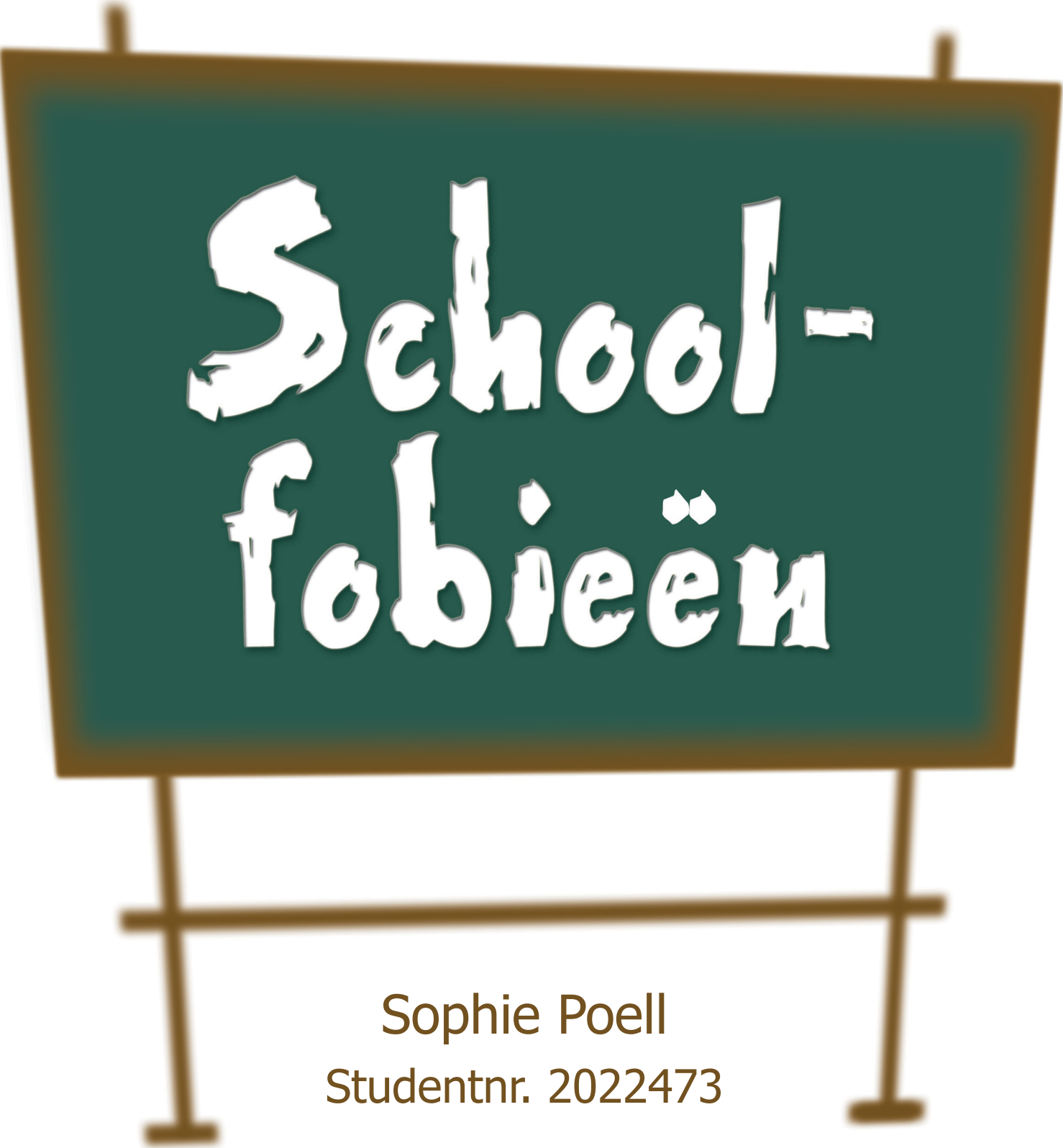




School- fobieën

Sophie Poell
Studentnr. 2022473

Afstudeerproject in het kader van
Fontys Hogeschool voor Pedagogiek, Tilburg
begeleid door Antoon Louwyck
14 september 2007

Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie over schoolfobieën.

Voordat ik begon met deze scriptie wist ik weinig over dit onderwerp en al snel bleek dat velen dit met mij deelden.

Toch is het een actuele problematiek die o.a. voorkomt op mijn stageplaats te GGZ Regio Breda en op vele andere plaatsen, wat bleek na enig research.

Om deze reden heb ik samen met mijn stagebegeleider besloten om dit als uitgangspunt te nemen voor mijn toen nog te schrijven scriptie.

Tijdens de lange weg van literatuurstudie, interviews en research ben ik steeds meer te weten gekomen over dit onderwerp en ben ik het ook steeds interessanter gaan vinden. Dit heeft mij positief beïnvloed en er voor gezorgd dat ik met plezier aan deze scriptie gewerkt heb.

Als eindproduct heb ik een zorgprogramma gemaakt wat het aanbod voor deze doelgroep duidelijker maakt voor vooral de hulpverleners van de dagbehandeling binnen het circuit jeugd van de GGZ Regio Breda, maar ook duidelijkheid verschaft voor de cliënten en hun ouders/verzorgers.

Ik wil degenen bedanken die mij geholpen hebben tijdens het tot stand komen van deze scriptie en dan vooral het circuit jeugd binnen de GGZ Regio Breda.

Sophie Poell

Inhoudsopgave scriptie schoolfobieën

1.	inleiding en probleemstelling.....	4
1.1	Wie ben ik en wat doe ik nu.....	4
1.2	Probleemstelling.....	4
1.3	Sociale contacten.....	6
2 .	Organisatorisch vormgeving van Korilu A en de beschrijving van de mogelijkheden binnen de GGZ Regio Breda m.b.t. behandeling m.b.t. een schoolfobie.....	7
2.1	Verduidelijking doelgroep.....	7
2.2	Informatie omtrent de Korilu.....	7
2.3	Indicatiestelling en de verwijzing.....	7
2.4	De behandeling zelf op de Korilu A.....	8
3.	Een literatuurstudie naar schoolfobieën.....	10
3.1	Sociale contacten.....	10
3.2	Een schoolfobie als een specifieke fobie.....	11
3.3	Types schoolfobie.....	12
3.4	Het ontstaan van een schoolfobie volgens verschillende theoretische modellen.....	12
3.4.1	Het Leertheoretische model.....	12
3.4.2	Het cognitieve model.....	14
3.4.3	Het psychodynamische model.....	15
3.4.4	Het ontwikkelingsfase model.....	16
3.4.5	Het systeemtheoretische model.....	17
3.5	Differentieeldiagnose.....	19
3.6	Samenvatting.....	20
4.	De probleemstelling gekaderd in het onderzoek.....	23
4.1	De probleemstelling.....	23
4.2	Beschrijvingen van de onderscheiden disciplines van de professionals omtrent schoolfobische kinderen in de leeftijd van 12 tot 18 jaar....	23
4.2.1	Vaktherapeut, Creatief.....	24
4.2.2	Muziektherapeut.....	24
4.2.3	Psychomotorische therapeut.....	25
4.2.4	Docent speciaal onderwijs.....	25
4.2.5	Psycholoog.....	26
4.2.6	Groepsleiding.....	26
4.2.7	Gezinstherapeut.....	27

5.	Informatie over de instelling “De Jutters” te Den Haag.....	28
5.1	Inleiding.....	28
5.2	Wie zijn nu de Jutters?.....	29
5.3	Overeenkomsten en/of verschillen tussen twee instellingen.....	29
5.3.1	Plezier op school.....	30
5.3.2	Fases van het schoolfobieënproject.....	31
5.4	Conclusies.....	32
6.	het onderzoek met interviews.....	33
6.1	Inleiding.....	33
6.2	Het verwerken van de interviews.....	33
6.2.1	Het verwerken van de interviews.....	34
7.	De conclusies en aanbevelingen.....	38
7.1	De conclusies.....	38
7.2	De aanbevelingen.....	39
8.	Bijlages en bibliografie.....	40
	Bibliografie.....	40
	Bijlage 1.....	41
	Bijlage 2.....	44
	Bijlage 3.....	46

Hoofdstuk 1, Inleiding en probleemstelling

1.1 *Wie ben ik en wat doe ik nu?*

Ik loop momenteel stage binnen de GGZ Regio Breda, vanaf maart 2006 tot december 2006.

Ik volg de opleiding Pedagogiek met als afstudeerrichting: Ambulant-Residentieel.

Binnen de GGZ Regio Breda ben ik werkzaam op de dagbehandeling genaamd: "Korilu". Deze afdeling is verdeeld in twee groepen: Korilu A en Korilu B.

Op de Korilu A zitten jongeren in de leeftijd van *12 tot 18 jaar*, en op de Korilu B zitten kinderen van 0 tot 12 jaar.

Ik ben werkzaam op de *Korilu A*.

Ik werk dus met jongeren; jongeren met een psychiatrische achtergrond.

De ziektebeelden van de jongeren zijn erg divers binnen de dagbehandeling.

Wat mij al snel duidelijk werd tijdens deze stageperiode, was het feit dat veel jongeren problemen hadden met het naar school gaan. Dit betreft niet spijbelen of voortijdig de school verlaten, maar vooral de angst voor school en de situatie om school heen zoals de drukte, sociale contacten met de andere kinderen etc.

Ook dit heeft verschillende redenen en hiervoor zijn ook verschillende methodes.

Na het verschijnen van een artikel in het maandblad "Psyche" over schoolfobieën is hier toen mijn interesse voor gewekt.

In dit artikel kwamen o.a. de voordelen van een snelle terugkeer naar school ter sprake, dit terwijl wij het vaak hier op de dagbehandeling op een therapeutische basis doen. Dit wil zeggen dat wij langzaam de uren op school opbouwen. Er wordt gekeken wat de jongere aan kan en met een langzame uitbreiding. Wij proberen dit zoveel mogelijk aan te passen aan de persoon en zijn/haar problematiek.

1.2 *Probleemstelling*

Ik wist weinig over dit onderwerp en het werd me snel duidelijk dat hiervoor geen doelgericht zorgprogramma op papier op de dagbehandeling, Korilu A aanwezig was.

Mijn stage-instelling heeft dus gevraagd om een verkennende studie naar dit onderwerp.

De vraagstelling die hieruit voortgekomen is:

Hoe kunnen jongeren in de leeftijd van 12-18 jaar met schoolfobische klachten binnen de dagbehandeling van de GGZ Regio Breda optimaal behandeld worden?

Hieruit komen bepaalde deelvragen die ik ga uitwerken.

Deelvragen:

- *Wat is nu een schoolfobie en waaruit bestaan schoolfobische klachten?*
(Terug te vinden in Hoofdstuk 3)
- *Welke jongeren in de leeftijd van 12 tot 18 jaar zijn vatbaar voor een schoolfobie en hoe ontstaan deze?*
(Terug te vinden in Hoofdstuk 3)
- *Welke behandelingen zijn er reeds binnen de GGZ Regio Breda voor jongeren met een schoolfobie?*
(Terug te vinden in Hoofdstuk 2)
- *Zijn er vergelijkbare instellingen en waarin verschillen zij met de dagbehandeling binnen de GGZ Regio Breda?*
(Terug te vinden in Hoofdstuk 5)
- *Hoe optimaal kan een zorgprogramma op de dagbehandeling worden voor jongeren in de leeftijd van 12 tot 18 jaar met schoolfobische klachten?*
(Terug te vinden als bijlage 3)

Als product wil ik ook nog een beknopt zorgprogramma voor jongeren met schoolfobische klachten maken; hierbij beantwoord ik dan de laatste deelvraag.

Het eindproduct wordt in verslagvorm bijgevoegd als bijlage.

Dit onderwerp ga ik verder zowel theoretisch, d.m.v. een literatuurstudie als praktisch, met mijn eigen onderzoek, onderzoeken.

Hierdoor kan mijn product ook nog gebruikt worden in de praktijk, wat ik belangrijk acht.

Ook wil ik een beperkt onderzoek houden middels interviews om zo de ervaringen met deze problematiek van professionals op deze dagbehandeling vast te leggen. Ik wil deze houden met verschillende disciplines. Dit kan terugelezen worden in hoofdstuk 4.

In deze scriptie gaat het dus vooral over ervaring van andere mensen met het werken met jongeren met een schoolfobie. Het zal dan ook een ervaringsonderzoek gaan worden.

Ook zal ik gebruik maken van lectuur en reeds gedane onderzoeken. Wanneer deze scriptie voltooid is, heb ik een praktisch beknopt bruikbaar zorgprogramma, toegespitst op de dagbehandeling voor jongeren met schoolfobische klachten in de leeftijd van 12-18 jaar bij de GGZ Regio Breda. Hierin zullen vooral de mogelijkheden binnen de GGZ Regio Breda voor de jongeren met schoolfobische klachten vermeld worden.

Ook zal de lezer van deze scriptie weten wat een schoolfobie inhoudt. Mijn werk vraagt dus om een verkennende studie over een schoolfobie en over de behandelingsmogelijkheden voor jongeren.

1.3 *sociale contacten*

Er kunnen verschillende redenen zijn waarom een kind niet naar school wilt/durft. Één daarvan is angst voor de sociale contacten. Dit kan weer verschillende oorzaken hebben: het kan aan het type kind liggen, het kind is gepest in het verleden, het kind is net verhuisd, het milieu thuis is helemaal anders dan op school etc.

School is echter wel een belangrijk onderdeel voor kinderen en jeugdigen. En dit niet alleen om een gedegen opleiding te krijgen en hierdoor hoog op de maatschappelijke ladder te eindigen, maar ook omdat school een omgeving is waarin in dit geval de jongeren ervaringen opdoen met verschillende zaken. Een van de belangrijkste onderdelen hiervan zijn de sociale contacten. Ik ga hier iets verder op in, in de literatuurstudie in hoofdstuk 3 paragraaf 1.

Hoofdstuk 2, Organisatorisch vormgeving van Korilu A en de beschrijving van de mogelijkheden binnen de GGZ Regio Breda m.b.t. behandeling m.b.t. een schoolfobie.

2.1 *Verduidelijking doelgroep*

Ik zal beginnen met de uitleg van wat precies de GGZ Regio Breda inhoudt en daarna hoe de dagbehandeling en dan specifiek de Korilu A daar in past. Hierna wil ik uitleggen voor wie precies deze dagbehandeling bestemd is.

GGZ Regio Breda

De GGZ Regio Breda biedt gespecialiseerde psychiatrische hulpverlening aan jeugdigen, volwassenen en ouderen.

De voorzieningen variëren van kleinschalige tot grotere centra, woningen, dagactiviteitencentra tot en met steunpunten. Ook is hulpverlening bij cliënten thuis mogelijk.

Ik beperk me echter tot de dagbehandeling die de GGZ Regio Breda aanbiedt. Het gebied waarin de GGZ Regio Breda werkzaam is, strekt zich uit over Breda, Oosterhout, Etten-Leur en nog enkele gemeenten daaromheen. Bij de GGZ Regio Breda werken circa 1000 mensen. Jaarlijks bieden zij hulp aan ruim 10.000 cliënten.

Het circuit Jeugd

Circuit Jeugd maakt deel uit van GGZ Regio Breda. Met de integratie van het voormalig Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie "De Mark" heeft het circuit Jeugd een aanbod met al de onderdelen van de hulpverlening: ambulante zorg, deeltijd- en klinische zorg, preventie, consultatie, dienstverlening en voorlichting.

Het circuit Jeugd behandelt, begeleidt en ondersteunt kinderen en jeugdigen van 0 tot 18 jaar. Hun ouders en/of verzorgers worden hierbij nauw betrokken.

2.2 *Algemene informatie omtrent De Korilu*

De Korilu bestaat uit twee dagbehandelingsgroepen: groep A en groep B. Korilu A valt onder de ambulante zorglijn 12 tot 18 jaar.

Korilu A biedt plaats aan ongeveer 8 jongeren.

2.3 *Indicatiestelling en de verwijzing*

De jongeren die bij ons worden opgenomen zijn in hun persoonlijke ontwikkeling (sociaal-emotioneel) en in het gezinsleven zozeer vastgelopen, dat hulp in de bestaande situatie onvoldoende gebleken is en opname op de dagbehandeling noodzakelijk is geworden.

De Korilu A is voor jongeren in de leeftijd van 12 tot 18 jaar.

De opname van jongeren van 18 jaar zal afhangen van het sociale-emotionele niveau van de jongere, de matching en de geschatte duur van de opname. Er bestaat dus ook een mogelijkheid om jongeren van 18 op te nemen.

De jongeren moeten wel aan de volgende criteria voldoen:

1. De jongere is op 1 of meerdere terreinen (school, thuis, vrijetijd) ernstig vastgelopen in zijn ontwikkeling, waar geen pedagogische, maar een (vermoedelijk) psychiatrische problematiek aan ten grondslag ligt.
2. De jongere komt uit de regio van de GGZ Breda. Wanneer er ruimte is komen ook jongeren vanuit de regio's van GGZ WNB en GGZ MB in aanmerking voor dagbehandeling in onze regio.
3. De inschatting is dat ambulante hulpverlening onvoldoende zal zijn of inmiddels onvoldoende is gebleken.
4. Er dient bij ouders/verzorgers voldoende draagkracht te zijn om de jongere buiten de behandelingsdagen thuis op te vangen en te verzorgen.
5. Een psychologisch onderzoek en een ontwikkelingsanamnese dienen bij de indicatiestelling beschikbaar te zijn, of bij uitzondering plaats te vinden in de observatieperiode.
6. Bij de jongere moet het vermogen en de intentie tot verandering aanwezig zijn.
7. De jongeren mag geen verstandelijke handicap hebben en moet een IQ van 80 of hoger hebben.

2.4 *De behandeling zelf op de Korilu A*

De Korilu is van maandag tot en met vrijdag open van 8.15-16.00 uur.

In de schoolvakanties is de Korilu van 8.15 tot 14.45 uur open. Op officiële feestdagen is de Korilu gesloten.

Verder sluiten we elke laatste woensdag van de maand om 14:45 uur. Dit om er mede voor te zorgen dat de jongere ook thuis nog met vrienden activiteiten kan ondernemen op de vrije woensdagmiddag.

Als tot opname op de Korilu wordt overgegaan, volgt een periode van observatie en opstarten van de behandeling op basis van een voorlopig plan dat besproken wordt met het gezin. Met behulp van observaties en onderzoeken vanuit verschillende invalshoeken worden vervolgens verdere behandelingslijnen uitgezet. De behandeling wordt regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.

Naast het wekelijks overleg, waarin alle jongeren besproken worden, vinden drie maandelijks behandelbesprekingen plaats, waarbij alle betrokken disciplines aanwezig zijn en behandelresultaten op individueel niveau worden geëvalueerd en bijgesteld. Altijd vindt hierna een adviesgesprek met de ouders en de jongere plaats om hen te informeren en met hen af te stemmen of de gepresenteerde visie gedeeld kan worden. De behandelduur varieert van 12 weken tot ongeveer een jaar.

Het doel van de behandeling is de gestagneerde sociaal-emotionele ontwikkeling van de jongere opnieuw op gang te krijgen. Het is niet altijd mogelijk de beperkingen/problemen van de jongere op te heffen. In dat geval proberen we de jongere om te leren gaan met zijn/haar probleem of beperking (psycho educatie).

Hoofdstuk 3, Een literatuurstudie naar schoolfobieën

3.1 *Sociale contacten*

Er is al aangegeven dat de sociale contacten voor jongeren erg belangrijk zijn. School is een plek waar jongeren die sociale contacten opdoen. Er is veelvuldig contact met andere jongeren, zowel met klasgenoten als met de andere kinderen op school.

Vrienden hebben op school is voor de meeste kinderen en jongeren dan ook de belangrijkste motivatie om graag naar school te gaan.

Het maken van vrienden en vriendinnetjes beïnvloedt ook de tijdsbesteding buiten school.

Op de weg naar zelfstandigheid en een eigen identiteit zijn ouders en vrienden de gidsen. De ouders blijven vaak de basis om op terug te vallen.

Vrienden zijn een oefenveld om sociale vaardigheden aan te leren, om zich te leren verhouden tot anderen. We leven in een cultuur waar kinderen nog weinig leren plaatsmaken voor anderen. Introverte kinderen of kinderen die van nature niet zo populair zijn, hebben het daarom moeilijker dan ooit.

Gezinnen zijn enger en geslotener. Vrienden kunnen alleen op afspraak komen. Zomaar binnen vallen gebeurt haast niet meer. Ouders leren hun kind een aantal relatiepatronen. Door met verschillende kinderen om te gaan, van verschillende leeftijden, leert de jongere ook andere relatiepatronen, dat is vaak een correctie van wat thuis werd geleerd en is daarom levensnoodzakelijk.

Kinderen maken twee bewegingen in vriendschap. Als eerste gaan ze op zoek naar het vertrouwde. Vooral de wat jongere kinderen raken bevriend met kinderen uit hun eigen milieu. Bij elk milieu horen bepaalde communicatiepatronen en een kind grijpt voor het gemak naar een bekend patroon. Daarna volgt een beweging naar het nieuwe, het vreemde, naar de uitdaging.

Vrienden beginnen familie dan te vervangen. Dat is ontwikkelingspsychologie. Een kind moet tegen de volwassenheid klaar zijn het nest te verlaten. Zo hoort het.

Maar wat als het kind dit nu niet zo ervaart. Het kind gaat helemaal niet graag naar school en dit heeft juist te maken met de sociale contacten die het kind leuk zou moeten vinden om te maken.

Dit kan een kind zijn met schoolfobische klachten.

Tijdens mijn literatuurstudie ben ik er achter gekomen dat in 1932 er al over deze klachten geschreven is, maar dat men het toen echter nog geen schoolfobieën noemde.

Broadwin (1932) gaf als eerste een omschrijving van het klachtenpatroon dat we nu schoolfobie noemen. Hij beschrijft dat een kind in zo'n geval lange tijd van school afwezig is. Het blijft met medeweten van de ouders thuis, waar het schijnbaar zorgeloos is. Zodra het kind naar school moet gaan, wordt het angstig, zonder dat kind, ouders of school er een reden voor kunnen geven. De aanvang van de weigering om naar school te gaan is meestal plotseling. De prestaties zijn tot dan toe redelijk geweest.

Daarna werd er weer in 1941 over gesproken door Johnson. Bij Johnson wordt de term schoolfobie in de literatuur geïntroduceerd (Johnson, c.s.,

1941). De auteurs beschrijven het als een type emotionele stoornis bij kinderen, dat gepaard gaat met enorme angst om op school te zijn. Het leidt tot afwezigheid, die weken, maanden en zelfs jaren kan duren. Johnson c.s. (1941) noemen het een diepgewortelde psychoneurotische stoornis, die zich duidelijk onderscheidt van spijbelen. Het fobische kind vlucht van school weg, meestal gaat het direct naar huis om bij de moeder te zijn. Het spijbelende kind daarentegen is niet door angst afwezig van school en zal niet naar huis gaan, maar rond gaan zwerven.

3.2 *Een schoolfobie als een specifieke fobie*

Nu we duidelijker hebben wat nu de precieze doelgroep is voor de dagbehandeling gaan we nu verduidelijken wat nu precies een schoolfobie inhoudt en wanneer je hiervan spreekt.

Een schoolfobie valt volgens de DSM-IV onder een specifieke fobie. Een specifieke fobie is een psychische aandoening die in het DSM-IV is ingedeeld bij de angststoornissen. Bij veel fobieën en angststoornissen ontstaan bij een persoon overdreven of onredelijke angsten en spanningen die een groot deel van het leven beheersen. Bij een specifieke fobie (vroeger ook wel enkelvoudige fobie genoemd) beperkt de angst zich echter tot specifieke situaties, objecten of zelfs mensen.

Het DSM-IV geeft de volgende criteria voor specifieke fobieën:

- A. Een duidelijke en aanhoudende angst die overdreven of onredelijk is en wordt veroorzaakt door de aanwezigheid of verwachting van een specifiek object of een specifieke situatie (bijv. vliegen, hoogten, dieren, een injectie krijgen, bloed zien)
- B. Blootstelling aan een fobische prikkel veroorzaakt vrijwel altijd een directe angstreactie. Deze kan voorkomen in de vorm van een situatiegebonden of door de situatie ingegeven paniekaanval.
N.b.: Kinderen kunnen uitdrukking aan de angst geven door huilen, woede-uitbarstingen, verstijving of vastklamping.
- C. De persoon ziet in dat de angst overdreven of onredelijk is.
N.b.: bij kinderen kan dit criterium ontbreken.
- D. De fobische situaties worden vermeden of ondergaan met intense angst spanningen.
- E. De vermijding, de angstige verwachting of de spanningen voor de gevreesde situatie belemmeren in ernstige mate de dagelijkse handelingen, het beroepsmatige functioneren (of studie of school), sociale activiteiten of relaties met anderen of er bestaat een duidelijk lijden door de fobie.
- F. Als de persoon jonger is dan 18 jaar, is de duur minimaal 6 maanden.
- G. De angst, paniekaanvallen of vermijden zijn niet het gevolg van een andere psychiatrische aandoening, zoals de obsessief-compulsieve stoornis (bijv. vermijding van vuil door iemand met smetvrees), posttraumatische stress-stoornis (bijv. vermijding van prikkels die gekoppeld zijn aan een sterke stressfactor), verlatingsangst (bijv. vermijden van school), sociale fobie (bijv. het vermijden van sociale situatie uit angst voor vernedering), paniekstoornis met agorafobie of agorafobie

zonder historie van de paniekstoornis.

3.3 *types schoolfobie*

Een schoolfobie wordt doorgaans gesplitst in twee verschillende types:

Type I: Type I-schoolfobie doet zich meestal nogal plots voor, vaak naar aanleiding van een voor het kind ontwrichte gebeurtenis (bijv. ongeval, nieuwe school, echtscheiding, overlijden). Type I vinden we evengoed bij relatief goed functionerende kinderen in harmonische gezinnen. Meestal zijn type1 schoolfobici jonger dan 12 jaar.

Separatieangst speelt doorgaans een centrale rol, maar een gebrek aan veiligheid en sfeerwarmte in de school kunnen eveneens het probleem uitlokken.

Als het probleem hoofdzakelijk in de school gesitueerd is, zal het kind erbuiten wel autonoom en niet angstig functioneren.

Type II: Type II-schoolfobie doet zich eerder voor bij jongeren ouder dan twaalf jaar en het gaat daarbij meestal om een zwaardere problematiek die expliciet in de schoolse context gezocht kan worden (bv. extreme faalangst of sociale angst) of erbuiten (agorafobische aard).

In vele gevallen is het gezin van Type II-schoolfobici eerder problematisch.

3.4 *Het ontstaan van een schoolfobie volgens verschillende theoretische modellen*

Er zijn verschillende theoretische modellen over het ontstaan van een schoolfobie.

Ik heb hierbij gekozen uit de volgende theoretische modellen:

- Het leertheoretisch model
- Het cognitieve model
- Het psychodynamische model
- De ontwikkelingsfase invloeden
- Het systeemtheoretisch model

3.4.1 **Het Leertheoretische model**

De leertheorie gaat ervan uit dat een persoon door de omgeving wordt gevormd. Gedrag wordt en is aangeleerd door de omgeving (Craig, 1992). De leertheorie ziet angst meer ontstaan als gevolg van invloeden die van buitenaf inwerken op de persoon dan door impulsen die uit de persoon zelf komen (Atkinson, 1993).

Dit model bestaat uit drie elementen en de relaties ertussen. Die elementen zijn: de stimulus, het gedrag (de respons) en de gevolgen van het gedrag. Gedrag is zowel oorzaak als gevolg van (ander) gedrag (Oudshoorn, 1985). Leren wordt omschreven als een proces, waarbij de persoon ervaringen opdoet en zich als resultaat daarvan anders gaat gedragen of mogelijkheden verwerft om zich anders te gaan gedragen. Uitgaande van bepaalde primaire

behoeften van het kind zoals honger en liefde, geeft de omgeving vorm aan dit gedrag.

Men kan twee stromingen onderscheiden: het klassieke behaviorisme en de sociale leertheorieën. Het klassieke behaviorisme verstaat onder gedrag alleen de openlijke en observeerbare gedragingen. De sociale leertheorieën hebben een grote belangstelling voor sociale leerprocessen, zoals de omgang van mensen met elkaar. Dit leidt tot verschillen in opvatting over de wijze waarop gedrag wordt aangeleerd en de omgeving wordt waargenomen (De Wit, 1999).

Over het algemeen kunnen binnen elke stroming twee leerprincipes onderscheiden worden:

1. klassieke behaviorisme - klassiek conditioneren
 - operant conditioneren of instrumenteel leren
2. sociale leertheorieën -leren door observatie
 -leren door middel van zelfcontrole

De theorie van het klassiek conditioneren heeft vooral betrekking op autonoom, onwillekeurig gedrag dat volgt op een bepaalde stimulus. Klassiek conditioneren betekent dat dit in aanleg reflexmatig gedrag gekoppeld wordt aan, of opgeroepen wordt door een andere stimulus dan de stimulus die dat gedrag "van nature" oproept (De Wit, 1999).

Een voorbeeld van klassieke conditionering zien we bij kinderen die schoolfobisch worden na een traumatische gebeurtenis op school. Ze worden bijvoorbeeld gepest en geplaagd door andere kinderen. Nadat er een aantal van deze gebeurtenissen heeft plaatsgevonden kan het kind bang worden voor de andere medeleerlingen. Het kind gaat school vermijden.

Bij het *operant conditioneren* of *instrumenteel leren* wordt sterk de nadruk gelegd op de gevolgen die aan bepaalde gedragingen zijn verbonden. Gedrag wordt voor een belangrijk deel bepaald door de gevolgen die aan de activiteiten van het individu gekoppeld worden. (De Wit, 1999).

In het volgende voorbeeld kan men zien hoe schoolfobie door operant conditioneren of instrumenteel leren kan ontstaan. Sommige kinderen maken de hele tijd negatieve opmerkingen over school en klagen over hoe slecht ze zich op school voelen. Het kind zal er voor kiezen om thuis te blijven. Ouders kunnen onbewust deze opmerkingen en gedragingen versterken en het kind gaat dan niet meer naar school. Het is voor het kind meer belonend om thuis te blijven waar het aandacht en liefde krijgt, dan om naar school te gaan waar het kritiek verwacht van de leraar en kans heeft om te falen.

De theorie van het sociaal leren heeft de principes van het instrumenteel leren verder uitgewerkt. Daarbij besteedt men vooral aandacht aan sociale gebeurtenissen die als bekrachtiger van gedrag functioneren (De Wit, 1999).

Bij het *leren door observatie* staat het imiterend leren centraal. Bij kinderen die constant in aanraking komen met leeftijdsgenoten en broers en zussen die bang zijn om naar school te gaan is er een mogelijkheid dat zij dezelfde angst ontwikkelen.

Bij het *leren door zelfcontrole* hangt de aard van de reacties van de leerling samen met de eisen, die de persoon aan zichzelf stelt en de verwachtingen die hij/zij van zichzelf heeft. Voldoet het gedrag aan de gestelde normen en verwachtingen dan wordt het bekrachtigd. Voldoet het gedrag niet aan de gestelde verwachtingen dan wordt dit gedrag verder ontkracht (De Wit, 1999). Het schoolfobische kind kan de school bijvoorbeeld gaan vermijden door faalangst. Faalangst betekent letterlijk: de angst om te mislukken, om af te gaan. Dat probleem zorgt voor mindere prestaties bij het leren en heeft tegelijk een negatieve invloed op de persoonlijke groei. Faalangst kan van een kind een onderpresteerder maken. Faalangst kan niet alleen het leerproces in de weg staan, maar ook de persoonlijkheidsontwikkeling.

Het kenmerkende van faalangst is, dat deze angst alleen optreedt in bepaalde omstandigheden. Een tweede belangrijk kenmerk is, dat er sprake moet zijn van het min of meer verplicht uitvoeren van een bepaalde taak, ofwel opdracht.

De Wit (1999) stelt dat deze faalangst het gevolg is van een tekort aan sociale vaardigheden.

Dit "vaardigheidstekort"-model legt de oorzaak van het ontstaan van angst voor sociale situaties bij het kind zelf, dat in zijn opvoeding onvoldoende heeft geleerd zich sociaal vaardig te gedragen (Van der Ploeg, 1996).

3.4.2 Het cognitieve model

Volgens Craig (1992) ziet de cognitieve theorie mensen als rationele, actieve, alerte en bekwame personen. Dit in tegenstelling tot de leertheorie, die de mensen ziet als passieve machines, die door de omgeving bediend worden. Mensen ontvangen niet alleen informatie, ze verwerken deze ook.

Dus elke persoon is een denker en een schepper van zijn of haar werkelijkheid. Mensen beantwoorden niet alleen stimuli, ze geven ze ook de structuur en de betekenis.

Cognitieve modellen zijn gebaseerd op het idee dat disfunctionele gedragingen en gevoelens ontstaan door de onjuiste gedachten die de mensen er over hebben. Irrationale ideeën kunnen ten grondslag liggen aan een schoolfobie. Leerlingen die angstig zijn, zijn geneigd onrealistisch over de school te denken. Een leerling die om weet te gaan met storende gedachten, zal deze laten verdwijnen en daardoor niet angstig worden.

Hiertegenover staat de leerling, die wel angstig wordt van de gedachten. De angst staat het verminderen van de negatieve, verstorende gedachten in de weg. Daardoor zullen de denkpatronen doorgaan en de persoon is niet in staat deze te negeren. Dit zal leiden tot nog meer angst. Hierdoor staat de persoon weer meer open voor nieuwe storende gedachten (Atkinson, 1993). Het is dus een circulair proces, dat uiteindelijk kan eindigen in vele angstige gedachten met betrekking tot school. Het kind zal de school gaan vermijden. Uiteindelijk zal het kind volledig afwezig zijn van school.

3.4.3 Het psychodynamische model

Een belangrijk punt binnen de traditionele psychodynamische theorie is dat de vroege kinderjaren bepalend zijn voor de verdere persoonsontwikkeling (De Wit & Van der Veer, 1991). Deze benadering houdt zich vooral bezig met ervaringen of belevingen en met de innerlijke conflicten van het individu. Je kunt dan denken aan de wijze waarop het individu datgene wat hij in de buitenwereld of bij zichzelf van binnen waarneemt, opvat en verwerkt. Een centrale gedachte van het psychodynamische denken is dat het ontwikkelingsverloop wordt gekenmerkt door conflicten tussen driftmatige impulsen en strevingen enerzijds en de beperkingen vanuit de realiteit anderzijds.

Deze conflicten komen op ieder ontwikkelingsniveau opnieuw aan de orde en zijn onvermijdelijk. Ze leiden tot angst en emotionele instabiliteit.

Bij deze conflicten gaat het telkens om het vinden van een compromis tussen enerzijds de expressie van seksuele en agressieve impulsen (Es of Id) en anderzijds de eisen van de buitenwereld, die geleidelijk aan verinnerlijkt worden en als "ideaal" c.q. het geweten gaat functioneren (ik-ideaal, Uber-ich of Superego). Het ik (ich of Ego) is de instantie waar de aanpassingen aan de mogelijkheden en beperkingen van de realiteit plaatsvinden.

Het Ego wordt geacht het Id te beteugelen en probeert haar evenwicht te brengen met de eisen van het Superego (Van der Ploeg, 1996).

De mens wordt hierbij gezien als een asociaal wezen (een bundeltje driften) dat via opvoeding en socialisatie leert zichzelf te beheersen en rekening te houden met de omgevingseisen. Het lustprincipe wordt vervangen door het realiteitsprincipe (Van der Ploeg, 1996).

In het zoeken naar een evenwicht tussen het Id en het superego ziet het Ego zich gesteld voor verscheidene opgaven. Om te beginnen dient het kind verschillende stadia van emotionele groei doorlopen.

In het verlengde daarvan hecht men dan ook grote waarde aan emotionele relaties met belangrijke personen uit de omgeving. Men spreekt hier wel van hechtingsgedrag oftewel attachement. (Van der Ploeg, 1996).

Elk kind heeft een aantal basisbehoeften, zoals de behoefte aan veiligheid en aan liefde. Wil het kind zich tot een gezonde persoonlijkheid ontwikkelen dan zullen deze basisbehoeften aanwezig moeten zijn.

De psychodynamische inzichten gaan ervan uit dat het ontstaan van angstig gedrag in verband gebracht kan worden met storingen in het psychisch functioneren van het kind. De verstoring van psychische functies is het gevolg van het niet op adequate wijze doorlopen of verwerkt hebben van de voorafgaande ontwikkelingsfasen. Stoornissen ontstaan wanneer het kind in een van deze fasen teveel of te weinig behoeftebevrediging heeft ondervonden (Verhulst, 1994).

Erikson acht het psychosociaal functioneren - dat wil zeggen het functioneren in relatie tot andere personen en binnen de samenleving - van doorslaggevende betekenis voor het verloop van de ontwikkeling. De psychodynamische theorie van diverse fasen in de driftontwikkeling vult Erikson aan door te stellen dat dit tegelijkertijd fasen van ik-ontwikkeling zijn. In elke van deze fasen heeft het individu een "psychosociale" taak te

volbrengen, deze zijn: het verwerven van vertrouwen, autonomie, initiatief en een eigen identiteit.

Als een kind de fase van het zich onafhankelijk maken van de ouders niet op juiste wijze heeft doorlopen dan kan er angst ontstaan bij de moeder en het kind dat er een dreigende scheiding van moeder en kind in het verschiet ligt. Het verwerven van autonomie is niet goed verlopen. Er is een ziekelijke gehechtheid aan een of beide ouders die tot een heftige panische angst uitgroeit bij een scheiding van een of beide ouders. Het kind heeft vaak ten opzichte van moeder tegenstrijdige gevoelens op hetzelfde moment. Moeder is overbeschermend en het kind wordt in toenemende mate afhankelijk van moeder.

De meest voorkomende klachten zijn angst voor dingen op school, vage psychosomatische klachten en vage somatische klachten. Maar bij een schoolfobie gaat het essentieel om meer factoren die samen leiden tot het niet naar school gaan.

Wanneer het kind weigert om naar school te gaan en niet de sociale rol van leerling op zich wil nemen en de omgeving kan dit niet verhinderen, dan bevordert dit dat het kind van de problemen wegvlucht. Pogingen om het kind terug naar school te sturen lokken altijd intense angsten uit.

Het angstgedrag kan vele uiteenlopende vormen aannemen. Als het kind dan toch op school is, vlucht het vaak weer naar huis terug. De afwezigheid op school start meestal naar aanleiding van een uitlokkende factor. Dit is niet hetzelfde als de oorzaak. Het gaat meestal om een angstwekkende gebeurtenis, vaak in de prestatiegerichte of in de sociale context. Meestal is er ook nog een samenhang met een onderbreking van de normale gang van zaken in het leven van het kind. Deze verandering kan ontstaan na bijvoorbeeld een vrije periode, na ziekte van het kind zelf, na ziekte of overlijden in de omgeving of bij overgang naar een meer eisend schools niveau of milieu (Depreeuw, 1993).

3.4.4 Het ontwikkelingsfase model

Schoolfobie komt opvallend vaker voor bij het begin van de lagere school, bij het begin van de middelbare school en het begin van de puberteit. Het is dan ook denkbaar dat schoolfobie samenhangt met de moeite die het kind heeft om de taken en opgaven op te lossen die horen bij deze veranderingen. Vanuit een ontwikkelingspsychologisch standpunt wordt op een bepaalde manier naar separatieangst gekeken. Separatieangst ontstaat normaal tussen zes en acht maanden, als het kind tot objectconstantie komt. Het kind slaagt erin een interne voorstelling van een object te behouden, zelfs als dit object visueel verdwijnt. De plaats waar de verdwenen objecten blijven is echter onbekend en de aanwezigheid ervan wordt bepaald door concrete sensorische en motorische ervaringen. Als de ouder deze concrete ruimte verlaat, wordt het kind angstig. Deze separatieangst als kenmerk van een normaal ontwikkelingsverloop bereikt zijn einde op twee- à driejarige leeftijd. Dit is het punt waarop kinderen volop beseffen dat objecten blijven bestaan buiten hun sensorisch veld, in een abstracte ruimte. Het kind groeit normaal los van deze angst vanaf vier jaar. Maar onder bepaalde omstandigheden kan deze angst terugkomen, blijven bestaan of toenemen.

Andere meer normale omstandigheden waardoor deze angst terug kan komen zijn de echtscheiding van de ouders, ervaringen met ziekte en dood in de onmiddellijke omgeving of acute verdwijning van de ouders, zoals bijvoorbeeld bij een ziekenhuisopname of bij het voor het eerst naar de basisschool gaan (Bauer, 1980).

Volgens Bauer vertonen vele kinderen allerlei gedragsstoornissen tijdens de eerste maanden basisschool; toegenomen afhankelijkheid, zich isoleren, vijandigheid, huilen, braken, duimzuigen, broekplassen etc., ook in het eerste en tweede leerjaar heeft zeventig procent hiervan nog last.

Bowlby heeft een eigen theorie op het begrijpen van separatieangst.

Centraal in zijn theorie staat de “hechtingspersoon”. De hechtingspersoon is de persoon waaraan het jonge kind zich het meeste hecht en waarbij hij zich veilig en geborgen voelt. Deze persoon is meestal de moeder. Het wegvallen hiervan is de meest bedreigende in een mensenleven, vooral bij kinderen.

Bowlby stelt dat de gevoelige periode zich voordoet tot in de adolescentie. Tot drie jaar speelt vooral de reële, actuele aanwezigheid van de

hechtingspersoon de grootste rol. Daarnaast is de toegankelijkheid van cruciale betekenis. In beide gevallen echter verwacht het kind een bereidheid van de hechtingspersoon om geruststellend en beschermend op te treden. De beschikbaarheid van de hechtingspersoon werkt angstreducerend. De schoolfobie is dus een pseudo-fobie. Er is minder angst voor “iets”, dan wel angst van het afwezig zijn van “iets”, namelijk de hechtingspersoon.

Uitgaande van deze stelling legt Bowlby in zijn theorie over het ontstaan van een schoolfobie de nadruk op het separatieprobleem en heel speciaal daarin op de negatieve rol van bepaalde interactieproblemen in de familie. Hij onderscheidt daarin vier typen van interactiepatronen die het ontstaan van een schoolfobie kan stimuleren. In elk van deze typen speelt separatieangst een grote rol.

- **Type A:** de lijdende moeder met een afwezige echtgenoot.
Dit type is het meest voorkomend. De moeder heeft een sterke behoefte aan een hechtingspersoon vanuit een verstoorde relatie met haar eigen moeder. Ze heeft onvervulde afhankelijkheidswensen en daarmee samenhangende wreveligheid. Opvallend is vaak dat liefde alleen verkregen werd via het tegemoet komen aan de eisen van de moeder. De relatie met haar kind is een replicatie daarvan, waardoor het kind in een soort ouderrol komt. Dit brengt met zich mee dat het kind niet meer kind mag zijn, met al zijn kinderlijke behoeften. Anderzijds domineert het in zekere zin de moeder, iets waardoor deze zich kan beklagen en waarbij dan verwarrende conflicten kunnen ontstaan, die zowel bij de moeder als bij het kind angst en agressie kunnen opwekken.
- **Type B:** het kind is bang dat moeder iets overkomt tijdens afwezigheid.
Bowlby zet zich af tegen de psychoanalytische speculaties van verschoven agressie en dergelijke, omdat in vele gevallen reële dreigingen kunnen worden aangewezen.
Hij wijst daarbij op uitspraken van ouders zoals bijvoorbeeld “daar ga ik aan kapot”. Ook reële of “gespeelde” zelfmoordpogingen en

dreigementen en echtscheidingsperikelen spelen een grote rol.

- **Type C:** angst van het kind dat iets zal gebeuren buitenshuis. Dit is een minder frequent voorkomend patroon. Een voorbeeld van dit patroon is de dreiging om naar een internaat gestuurd te worden en dus niet meer naar huis te kunnen terugkeren.
- **Type D:** ouders zijn bang dat hun kind iets overkomt buitenshuis en dragen deze angst over op het kind. Ook dit patroon komt minder vaak voor. Zolang het kind in de buurt van de ouders blijft, kan er niets gebeuren.

Deze diverse types of delen daarvan kunnen ook samen voorkomen in eenzelfde gezin.

3.4.5 Het systeemtheoretische model

Volgens Watzlawick, Beavin en Jackson (1995) bestaan er systeemkenmerken, dat wil zeggen interactiepatronen, die boven de eigenschappen van de afzonderlijke leden uitgaan. Vele van de “individuele eigenschappen” van de leden zijn feitelijk kenmerkend voor het systeem. Zo komen zij tot de conclusie dat de analyse van een gezin uit de analyses komt van elk gezinslid apart. Het gedrag van elk individu in gezinsverband, is afhankelijk van het gedrag van alle andere leden.

Watzlawick noemt alle gedrag communicatie en het gedrag beïnvloedt de andere gedragingen en wordt daar ook weer door beïnvloed. Verbeteringen of verslechtingen in de toestand van het gezinslid met het probleemgedrag zal effect hebben op de andere familieleden, vooral in de termen van hun eigen psychologische, sociale en lichamelijke toestand.

Binnen de systeemtheorie wordt veel belang gehecht aan bepaalde gezinsinteracties die bij een schoolfobie relatief vaak zouden voorkomen.

Deze spelen een rol in het bestaan van het probleemgedrag.

Atkinson heeft een drietal interacties beschreven.

Veel voorkomende typische interacties in het gezin die een rol spelen in het voortbestaan van een schoolfobie zijn volgens hem:

- Een gezin met een bemoeizuchtige overbeschermende moeder met een passieve vader, die beiden worden gedomineerd door een koppig eisend kind.
- Een gezin met een strenge overcontrolerende moeder en een passieve vader waarop het kind angstig, gehoorzaam en teruggetrokken reageert.
- Een gezin met een strenge controlerende vader die zich sterk bemoeit met de huishouding en een overbeschermende moeder die gedomineerd wordt door een eisend kind.

3.5 *Differentieeldiagnose*

Differentiaaldiagnostisch moet de stoornis schoolfobie worden onderscheiden van:

- Depressie. Kinderen of jeugdigen kunnen op basis van een depressie de vitaliteit missen om naar school te gaan. Hierbij zal de depressie en niet de angst op de voorgrond staan.
- Spijbelen. Bij spijbelen gaat het om moedwillig schoolverzuim dat niet veroorzaakt wordt door werkelijke angst voor de school. Spijbelen kan een onderdeel zijn van meer uitgebreide antisociale gedragsstoornissen. In tegenstelling tot het kind of de jeugdige met een schoolfobie, zal degene die spijbelt zijn best doen om het spijbelen voor de omgeving verborgen te houden.
- Andere psychiatrische beelden. Schoolweigering kan ook in het kader van andere psychiatrische beelden voorkomen zoals psychotische stoornissen of een dwangbeeld in de adolescentie.
- Somatische stoornissen. Een kind dat ziek is of bij wie zich een aanwezig, eventueel zelfs ernstige, aandoening nog niet duidelijk gemanifesteerd heeft, kan schoolweigering als meest op de voorgrond staand symptoom laten zien.

3.6 *samenvatting*

Het leertheoretische model

De leertheorie gaat ervan uit dat een persoon door de omgeving wordt gevormd. Gedrag wordt weer aangeleerd door de omgeving.

De leertheorie ziet angst meer ontstaan als gevolg van invloeden die van buitenaf inwerken op de persoon dan door impulsen die uit de persoon zelf komen.

Over het algemeen kunnen binnen elke stroming twee leerprincipes onderscheiden worden:

klassieke behaviorisme

- klassiek conditioneren

Bijv.: Kinderen die naar een traumatische gebeurtenis op school schoolfobisch worden.

- operant conditioneren of instrumenteel leren

Bijv.: Soms kunnen ouders onbewust het negatieve gedrag naar school van de jongere versterken. Voor het kind wordt het dan meer belonend om thuis te blijven waar het aandacht en liefde krijgt.

sociale leertheorieën

-leren door observatie

Bijv.: Wanneer er in het gezin bijvoorbeeld een broer of zus aanwezig is die bang is voor school kan dit gedrag geïmiteerd worden.

-leren door middel van zelfcontrole

Bijv.: Hierbij staan de eisen die het kind aan zichzelf stelt centraal.

Het schoolfobisch kind kan bijvoorbeeld school gaan vermijden omdat het last heeft van faalangst.

Het cognitieve model

Volgens de cognitieve theorie zijn mensen rationele, actieve, alerte en bekwame mensen. Ze ontvangen niet alleen informatie, ze verwerken deze ook.

Cognitieve modellen zijn gebaseerd op het idee dat disfunctionele gedragingen en gevoelens ontstaan door de onjuiste gedachten die de mensen er over hebben.

Leerlingen die angstig zijn, zijn geneigd onrealistisch over de school te denken.

Het is een circulair proces.

Het psychodynamische model

Een belangrijk punt binnen de traditionele psychodynamische theorie is dat de vroege kinderjaren bepalend zijn voor de verdere persoonsontwikkeling.

Deze benadering houdt zich vooral bezig met ervaringen of belevingen en met

de innerlijke conflicten van het individu.

Een centrale gedachte van het psychodynamische denken is dat het ontwikkelingsverloop wordt gekenmerkt door conflicten tussen driftmatige impulsen en strevingen enerzijds en de beperkingen vanuit de realiteit anderzijds.

In het verlengde daarvan hecht men dan ook grote waarde aan emotionele relaties met belangrijke personen uit de omgeving. Men spreekt hier wel van hechtingsgedrag oftewel attachement.

De psychodynamische inzichten gaan ervan uit dat het ontstaan van angstig gedrag in verband gebracht kan worden met storingen in het psychisch functioneren van het kind.

De verstoring van psychische functies is het gevolg van het niet op adequate wijze doorlopen of verwerkt hebben van de voorafgaande ontwikkelingsfasen.

Het ontwikkelingsfase model

Schoolfobie komt opvallend vaker voor bij het begin van de lagere school, bij het begin van de middelbare school en het begin van de puberteit. Het is dan ook denkbaar dat schoolfobie samenhangt met de moeite die het kind heeft om de taken en opgaven op te lossen die horen bij deze veranderingen.

Volgens Bauer vertonen vele kinderen allerlei gedragsstoornissen tijdens de eerste maanden basisschool; toegenomen afhankelijkheid, zich isoleren, vijandigheid, huilen, braken, duimzuigen, broekplassen etc., ook in het eerste en tweede leerjaar heeft zeventig procent hiervan nog last.

De schoolfobie is een pseudo-fobie volgens Bowlby. Er is minder angst voor "iets", danwel angst van het afwezig zijn van "iets", namelijk de hechtingspersoon. Uitgaande van deze stelling legt Bowlby in zijn theorie over het ontstaan van een schoolfobie de nadruk op het separatieprobleem en heel speciaal daarin op de negatieve rol van bepaalde interactieproblemen in de familie. Hij onderscheidt daarin vier typen van interactiepatronen die het ontstaan van een schoolfobie kunnen stimuleren. In elk van deze typen speelt separatieangst een grote rol.

- **Type A:** De lijdende moeder met een afwezige echtgenoot.
- **Type B:** Het kind is bang dat moeder iets overkomt tijdens afwezigheid.
- **Type C:** Angst van het kind dat iets zal gebeuren buitenshuis.
- **Type D:** Ouders zijn bang dat hun kind iets gebeurt buitenshuis en dragen deze angst over aan het kind.

Het systeemtheoretische model

Interactiepatronen zijn systeemkenmerken die boven de eigenschappen van de afzonderlijke leden uitgaan.

Watzlawick noemt alle gedrag communicatie en het gedrag beïnvloedt de andere gedragingen en wordt daar ook weer door beïnvloed.

Binnen de systeemtheorie wordt veel belang gehecht aan bepaalde gezinsinteracties die bij een schoolfobie relatief vaak zouden voorkomen. Deze spelen een rol in het ontstaan van het probleemgedrag:

Atkinson heeft een drietal interacties beschreven die in een gezin een rol spelen in het voortbestaan van een schoolfobie:

- Een gezin met een bemoeizuchtige overbeschermdende moeder en een passieve vader, die beiden worden gedomineerd door een koppig eisend kind.
- Een gezin met een strenge overcontrolerende moeder en een passieve vader waarop het kind angstig, gehoorzaam en teruggetrokken reageert.
- Een gezin met een strenge controlerende vader die zich sterk bemoeit met de huishouding en een overbeschermdende moeder die gedomineerd wordt door een eisend kind.

Hoofdstuk 4, De probleemstelling gekaderd in het onderzoek

4.1 *De probleemstelling*

De vraag: “Hoe kunnen jongeren nu in de leeftijd van 12-18 jaar met schoolfobische klachten binnen de dagbehandeling van de GGZ Regio Breda optimaal behandeld worden?” is de officiële vraagstelling geworden. Hieruit zijn de volgende deelvragen gekomen:

Deelvragen:

- Wat is nu een schoolfobie en waaruit bestaan schoolfobische klachten?
- Welke jongeren in de leeftijd van 12 tot 18 jaar zijn vatbaar voor een schoolfobie en hoe ontstaan deze?
- Welke behandelingen zijn er reeds binnen de GGZ Regio Breda voor jongeren met een schoolfobie?
- Zijn er vergelijkbare instellingen en waarin verschillen zij met de dagbehandeling binnen de GGZ Regio Breda?
- Hoe optimaal kan een behandelingsplan op de dagbehandeling worden voor jongeren in de leeftijd van 12 tot 18 jaar met schoolfobische klachten?

Om dit te gaan onderzoeken heb ik gekozen voor het gebruik van interviews.

Ik heb dit gedaan omdat ik van mening ben zo meer duidelijke en uitgebreidere informatie van verschillende professionals werkzaam binnen de GGZ Regio Breda te verkrijgen omtrent dit onderwerp.

4.2 *Beschrijvingen van de onderscheiden disciplines van de professionals omtrent schoolfobische kinderen in de leeftijd van 12 tot 18 jaar*

Ik heb gekozen voor de disciplines die werkzaam zijn binnen het team van de dagbehandeling. Deze disciplines spelen alle een rol bij een kind met schoolfobische klachten. Van elke discipline heb ik één iemand uitgekozen. Hieronder ga ik eerst elke discipline beschrijven om duidelijk te krijgen wat hun takenpakket is, om zo de link te leggen naar hun ervaring met schoolfobische kinderen.

1. Vaktherapeut creatief
2. Muziektherapeut
3. Psychomotorische therapeut
4. Docent “Berkenhof”, speciaal onderwijs
5. Psycholoog
6. Groepsleiding van de dagbehandeling 12-18 jaar
7. Gezinstherapeut

4.2.1 Vaktherapeut Creatief

Creatieve therapie is een gerichte psychotherapeutische behandeling die probeert veranderings-, ontwikkelings-, en/of acceptatieprocessen te bewerkstelligen bij - in dit geval - personen met psychische klachten of stoornissen.

Deze therapievorm en ook alle andere vaktherapieën hebben gemeen dat zij naast de therapeutische relatie gebruik maken van een medium, in dit geval kunst. Hierin kunnen therapeutische processen plaatsvinden en staat dit medium centraal in deze therapie.

Als creatief therapeut behandel je mensen met emotionele of sociale problemen.

Je praat met je patiënt, kijkt naar zijn gedrag en stelt op grond daarvan een behandelplan op. De therapieën kunnen zowel individueel zijn als in groepsverband.

Als creatief therapeut binnen de GGZ Regio Breda maak je vooral gebruik van materialen. Schilderen, knutselen en op andere manieren creatief bezig zijn staat hierbij voorop.

Door deze creativiteit ontdekken mensen vaak hoe ze gevoelens kunnen uiten en met hun problemen kunnen omgaan.

Per patiënt houdt men een rapport bij hoe de behandeling verloopt.

Ik heb de desbetreffende Creatieftherapeute, G. Sprang genaamd, geïnterviewd op 03-01-2007 in haar eigen kantoor binnen de GGZ Regio Breda.

4.2.2 Muziektherapeut

Muziektherapie is een paramedische behandelvorm.

Bij muziektherapie is dit medium de muziek. De muziek speelt dan ook een centrale rol en wordt op verschillende manieren ingezet.

Tijdens een muziektherapieverloop worden verschillende dingen gedaan. Dit is allemaal afhankelijk van de hulpvraag van de patiënt. Dit geldt voor alle vaktherapieën.

Muziektherapie geeft door middel van muziek en therapeutisch contact vaak toegang tot problemen die in het begin vaak niet verbaal bespreekbaar zijn.

Muziek en emotie zitten heel dicht bij elkaar. Een muziektherapeut weet hiervan doelbewust gebruik te maken.

We maken binnen de GGZ Regio Breda gebruik van verschillende vormen van muziektherapie.

We maken gebruik van deze therapie tijdens de observatieperiode, en mocht daar naar voren komen dat de jongere meer aan deze therapie met dit medium kan hebben, dan zijn er nog verschillende vormen van workshops met muziek na deze periode.

Ik heb muziektherapeute A. Doek geïnterviewd in haar eigen kantoor bij de GGZ Regio Breda op 08-01-2007.

4.2.3 *Psychomotorische therapeut*

Psychomotorische therapie is bedoeld voor mensen met psychische problemen. Het doel van de behandeling is het wegnemen of in ieder geval verminderen van de problematiek waar de cliënt last van heeft.

Het werkterrein van een psychomotorische therapeut ligt op hetzelfde gebied als dat van een psycholoog.

Een psychomotorische therapeut is een professional die mensen met psychische problemen behandelt.

Het verschil met een psycholoog is dat die alleen praat met mensen, terwijl een psychomotorische therapeut een deel van de tijd dingen doet met mensen. Die dingen liggen op het gebied van beweging en lichaamservaring.

Binnen de GGZ Regio Breda wordt er gebruik gemaakt van een grote gymzaal met verschillende mogelijkheden. Soms worden de activiteiten buiten gedaan. De therapie kan individueel zowel als in groepsverband aangeboden worden. Sport en spel is het medium wat hier gebruikt wordt.

De psychomotorische therapeut T. heb ik een vragenlijst gegeven, die ik later telefonisch heb toegelicht i.v.m. de beperkte uren die hij werkzaam is binnen de GGZ Regio Breda.

4.2.4 *Docent speciaal onderwijs*

Binnen de GGZ Regio Breda wordt er samengewerkt met een school voor speciaal onderwijs.

Al de jongeren die ter behandeling op de dagbehandeling zijn, gaan naar die desbetreffende school.

De docenten hebben vaste klassen met leerlingen.

Op de school heb je een tweedeling in klassen: de leerklassen en de structuurklassen.

De jongeren worden hierin ingedeeld naar problematiek.

Wel is er ook niveauverschil aanwezig op de school en kunnen er deelcertificaten behaald worden.

De leerklas is gericht op de leerstof en draagt zorg voor de opname van deze stof door de jongeren.

De structuurklas is gericht op het geven van structuur aan de jongeren. De nadruk ligt niet op de leerstof maar op de aanwezigheid en het welbevinden van de jongeren in de klas.

De docenten dragen zorg voor de aangeboden leerstof en zorgen voor het welbevinden van de jongeren in de klas.

Ik heb gekozen om docente F. te interviewen. Ik heb dit gedaan op 16-01-2007 in haar eigen klaslokaal van de bijzonderonderwijsschool "Berkenhof".

4.2.5 Psycholoog

Een psycholoog is iemand die studie heeft gemaakt van de menselijke ontwikkeling.

Een GZ-psycholoog is een psycholoog die na zijn universitaire studie een extra tweejarige opleiding en werkervaring heeft opgedaan omtrent diagnostiek en behandelen. Een GZ-psycholoog kan zelfstandig diagnosticeren en behandelingen uitvoeren, waarbij gebruik wordt gemaakt van deelt technieken uit verschillende therapeutische stromingen.

Binnen de GGZ Regio Breda wordt gebruik gemaakt van GZ-psychologen. Deze voeren intake- en onderzoeksgesprekken met - in dit geval - de jongeren en verrichten psychodiagnostisch onderzoek met het doel inzicht te krijgen en een oordeel te geven over psychopathologie en persoonlijkheidsdynamiek in relatie tot de sociale context van de jongere.

De jongeren op de dagbehandeling hebben tijdens hun opname verschillende keren een afspraak met de psycholoog.

Deze afspraken zijn altijd individueel.

Tijdens de verschillende multidisciplinaire overleggen is de psycholoog ook aanwezig voor advies en ondersteuning.

Ik heb er voor gekozen om het betreffende interview te houden met psychologe N. van Amerongen. Ik heb haar geïnterviewd in haar kantoor binnen de GGZ Regio Breda op 16-01-2007.

4.2.6 Groepsleiding

De groepsleiders kunnen een verschillende achtergrond hebben.

Binnen de GGZ Regio Breda wordt er gebruik gemaakt van mensen met verschillende vooropleidingen zoals: Sociaal Pedagogische hulpverlening, Pedagogiek en Z-verpleegkunde.

Als groepsleider draag je zorg voor de jongeren wanneer zij op de dagbehandeling zijn.

Je begeleidt hen methodisch en observeert en analyseert de gedragspatronen van de jongeren.

Met behulp van de aangeleverde informatie en observatie word er dan een behandelplan opgesteld.

Ook zijn groepsleiders persoonlijke begeleiders van verschillende jongeren op de dagbehandeling en zijn daarmee het eerste aanspreekpunt en vertrouwenspersoon voor zowel de jongere als voor de ouders/verzorgers.

Ik heb er voor gekozen om mijn collega's gezamenlijk te interviewen op het kantoor van de dagbehandeling van de GGZ Regio Breda op 16-01-2007.

4.2.7 *Gezinstherapeut*

Om er voor te zorgen dat zowel de situatie op de dagbehandeling als thuis voorspoedig verloopt maken wij binnen de GGZ Regio Breda gebruik van gezinstherapeuten.

Gezinstherapie is een vorm van psychotherapie. Kenmerkend voor deze vormen van psychotherapie is dat partners of gezinsleden meestal samen in psychotherapie zijn.

Tegenwoordig wordt gezinstherapie ook wel systeemtherapie genoemd. De term systeem duidt op het sociale systeem waar mensen deel van uitmaken. Hiermee wordt bedoeld: de mensen die wij kennen en waar we een band mee hebben.

Binnen een sociaal systeem beïnvloeden mensen elkaar. Gedachten, gedragingen, gevoelens en verwachtingen ontstaan in wisselwerking met anderen uit onze omgeving. Dit is een gecompliceerd proces waarbij problemen kunnen optreden.

Voor de meeste mensen is het gezin van herkomst het eerste belangrijke sociale systeem.

Omdat wij op de dagbehandeling met jongeren werken, staat opvoeding centraal en maken vooral de ouders/verzorgers gebruik van de gezinstherapeut.

De therapie bestaat uit gesprekken met de gezinstherapeut.

De therapeut zal doorgaans alle betrokkenen uitnodigen voor een eerste gesprek. Hierna zal de therapeut een behandelplan opstellen waarin onder meer staat wat de doelstellingen van de therapie zijn en wie bij de behandeling betrokken zal worden.

Tijdens de gesprekken worden de problemen besproken en de gezinstherapeut zoekt samen met de eventuele andere deelnemers naar andere manieren om met de problemen om te gaan. In de therapie kan iedereen zich bewust worden van onderlinge reacties op elkaar en begrijpen welke invloed zij op anderen hebben.

Soms kunnen in de therapie bepaalde problemen direct worden opgelost. In andere situaties krijgen mensen handreikingen waardoor zij beter in staat zijn om zelf oplossingen te vinden.

Alle disciplines binnen de GGZ Regio Breda werken met een bepaald rapportagesysteem.

Zo kan elke discipline op de hoogte blijven van ontwikkelingen van de jongeren en werkwijzen van de verschillende disciplines.

De gezinstherapeut van de dagbehandeling voor jongeren in de leeftijd van 12 tot 18 jaar van de GGZ regio Breda is J. van Liempt. Ik heb hem een vragenlijst laten invullen en die telefonisch toegelicht i.v.m. zijn drukke schema en beperkte uren binnen de GGZ Regio Breda.

Hoofdstuk 5, Informatie over de instelling “De Jutters” te Den Haag

5.1 *Inleiding:*

Ik wilde graag een hoofdstuk wijden aan een bezoek aan een andere instelling die veel ervaring heeft op het gebied van schoolfobieën.

Omdat ik veel gelezen heb over de instelling De Jutters te Den Haag heb ik besloten om daar heen te gaan om te kijken of er wezenlijke verschillen en/of overeenkomsten zijn tussen de aanpak m.b.t. jeugdigen met schoolfobieën binnen de GGZ Regio Breda.



De Jutters ligt in Den Haag en valt onder GGZ Regio Haaglanden.

Te bereiken via:

Postbus 61452

2506 AL Den Haag

Tel. 070-8507850

www.dejutters.com

Ik had al eerder contact gehad met GZ psycholoog/systeemtherapeute L. Smout. Dit omdat haar naam meerdere malen naar voren kwam tijdens mijn research over schoolfobieën.

Psychologe L. Smout heeft mij informatie opgestuurd in augustus 2006, over hun werkwijze, en uiteindelijk geholpen met een telefonisch interview.

Mijn oorspronkelijke idee was om deze instelling te bezoeken om zo betere kijk te hebben op hun faciliteiten en om haar persoonlijk te kunnen spreken. Dit bleek na een geruime tijd over-en-weer e-mailen niet mogelijk door haar drukke werkschema.

Uiteindelijk heb ik haar verschillende vragen gesteld over hun werkwijzen en het gehele interview telefonisch gedaan.

5.2 *Wie zijn nu De Jutters?*

Ik zal eerst in het kort toelichten wat de instelling De Jutters doet en wie ze zijn.

De Jutters is een centrum voor Jeugd GGZ Haaglanden, een jonge, snel groeiende organisatie. Zij richten zich op kinderen en jeugdigen (en hun ouders) in de leeftijd van 0–21 jaar met psychiatrische problemen of met het risico deze te ontwikkelen.

Ze bieden diagnostiek, behandeling, preventieve zorg en consultatie.

De Jutters zijn dus ook een onderdeel van het GGZ.

Binnen de GGZ worden vaak dezelfde visies gedeeld. Elke regio heeft echter verschillende doelgroepen en dus verschillende werkwijzen en visies voor deze onderverdeelde groepen.

Het schoolfobieënproject in Den Haag bestaat inmiddels tien jaar.

De Jutters en de J.C. Pleysiersschool ontwikkelden in 1996 een behandelprogramma voor het toenemende aantal jongeren dat weigerde naar school te gaan.

Hoewel schoolfobieën ook voorkomen onder leerlingen van de basisschool - dan gaat het vaak om kinderen die bang zijn bij hun ouders vandaan te gaan of om kinderen die veel gepest worden - zijn ze het meest in het voortgezet onderwijs aanwezig.

Op deze doelgroep richt ik mij ook, omdat de kinderen uit de dagbehandelingsgroep binnen de GGZ Regio Breda in de leeftijd van 12 tot 18 jaar zijn.

Doordat deze instelling ook beschikt over de knowhow van andere instellingen in het land heb ik verschillende overeenkomsten gesignaleerd tijdens het interview.

Ondanks dat de GGZ Regio Breda en GGZ Haaglanden onder dezelfde organisatie valt ben ik ook meerdere verschillen tegengekomen.

Het blijkt dat er geen echt landelijk samenwerkingsverband of een landelijke richtlijn is voor kinderen met schoolfobische klachten.

Volgens L. Smout ontbreken er cijfers over langetermijneffecten van de verschillende therapieën waardoor er nog geen overeenstemming is over de behandeling, zelfs niet bij een landelijke organisatie als de GGZ.

Het enige dat - vooral op basis van buitenlandse onderzoek - vaststaat is dat cognitieve gedragstherapie kinderen met schoolfobische klachten helpt om hun angsten te overwinnen.

Ik wil de overeenkomsten en verschillen graag even in de volgende paragraaf kort toelichten.

5.3 *Overeenkomsten en/of verschillen tussen twee instellingen*

Als eerste viel me op dat ook De Jutters de tijd neemt voor de terugkeer van een jongere naar school. Iets wat binnen de dagbehandeling van de GGZ Regio Breda ook gebeurt.

Tijdens mijn research naar dit onderwerp zijn hierover de meningen vaak nog verdeeld. Dit vooral omdat er nog geen tot weinig materiaal beschikbaar is over de langertermijnresultaten van beide werkwijzen.

De oorsprong van de schoolfobische klachten kan erg gevarieerd zijn, wat vaak leidt tot verschillende individuele plannen, zogenoemde behandeling en therapie “op maat”, en daarbij verschillende tijdsbestekken waarin deze terugkeer plaatsvindt.

Tijdens het interview kwam naar voren dat bepaalde cursussen en vormen van therapieën gelijk zijn.

Binnen De Jutters en de Korilu wordt er gebruik gemaakt van de zogeheten P.M.T. (psychomotorische therapie). Er wordt echter binnen de Korilu gebruik gemaakt van meerdere zogenaamde vaktherapieën zoals Beeldende therapie en Muziektherapie. Deze therapieën zijn reeds uitgelegd in Hoofdstuk 4.

Ook is de cursus “Grip op je dip” bij beide instellingen aanwezig.

Binnen de Jutters wordt deze cursus echter ook online aangeboden zodat het laagdrempeliger is en jongeren van thuis uit hun problemen bespreekbaar kunnen maken.

Voor meisjes met schoolfobische klachten heeft De Jutters een speciale therapie, die aangeboden wordt als identiteitsversterkende meisjesgroep. Dit wordt binnen de Jutters ook als SOVA-training in groepsverband (sociale vaardigheidstraining) gegeven.

Binnen de Korilu zijn er ook mogelijkheden voor SOVA-training, alleen niet specifiek voor meisjes.

Meer informatie over de SOVA-training als bijlage1.

Een groot verschil met de Korilu is volgens mij de samenwerking met de aangesloten school voor speciaal onderwijs.

Er staan vaste afspraken voor de frequentie van contact tussen school, behandelaars, jongeren en ouders/verzorgers. Dit is tweemaal per week.

Op de Korilu zijn hierover geen vaste afspraken, er is wel degelijk contact met school, maar minder georganiseerd dan op De Jutters.

Ook heeft de GGZ Haaglanden een preventieve cursus, specifiek voor kinderen met (nu nog) lichtere schoolfobische klachten.

Deze cursus is gericht op een goede overgang naar het voortgezet onderwijs om zo problemen te voorkomen.

Deze cursus heet: “Plezier op school”. Hieronder zal ik in het kort uitleggen wat deze cursus inhoudt.

5.3.1 Plezier op school

Deze tweedaagse cursus is bedoeld voor aanstaande brugklassers die op de basisschool zijn gepest, bang of onhandig zijn in de omgang met anderen of die het moeilijk vinden voor zichzelf op te komen. Kinderen die opzien tegen de overgang naar het voortgezet onderwijs kunnen na het volgen van de cursus ‘plezier op school’ de overstap wat makkelijker maken.

In de cursus leren de kinderen positief te denken en wordt op een ontspannen en speelse wijze de volgende vaardigheden aangeleerd:

- contact leggen met andere kinderen
- opkomen voor jezelf
- omgaan met plagen en pesten
- aandacht voor non-verbaal gedrag zoals houding, oogcontact en stemgebruik

De training vindt nog in de vakantie plaats omdat het een goede voorbereiding is voor een geheel nieuwe start met leeftijdsgenoten op de nieuwe school.

5.3.2 Fases van het schoolfobieënproject

De behandeling binnen het schoolfobieënproject vindt gefaseerd opgebouwd plaats in drie trajecten.

Deze zijn:

1. Het individuele traject:
Hierbij krijgt de jongere naast ambulante diagnostiek, behandeling en ouderbegeleiding individuele lessen op school. Diagnostiek en behandeling richten zich ook op de ouders.
Deze fase duurt 2 à 3 maanden.
2. Groepstraject:
Naast de ambulante behandeling leert de jongere tijdens het groepstraject weer functioneren in een klassikale leersituatie (met gemiddeld 8 tot 10 andere leerlingen).
De sociale vaardigheden van de jongere wordt versterkt met behulp van een sociale vaardigheidstraining of een identiteitsversterkende meisjesgroep.
Deze fase duurt circa 10 maanden.
3. Schakeltraject:
Het derde traject is het schakeltraject dat gedurende de laatste drie maanden van het groepstraject wordt gevolgd.
In dit traject richt de behandeling als ook het onderwijs zich op de overgang en herintegratie in het reguliere onderwijs.
Deze fase duurt circa 3 maanden

Tijdens het gehele schoolfobieëntraject is er regelmatig nauw overleg tussen behandelaars en school over behandelplanning en voortgang van de behandeling.

Als je kijkt naar de gemiddelde behandelduur dan spreek je bij De Jutters over 16 maanden in totaal.

Tijdsduur van behandeling in beide instellingen:

	<u>GGZ Haaglanden</u>	GGZ Regio Breda
Individuele traject	1 à 3 maanden	Niet
Groepstraject	Ca. 10 maanden	3 maanden
Schakeltraject	Ca. 3 maanden	3 maanden

Je ziet duidelijk in bovenstaande tabel dat er grote verschillen zijn in tijdsbestek tussen beide instellingen.

Omdat de dagbehandeling in Breda in groepsverband is, is er geen individueel traject. Wel is er, zoals in de Jutters, ruimte voor de diagnose etc. Deze vindt plaats in de observatieperiode, die 3 maanden duurt.

Dit alles vindt wel plaats op de groep en is niet individueel.

Na deze periode wordt er gekeken in Breda of de jongere baat heeft bij de dagbehandeling en zo ja, dan wordt de periode met 3 maanden verlengd.

Dit kan hierna nogmaals en mits nodig nog enkele keren.

Het verblijf op de dagbehandeling te Breda duurt gemiddeld 6 maanden.

5.4 Conclusies

Kijkend naar bovengenoemd tijdsbestek kun je wel zeggen dat dit een intensief en lang programma is voor de jongere. Daarom is mijn conclusie ook dat dit een goed en veelbelovend project is waar jaarlijks ongeveer tien tot vijftien schoolweigeraars geholpen kunnen worden, maar wat niet haalbaar zal zijn binnen de dagbehandeling van de GGZ Regio Breda.

Het project wat De Jutters aanbiedt is tamelijk uniek.

Het gehele project is afgebakend in tijd en heeft uitgebreide voorzieningen.

Het heeft een nauwe, gestructureerde samenwerking met een school, iets wat een belangrijk onderdeel is voor de jongere.

Dit zal niet in veel instellingen binnen de mogelijkheden liggen.

Wel wil ik kijken naar de bruikbaarheid van kleine onderdelen van dit project voor de dagbehandeling te Breda.

Hierdoor heb ik duidelijk gekregen dat het noodzakelijk is om de behandeling voor deze jongeren op papier te krijgen en zo een begin te maken om voor deze jongeren een uitgewerkt stappenplan te krijgen en een stapje dichterbij komen bij het schoolfobieënproject te Den Haag, alhoewel er nog vele stappen nodig zullen zijn.

Hoofdstuk 6, het onderzoek met interviews

6.1 *Inleiding*

In mijn onderzoek wil ik zoveel mogelijk informatie verkrijgen van verschillende disciplines binnen de GGZ Regio Breda afdeling dagbehandeling Jeugd. Ik doe dit om zo een breder beeld te verkrijgen van de bestaande faciliteiten binnen deze afdeling voor jeugdigen met schoolfobische klachten. Deze middelen wil ik bundelen en eventueel suggesties doen voor een uitbreiding van deze faciliteiten, die ten goede zouden komen aan deze doelgroep. Uiteindelijk maak ik een beknopt behandelplan voor de dagbehandeling “Korilu A” genoemd. Dit is voor jongeren vanaf 12 t/m 18 jaar.

Ik heb deze interviews gehouden met zeven verschillende disciplines. Deze disciplines zijn één voor één uitgelegd in hoofdstuk 4. Ook mijn motivatie daarvoor zowel als de probleemstelling en deelvragen komen naar voren in dit hoofdstuk.

Uiteindelijk heb ik - m.u.v. twee personen - met allen een interview gehouden. Door tijdsgebrek van beide partijen heb ik uiteindelijk deze twee disciplines een vragenlijst gegeven op papier i.p.v. een persoonlijk interview. Dit was met de Gezinstherapeut en met de Vaktherapeut. In deze vragenlijst heb ik wel dezelfde vragen gesteld als bij de andere personen tijdens het interview. Hierna is alles nog telefonisch toegelicht. Dit alles bleek net zo effectief en net zo uitgebreid te zijn als de interviews, waardoor ik er voor gekozen heb in de verdere uitwerking geen onderscheid meer te maken.

6.2 *Het verwerken van de interviews*

Na het afnemen van de interviews en vragenlijsten heb ik hieronder de naar mijn inziens relevante antwoorden beknopt weergegeven.

In het kort heb ik de gestelde vragen hieronder weergegeven. Natuurlijk is er tijdens de interviews soms afgeweken van deze vragen en is er op bepaalde onderwerpen dieper ingegaan.

Vragen

1. Kun je in het kort uitleggen wat precies je functie is binnen de GGZ Regio Breda?
2. Ben je bekend met schoolfobieën en heb jij binnen je therapie veel te maken met kinderen met schoolfobische klachten?
3. Hoe ben je in aanraking gekomen met schoolfobieën (studie, vorige baan, literatuur etc.)?

4. Heb je het idee dat je een belangrijke bijdrage kunt leveren in jouw discipline aan deze kinderen en waarom heb je dat idee?
5. Heb je voor deze kinderen speciale methodes gerelateerd aan je functie en kun je die kort samenvatten?
6. Er zijn verschillende opvattingen over het tijdsbestek van terugkeren naar school. Je hebt de methodiek die gericht is op de snelle terugkeer van het kind naar school en je hebt de methode die zich op een langzame terugkeer richt. Wat heeft je voorkeur en waarom?
7. Zijn er volgens jou binnen de GGZ Regio Breda faciliteiten beschikbaar voor kinderen met schoolfobische klachten?
8. Welke zijn dat, en zijn deze voldoende?
Welke niet en zouden die er volgens jou wel moeten zijn?
9. Wat zou je in ieder geval terug willen zien in het uiteindelijke behandelplan wat ik ga maken voor de dagbehandeling, Korilu A?

Uiteindelijk ga ik ook een beknopt behandelplan voor kinderen met schoolfobische klachten op papier uitwerken voor op de dagbehandeling, Korilu A.

6.2.1 Het verwerken van de interviews

Ik heb de bovenstaande vragen hieronder aangegeven met het nummer dat bij de vraag staat.

In het kort geef ik aan hoe de verschillende geïnterviewden antwoorden op deze vragen. Ik probeer de wezenlijke verschillen, maar ook de gelijkenissen toe te lichten die deze disciplines hebben over dit onderwerp. Alleen relevante informatie die ik belangrijk acht voor mijn behandelingsplan heb ik genoteerd.

1. *Kun je in het kort uitleggen wat precies je functie is binnen de GGZ Regio Breda?*

Iedereen heeft bij deze vraag uitgelegd welke discipline zij vertegenwoordigen. De meer uitgebreidere uitleg is terug te vinden in Hoofdstuk 4.

2. *Ben je bekend met de term schoolfobieën en heb jij binnen je therapie veel te maken met kinderen met schoolfobische klachten?*

Het bleek uit vraag 2, dat alle disciplines bekend waren met de term schoolfobie. Opvallend was dat bleek dat schoolfobieën minder bekend zijn in de leeftijd onder de 12 jaar. Op de dagbehandeling voor jongeren in de leeftijd van 12 tot 18 jaar komen deze klachten het meeste voor.

De groepsleiding van de deze dagbehandeling geeft aan dat deze doelgroep de afgelopen 2 jaar enorm is toegenomen.

3. *Hoe ben je in aanraking gekomen met schoolfobieën (studie, vorige baan, literatuur etc..)*

In antwoorden op deze vraag komt duidelijk naar voren dat dit vooral in de praktijk is. Maar één persoon geeft hier aan, dat er ook tijdens haar studie aandacht aan besteed is. Dit was de psychologe. Het gaat hierbij om een universitaire opleiding.

4. *Heb je het idee dat je een belangrijke bijdrage kunt leveren in jouw discipline aan deze kinderen en waarom heb je dat idee?*

Heb je voor deze kinderen speciale methodes gerelateerd aan je functie en kun je die kort samenvatten?

Deze vragen heb ik samengebundeld omdat dit overzichtelijker was. 100% heeft aangegeven te denken een belangrijke bijdrage te leveren aan deze kinderen.

Allen op een andere manier gerelateerd aan hun functie (vraag 5).

In het kort heb ik op de volgende pagina deze speciale methodes van de verschillende bijdragen genoteerd. Ik heb deze allemaal onderverdeeld onder de verschillende disciplines.

Groepsleiding:

We kunnen samen met school werken aan een gestructureerde geleidelijke opbouw. Tevens kunnen we vanuit onze kennis en ervaring de jongeren hierin op een juiste manier begeleiden. We werken vanuit de relatie en het opbouwen van vertrouwen. Ego versterken door positieve bekrachtiging en middels observatie zoeken naar de oorzaak (mogelijk PDD-Nos problematiek) en hier een passende behandeling op zetten.

Muziektherapeute:

De aangeboden zogenaamde “Popworkshop” levert hieraan een goede bijdrage. Er kunnen hier met succes ervaringen opgedaan worden in hun eigen mogelijkheden en de samenwerking met anderen. Dit alles speelt zich af in een samengestelde band met de cursisten. Daarnaast leren ze hierbij een positie in te nemen t.o.v. anderen en verantwoordelijkheid te nemen en zichzelf te laten horen. Zowel letterlijk als figuurlijk.

Gezinstherapeut:

Mochten er onjuiste, scheefgegroeide relaties in het gezin aanwezig zijn, dan werk ik hieraan in gesprekken met de ouders/verzorgers.

Ook is bekendheid en acceptatie van de angsten en problematiek een belangrijk onderdeel van mijn functie.

Ik richt mij op de relatie van de ouders met de jongere en op het welzijn van de ouders, niet individueel het kind.

Het kan bijvoorbeeld voorkomen dat door omstandigheden de moeder en de jongere helemaal afhankelijk van elkaar zijn geworden. De rol van de moeder is hierdoor veranderd. Zij leven op gelijke basis en de jongere leeft niet als een “kind”. Er is hierdoor separatieangst ontstaan en de jongere wil de moeder niet alleen laten, zodat het niet naar school wilt/durft.

Mijn taak is om deze band weer terug te brengen naar een traditionele moeder/kindrelatie, zodat de jongere de moeder weer met een gerust hart alleen kan laten en het weer “kind” kan zijn.

Ik zal mij hierin beperken tot de moeder en zorgen dat de moeder weer de

ouderrol gaat vervullen. Dit vindt vooral plaats door gesprekken.

Psychologe:

De cognitieve gedragstherapie is het meest belangrijke onderdeel van deze behandeling.

Ik ben ook bezig met irrationele (pieker)gedachten uit te vagen en een stappenplan in de angsthiërarchie te maken.

Psychomotorische Therapeut:

Ik ben vooral bezig met het opbouwen van een relatie en met versterken van het ego van deze kinderen d.m.v. sport en spel.

In mijn vak richt ik mij op het opbouwen van zelfvertrouwen door de kinderen nieuwe ervaringen op te laten doen door bijvoorbeeld te gaan kanoën.

Het versterken van het ego is erg belangrijk voor schoolfobische jongeren, vaak zijn zij erg onzeker.

Docent speciaal onderwijs:

Het geleidelijk opbouwen van het schoolprogramma in een vertrouwde sfeer waar het opbouwen van de vertrouwingsband centraal staat is het belangrijkste in mijn bijdrage aan deze jongeren

Het contact met de dagbehandeling en het overdragen van observaties en afspraken is ook belangrijk. Wij doen dit d.m.v. een handelingsplan. Dit handelingsplan is gemaakt op maat en verschilt dus per kind. Het verloop van dit plan wordt nauwlettend in de gaten gehouden en doorgecommuniceerd met de andere disciplines.

Creatieve therapeute:

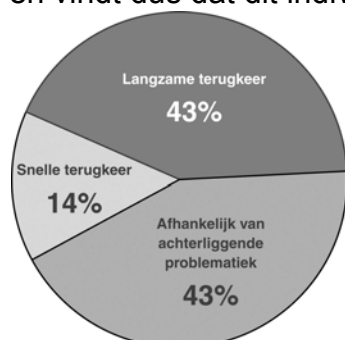
Mijn bijdrage ligt met name in het onderzoeken van de achterliggende problematiek en indirecte “alsof” oefensituaties, waarbij de gevoelens duidelijk worden.

Dit wordt gedaan d.m.v. de RET invalshoek (korte uitleg in bijlage 2), gedachtegang leren bijstellen, angstreductie bewerkstelligen en SOVA-gericht werken met thuisopdrachten.

6. *Er zijn verschillende opvattingen over het tijdsbestek van terugkeren naar school. Je hebt de methodiek die gericht is op de snelle terugkeer naar school en je hebt de methodiek die zich richt op de geleidelijke terugkeer van het kind naar school. Wat heeft je voorkeur en waarom?*

Als antwoord op vraag 6, wat de voorkeur geniet in de terugkeer naar school geeft 43% aan ervaring te hebben met de geleidelijke terugkeer en ervaart dit positief. Slechts 14% heeft de voorkeur voor een snelle terugkeer.

De overige 43% vindt dat dit afhankelijk is van de achterliggende problematiek en vindt dus dat dit individueel bepaald moet worden.



7. *Zijn er volgens jou binnen de GGZ Regio Breda faciliteiten beschikbaar voor kinderen met schoolfobische klachten?*

Op vraag 7, heeft iedereen aangegeven dat er wel degelijk faciliteiten aanwezig zijn en deze ook volgens hen voldoende zijn.

Één persoon heeft aangegeven niet geheel op de hoogte te zijn van wat deze faciliteiten zijn buiten zijn discipline.

In mijn uitgewerkt behandelplan zullen deze faciliteiten ingekaderd worden; deze zijn terug te vinden in bijlage 3.

8. *Welke van deze faciliteiten zijn er en zijn deze voldoende volgens jou?*

Wat mij vooral opviel aan de antwoorden op vraag 8. Ondanks dat ze op de vorige vraag 7 vooral antwoorden dat er wel degelijk faciliteiten aanwezig zijn binnen de GGZ Regio Breda, missen ze ook nogal wat.

Meerdere disciplines geven aan dat er geen uitgewerkte programma's zijn voor deze jongeren en dat duidelijkheid hierover soms ontbreekt.

Er zijn wel degelijk vaste programma's waar mee gewerkt wordt, maar niet specifiek afgestemd op deze doelgroep.

Een goede strakke samenwerking met thuis en school word ook genoemd als een vereiste.

9. *Wat zou je in ieder geval terug willen zien in het uiteindelijke behandelplan voor de dagbehandeling, Korilu A?*

Wat de verschillende disciplines nu graag terug willen zien varieert.

De vaktherapieën zijn alle heel erg gericht op hun eigen bijdrage en onderdelen. Alle geven aan dat alle drie de vaktherapieën volgens hen een belangrijke bijdrage levert aan deze jongeren.

Ook wordt er de mogelijkheid genoemd om twee versies te maken: zowel voor de snelle terugkeer naar school als voor de langzame (zie bijlage 3)

De stappen moeten haalbaar en concreet zijn volgens sommigen en er moet een combinatie komen van een snelle terugkeer naar school in combinatie met een behandeling voor de angsten.

Hoofdstuk 7, De conclusies en aanbevelingen.

7.1 *Conclusies*

Ik heb uiteindelijk uit de interviews en vragenlijsten zeven conclusies geformuleerd, die ik hieronder genoteerd heb.

1. Na deze interviews is het mij duidelijk geworden dat binnen de GGZ Regio Breda de term Schoolfobie reeds bekend is.
Toch heb ik gemerkt in mijn interviews dat veel van de verschillende disciplines hiermee pas in aanraking gekomen zijn in het werkveld van de geïnterviewden, specifiek bij de GGZ Regio Breda.
Gedurende de opleiding van de verschillende mensen is hierin geen tot weinig informatieverschaffing geweest.
De term schoolfobie moet daarom beter gedefinieerd worden, wat ik in mijn behandelingsprogramma zal gaan doen.
2. Uit de antwoorden van de geïnterviewden leid ik af dat er wel degelijk behoefte is aan een vast behandelprogramma op papier voor deze doelgroep. Er wordt meerdere malen aangegeven dat er verschillende faciliteiten zijn binnen de instelling, maar dat er niets concreets hierover op papier staat. Mijn behandelplan is dan ook nodig voor de verschillende disciplines om hierop terug te kunnen vallen.
3. Niet alle disciplines zijn voldoende op de hoogte van de mogelijkheden van de behandeling voor de jongeren binnen de instelling. In dit geval ging dit vooral op voor de vaktherapeuten.
4. De meningen zijn verdeeld over de tijdsduur van de terugkeer naar school. Of het kind direct terug naar school moet keren nadat een schoolfobie is vastgesteld is een twistpunt in de literatuur. Beide standpunten kennen argumenten voor en tegen. In de praktijk zijn de meningen hierover ook verdeeld.
In mijn behandelplan zal ik ingaan op zowel de korte als op de lange herstelperiode voor de doelgroep.
5. “Zorg op maat” wordt belangrijk geacht voor deze doelgroep.
Hiermee wordt bedoeld dat de professionele zorg op een klantgerichte manier wordt ingevuld. Het programma wordt dan geheel gericht op de zorgvragen van de specifieke cliënt. Het programma zal dus per kind verschillen, ondanks de gelijke diagnose.
6. Volgens de literatuur zijn er naast de schoolfobie nog meer problemen (Depreeuw, 1993) (terug te vinden in hoofdstuk 3.4.3.). De meeste disciplines denken ook dat er meer problemen naast de schoolfobie zijn. Deze zijn het dus eens met de literatuur.
7. In de literatuur wordt als belangrijkste behandelvorm gedragstherapie aangegeven. Dit komt ook terug als behandeling binnen de GGZ Regio Breda en wordt door meerdere disciplines aangegeven als behandelmethode (zie bijlage 3)

7.2 Aanbevelingen

Hieronder ga ik een viertal aanbevelingen doen n.a.v. mijn conclusies in paragraaf 7.1.

1. Mijn zorgprogramma voor de dagbehandeling voor jongeren met schoolfobische klachten is het begin om de zorg voor deze doelgroep duidelijker af te bakenen en om zowel zorgvrager als zorgaanbieder duidelijkheid te verschaffen. Mijn aanbeveling is om dit zorgprogramma, toegespitst op elke groep van de instelling, aanwezig te hebben.
2. Als tweede zou er meer aandacht besteed moeten worden aan deze doelgroep tijdens opleidingen.
Als werkgever heb je de inhoud van opleidingen echter niet in de hand. Daarom zou hij korte cursussen en/of informatiedagen over deze doelgroep moeten gaan aanbieden voor de werknemers, om zo de zorg voor deze jongeren en hun ouders te optimaliseren. Dit zou ook meteen inhouden dat de verschillende disciplines beter op de hoogte zijn van de mogelijkheden voor deze kinderen binnen de instelling (conclusie 1 en 3).
3. Nauwe samenwerking met school, gezin en de dagbehandeling.
Deze contacten waren er al, maar niet gestructureerd. Deze contactmomenten moeten frequenter en op vaste tijden. In mijn behandelplan (zie bijlage 3) is hiervoor een schema samengesteld.
4. Er moet sprake zijn van “zorg op maat”, dit wil zeggen dat er door de verschillende disciplines van tevoren besloten moet worden welke aanpak zij willen gaan gebruiken voor de jongere. Het tijdstip van de terugkeer naar school wordt bepaald door de achterliggende problematie(ken), en kan te allen tijde aangepast worden aan de jongere. Het programma wordt dan in zijn geheel gericht op de zorgvragen van deze jongere en verschilt per individu.

Hoofdstuk 8, bibliografie en bijlages

Bibliografie

Literatuur/ bronnen

Boeken/tijdsschriften

- Bauer, w,(1980), Kritische signalen, Munchen, Wilhelm Fink
- Bochove, van, Holzenspies, Carry (1986), Fobieën, Utrecht, Kosmos
- Broadwin, T., (1932), A contribution to the study of truancy, American Journal of Orthopsychiatry,
- Depreeuw, Eric, (1998) Studiemotivatie en faalangst nader bekeken : tussen kunnen en moeten staat willen, Leuven, universitaire pers
- DSM-IV-TR,21, (2005), Diagnostische criteria van de DSM-1V-TR
- Dyck, Van, Oppen, Van (1996), Behandelings strategieën bij angststoornissen, Houten, Bohn Stafleu Van Loghum
- Erikson, Erik, (1965), Jeugd en gezelschap, Stuttgart, Ernst Klett
- Heuvel, Van den, Hoe schrijf ik een scriptie of these?, Utrecht, Lemma,
- Johnson, A. M., E. J. Falstein, S. A. Szurek, en M. Svendsen, Schoolphobia, American Journal of Orthopsychiatry, 1941
- Koelen,A, Withag, H, Scriptuur, 's-Gravenhage, Care
- Oushoorn, D.N., Brans,H.C.M., Duyx,J.H.M, Eussen,M.L.J.M Kinder-en adolescentenpsychiatrie,Houten, Bohn Stafleu Van Loghum
- Piaget,Jean, Zes psychologische studies, Deventer, Van Loghem Slaterus
- Ploeg, van der, J.D. & Mooij, T,*Geweld op school. Achtergronden, omvang, oorzaak, preventie en aanpak*, Rotterdam, Lemniscaat
- Ruiter, Ellen(1999), Schoolfobie, wat is dat?
- Tichelaar, Klaske (1986), Oorzaak en behandeling van een schoolfobie
- Tijdschrift PSY, tijdschrift over geestelijke gezondheidszorg (2006)
- Verhulst, C, Frank (1994), Inleiding in de kinderpsychiatrie, Assen, Van Gorcum & Comp
- Watzlawick, P. (Hrsg.) (1995). Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben. (9. Aufl.). München: Piper.

Websites:

-
- <http://www.pmtinfosite.nl/home>
- <http://ggzdrenthe.nl/index>
- <http://www.psychotherapie.nl>

Bijlage 1

Training Sociale Vaardigheden

voor jongeren van 15 tm 18 jaar

GGZ Regio Breda

Bijeenkomst 1:

- Introductie werkwijze, afspraken.
- Kennismaking: naamplaatjes maken
- Voorstellingsronde: - Gesprek in tweetallen, elkaar voorstellen in de groep
(o.a. verwachtingen, wat wil je leren)
 - Namen oefenen met balspel
(namen oefenen d.m.v. vragen stellen)
- Luisteroefening: letterlijk herhalen, Samenvatten
- Eventueel: Non-verbaal (geïnteresseerd/ ongeïnteresseerd)
Spiegel oefening
- Benodigdheden: Papier
Pennen
Viltstiften
Kaartjes en veiligheidsspelden
Zachte bal

Bijeenkomst 2

- Ontspanningsoefening
- Kennismaking: - portret en interview vragen: je wint 1 miljoen, wat doe je ermee?
Wat neem je mee naar een onbewoond eiland?
Welk dier zou je het liefste willen zijn?
- Luisteroefeningen: (zie bijeenkomst 1)
- Gespreksonderwerpen: Inventariseren en noteren in de groep
- Non-verbale houding: Geïnteresseerd/ongeïnteresseerd
Oogcontact
- Spiegel oefening
- Oefening in het non-verbaal uiten van gevoelens.
- Gevoelens:

Blij	Bang	Boos
Verdrietig	geschrokken	achterdochtig
Onzeker	gelukkig	twijfelend
Vertwijfeld	enthousiast	overdonderd
Zelfverzekerd	gekwetst	uitdagend
Verontwaardigd	verongelijkt	
- Uitleg Huiswerkschema aan de hand van een voorbeeld.

Bijeenkomst 3

- Huiswerk innemen
- Theorie: Gebeurtenis-Gedachte-Gevoel-Gedrag
- Behandeling van het huiswerk vanuit dit theoretisch kader
- Opkomen voor jezelf: Advertentiespel, jezelf aanprijzen als leider van de groep (evt. met camera)
- Huiswerk meegeven
- Nodig: papier, pennen, camera

Bijeenkomst 4

- Ontspanningsoefening
- Huiswerk bespreken
- Evt. video advertentiespel bekijken en bespreken
- Uitleg knokken, wegkruipen, aanpakken
- Voor jezelf opkomen: invoegoefening
 - groepje organiseert schoolfeest, je wilt mee organiseren
 - op schoolplein nieuwe school, er staat een groepje te praten
 - uitgenodigd op een feest door een onbekende, verder ken je niemand
 - meegaan met een zeilkamp
 - meegaan met de bus naar Salou
 - voor het eerst naar een nieuwe sportclub
- Aandachtspunt: gespreksonderwerpen
Wat wil je vertellen
- Huiswerk meegeven
(tussenevaluatie van de doelen)

Bijeenkomst 5

- Huiswerk innemen
- Tussenevaluatie van de doelen
- Rollenspelen: Op grond van individuele huiswerkuitkomsten, 4 G's en knokken,
Wegkruipen en aanpakken
- Invoegoefeningen
- Vertrouwensoefening (blindegeleiden)
- Huiswerk meegeven

Bijeenkomst 6

- Huiswerk innemen
- Ontspanningsoefening
- Situatiespelen n.a.v. huiswerk
- Ballonvaartspeel
- Huiswerk meegeven, (uitleg omgaan met kritiek en oefensituaties)

Bijeenkomst 7

- Huiswerk innemen
- Uitleg omgaan met kritiek (positief, negatief terecht en onterecht)
- Omgaan met weigering
- Omgaan en reageren op afwijzing
- Onderhandelen
- Oefenen op grond van huiswerk
- Extra oefensituaties:
 - heb je zin om met me mee naar de stad te gaan? Nee ik ga al met iemand anders.
 - Je wilt meedoen aan de organisatie van een schoolfeest, groep is al gevormd
 - Je wilt samen met iemand huiswerk maken. Nee ik kan niet.
 - Je hebt maar rare kleren aan!
 - Ik moet altijd op jou wachten.
 - Een vies geworden boek dat je hebt geleend terugbrengen.
 - Ik spreek niets meer met je af, want jij komt nooit op de afgesproken tijd.
 - Jij kan niet mee, omdat je je altijd misdraagt op een feest.
 - Ik wil niet meer met je omgaan omdat je altijd anderen in de zeik zet.
 - Jaarfeest tennisclub. Jij mag niet meedoen want een vaste groep organiseert dit al jaren.

- Computerspelletjes uitwisselen. Je wordt geweigerd omdat je onvoldoende ervaring hebt en ze bang zijn voor virussen.
- Jij mag niet mee met ons naar de stad, omdat je geen brommerrijbewijs hebt en altijd meerijdt.
- Ik leen jou geen cd's want je gaat er onhandig mee om.
- Eventueel een situatie waarin je agressief benaderd wordt
- Huiswerk meegeven
(Nasa of ander onderhandelingspel)
(Evt ontspanningsoefening met aandacht voor houding)

Bijeenkomst 8

- Huiswerk innemen
- Ontspanningsoefening
- Nasa of ander onderhandelingsoefening
- Alternatief voor onderhandelingsoefening:
- conflict met leraar over het maken van een proefwerk
- onderhandelen over het tijdstip van thuiskomen.
- Huiswerksituaties behandelen en eventueel spelen (spelen betreffende doorzetten en oplossen van conflicten).
- Huiswerk meegeven .

Bijeenkomst 9

- Huiswerk innemen
- Oefeningen aan de hand van huiswerk
- Eventueel extra oefeningen in onderhandelen
- Spelen betreffende doorzetting en oplossing van conflicten
- Huiswerk meegeven
- IOA lijst laten invullen

Bijeenkomst 10

- Huiswerk innemen
- Ontspanningsoefening
- IOA vragenlijst invullen
- SVT spel
- groepsgewijs evalueren.

Bijlage 2

Rationele Emotieve Therapie (RET)

Inleiding

Rationeel Emotieve Therapie (RET) is een vorm van cognitieve gedragstherapie ontwikkeld door Albert Ellis (1913), een psychoanalyticus uit de VS. Ellis gaat uit van de veronderstelling dat het denken (gedachten, vaste overtuigingen, interpretaties etcetera) het gevoel controleert.

Uitgangsprincipe

Het principe van RET komt goed tot uiting in de volgende twee citaten:

"Zoals een mens denkt, zo is hij" - *de bijbel*.

"We maken ons geen zorgen over zaken zelf, maar over onze ideeën daarover. Als we problemen hebben, worden we angstig of boos, laten we niet anderen de schuld geven, maar eerder de schuld bij onszelf zoeken" - *Epictetus, Grieks wijsgeer van ± 50AD*.

Doel

De wijze waarop iemand tegen allerlei zaken aankijkt heeft zich gedurende zijn gehele leven langzaam ontwikkeld. Hij wordt als het ware gevoed met allerlei opvattingen, ideeën, normen, waarden, (voor)oordelen, etcetera. Het is te vergelijken met de berichtgeving over een oorlog in twee verschillende kampen. Er wordt een verkeerde voorstelling van zaken gemaakt en veel mensen geloven erin. Het gevolg is dat gedachten bepaalde gevoelens oproepen, die weer een bepaalde handeling tot gevolg heeft. Wanneer gedachten gebaseerd zijn op verkeerde opvattingen, dan zullen de gevoelens en handelingen die daarop volgen dikwijls moeilijkheden en problemen veroorzaken. Het doel van RET is te leren die verkeerde gedachten in te zien en te corrigeren, hetgeen bevrijdend werkt.

ABCDE-model

Ellis gaat uit van het zogenaamde ABCDE-model:

Activating event	objectieve beschrijving van de gebeurtenis
Beliefs	irrationele, spanning oproepende gedachte
Consequence	emotionele gevolgen (gevoelens) van de gedachte
Discussion	vragen om gedachten onder B aan werkelijkheid te toetsen
Evaluation	meer rationele gedachten die het gevolg zijn van de toetsing

Voorbeeld

Bijvoorbeeld je 9-jarige zoon raakt tijdens een bezoekje aan de Efteling zijn nieuwe handschoenen kwijt (gebeurtenis), dit roept een gedachte op (kan hij niet beter op zijn dure spullen letten), deze gedachte leidt tot een gevoel (boosheid), hetgeen een handeling tot gevolg heeft (de les lezen, schreeuwen, schelden). Het idee is nu dat je

zoon jou boos heeft gemaakt en je hele middag heeft verpest. De aanname in dit geval is dat een 9-jarig kind (tijdens een spannende bezoek aan de Efteling) dezelfde interesses in handschoenen heeft als zijn ouders. Als vader of moeder deze aanname, deze gedachte gaat onderzoeken en zich in het kind verplaatst, blijkt dat hun idee niet klopt.

Veronderstellingen

Een ander kan je geen gevoel geven, een gevoel ontstaat door je eigen gedachten over allerlei zaken. Je raakt niet van streek een gebeurtenis, maar door de manier waarop er tegen dingen aankijkt, hoe je erover denkt. Verschillende mensen kunnen op een zelfde situatie heel anders reageren doordat ze er heel verschillende gedachten bij hebben.

RET daagt je uit om bewuste veronderstellingen (met name diegene die je leven beroerd maken) te onderzoeken. Wat wil dat zeggen? In plaats van te denken dat het zo is (mannen zijn niet te vertrouwen) of zo hoort het (je hoort aan tafel te eten), kun je die gedachte ter discussie stellen, er over na denken en misschien wel corrigeren. Het gevolg is dat je leert op heel andere wijze tegen je omgeving en tegen gebeurtenissen aan te kijken, je leert verantwoording te nemen voor je eigen gevoel en niet langer een ander daarvoor verantwoordelijk te houden.

Bijlage 3

Zorgprogramma voor dagbehandeling GGZ Regio Breda voor jeugdigen
met schoolfobische klachten

Zorgprogramma Schoolfobieën

Inhoudsopgave zorgprogramma Schoolfobieën

1.	Inleiding.....	48
1.1	Het zorgprogramma.....	48
2.	Inhoudelijke vormgeving.....	49
2.1	Soort programma.....	49
2.2	Doelgroep.....	49
2.3	Nadere omschrijving van de doelgroep.....	50
2.4	Doelstelling van het zorgprogramma.....	51
2.5	Methode (korte omschrijving van de modules).....	51
2.6	Ervaren hiaten in het zorgprogramma.....	54
3.	Moduleboek.....	55
3.1	Individuele begeleiding.....	56
3.2	Individuele begeleiding op de groep.....	58
3.3	Farmacotherapie.....	60
3.4	Sociale training (vrienden programma).....	61
3.5	Vaktherapieën.....	62
3.6	Kinderpsychiatrische Intensieve Thuisbehandeling.....	63
3.7	Dagklinische opname.....	65
3.8	Klinische opname.....	68
3.9	Ouderbegeleiding.....	70
4.	Praktische aspecten.....	71

1. Inleiding

Het Zorgprogramma

Voor u ligt het zorgprogramma Schoolfobieën van de afdeling dagbehandeling Jeugd (GGZ Regio Breda).

Er is een aantal redenen waarom dit zorgprogramma op papier gezet is.

De belangrijkste zijn:

- Concreet weergeven wat het aanbod binnen dit zorgprogramma is.
- Eventuele hiaten in het aanbod opsporen
- Kennisoverdracht binnen de instelling

Dit zorgprogramma is begrensd door het alleen te richten op het aanbod van de dagbehandeling binnen het circuit jeugd van de GGZ Regio Breda (12-18 jaar).

Dit zorgprogramma zorgt er voor dat zowel cliënten als ouders/verzorgers en de medewerkers binnen deze instelling toegang hebben tot het aanbod van zorg voor jeugdigen met schoolfobische klachten.

Dit zorgprogramma zal echter zo nu en dan geëvalueerd en bijgesteld moeten worden om het gehele aanbod actueel te houden.

Graag zou ik ook nog even iedereen willen bedanken die meegewerkt heeft aan de totstandkoming van dit zorgprogramma. In het bijzonder de medewerkers van het circuit Jeugd.

Sophie Poell
Stagiaire dagbehandeling Jeugd, GGZ Regio Breda
2006/2007

2. Inhoudelijk programma

2.1 Soort programma

Behandeling en begeleiding van jeugdigen in de leeftijd van 12 tot 18 jaar met schoolfobische klachten, alsmede begeleiding van hun directe omgeving (gezin, school, etc.)

2.2 Doelgroep

Een schoolfobie valt volgens de DSM-IV onder een specifieke fobie.

Een specifieke fobie is een psychische aandoening die in het DSM-IV is ingedeeld bij de angststoornissen. Bij veel fobieën en angststoornissen ontstaan bij een persoon overdreven of onredelijke angsten en spanningen die een groot deel van het leven beheersen. Bij een specifieke fobie (vroeger ook wel enkelvoudige fobie genoemd) beperkt de angst zich echter tot specifieke situaties, objecten of zelfs mensen.

Het DSM-IV geeft de volgende criteria voor specifieke fobieën:

- A. Een duidelijke en aanhoudende angst die overdreven of onredelijk is en wordt veroorzaakt door de aanwezigheid of verwachting van een specifiek object of een specifieke situatie (bv. Vliegen, hoogten, dieren, een injectie krijgen, bloed zien)
- B. Blootstelling aan een fobische prikkel veroorzaakt vrijwel altijd een directe angstreactie. Deze kan voorkomen in de vorm van een situatiegebonden of door de situatie ingegeven paniekaanval.
N.b. : Kinderen kunnen uitdrukking aan de angst geven door huilen, woede-uitbarstingen, verstijving of vastklamping.
- C. De persoon ziet in dat de angst overdreven of onredelijk is.
N.b.: Bij kinderen kan dit criterium ontbreken.
- D. De fobische situaties worden vermeden of ondergaan met intense angstspanningen.
- E. De vermijding, de angstige verwachting of de spanningen voor de gevreesde situatie belemmeren in ernstige mate de dagelijkse handelingen, het beroepsmatige functioneren (of studie of school), sociale activiteiten of relaties met anderen of er bestaat een duidelijk lijden door de fobie.
- F. Als de persoon jonger is dan 18 jaar, is de duur minimaal 6 maanden.
- G. De angst, paniekaanvallen of vermijden zijn niet het gevolg van een andere psychiatrische aandoening, zoals de obsessief-compulsieve stoornis (bijv. vermijding van vuil door iemand met smetvrees), posttraumatische stress-stoornis (bijv. vermijding van prikkels die gekoppeld zijn aan een sterke stressfactor), verlatingsangst (bijv. vermijden van school), sociale fobie (bijv. het vermijden van sociale situatie uit angst voor vernedering), paniekstoornis met agorafobie of agorafobie zonder historie van de paniekstoornis.

Wanneer er sprake is van een schoolfobie, gaan de angsten van het kind vooral om de school en het naar school gaan.

Een schoolfobie wordt doorgaans gescheiden in twee verschillende types:

Type I: Type I-schoolfobie doet zich meestal nogal plots voor, vaak naar aanleiding van een voor het kind ontwrichte gebeurtenis (bv. ongeval, nieuwe school, echtscheiding, overlijden). Type I vinden we evengoed bij relatief goed functionerende kinderen in harmonische gezinnen. Meestal zijn type I schoolfobici jonger dan 12 jaar.

Separatieangst speelt doorgaans een centrale rol, maar een gebrek aan veiligheid en sfeerwarmte in de school kunnen eveneens het probleem uitlokken.

Als het probleem hoofdzakelijk in de school gesitueerd is, zal het kind erbuiten wel autonoom en niet angstig functioneren.

Type II: Type II-schoolfobie doet zich eerder voor bij jongeren ouder dan twaalf jaar en het gaat daarbij meestal om een zwaardere problematiek die expliciet in de schoolse context gezocht kan worden (bv. extreme faalangst of sociale angst) of erbuiten (agorafobische aard).

In vele gevallen is het gezin van Type II-schoolfobici eerder problematisch.

2.3 Nadere omschrijving van de doelgroep

Een kind met een schoolfobie is een kind wat o.a. lange tijd van school afwezig is. Het blijft met medeweten van de ouders thuis, waar het schijnbaar zorgeloos is. Zodra het kind naar school moet gaan, wordt het angstig, zonder dat kind, ouders of school er een reden voor kunnen geven. De aanvang van de weigering om naar school te gaan is meestal plotseling. De prestaties zijn tot dan toe redelijk geweest. Een schoolfobie is een type emotionele stoornis bij kinderen, dat gepaard gaat met enorme angst om op school te zijn. Het leidt tot afwezigheid, die weken, maanden en zelfs jaren kan duren. Johnson c.s. (1941) noemen het een diepgewortelde psychoneurotische stoornis, die zich duidelijk onderscheidt van spijbelen. Het fobische kind vlucht van school weg, meestal gaat het direct naar huis om bij de moeder te zijn. Het spijbelende kind daarentegen is niet door angst afwezig van school en zal niet naar huis gaan, maar rond gaan zwerven.

Differentieeldiagnose

Differentiaaldiagnostisch moet de stoornis schoolfobie worden onderscheiden van:

- Depressie. Kinderen of jeugdigen kunnen op basis van een depressie de vitaliteit missen om naar school te gaan. Hierbij zal de depressie en niet de angst op de voorgrond staan.
- Spijbelen. Bij spijbelen gaat het om moedwillig schoolverzuim dat niet veroorzaakt wordt door werkelijke angst voor de school. Spijbelen kan een onderdeel zijn van meer uitgebreide antisociale gedragsstoornissen. In tegenstelling tot het kind of de jeugdige met een schoolfobie, zal degene die spijbelt zijn best doen om het spijbelen voor de omgeving verborgen te houden.
- Andere psychiatrische beelden. Schoolweigering kan ook in het kader van andere psychiatrische beelden voorkomen zoals psychotische stoornissen of een dwangbeeld in de adolescentie.

- Somatische stoornissen. Een kind dat ziek is of bij wie zich een aanwezige, eventueel zelfs ernstige, aandoening nog niet duidelijk gemanifesteerd heeft kan schoolweigering als meest op de voorgrond staande symptoom laten zien.

2.4 Doelstelling van het zorgprogramma

Het doel van de behandeling

- Begeleiding en behandeling.
- Procesdiagnostiek, gedurende het gehele behandeltraject blijft toetsing en aanscherping van de diagnose aan de orde.

De eerste fase na de opname van de jongere in de dagbehandeling wordt de observatiefase genoemd. Er wordt dan zowel op de leefgroep als tijdens verschillende vaktherapieën geobserveerd.

Daarnaast dient er een zodanig emotioneel klimaat geschapen te worden dat angst gereduceerd of vermeden wordt.

Tenslotte dienen zoveel mogelijk activiteiten en interacties die aan de groei en ontwikkeling van het individuele kind bijdragen, bevorderd en gestimuleerd te worden.

Hulpvraag

In het algemeen zal de hulpvraag afkomstig zijn van de omgeving (ouders, school) of vanuit de jongere zelf.

De klacht zal veelal bestaan uit ongerustheid met betrekking tot het schoolverzuim en de angsten van de jongere.

Relatie diagnostiek en behandeling

De processen van diagnostiek en behandeling zullen regelmatig parallel verlopen.

Het behandelplan zal er voor elk kind weer anders uitzien. Diagnostiek en behandeling moet zich vooral richten op:

- Terugkeer naar school
- Reduceren van angsten
- Psychotherapie
- Gezinstherapie
- Gedragstherapie

2.5 Methode (korte beschrijving van de modules)

In de nadere omschrijving van de doelgroep is beschreven dat een schoolfobie uit twee verschillende types bestaan.

Diverse modules zijn daarom aanwezig binnen het zorgprogramma.

Deze modules variëren van ambulant tot klinisch. Deze module is echter toegespitst op de dagbehandeling voor jongeren in de leeftijd van 12 tot 18 jaar.

Per cliëntsysteem word gezien welke onderdelen zullen worden ingepast.

Op dit moment is het volgende aanbod aanwezig binnen de GGZ Regio Breda:

Ouderbegeleiding

Om de behandeling te laten slagen is de hieronder benoemde intensieve inzet en betrokkenheid die wij van de ouders vragen belangrijk en noodzakelijk. Ook hebben wij een schrift om contact met de ouders te onderhouden tijdens de behandeling.

Het is de bedoeling dat de ouders de jongere het schrift meegeven naar de Korilu waarin de ouders dan bijzonderheden kunnen schrijven over thuis en waarin de groepsleiding aan het eind van de dag zal berichten hoe de dag verlopen is voor de jongere. Uiteraard is de jongere degene die het schrift meeneemt. De groepsleiding zal bij het schrijven daarmee rekening houden. Naast de mogelijkheid van schriftelijke informatie-uitwisseling, is er altijd de mogelijkheid om telefonisch contact op te nemen.

- **Psycho-educatie (gericht op kennisverwerving en integratie bij ouders)**
Wij hebben op de dagbehandeling verschillende manieren om de psycho-educatie te ondersteunen. Dit verschilt per diagnose van de kinderen. Voor jongeren met een (aanverwante) stoornis, bijvoorbeeld Autisme, werken we met een werkmap “Ik ben speciaal”. Met deze methode werk je samen met de jongeren de map door. De jongere heeft zelf bepaalde onderdelen die hij moet invullen en een deel is informatief. Ook zijn er onderdelen speciaal voor familieleden om die meer bekend te maken met het ziektebeeld van hun familielid.
Voor jongeren met schoolfobische klachten worden echter (nog) geen vaste hulpmiddelen gebruikt. Dit wordt per kind apart bekeken.
- **Cursussen buiten de dagbehandeling.**
Buiten de dagbehandeling, binnen de GGZ Regio Breda kunnen onze jongeren gebruik maken van verschillende cursussen. Ook jongeren met schoolfobische klachten kunnen hiervoor in aanmerking komen.
De cursussen waar wij de meeste jongeren voor aanmelden zijn:
 - Een cursus “Sociale vaardigheden”
 - De cursus “Grip op je dip”
 - De cursus “agressieregulatie”
- **In samenwerking met de ouders opzetten of ondersteunen van het netwerk rond het kind (anderen bekend maken met de angsten van het kind).**
- **In geval van angst voor separatie, afbouwen van contact met kind tijdens behandeltime (mits nodig ouders aanwezig op school, of telefonisch contact met ouders).**

Thuisbehandeling/begeleiding

- **Kinderpsychiatrische Intensieve Thuiszorg (het K.I.T.)**

Het K.I.T. bestaat uit een groep professionals die de kinderen zowel als de ouders begeleiden vanuit thuis. Er wordt ook met de doelen etc. die opgesteld zijn bij de dagbehandeling thuis gewerkt door hen.

Rapportages zijn voor allen bruikbaar en tijdens voortgangsgesprekken en multidisciplinaire overleggen zijn ook zij aanwezig om zo de samenwerking nauw in de gaten te houden en op elkaar af te stemmen.

Behandeling cliënt/jongere zelf

- Individuele therapie. Op de dagbehandeling vinden er ook gesprekken met de psychiater/psycholoog plaats, hier wordt gekeken bij welke therapievorm (bv. gedragstherapie) het kind baat heeft.
- Groepstherapie. Groepstherapie is gericht op het vergroten van de sociale vaardigheden. De gehele behandelperiode op de dagbehandeling vindt plaats op de groep.
- Vaktherapieën.
De jongeren op de dagbehandeling maken gebruik van drie verschillende vaktherapieën:
 - Muziektherapie
 - Creatieve therapie
 - Psychomotorische therapie

Tijdens de eerste drie maanden van de behandeling begint een jongere (mits de jongeren niet al afkomstig is van een van de residentiele groepen en dus al bekend is binnen de GGZ Regio Breda) met een observatieprogramma. Tijdens dit programma volgt de jongere alle vaktherapieën.

Jongeren met schoolfobische klachten kunnen baat hebben bij alle drie de vaktherapieën. Na deze observatieperiode wordt er in overleg besloten bij welke vaktherapie de jongere het meeste resultaat behaalt.

Farmaco-therapie

Wanneer de angsten ernstig zijn, kunnen de jongeren ter ondersteuning gebruik maken van medicijnen.

Benzodiazepines, onder andere alprazolam (xanax) en clonazepam (Rivotril) bleken matig effectief bij de behandeling van angst bij kinderen (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1993). Diazepam (Valium) blijkt weinig effectief bij angststoornissen bij kinderen, terwijl jongeren en adolescenten hierop relatief gunstiger reageren.

Wanneer de schoolfobische klachten in verband staan met depressies, blijken antidepressiva baat te hebben.

Vooralsnog wordt aangeraden om alleen medicatie te gebruiken bij kinderen en jongeren wanneer de depressie ernstig is en er niet gereageerd wordt op psychotherapie.

De meeste ervaring met medicijnen tijdens de behandeling bij depressies bij jongeren is opgedaan met TCA imipramine en met amitriptyline.

2.6 Ervaren hiaten in het zorgprogramma

De vraag is nu in hoeverre het zojuist (kort) beschreven aanbod ook een adequaat aanbod is. Er zijn een aantal mogelijkheden om een antwoord op deze vraag te geven.

Men zou het kunnen vergelijken met collega'-experts (vergelijkbare instellingen in het land), men zou het kunnen voorleggen aan de cliëntenorganisaties. Allemaal acties die reeds plaatsgevonden hebben of naar mijn inziens zinvol zullen blijken. Nu is er echter bij de hulpverleners van het (ambulante) jeugdcircuit een inventarisatie gedaan omtrent hun activiteiten en faciliteiten op het gebied van de hulpverlening aan jeugdigen met schoolfobische klachten.

In deze inventarisatie werden de volgende hiaten in het aanbod genoemd:

Gericht op school

Gericht op het kind met schoolfobische klachten

Gericht op het ontlasten van ouders van deze kinderen

Gericht op de hulpverlening

3. Hoofdstuk 3 MODULEBOEK

In hoofdstuk 3 worden de modules beschreven die het circuit jeugd van de GGZ Regio Breda aanbiedt.

Wel moet er opgemerkt worden dat dit aanbod geen statisch aanbod is.

Achtereenvolgens komen aan bod:

- 3.1 Individuele begeleiding
- 3.2 Individuele begeleiding op de groep
- 3.3 Farmacotherapie
- 3.4 Sociale vaardigheidstraining (vrienden programma)
- 3.5 Vaktherapieën
- 3.6 Kinder Psychiatrische Intensieve Thuiszorg
- 3.7 Dagklinische opname
- 3.8 Klinische opname
- 3.9 Ouder begeleiding

3.1 Beschrijving van de module

Naam van de module: Individuele begeleiding

Soort module

Behandeling

Doelstelling

Het onderkennen van de stoornis en de specifieke gedragingen die direct samenhangen met de stoornis. Het hanteerbaar maken van deze gedragingen en bijkomende problemen verminderen (zoals slapeloosheid, vermindering eetlust etc). Het hoofddoel is de jongere uiteindelijk weer deel te laten nemen op een school.

Visie

Het leren herkennen van bepaald gedrag behorende bij schoolfobische klachten. Het voorkomen of minimaliseren van problemen die voortvloeien uit de schoolfobie.

Doelgroep

Het kind, de jongere met schoolfobische klachten.

Frequentie

Minimaal 1 keer per week.

Duur

Minimaal 30 min. per keer

Voortgangsbewaking

Regelmatig herhaling en voortgangsuitleg en -afstemming.

Werkwijze

Binnen het circuit Jeugd word er gebruik gemaakt van de cognitieve gedragstherapie en dan met name de Rationele Emotieve Therapie (RET), wat een vorm van de cognitieve gedragstherapie is.

Binnen deze therapie word er gekeken naar de wijze waarop iemand tegen allerlei zaken aankijkt en zich gedurende zijn gehele leven langzaam heeft ontwikkeld. Hij wordt als het ware gevoed met allerlei opvattingen, ideeën, normen, waarden, (voor)oordelen, etc.. Er wordt een verkeerde voorstelling van zaken gemaakt en veel mensen geloven erin. Het gevolg is dat gedachten bepaalde gevoelens oproepen, die weer een bepaalde handeling tot gevolg heeft. Wanneer gedachten gebaseerd zijn op verkeerde opvattingen, dan zullen de gevoelens en handelingen die daarop volgen dikwijls moeilijkheden en problemen veroorzaken. Het doel van RET is te leren die verkeerde gedachten in te zien en te corrigeren.

Uitvoerder

De psychologen bijhorend bij de dagbehandeling voor de 12 tot 18 jarige.

Voorwaarden

Probleembesef en motivatie bij de jongere om zich in te zetten voor de therapie.

In de leeftijd zijn tussen de 12 en 18 jaar.

Ouder(s)/verzorger(s) bieden steun aan de jongere zowel in praktische als morele zin.

3.2 Naam van de module: Individuele begeleiding op de groep

Soort module:
Behandeling

Doelstelling:

Het onderkennen van de stoornis en de specifieke gedragingen die direct samenhangen met de stoornis. Het hanteerbaar maken van deze gedragingen en bijkomende problemen verminderen (zoals slapeloosheid, vermindering eetlust etc). Het hoofddoel is de jongere uiteindelijk weer deel te laten nemen op een school.

Visie

Het leren herkennen van bepaald gedrag behorende bij schoolfobische klachten. Het voorkomen of minimaliseren van de problemen die voortvloeien uit de schoolfobie.

Doelgroep

Het kind, de jongere met schoolfobische klachten.

Frequentie

Minimaal 1 keer per week.

Duur

Minimaal 30 min. per keer

Voortgangsbewaking

Regelmatig herhaling en voortgangsuitleg en –afstemming.

Werkwijze

Een keer per week heeft de jongere een vaste afspraak met zijn persoonlijke begeleider, één van de groepsleiding.

Hierbij wordt er gekeken naar de leerpunten van de jongere, de gemoedstoestand en naar eventuele nieuwe leerpunten voor de komende week.

Ook wordt het schooltraject tijdens deze gesprekken besproken en elke week geëvalueerd.

Er wordt gekeken hoe het traject loopt, en of er plaats is voor enige opbouw van schooluren als het goed gaat of eventuele afbouw als het niet goed gaat met de jongere.

Het tijdsbestek van de terugkeer naar school wordt per individu bekeken. Voordat de groepsleiding hiermee begint wordt dit terugkeer plan met het multidisciplinair team overlegt en vastgesteld.

Elke week wordt dit geëvalueerd en eventueel bijgesteld.

Uitvoerders

Hulpverleners met de theoretische en praktische kennis van angsten en fobieën.

Binnen de dagbehandeling wordt dit vooral gedaan door de groepsleiding.

Samenwerking omtrent de terugkeer naar school gaat in nauwe samenwerking met

de docent van de jongere.

Voorwaarden

Probleembesef en motivatie bij de jongere om zich in te zetten voor de therapie.

In de leeftijd zijn tussen de 12 en 18 jaar.

Ouder(s)/verzorger(s) bieden steun aan de jongere zowel in praktische als morele zin.

3.3 Naam van de module: Farmacotherapie

Soort module:
Behandeling

Doelstelling:
Met behulp van medicatie/psychofarmaca bepaalde symptomen of ziektebeeld tegengaan.

Visie
Schoolfobische klachten kunnen vaak samengaan met verschillende (gedrags)problemen (bijvoorbeeld slaapproblemen, teruggetrokken gedrag, concentratieproblemen, angst, eetproblemen etc.). Medicijnen kunnen deze (gedrags)problemen verminderen.

Doelgroep
Kind, jongere met schoolfobische klachten.

Frequentie
Afhankelijk van de toegeschreven medicatie, variërend van wekelijks tot halfjaarlijks. In het algemeen zal de frequentie in de beginfase hoger zijn.

Duur
Varieert van 2 maanden tot jaren.

Voortgangsbewaking
Controle afspraken na enige tijd.
In een latere fase (als de toestand stabiel is en de adequate dosis is bepaald) kan de medicatie voorgeschreven worden door de huisarts.

Werkwijze
Het geven van informatie over de bevindingen, ziektebeeld en het gebruik van de medicatie.

Uitvoerders
Psychiater

Voorwaarden
De jongere moet gemotiveerd zijn of gemotiveerd kunnen worden tot (enige) therapietrouw.

3.4 Naam van de module:

Sociale Vaardigheids Training (Het vriendenprogramma)

Soort module:
Behandeling

Doelstelling:
Tijdens de cursus leren kinderen manieren om zelfverzekerder en vrolijker te zijn en om te gaan met angst.
De cursus kan zowel in groepsverband als individueel aangeboden worden.

Visie
Het vriendenprogramma voor kinderen en jongeren is een cognitief gedragstherapeutisch programma dat volgens een protocol werkt.
Er zijn 12 bijeenkomsten, 1 keer per week 45 minuten en een informatiebijeenkomst voor ouders, 1 terugkomstbijeenkomst 1 maand na afronding en een terugkomstbijeenkomst 3 maanden na afronding.

Doelgroep
Jongeren die somber en/of angstig zijn.

Frequentie
1 keer per week 45 minuten en een informatiebijeenkomst voor ouders, 1 terugkomstbijeenkomst 1 maand na afronding en een terugkomstbijeenkomst 3 maanden na afronding.

Duur
Er zijn 12 bijeenkomsten, en de terugkomst bijeenkomsten.

Voortgangsbewaking
Tijdens de cursus wordt de voortgang besproken, geëvalueerd en eventueel individueel bijgesteld.

Werkwijze
Jongeren manieren om zelfverzekerder en vrolijker te zijn aan te leren en een manier te vinden om om te gaan met angst.
Dit gebeurt d.m.v. werkboeken met verschillende onderwerpen per bijeenkomst zoals positief denken, vertrouwen in jezelf hebben, ontspannen, jezelf een beloning of compliment geven en moeilijke situaties stap voor stap oefenen.

Uitvoerders
Dat wordt gedaan door de groepsleiding, volgens de handleiding van deze cursus.

Voorwaarden
De jongere moet gemotiveerd zijn of gemotiveerd kunnen worden tot (enige) therapietrouw.

3.5 Naam van de module: Vaktherapieën

Soort module:
Behandeling

Doelstelling:

Vak therapieën zijn gerichte psychotherapeutische behandelingen die proberen veranderings-, ontwikkelings, en/of acceptatieprocessen te bewerkstellen bij in dit geval personen met psychische klachten of stoornissen.

Visie

Alle vaktherapieën hebben gemeenschappelijk dat zij naast de therapeutische relatie gebruik maken van een medium. Hierin kunnen therapeutische processen plaatsvinden en staat dit medium centraal in deze therapie. Er wordt gebruik gemaakt van: Creatieve therapie, Muziek therapie en van Psychomotorische therapie. Deze drie gebruiken achtereenvolgens kunst, muziek en sport en spel als medium.

Doelgroep

Jongeren met een psychiatrische problematiek, in dit geval met schoolfobische klachten.

Frequentie

Dit hang zowel van de therapie af als van periode. In de observatie periode worden allen therapieën meerdere keren per week gevolgd door de jongere gedurende 3 maanden. Hierna wordt vastgesteld bij welke therapie vorm de jongere het meeste baat heeft.

Duur

Varieert van 3 maanden tot een half jaar.

Voortgangsbewaking

Na de observatie periode wordt er in het multidisciplinair team geëvalueerd welke therapieën de jongere zal gaan voortzetten.

De therapieën werken met een stappenplan dat regelmatig geëvalueerd en bijgesteld wordt.

Werkwijze

Via een medium wordt er gewerkt aan verschillende doelen die de therapeut heeft vastgesteld voor de jongere.

Deze doelen worden individueel vastgesteld.

Uitvoerders

Voor elke vaktherapie zijn gespecialiseerde vaktherapeuten aanwezig.

Voorwaarden

De jongere moet gemotiveerd zijn of gemotiveerd kunnen worden tot (enige) therapietrouw.

3.6 Naam van de module: Kinderpsychiatrische Intensieve Thuisbehandeling

Soort module:
Behandeling

Doelstelling:

Het zodanig veranderen van het gezinsklimaat dat het gezin (met name de ouders) in staat is om voorwaarden te scheppen waardoor de jongere zo optimaal mogelijk kan functioneren.

Het vergroten van de vaardigheden van de ouders t.a.v. de schoolfobische problematiek.

Ouders en gezinsleden leren omgaan met de psychiatrische problematiek van hun kind.

Doorbreken van de negatieve spiraal waar het gezin door de psychiatrische problematiek van het kind in terecht is gekomen.

Voorkomen of verkorten van de dagklinische opname.

Visie

Behandeling van het kind gebeurt direct en indirect, je probeert een veranderingsproces op gang te brengen via de ouders.

Het doel van de thuisbehandeling is het helpen van mensen in hun natuurlijke omgeving.

De volgende principes zijn de basis van de KIT-methodiek:

- communicatie
- Gezag van de ouder(s) (herstellen)
- Autonomie vergroten van zowel de ouders als de kinderen
- Zorgen voor een goede affectieve band tussen ouder en kind
- Psycho-educatie

Doelgroep

Gezinnen met kinderen.

Van belang is dat het systeem, de draagkracht en de draaglast niet langer in verhouding is. De ouders moeten over voldoende mogelijkheden beschikken om een veranderingsproces op gang te brengen.

Frequentie

Eenmaal per week vindt er een huisbezoek plaats (een tot anderhalf uur)

Dit word uiteindelijk afgebouwd.

Duur

Doorgaans 6 tot 9 maanden

Voortgangsbewaking

Na de observatieperiode (van ongeveer 6 weken) vindt er standaard een overleg plaats met het gezin en diens verwijzer, waarna samen, met het gezin de aandachtspunten worden besproken en afspraken worden gemaakt middels een werkplan.

Elke 3 maanden vindt er een evaluatie plaats met het gezin en de verwijzer waarin het werkplan geëvalueerd en besproken wordt. Er wordt dan ook gekeken of verlenging wenselijk is.

In de afbouwfase wordt bekeken of de behandeling in de praktijk wordt vastgehouden.

Hierna vinden ook twee zogenaamde follow-ups bijeenkomsten plaats; een na een maand en een na drie maanden.

Werkwijze

- Maken van video-opnames, terugkijken, interpreteren en –gedragsalternatieven bespreken.
- Opdrachten aan ouders geven.
- Het gezin leren onderhandelen en afspraken te maken.
- Structuur aanbrengen (bijvoorbeeld dagprogramma's).
- Ouders leren inleven in de gevoelswereld van het kind.
- Eventueel psychiatrische problematiek ouders een plek geven.

Uitvoerders

KIT-opgeleide medewerkers.

Voorwaarden

De draagkracht van het gezin moet voldoende zijn.

De jongere dient op de begeleidingsmomenten thuis aanwezig te zijn.

3.7 Naam van de module: Dagklinische opname

Soort module:

Dagbehandeling (maandag tot en met vrijdag van 8.15 tot 16.00 uur) binnen een groep met 7 leeftijdsgenoten.

Er is een groep voor dagbehandeling van kinderen van 0 tot 12 jaar en een van 12 tot 18 jaar, waar het hier om gaat.

Ook is er een deeltijdsbehandeling (binnen deze groep) mogelijk.

Doelstelling:

De klachten waarmee de jongere binnen komt (en waarop een specifiek behandelplan wordt ingezet) zijn dusdanig verminderd of gestabiliseerd dat een kind weer volledig in een thuissituatie kan verblijven en/of de draagkracht binnen de thuissituatie is dusdanig verbeterd dat een kind daar kan verblijven.

Het uiteindelijke doel van de behandeling is het weer recht trekken van de gestagneerde ontwikkeling en in dit geval het weer participeren op school.

Een kind kan ook opgenomen worden voor een (diagnostiek)observatie, meestal gedurende 2 à 3 maanden.

Visie

Er is sprake van een multidisciplinair specialisme dat specifiek gericht is op de psychiatrische problematiek van het zich ontwikkelende kind en dat het thuismilieu intensief in de behandeling moet betrekken.

Vanuit de gedachte zorg op maat en multidisciplinair werken wordt een op het individu toegespitst behandelplan opgesteld, waarin diverse disciplines meewerken (psychiater, gezinstherapeut, groepsleiding, vaktherapeuten etc.)

Doelgroep

Kinderen en jeugdigen (0 tot 18 jaar) met schoolfobische klachten, en hun gezin. De draagkracht van de ouder(s)/ verzorger(s) moet voldoende zijn om het kind als het niet op de dagbehandeling is goed op te kunnen vangen. Ouder(s)/verzorger(s) moeten intensief willen samenwerken met de behandelaren.

Het kind moet de wisselingen tussen de drie milieus (thuis, dagbehandeling, school) aankunnen.

Frequentie

Het betreft behandeling van 08.15 tot 16.00 uur gedurende 5 dagen per week bij voltijdse deelname.

De frequentie kan minder zijn bij deeltijdbehandeling.

Duur

De duur kan erg variëren. Een behandeling duurt gemiddeld één jaar.

Voortgangsbewaking

Bij de aanvang van de behandeling wordt een individueel behandelplan opgesteld, welke regelmatig geëvalueerd en bijgesteld wordt.

Dit evalueren en bijstellen gebeurt op voorspraak van het multidisciplinaire team, in

samenspraak met de jongere, de ouders en zo mogelijk de verwijzer.

Werkwijze

De werkwijze wordt per individu vastgesteld. Terugkerende elementen zijn:

- Dagprogramma met veel structuur, waarbij de activiteiten gericht zijn op het stimuleren van het spel en het ombuigen van stereotiep gedrag naar een meer flexibel gedrag.
- Psycho-educatie aan de jongere
- Psycho-educatie aan de ouders waarbij uitleg over de stoornis informeren over prognose, mogelijkheden en beperkingen van de jongere.
- Werken aan de aanpassing van de omgeving van de jongere d.m.v. bijvoorbeeld het geven van pedagogische adviezen aan ouders, het maken van een dagprogramma, beloningsprogramma voor thuis etc.
- Ouders uitnodigen op de groep om de ouder-kind interactie te observeren en adviezen te geven over de omgang met de jongere.
- Het kind kan onder begeleiding sociale interacties oefenen met leeftijdsgenoten.
- Frequent overleg tussen en samenwerking met de ouder(s)/verzorger(s) en groepsleiding (dagelijks geschreven schriftjes, bezoeken aan de groep, telefonische gesprekken)
- Gesprekken tussen de persoonlijke begeleider en de jongere, minimaal 1 keer per week. Hierin worden bijvoorbeeld adviezen gegeven over hoe om te gaan met moeilijke situaties.
- Therapie (creatieve therapie, muziektherapie, Psycho Motorische Therapie)
- Ouderbegeleiding/oudertherapie
- Overleg tussen het behandelteam en de leerkracht van de jongere.

Uitvoerders

Het kind krijgt van 08.15 tot 16.00 uur begeleiding binnen een leefgroep waar groepsleiding werkt.

Er is sprake van een behandelverantwoordelijke (psychiater).

Daarnaast is er een gezinstherapeut en een behandelcoördinator. De jongere krijgt te maken met verschillende ondersteunende therapeuten (psycho-motore-therapeut, creatieve therapeut, etc.).

Verder krijgt het kind te maken met de leerkrachten van de school waar hij/zij naar toe gaat. Er vindt overleg plaats tussen het behandelteam en de leerkrachten. Het kind kan les volgen op de speciaal onderwijs school op het terrein, maar kan ook naar een andere school.

Voorwaarden

Indicatie moet gesteld zijn.

Er moet overeenstemming zijn met de jongere en de ouders over het individueel opgesteld behandelplan.

3.8 Naam van de module: Klinische opname

Soort module:

24-uurs opname binnen een residentiele leefgroep.

Variërend van kortdurend (3 maanden) tot langdurige behandeling (tot 2 jaar).

Doelstelling:

De klachten zijn over het algemeen verergerd, wanneer de jongere vanuit de dagklinische opvang doorstroomt. Dit kan door de thuissituatie komen of omdat het kind de zelfstandigheid en motivatie van de dagopvang niet aan kan.

Visie

Ook hier is er sprake van een multidisciplinair medisch specialisme dat specifiek gericht is op de psychiatrische problematiek van de jongere en diens thuissituatie. Vanuit de gedachte van zorg op maat en multidisciplinair werken wordt een op het individu toegespitst behandelplan opgesteld, waarin diverse disciplines meewerken (psychiater, (ortho)pedagoog, gezinstherapeuten, etc.).

Doelgroep

In dit geval jeugdigen in de leeftijd van 12 tot 18 jaar met een psychiatrische stoornis, alsmede hun gezin, die vanwege de problematiek van de jongere of de draagkracht van het gezin niet meer thuis kunnen verblijven. De dagklinische opname bleek hier niet voldoende te zijn voor de jongere en/of het gezin.

Frequentie

24-uurs zorg gedurende 7 dagen per week. De jongere kan regelmatig (en indien mogelijk) op weekend naar huis.

Duur

De duur kan variëren. Een behandeling duurt gemiddeld een à anderhalf jaar.

Voortgangsbewaking

Bij de aanvang van de behandeling wordt een individueel behandelplan opgesteld, welke regelmatig geëvalueerd en bijgesteld wordt. Dit evalueren gebeurt in samenspraak met de jongere zelf, het gezin, het multidisciplinair team en zo mogelijk de verwijzer.

Werkwijze

De werkwijze wordt per jongere vastgesteld. Terugkerende elementen zijn:

- Afspraken gemaakt in een behandelplan
- 24-uurs begeleiding en structuur binnen een leefgroep van 7 jongeren.
- Therapie
- School
- Ouderbegeleiding/oudertherapie

Uitvoerders

Er is sprake van een behandelverantwoordelijke (Psychiater). Daarnaast is er een gezinstherapeut en een behandelcoördinator. De jongere krijgt een 24-uursopvang binnen een leefgroep waar groepswerkers werken. De jongere krijgt te maken met verschillende ondersteunende therapeuten. Een belangrijke plaats wordt ingenomen door de leerkrachten van de school (Speciaal Onderwijs).

Voorwaarden

De indicatie moet worden gesteld en er dient overeenstemming te zijn of te komen met de jongere en/of ouders over het individueel opgesteld behandelplan.

3.9 Naam van de module: Ouderbegeleiding

Soort module:
Behandeling

Doelstelling:

De begeleiding is gericht op het overdragen van kennis aan de ouders en het laten integreren in hun eigen bestaan, zodat zij de stoornis leren onderkennen, accepteren en er mee leren omgaan. Richtlijnen binnen de dagbehandeling moeten worden afgestemd op de thuissituatie.

Visie

Het zoveel mogelijk bevorderen van de gezonde ontwikkeling van het kind is nodig. Angsten moeten gereduceerd worden zodat het kind weer gaat participeren op school. Behandeling op maat, behorende bij deze specifieke jongere, afgaande van ontstaan van de problematiek, is vaak de vraag.

Doelgroep

Het gezin en eventueel de omgeving.
De school is vaak een belangrijke factor.

Frequentie

Zo frequent als nodig. Minimaal 1 keer per 3 weken.

Duur

Afhankelijk van de draagkracht van het gezin en de ernst van de fobie kan dit kort of lang duren. Zo nodig met herhaling.

Voortgangsbewaking

Regelmatig afstemmen met de hulpvraag van de ouder(s)/verzorger(s).

Werkwijze

Uitvoerders

Hulpverleners met de theoretische en praktische kennis van angsten en fobieën. Binnen de dagbehandeling wordt dit vooral gedaan door de gezinstherapeut zowel als door de groepsleiding.

Voorwaarden

De diagnose is gesteld.
Leeftijd van 12- 18 jaar.
Ouders hebben de vaardigheden voor deze vorm van hulpverlening.

4. Praktische aspecten

Het circuit Jeugd is onderdeel van de GGZ- Regio Breda.

Het circuit Jeugd heeft een gedifferentieerd verzorgingsgebied:

- Voor het ambulante gedeelte een groot aantal gemeenten in en rondom Breda, Etten-Leur en Oosterhout, ook het Land van Heusden en Altena.
- Voor het klinische gedeelte is het verzorgingsgebied uitgebreider. Het omvat in oosten ook de regio Tilburg en in de westelijke richting eindigt het gebied bij de grens van Zeeland.
- Daarnaast is er binnen het klinische gedeelte bovenregionaal aanbod.

Het circuit jeugd is als volgt bereikbaar:

Ambulant:

-GGZ Regio Breda
Circuit Jeugd
Baronielaan 52
4818 RB Breda

Zorgnetwerk Voordeur, voor aanmelding van jeugd, volwassenen en ouderen:

Cluster Aanmelding/screening Crisis en Bemoeizorg
Baronielaan 18
4818 RA Breda
Tel (076) 5 241 000
Fax (076) 5 209 613
Telefonisch aanmelden: ma-vr 9.00 - 16.30 uur
Crisisdienst: 24-uursdienst (ook voor Zorgnetwerken Jeugd en Ouderen)

Kliniek:

-GGZ Regio Breda
Circuit Jeugd
Galderseweg 81
4800 RA Breda
Tel. Secretariaat 076-5608538