dat dat lag aan haar gehoorproblemen. In het begin heeft zij (met haar begeleider) voorlichting gegeven aan haar klas. Ook docenten hebben informatie gekregen. Maar ondanks dat mist ze veel van de interactie en ze heeft (nog) niet het zelfvertrouwen om wat meer voor zichzelf op te komen.

Meermaals bracht ze in gesprekken naar voren dat ze erover dacht om een andere opleiding te gaan doen en naar een andere school te gaan. Ze spreekt weleens vaker over 'de Turkse meiden' en 'de Nederlandse meiden' in haar klas, en dat er op deze school zo veel Nederlanders zitten. Eerst landde dat niet zo bij mij; ik dacht dat dat iets was waar ze wel overheen zou komen als we zouden werken aan zelfvertrouwen om contact te zoeken

met klasgenoten. Maar na zeven maanden noemde ze dit nog steeds en realiseerde ik me dat ik aan deze opmerkingen weinig aandacht heb besteed. Ik heb haar moeite om te aarden in de klas steeds toegedicht aan haar gehoorprobleem en zelfvertrouwen.”

“Zelf heb ik met dit meisje sinds het begin van het schooljaar ook al het gevoel dat ik moeite heb om écht met haar in contact te komen. Vragen waar ik mee zit zijn:

- *In hoeverre speelt cultuur een rol bij haar problemen om te aarden op school?*
- *Hoe verhoudt zich dit tot haar gehoorprobleem?*
- *Hoe wordt er thuis eigenlijk gesproken over cultuur en afkomst? Welke overtuigingen heeft dit meisje? Ik realiseer me dat ik daar geen idee van heb.”*

In de bespreking van deze casus is de indiener gecompimenteerd met het feit dat zij aangeeft dat zij de impliciet spelende identiteitsvragen waar deze scholiere mee lijkt te kampen in eerste instantie over het hoofd heeft gezien. Vervolgens is besproken dat zij dankzij dit inzicht vragen stelt die relevant zijn om een beeld te krijgen van de leefsituatie en belevingswereld van het meisje. Inzet van het Cultureel Venster Jeugdhulpverlening in gesprekken met het meisje en met haar ouders zouden een ingang kunnen bieden voor de verdere begeleiding.

Opvoeding

In een voor hen nieuwe samenleving en cultuur krijgen migrantenouders en hun kinderen te maken met opvoedingsstijlen die soms anders zijn dan zij van huis uit gewend zijn. In dit verband doet Pels (2010) interessante uitspraken. Zo constateert zij dat in Nederland in een periode van vijftig jaar (vanaf de jaren vijftig tot de eeuwwisseling) de opvoedingsstijl vrij drastisch is veranderd van een autoritair model in een autoritair model. Juist in deze periode kwamen grote groepen (onder meer Turkse en Marokkaanse) migranten naar Nederland, die zijn opgegroeid in een wij-cultuur met een daarbij horende autoritaire opvoedingsstijl. Voor leden van de eerste generatie betekende dit dat zij bij de opvoeding van hun kinderen voor diverse keuzes kwamen te staan: cultuurbehoud of aanpassing, wij- of ik-cultuur, religieus of seculier en autoritair of autoritair opvoeding? Volgens Pels leidde dit tot verschillen binnen en vooral ook tussen generaties. Voor opgroeiende jongeren impliceerde dit dat zij soms letterlijk tussen twee werelden kwamen te verkeren: thuis leefden zij

in een andere cultuur en werden zij anders opgevoed dan in de buitenwereld (op school, op straat en het uitgaansleven).

Ook voor deze keuzes van ouders en de dilemma's waarvoor zij zich gesteld zien, dienen zorgverleners oog te hebben, omdat ook dit van invloed kan zijn op psychische problemen van kinderen, jongeren en ouders.

Conclusies en aanbevelingen

Zorgverleners en hun cliënten (en naasten) hebben – zelfs als zij dezelfde culturele en levensbeschouwelijke achtergrond hebben – verschillende visies op gezondheid en ziekte. Op basis van deze verschillende verklaringsmodellen interacteren en communiceren zorgverleners en cliënten met elkaar. Indien die visies echter te ver uit elkaar liggen, ontstaan er communicatieproblemen. Dit is met name het geval als de zorgverlener en de cliënt vanuit verschillende culturele en levensbeschouwelijke achtergronden denken en handelen. Dit doet zich onder meer voor tussen zorgverleners zonder migratieachtergrond en sommige migrantencliënten. Het kan bijvoorbeeld voorkomen dat ouders en kind klachten toeschrijven aan een *winti* of een *djinn*, terwijl de zorgverlener spreekt over *hallucinaties*.

Om vertrouwen te winnen en een goede behandelingsrelatie te ontwikkelen is het zaak dat zorgverleners proberen een brug te slaan tussen de betrokken verklaringsmodellen. Vertrouwen en een goede werkrelatie tussen behandelaar en cliënt blijken immers basisvoorwaarden voor effectieve zorg (Kortmann, 2016).

Voor het achterhalen van het verklaringsmodel van de cliënt en het systeem is het stellen van open vragen belangrijk. Daarbij gaat het om vragen naar voor de cliënt belangrijke concepten, zoals *djinns*, *winti's* of *magie*. Maar ook vragen naar de mogelijke rol die bijvoorbeeld religieuze (en andere alternatieve) genezers voor betrokkene spelen zijn relevant. Dat biedt de zorgverlener belangrijke informatie over het denken en handelen van betrokkenen. Bovendien leiden deze vragen ertoe dat de cliënt en familie zich begrepen voelen.

Voor het exploreren van verklaringsmodellen van cliënten zijn het Culturele Interview en het Cultureel Venster Jeugdhulpverlening ontwikkeld. Daarmee leren zorgverleners zich systematisch te richten op de cultureel bepaalde belevingswereld van cliënten en hun specifieke hulpzoekgedrag.

Hierbij moet tot besluit worden aangetekend dat dit artikel zich richtte op cultuursensitief werken als communicatiestrategie van zorgverleners die met migrantenkinderen en -jeugd werken. Voor structurele inbedding van cultuur-

sensitief werken in de jeugd-ggz is echter ook doordacht beleid vereist. Het is aan te bevelen dat zowel opleidingen als zorgorganisaties diversiteitsbeleid ontwikkelen en uitvoeren. Enkele belangrijke elementen van zulk beleid zijn:

- *Beleidsvisie*. Bestuur en management zouden een visie op diversiteit moeten ontwikkelen en deze visie in beleidsplannen dienen te verwoorden en te onderschrijven.
- *Deskundigen*. Voor de uitvoering van plannen inzake diversiteit zouden transculturele deskundigen moeten worden aangesteld.
- *Personeelsbeleid*. Om als zorgorganisatie herkenbaar te zijn, zou gestreefd moeten worden naar een samenstelling van het personeel die overeenkomt met de bevolking in het verzorgingsgebied.
- *Nascholing*. Voor zorgorganisaties is het raadzaam om voor medewerkers een scholingsprogramma voor cultuursensitief werken op te zetten. Leren werken met het Culturele Interview en het Cultureel Venster Jeugdhulpverlening kan daar onderdeel van zijn.
- *Transculturele diagnostiek en behandeling*. Zoals hiervoor is beschreven, is het raadzaam dat zowel in de diagnostiek als de behandeling rekening wordt gehouden met de betekenis van culturele en levensbeschouwelijke factoren in het denken en handelen van cliënten.
- *Cultuursensitieve voorlichting en preventie*. Bij het verzorgen van voorlichting en het bieden van preventie zou eveneens rekening moeten worden gehouden met culturele en levensbeschouwelijke factoren. Niet iedereen is bekend met de beschrijving van ziektebeelden, zoals die gangbaar zijn in de ggz. Maar ook het aanbod van zorgorganisaties en de specifieke functies van zorgverleners verdient steeds weer uitleg, met inachtneming van de visie van cliënten en hun naasten.

Cor Hoffer is cultureel antropoloog en socioloog. Hij deed onderzoek naar de besnijdenis van islamitische jongens en naar joodse, christelijke, islamitische en humanistische opvattingen over postmortale orgaandonatie. In 2000 is hij aan de Universiteit Leiden gepromoveerd op een proefschrift over volksgeloof en religieuze geneeswijzen onder moslims in Nederland. Van 2002 tot 2014 werkte Hoffer als trainer cultuursensitief werken bij ggz-organisatie Parnassia Groep. Daarnaast deed hij onderzoek naar religieuze geneeswijzen in diverse bevolkingsgroepen. Thans verzorgt hij, als zelfstandige, trainingen voor diverse beroepsgroepen in de gezondheidszorg: onder meer huisartsen, wijkver-

pleegkundigen, ggz-zorgverleners en bedrijfsartsen. info@corhoffer.nl

In dit artikel staat een aantal geanonimiseerde citaten van respondenten uit eigen onderzoek (Hoffer, 2016). Casussen die in workshops zijn besproken zijn omwille van privacy veranderd, zodat betrokkenen niet herkenbaar zijn.

Literatuur

- Almer, M. (2013). Waarom Marokkanen vaak stemmen horen en bijna nooit somber zijn. Culturele misverstanden in de diagnostiek. *Deviant* 20(2), 16-17.
- Beijers, H., Hagenaars, P., & Minkenberg, E. (Red.). (2015). *Identiteit: uitsluiten of verbinden. Professionals bekenen kleur*. De Graaff.
- Borra, R., van Dijk, R., & Rohlof, H. (Red.). (2002). *Cultuur, classificatie en diagnose. Cultuursensitief werken met de DSM-IV*. Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bot, H. (2007). Gespreksvoering met behulp van een tolk. *De Psycholoog*, 6, 362-367.
- Braakman, M. (2017). Culturele psychiatrie. In: T. J. M. Ingenhoven (Red.), *De DSM-5 welbeschouwd. Nederlandse experts aan het woord*. De Tijdstroom.
- Bracke, P., Van Houtte, M., Van de Putte, B., & Vermeersch, H. (2021). *Sociologie. Een hedendaagse inleiding*. Academica Press.
- Burger, G. (2017). Djinns: niet iedereen die geesten ziet is gestoord. *De Kanttekening*. <https://dekanttekening.nl/samenleving/djinns-niet-iedereen-die-geesten-ziet-is-gestoord/>
- Çankaya, S. (2020). *Mijn ontelbare identiteiten. Over het opgroeien in Nederland als kind van migranten*. De Bezige Bij.
- Declercq, M. M. R. (2020). *De ontdekking van Urk*. Podium.
- Gordijn, J. (2022). Lale Gül: 'Ik ga op vakantie met m'n vriend, dat zou in mijn vorige leven niet kunnen.' *Provinciale Zeeuwse Courant*. <https://www.destentor.nl/binnenland/lale-gul-ik-ga-op-vakantie-met-mn-vriend-dat-zou-in-mijn-vorige-leven-niet-kunnen~af4528f9/>
- Gül, L. (2021). *Ik ga leven*. Prometheus.
- Helberg, G., & Zwaan, I. (2021). *Als ik luister. Persoonlijke reflecties over de complexiteit en diversiteit van ons bestaan*. Nijgh & Van Ditmar.
- Hermans, P. (2007). *De wereld van de djinn. Traditionele Marokkaanse geneeswijzen*. Bulaaq.
- Herter, A., & van der Beek, H. (2021). Late Gül woont niet meer thuis: 'De enige uitweg'. *Het Parool*. <https://www.parool.nl/amsterdam/lale-gul-woont-niet-meer-thuis-de-enige-uitweg~bb0dd985/>
- Hoffer, C. B. M. (2000). *Volksgeloof en religieuze geneeswijzen onder moslims in Nederland. Een historisch-sociologische analyse van religieus-medisch denken en handelen*. (Proefschrift). Dutch University Press.
- Hoffer, C. B. M. (2007). "Suhûr" en "jnûn" in een Nederlandse context: dynamiek van cultuur en religie in het leven van Marokkaans-Nederlandse vrouwen. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 4(1), 2-15.
- Hoffer, C. B. M. (2009). *Psychische ziekten en problemen onder allochtone Nederlanders: beleving en hulpzoekgedrag*. Van Gorcum.
- Hoffer, C. B. M. (2016). *Vertelt u mij eens iets meer... Cultuursensitief werken in gezondheidszorg en welzijnswerk*. SWP.
- Hofmann, P. (2016). 'Antillianen krijgen vaker verkeerde diagnose door culturele bias.' *Caribisch Netwerk – NTR*. <https://caribischnetwerk.ntr.nl/2016/01/24/antillianen-krijgen-vaker-verkeerde-diagnose-door-culturele-bias/>
- Kortmann, F. (2016). *Culturele competenties in psychiatrie en psychologie. Theorie en praktijk*. Van Gorcum.
- Onkenhout, P. (2016). 'Het ene moment ben ik kaaskop, het andere mocco'. Interview Ajourad El Miloudy. *De Volkskrant*. <https://www.volkskrant.nl/cultuur-media/het-ene-moment-ben-ik-kaaskop-het-andere-mocco~b3473feb/>
- Pels, T. (2010). *Opvoeden in de multi-etnische stad*. (Oratie.) Vrije Universiteit Amsterdam. <https://research.vu.nl/en/publications/opvoeden-in-de-multi-etnische-stad-oratie>
- Punski-Hoogervorst, J. L., Rhuggenaath, S. N., & Blom, J. D. (2022). Belief in Brua among psychiatric patients from Aruba, Bonaire, and Curaçao: Results from an explorative study in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 59(3), 249-262. <https://doi.org/10.1177%2F13634615211036398>
- Sarneel, H. (Red.). (2012). *Interculturele jeugd en opvoedhulp. Een cultureel venster op de hulpverlening aan migrantenjongeren en hun gezinnen*. Eburon.
- Smid, B. (2013). *Enclave Volendam. Het verhaal van een dorp*. Thomas Rap.
- Tunali, T. (2020). 'In een wereld die tegen je aanduwt, is het omarmen van al je identiteiten een verzetsdaad.' *Trouw*. <https://www.trouw.nl/verdieping/in-een-wereld-die-tegen-je-aanduwts-is-het-omarmen-van-al-je-identiteiten-een-zaak-van-verzet~b094303b?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>
- van der Valk, L. (2018). Afrikaanse geesten zijn niet langer taboe. *Trouw*. <https://www.trouw.nl/religie-filosofie/afrikaanse-geesten-zijn-niet-langer-taboe~b41938cc/>
- Vers Babel, K. (2019). *Keduoampun. Onvolprezen God in Winti-religie. Onderdrukte Afro-religieuze identiteit in een gesluierd monotheïsme*. Boekscout.
- Wu, P. (2019). *De bananengeneratie. Over het dubbelleven van Chinese Nederlanders*. Das Mag.



De Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie (VKJP) is de wetenschappelijke en specialistische vereniging voor kinder- en jeugdpsychotherapie. De vereniging staat voor de kwaliteit en ontwikkeling van het vak kinder- en jeugdpsychotherapie en daarmee voor toegankelijke, deskundige hulp aan jeugdigen met psychische problemen. Al vijftig jaar brengt de VKJP vakgenoten samen uit verschillende therapeutische scholen en met diverse achtergronden. Kind en gezin staan centraal. Het belangrijkste doel van de vereniging is het bevorderen van de ontwikkeling en het bewaken van de kwaliteit van de psychotherapie voor kinderen, jeugdigen en hun omgeving.