

Depressie in het voortgezet onderwijs

Preventie, signaleren en behandelen van depressie op het Dongemond College



6-6-2011

Paul Norbart

Studentnummer: 1357918

Master Special Educational Needs

Fontys Opleidingscentrum Speciale Onderwijszorg

Leerroute: Leerlingbegeleiding (LB)

Begeleid door: drs. K. Vloet

Inhoudsopgave

	Blz.
Samenvatting.....	5
Hoofdstuk 1: Inleiding, Aanleiding en Probleemstelling	
1.1 Inleiding.....	8
1.2 Aanleiding en probleemstelling.....	9
Hoofdstuk 2: Theoretische onderbouwing	
2.1 Inleiding.....	14
2.2 Wat is een depressie?.....	14
2.3 Preventie.....	15
2.4 De risico- en beschermende factoren.....	18
2.5 Signaleren.....	20
2.6 Behandelen.....	20
2.7 Conclusies.....	22
Hoofdstuk 3: Methode van onderzoek	
3.1 Context van het onderzoek.....	23
3.2 Onderzoeksstrategie.....	23
3.3 Onderzoeksgroep.....	24
3.4 Onderzoeksmethode en onderzoeksinstrument.....	24
3.5 Data-analyse.....	25
3.6 Ethiek.....	25
3.7 Betrouwbaarheid & validiteit.....	27

Hoofdstuk 4: Data analyse en resultaten

4.1	Hoe vaak komt depressie bij jongeren voor, zowel in het algemeen als op het Dongemond College?.....	28
4.2	Preventieve en signalerende maatregelen bij depressie: van de theoretische achtergrond naar maatregelen voor het Dongemond College.....	30
4.3	Hoe worden de preventieve maatregelen op onze school ervaren door leerlingen en mentoren?.....	33
4.4	Hoe worden de signalerende maatregelen op onze school ervaren door leerlingen en mentoren?.....	36
4.5	Hoe kunnen jongeren met een depressie zowel binnen als buiten de school op een goede manier behandeld worden?.....	38

Hoofdstuk 5: Conclusies, Discussie en aanbevelingen

5.1	Hoe vaak komt depressie bij jongeren voor, zowel in het algemeen als op het Dongemond College?.....	40
5.2	Welke preventieve maatregelen zijn er te nemen om een depressie bij jongeren te voorkomen?.....	41
5.3	Hoe kan een depressie vroegtijdig worden gesignaleerd bij jongeren?.....	42
5.4	Hoe kunnen deze preventieve en signalerende maatregelen binnen het Dongemond college worden verwerkt?.....	42
5.5	Hoe worden de preventieve maatregelen op onze school ervaren door leerlingen en mentoren?.....	43
5.6	Hoe worden de signalerende maatregelen op onze school ervaren door leerlingen en mentoren?.....	44
5.7	Hoe kunnen jongeren met een depressie zowel binnen als buiten de school op een goede manier behandeld worden?.....	45
5.8	Welke preventieve, signalerende en behandelende maatregelen kan onze school nemen voor leerlingen met een depressie?.....	46

Hoofdstuk 6: Evaluatie onderzoek	
6.1 Het onderzoek.....	47
6.2 Mijn eigen leerproces.....	48
Literatuurlijst.....	50
Bijlage 1: Mentorles depressie.....	52
Bijlage 2: Samenvatting presentatie depressie Dongemond college.....	60
Bijlage 3: Vragenlijst leerlingen.....	65
Bijlage 4: Vragenlijst collega's.....	66
Bijlage 5: Oplossingsgericht werken: een voorbeeldgesprek.....	68

Samenvatting

In de dagelijkse praktijk van een school voor voortgezet onderwijs krijgen vakleerkrachten, mentoren en leerlingbegeleiders regelmatig te maken met leerlingen met depressieve gevoelens. Door ervaringen op dit gebied, ben ik ervan overtuigd geraakt dat het signaleren en bespreekbaar maken van deze gevoelens erg belangrijk is. Vanuit deze begingedachte formuleerde ik mijn onderzoeksvraag: *“Welke preventieve, signalerende en behandelende maatregelen kan onze school nemen voor leerlingen met een depressie?”*

Uit een uitgebreide literatuurstudie filterde ik een aantal maatregelen die op school op het gebied van depressie te nemen zijn. Deze maatregelen worden beschreven in het beleid van de WHO en EU die depressie als een speerpunt hebben weggezet. Op het gebied van preventie richten de maatregelen zich allereerst op het verminderen van de klachten bij de risicogroepen, daarnaast is het belangrijk je te richten op de psychische gezondheid van de gehele bevolking. De psychische gezondheid wordt verbeterd door het vergroten van de draagkracht van het individu en door het verbeteren van de leefomstandigheden door o.a. psycho-educatie van de omgeving. Deze psycho-educatie speelt ook een belangrijke rol bij het signaleren van een depressie. Daarnaast is het gebruik van vragenlijsten een belangrijk instrument bij deze signalering. Voor de behandeling van een depressie is het belangrijk je grenzen als school goed te kennen. Bij een milde depressie is het belangrijk waakzaam toe te zien. Ook kunnen oplossingsgerichte gesprekken een positieve bijdrage leveren. Bij zwaardere depressies dient de school, uiteraard in samenspraak met de ouders, te verwijzen.

Deze theoretische maatregelen heb ik, voor onze school, verwerkt in een mentorles voor onze derdejaarsleerlingen en een presentatie over dit onderwerp voor mijn collega's. Met de mentorles heb ik een bijdrage geleverd aan het verbeteren van de psychische gezondheid van onze leerlingen (zowel gericht op het individu, als op de omgeving), daarnaast functioneerde deze les als signaleringsinstrument. De presentatie voor mijn collega's had als doel psycho-educatie van de omgeving. Hierdoor leverde ik een positieve bijdrage aan de verbetering van de psychische gezondheid van onze leerlingen, daarnaast gaf ik mijn collega's handvatten een depressie eerder te herkennen. Voor de behandeling van depressieve leerlingen heb ik gebruik gemaakt van de oplossingsgerichte manier van gesprekken voeren.

Mijn onderzoek richtte zich vervolgens op de vraag hoe de mentorles en de presentatie door leerlingen en collega's ontvangen werden. Door middel van vragenlijsten deed ik onderzoek naar het feit of zij het onderwerp belangrijk vonden binnen de school en of de manier waarop dit nu gebeurde de juiste was. Daarnaast was een belangrijke vraag of de mentorles werkte als signaleringsinstrument voor onze leerlingen. Tenslotte heb ik onderzocht of de oplossingsgerichte manier van werken een bijdrage leverde aan de vermindering van de klachten bij de leerlingen, die naar aanleiding van de mentorles, op school in gesprek zijn gegaan.

Uit het onderzoek kwam naar voren dat 85% van de leerlingen de mentorles belangrijk vindt. Al mijn collega's vinden de mentorles en de presentatie belangrijk. Daarnaast geeft bijna 50% van de leerlingen aan, naar aanleiding van de les met iemand over het onderwerp in gesprek te gaan. Uiteindelijk hebben zeventien leerlingen (16%) dit op school gedaan. Vijf leerlingen zijn naar aanleiding van de les met mij, als leerlingbegeleider, in gesprek gegaan. Bij drie leerlingen verminderde de klachten sterk door het oplossingsgericht werken, bij twee leerlingen heeft uiteindelijk een verwijzing plaatsgevonden.

Naar aanleiding van deze resultaten zijn de mentorles en de presentatie definitief opgenomen in het lesprogramma van de school. De conclusie is dat de school een belangrijke bijdrage kan leveren aan de preventie, signalering en behandeling van depressie. Het verdient hierbij aanbeveling dit beleid vorm te geven in een groter geheel. Samenwerking van de school met andere instanties binnen het zorg advies team is hierbij belangrijk. Daarnaast is het belangrijk dat de gemeente, als uitvoerende instantie van het landelijk beleid, de school als een belangrijke partner ziet bij het opzetten van centra voor jeugd en gezin.

Hoofdstuk 1: Inleiding; Aanleiding en probleemstelling

1.1 Inleiding

Als docent lichamelijke opvoeding en motorische remedial teaching ben ik sinds 1995 werkzaam op het Dongemond College in Made. Vanaf 2000 ben ik mentor van een vmbo brugklas. Sinds 2009 ben ik op het Dongemond College aangesteld als leerlingbegeleider. Vanuit die taak ben ik in 2009 begonnen aan de Master SEN opleiding Leerlingbegeleiding/Schooldecanaat bij Fontys Hogescholen in Tilburg.

In mijn hoedanigheid als leerlingbegeleider heb ik regelmatig te maken met leerlingen die depressieve klachten hebben. Ik vind het niet altijd makkelijk die klachten als zodanig te herkennen, met name omdat de aanleiding voor depressieve gevoelens zo divers is. Hiermee werd mijn belangstelling gewekt me in dit onderwerp te verdiepen. In mijn privésituatie heb ik iemand met een depressie van zeer nabij meegemaakt. De impact hiervan was erg groot. Door deze ervaring ben ik overtuigd geraakt van het feit dat het tijdig signaleren en bespreekbaar maken van deze gevoelens erg belangrijk is. Vanuit deze begingedachte ging bij mij de vraag leven hoe wij als DCM een positieve bijdrage kunnen leveren aan de preventie, signalering en behandeling van depressie?

Om deze vraag te beantwoorden zal ik mij richten op bestaande literatuur en onderzoeken. Naast de verdieping van mijn kennis op het gebied van depressie wil ik ook meer inzicht krijgen in het Europese, landelijke en gemeentelijke beleid op het gebied van depressie. De rol van de school binnen dit beleid heeft mijn speciale aandacht. Na deze theoretische verdieping wil ik mij richten op de dagelijkse praktijk van onze school. Wat gebeurt daar al op het gebied van depressie en wat kan daar aan worden toegevoegd? De volgende vraag is of de maatregelen een positief effect hebben.

1.2 Aanleiding en probleemstelling

Het DCM is een unit van het Dongemond College, met naast de unit in Made, twee units in Raamsdonksveer. Op het totale Dongemond College zijn alle soorten van onderwijs vertegenwoordigd, van VMBO-basisberoepsgericht tot atheneum. Op de unit Made zijn naast klas 1 t/m 4 VMBO, ook de klassen 1 t/m 3 havo en atheneum aanwezig. Op de verschillende units wordt gewerkt in teams. Op het DCM zijn de leerlingen opgedeeld in 4 teams, met elk hun eigen teamleider. Binnen deze teams heeft elke klas een eigen mentor, die eerstverantwoordelijke is voor zijn klas. Als leerlingbegeleider ben ik verbonden aan alle bovengenoemde teams, ik ben dus de enige leerlingbegeleider op onze unit (0,6fte).

Vanuit de begingedachte, zoals beschreven in de inleiding, ben ik gaan lezen over het onderwerp depressie. Ook heb ik een toetsopdracht voor de opleiding Master SEN (leerlingbegeleiding en schooldecanaat) over dit onderwerp gedaan. Door dit proces ben ik tot de formulering van mijn onderzoeksvraagstelling gekomen. Deze vraagstelling luidt als volgt:

“Welke preventieve, signalerende en behandelende maatregelen kan onze school nemen voor leerlingen met een depressie?”

Vanuit deze centrale vraagstelling heb ik een aantal deelvragen:

1. In welke mate komt depressie voor, zowel in het algemeen als op het Dongemond College?
2. Welke preventieve maatregelen zijn er te nemen om een depressie bij jongeren te voorkomen?
3. Hoe kan een depressie vroegtijdig worden gesignaleerd bij jongeren?
4. Hoe kunnen deze preventieve en signalerende maatregelen binnen het Dongemond college worden verwerkt?
5. Hoe worden de preventieve maatregelen op onze school ervaren door leerlingen en mentoren?
6. Hoe worden de signalerende maatregelen op onze school ervaren door leerlingen en mentoren?
7. Hoe kunnen jongeren met een depressie zowel binnen als buiten de school op een goede manier behandeld worden?

Huidige situatie

De basis voor goed onderwijs is voor mij een klimaat waarin kinderen zich veilig voelen en waarin ze zichzelf kunnen zijn. Op onze school heerst momenteel een cultuur die bovenstaande basis voor het onderwijs weliswaar hoog in het vaandel heeft, maar waarbinnen het voor vakdocenten en mentoren goed zou zijn om bewuster met het onderwerp depressie om te gaan.

De oorzaken die aan een depressie ten grondslag liggen zijn erg divers, dit maakt dit onderwerp dan ook tot een complex geheel. Omdat deze complexe problemen ook binnen onze school spelen is het goed de antennes van vakdocenten en mentoren op dit gebied wat beter te richten. Er is momenteel geen instrument voorhanden dat op dit gebied gebruikt kan worden. Mentoren varen momenteel op hun eigen deskundigheid op dit gebied. Deze deskundigheid is voor elke mentor anders.

De gewenste situatie

Ik wil komen tot een situatie, waarin voor de leerlingen een instrument voorhanden is dat gebruikt kan worden bij de preventie, het signaleren en bespreekbaar maken van een depressie. Daarnaast wil ik mijn collega's bewuster om laten gaan met het onderwerp depressie en ze ook handvatten geven om adequate opvang te geven als een leerling met depressieve gevoelens bij hen aanklopt. De verdieping van mijn eigen kennis op dit gebied is ook een belangrijke doelstelling.

Ik ben tevreden als er inderdaad een instrument binnen onze school komt dat werkt. Het moet dus niet iets zijn dat op de plank terecht komt, maar iets dat ingebed is binnen de zorg op onze school. Wellicht is hierbij nadere professionalisering van mentoren en docenten gewenst.

Wat is er al bekend?

Over het onderwerp depressie is al veel geschreven. Ook over de preventie, het signaleren, het bespreekbaar maken en de ondersteuning voor de doelgroep voortgezet onderwijs is voldoende materiaal te vinden. Daarnaast zijn voldoende cijfers over depressie beschikbaar. Wereldwijd is depressie een belangrijke veroorzaker van de ziektelast binnen onze maatschappij. Depressie staat zelfs op de vierde plaats (World Health Organization [WHO], 2002; Europese Unie [EU], 2004). De verwachtingen zijn dat depressie in 2020 op de tweede plaats zal staan. Mensen die lijden aan een depressie ervaren een mindere kwaliteit van leven, hierdoor doen ze vaker een beroep op de gezondheidszorg en verzuimen ze vaker van hun werk of school. De economische gevolgen die dit met zich meebrengt zijn fors. De jaarlijkse kosten ervan zijn minstens 1,3 miljard euro (Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu [RIVM], *Leren van de burens*, 2007).

In Nederland lopen de cijfers over het aantal depressies uiteen. Het RIVM stelt in zijn onderzoek uit 2007 dat 5,4 procent van de Nederlanders (ruim 737.000 mensen) van 13 jaar en ouder lijdt aan een depressie. Per jaar is het aantal nieuwe gevallen 359.000. Uit het onderzoek “De psychische gezondheid van de Nederlandse Bevolking (NEMESIS-2)” zijn in 2010 nieuwe cijfers beschikbaar gekomen. Dit grootschalige onderzoek, onder 6600 mensen, werd in de periode 1996-1999 voor het eerst gehouden. De cijfers uit de periode 2007-2009 zijn nu bekend, in de periode 2012-2015 wordt het onderzoek nog een keer herhaald. De cijfers voor de depressieve stoornis zijn hierna weergegeven:

Depressieve stoornis, in de afgelopen 12 maanden (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	4,1	6,3	5,2
Leeftijd			
18-24	5,9	7,6	6,7
25-34	3,0	7,8	5,4
35-44	4,0	5,5	4,7
45-54	4,5	6,8	5,7
55-64	4,0	4,2	4,1
Opleiding			
Lager onderwijs	9,7	5,8	7,6
LBO, MAVO	4,8	8,7	6,8
MBO, HAVO, VWO	3,5	5,9	4,7
HBO, universiteit	3,2	4,8	4,0
Woonsituatie	*	*	*
Met partner met kinderen	2,5	4,6	3,6
Met partner zonder kinderen	2,1	5,2	3,7
Alleenstaande ouder	8,9	10,0	9,8
Alleenstaand	9,3	9,8	9,5
Bij ouders	3,9	8,6	5,9
Met anderen	10,1	6,6	8,7
Werk situatie	*	*	*
Betaald werk	3,2	5,6	4,3
Huisvrouw/-man	24,5	4,4	4,9
Student	4,0	5,7	4,8
Werkloos, arbeidsongeschikt	12,3	18,6	15,2
Gepensioneerd, anders	4,4	6,5	5,1
Inkomen	*	*	*
Laag	7,6	10,6	9,2
Midden	3,2	6,6	4,8
Hoog	1,6	4,0	2,7
Etnische afkomst			
Westers	4,0	6,4	5,2
Niet-westers	6,1	4,9	5,4
Religieus	*	*	*
Niet	5,0	7,0	6,0
Wel	2,5	5,1	3,9
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	5,2	9,3	7,2
Laag	3,5	5,2	4,4
Matig	4,0	5,2	4,6
Hoog	5,4	7,0	6,2
Zeer hoog	2,4	5,5	3,9

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele (p<0,01)

Depressieve stoornis, ooit in het leven (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	13,1	24,3	18,7
Leeftijd	*	*	*
18-24	7,1	18,9	13,0
25-34	12,1	22,0	17,1
35-44	11,8	26,0	18,8
45-54	18,7	27,6	23,1
55-64	13,2	23,7	18,4
Opleiding			
Lager onderwijs	19,6	23,6	21,7
LBO, MAVO	12,1	23,2	17,9
MBO, HAVO, VWO	12,8	26,7	19,7
HBO, universiteit	12,9	21,5	16,9
Woonsituatie	*	*	*
Met partner met kinderen	10,6	23,7	17,1
Met partner zonder kinderen	12,3	22,7	17,7
Alleenstaande ouder	27,5	29,9	29,4
Alleenstaand	20,1	29,6	23,9
Bij ouders	7,9	20,0	13,1
Met anderen	25,6	19,2	23,1
Werk situatie	*	*	*
Betaald werk	11,9	23,9	17,2
Huisvrouw/-man	28,0	22,5	22,6
Student	8,2	15,6	11,8
Werkloos, arbeidsongeschikt	28,1	40,0	33,6
Gepensioneerd, anders	15,2	27,0	19,1
Inkomen	*	*	*
Laag	16,3	26,2	21,4
Midden	13,3	25,5	19,1
Hoog	9,7	21,5	15,2
Etnische afkomst			
Westers	13,1	24,8	18,8
Niet-westers	14,3	18,3	16,6
Religieus			
Niet	13,8	24,8	19,1
Wel	12,0	23,4	18,0
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	11,8	28,6	20,0
Laag	11,5	25,7	18,5
Matig	15,6	23,3	19,4
Hoog	14,2	22,7	18,5
Zeer hoog	11,8	23,5	17,6

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele (p<0,01)

Figuur 1: Graaf de R, ten Have M, van Dorsselaer S, De Psychische Gezondheid van de Nederlandse Bevolking, 2010

Op Europees niveau is er veel aandacht voor depressie. Zowel de EU als de WHO heeft depressie in 2007 als speerpunt in hun beleid opgenomen. Dit betekent dat nationale overheden worden gedwongen beleid te maken op het gebied van depressie. In Nederland betekent dit dat de nationale overheid in samenwerking met instanties als het RIVM, het Trimbos Instituut en het Nederlands Jeugd Instituut komt tot onderzoek en beleid op dit gebied. Lokale overheden moeten nu uitvoering geven aan dit beleid. Dit doen ze in samenwerking met lokale settings. De school is, bij de uitvoering van dit beleid, een belangrijke speler.

Wat verwacht ik?

Ik verwacht dat de getroffen maatregelen bij de leerlingen drempelverlagend zullen werken. Leerlingen worden door deze maatregelen gedwongen eens in de spiegel te kijken. Ik verwacht dat hierdoor bij een aantal leerlingen een bewustwording op gang komt. Zij bepalen vervolgens zelf of en waar ze hulp gaan vragen. Ten aanzien van mijn collega's verwacht ik dat zij door dit proces bewuster met het onderwerp depressie om zullen gaan, hierbij zal er sprake blijven van individuele verschillen op het gebied van motivatie en deskundigheid. Doel hierbij is om iedereen een stap voorwaarts te laten maken.

Hoofdstuk 2: Theoretische onderbouwing

2.1 Inleiding

In de aanloop naar het schrijven van dit meesterstuk heb ik mij verdiept in een aantal publicaties en onderzoeken. Ook heb ik relevante literatuur geraadpleegd. In dit hoofdstuk wil ik een aantal belangrijke ontwikkelingen, die verband houden met depressie bij jongeren, op een rijtje zetten. Allereerst wil ik duiden wat we verstaan onder een depressie. Vervolgens komen de preventieve maatregelen, de risico- en beschermende factoren, het signaleren en het behandelen van een depressie aan de orde. Ik sluit af met enkele, voor mijn onderzoek relevante, conclusies.

2.2 Wat is een depressie?

Volgens DSM-IV wordt depressie gezien als een stemmingsstoornis. De belangrijkste symptomen zijn een aanhoudende neerslachtige stemming gedurende minstens twee weken en een ernstig interesseverlies in bijna alle dagelijkse activiteiten. Daarnaast zijn er meerdere klachten met een verstorende invloed op iemands functioneren, zoals toename of verlies van eetlust, gewichtsveranderingen, slaapproblemen, geagiteerd en rusteloos zijn of juist geremd, energiegebrek, gevoelens van waardeloosheid, concentratieproblemen, vertraagd denken en besluiteloosheid en terugkerende gedachten aan dood of zelfdoding. Er is sprake van een depressie wanneer iemand ten minste vijf symptomen tegelijk heeft, inclusief neerslachtige stemming en/of interesseverlies (American Psychiatric Association [APA], 2000). Naast depressie zijn dysthymie en bipolaire stoornis andere stemmingstoornissen. Bij dysthymie zijn er minder symptomen aanwezig, maar voor een veel langere periode, namelijk minimaal twee jaar. Bij een bipolaire stoornis wordt een depressie afgewisseld met perioden van overtrokken opgewektheid en energie (Spijker & Schoemaker, 2005). Deze stoornis komt minder vaak voor dan depressie en dysthymie.

De Wit (2005) karakteriseert depressie als een affectregulatie stoornis.

Affectregulatie is het vermogen om emoties adequaat te registreren, evalueren en aan te passen, zodat negatieve emoties niet langer duren dan nodig en positieve emoties binnen hanteerbare grenzen blijven, met het doel een optimale emotionele balans te krijgen.

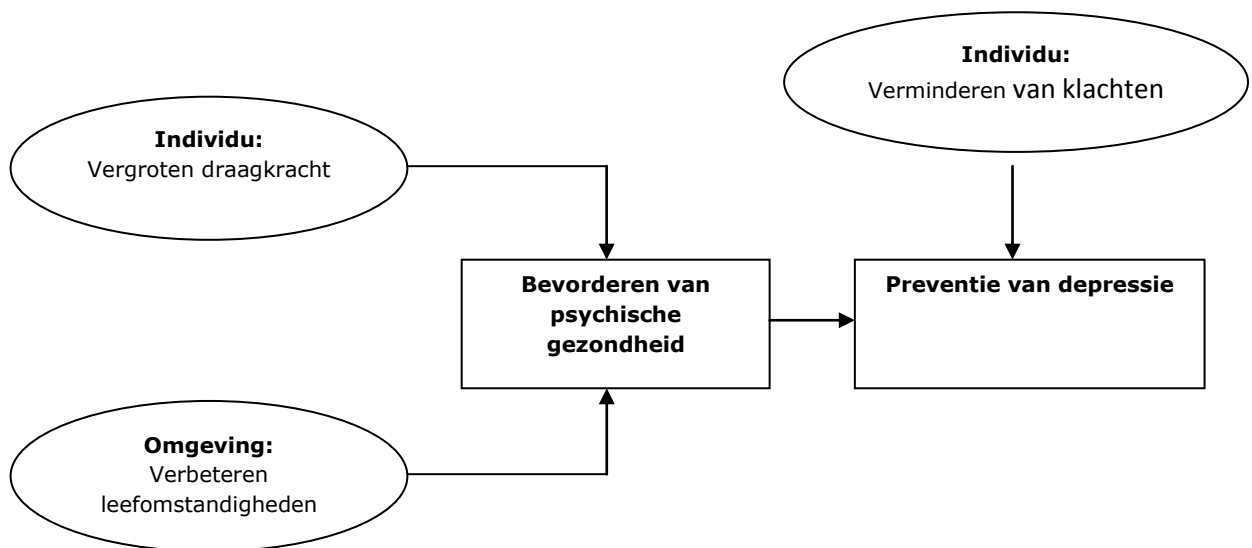
2.3 Preventie

De effecten die zijn gemeten bij behandeling van een depressie zijn beperkt. Met de behandelmethoden die nu voor handen zijn kan 75% van de ziektelast niet worden weggenomen. Dit betekent dat preventiemaatregelen een belangrijke aanvulling kunnen zijn op deze al bestaande behandelmethoden. Vanuit de WHO en de EU vindt men dat preventie van depressie prioriteit moet krijgen in de volksgezondheid (Jané-Llopis & Anderson, 2006; WHO, 2004). In Nederland wordt preventie van depressie ook als speerpunt genoemd in de in 2006 verschenen preventienota “Kiezen voor Gezond Leven” (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2006).

De preventie van depressies richt zich allereerst op mensen uit de verhoogde risicogroepen. Preventie is hier specifiek gericht op het voorkomen van een depressieve stoornis bij dit individu. Andere preventievormen hebben tot doel de psychische gezondheid van de gehele bevolking te beïnvloeden, deze dragen indirect bij aan voorkomen van depressies (WHO, 2004). Deze interventies ter bevordering van de psychische gezondheid zijn grofweg in te delen in twee groepen. Bij de eerste groep gaat het om het vergroten van de draagkracht van individuen, bijvoorbeeld via cursussen ter versterking van algemene sociale en emotionele vaardigheden, probleemoplossend vermogen of het versterken van iemands zelfwaardering. Dit gebeurt vaak in specifieke settings, zoals op scholen. Ook psycho-educatie wordt vaak als vorm van psychische gezondheidsbevordering beschouwd. Daarbij gaat het primair om kennisoverdracht: de bevolking gericht informeren over psychische stoornissen, hoe ze vroegtijdig herkend kunnen worden, wat men er zelf aan kan doen, en bij wie men terecht kan voor verdere hulp wanneer dat nodig is.

Bij de tweede groep gaat het om overheidsmaatregelen die risicofactoren in de omgeving proberen terug te dringen. Voorbeelden hiervan zijn het creëren van een veilige leefomgeving, het realiseren van sociale voorzieningen, het bestrijden van isolatie, eenzaamheid, geweld en armoede, of het bieden van opvoedingsondersteuning. Wanneer dergelijke overheidsmaatregelen in samenhang met elkaar worden ingezet met als doel om de psychische gezondheid positief te beïnvloeden is er sprake van integraal gezondheidsbeleid (RIVM, 2007). De school wordt binnen dit proces genoemd als een van de settings waarin kan worden bijgedragen aan de verbetering van de psychische gezondheid. Dit is een belangrijke constatering voor mijn onderzoek.

De bovengenoemde preventiemaatregelen zijn schematisch weergegeven in figuur 2. Deze figuur speelt een belangrijke rol in het verdere verloop van het onderzoek, het is namelijk de kapstok, waaraan de verschillende onderdelen van het onderzoek zijn opgehangen.



Figuur 3: Typen interventies ter preventie van depressie. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Leren van de burens, 2007

De aanbevelingen van de WHO en de EU dienen uitgekristalliseerd te worden in nationaal beleid in de lidstaten van de WHO. Dit wordt per land op een andere manier vorm gegeven. Ik zal hieronder de situatie in Nederland, Schotland en Australië kort bespreken.

Nederland:

In Nederland is door de landelijke overheid een “Partnership Depressie Preventie” [PDP] opgericht om de bestaande infrastructuur (gemeente en gezondheidszorg) te verbeteren. Nederland sluit wat betreft infrastructuur van de gezondheidszorg goed aan bij de internationale beleidsaanbevelingen van WHO en EU. Hetzelfde geldt voor de beleidsvoornemens van Nederland om te investeren in bewustwording van de bevolking ten aanzien van depressie en samenwerking op lokaal niveau. Op een aantal andere punten is er geen beleid vanuit publieke gezondheid. De meest in het oog springende verschillen tussen Nederland en de onderstaande landen zijn, het ontbreken van het bevorderen van de psychische gezondheid in het publieke gezondheidsbeleid en het niet voeren van een integraal gezondheidsbeleid (RIVM, 2007).

Schotland:

Er is een centraal en samenhangend beleid op het gebied van depressie en het bevorderen van de psychische gezondheid. Er is sprake van langetermijn-betrokkenheid en inzet van de landelijke overheid. Daarnaast wordt in Schotland het bevorderen van de psychische gezondheid gezien als een manier om sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verminderen (inclusie). Tenslotte is er beleidsmatige aandacht voor de samenhang tussen fysieke en psychische gezondheid (RIVM, 2007). Als we kijken naar figuur 2, wordt in Schotland dus zwaar ingezet op het verbeteren van de leefomstandigheden.

Australië:

In Australië is de regie van de nationale overheid groot. Vanuit de deelstaten worden doelgroepen en thema's geselecteerd om plannen uit te werken, onder andere voor preventie. Daarnaast is er een sterke focus op intersectoraal werken voor alle fasen uit de levensloop. Ook in Australië worden leerkrachten gezien als belangrijke preventiewerkers (RIVM, 2007). Als we kijken naar figuur 2, wordt in Australië dus zwaar ingezet op het vergroten van de draagkracht van het individu.

De WHO heeft een Australisch project (Friends for Live) erkend als een evidence-based preventief project dat heeft bewezen te werken. Bij Friends for Live is er sprake van psychische gezondheidsbevordering binnen de school voor alle leerlingen. Docenten krijgen vooraf een trainingsdag om het project te kunnen uitvoeren, daarna krijgen de leerlingen 10 sessies waarin alle aspecten van de psychische gezondheid worden getraind. Ook ouders worden bij het project betrokken (Barett, 2007).

2.4 De risico- en beschermende factoren

Of een kind een depressie ontwikkelt, hangt af van een aantal factoren. We onderscheiden hierbij risicofactoren en beschermende factoren. Daarnaast is het ook belangrijk onderscheid te maken tussen factoren die liggen in de kenmerken van het kind zelf en factoren die te maken hebben met de kenmerken van de omgeving. Deze factoren zijn door Karen Mutsaers van het Nederlands Jeugd Instituut in 2008 op een rijtje gezet:

Risicofactoren:

Risicofactoren die liggen in de kenmerken van het kind:

- Genetische factoren: kinderen van depressieve ouders hebben een vier keer zoveel kans om een depressie te ontwikkelen, meisjes hebben genetisch gezien meer kans op een depressie dan jongens.

- Temperament en persoonlijkheid: jongeren met een negatieve emotionele gesteldheid hebben een verhoogd risico, kenmerkend hierbij zijn sterke emoties als boosheid, angst en verdriet; dit komt vaker voor bij meisjes. Andere eigenschappen die worden genoemd als risicofactoren zijn; een naar binnen gekeerde houding, geringe mate van autonomie, een lage zelfwaardering en aangeleerde hulpeloosheid.
- Cognities: bepaalde denkstijlen verhogen het risico: negatief denken over jezelf bij tegenslagen, piekeren en dwanggedachten.
- Andere stoornissen en lichamelijke problemen: eerdere depressie, suïcidepogingen, sociale fobie, fysieke of geestelijke handicap, lichamelijk letsel.

Risicofactoren die liggen in de kenmerken van de omgeving:

- Gezinsfactoren: relatieproblemen of ruzies tussen ouders, emotionele problemen tussen ouder en kind, alcoholisme van de ouders, depressie van de ouders, mishandeling, ernstige gebeurtenissen binnen het gezin, rolveranderingen binnen het gezin, emotionele verwaarlozing.
- Vriendschappen: gebrek aan goede vriendschappen of intieme relaties.
- Andere omgevingsfactoren: gepest worden, leerproblemen, problemen met de leerkracht.

Beschermende factoren:

Beschermende factoren die liggen in de kenmerken van het kind:

- Persoonlijkheid die wordt gekenmerkt door sociale competentie, humor en intelligentie
- Stressbestendigheid, het vermogen om te genieten, lichamelijke gezondheid, een goede hechting, positieve emotionaliteit

Beschermende factoren die liggen in de kenmerken van de omgeving:

- Een goede relatie met minstens één ouder
- Een goede relatie tussen de ouders onderling, een goed gezinsklimaat
- Buiten het gezin: steun van volwassenen en leeftijdsgenoten uit de omgeving, positieve schoolervaringen en deelname in een vereniging

2.5 Signaleren

Voor het (vroegtijdig) signaleren van een depressie is psycho-educatie een belangrijk middel. Psycho-educatie richt zich op het gericht informeren van de bevolking (leerkrachten in het bijzonder) over de kenmerken en risicofactoren van depressie, waardoor depressies eerder worden herkend. Deskundigheidsbevordering binnen de school op dit terrein zou daarom belangrijk kunnen zijn. Daarnaast is het gebruik van vragenlijsten een methode die vaak wordt gebruikt om binnen de gezondheidszorg of ander settings (school) inzicht te krijgen in de depressieve gevoelens van een individu. Van deze vragenlijsten zijn heel veel varianten in omloop. Al deze varianten zijn door het PDP in samenwerking met het Trimbos Instituut tegen het licht gehouden in 2010. De meest gebruikte zijn de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), de Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale problematiek bij Adolescenten (KIVPA), de Child Depression Inventory (CDI), de (Korte) Depressie Vragenlijst voor Kinderen (K-DVK) en de Sociaal-Emotionele Vragenlijst (SEV). Een andere vragenlijst die besproken wordt is de Center for Epidemiological Studies–Depression Scale (CES-D). Deze lijst is samengesteld uit vragen van andere lijsten en wordt door PDP beoordeeld als valide en betrouwbaar. Bovendien gaat de gehele vragenlijst over depressie. Op basis hiervan heb ik voor mijn onderzoek gekozen voor het gebruik van deze lijst.

2.6 Behandelen

Volgens Stikkelbroek en Prinzie (2008) verklaart de toepassing van een specifieke therapie bij depressieve jongeren op zich slechts 15 procent van het effect van die therapie. Andere factoren, zoals het therapeutisch proces en de therapeutische relatie, zijn minstens even belangrijk voor de uitkomst van de behandeling. Een belangrijk algemeen werkzame factor in de behandeling van depressie bij jeugdigen bestaat dan ook uit het opbouwen van een vertrouwelijke relatie tussen de therapeut en de jongere en de samenwerking met de omgeving. Het betrekken van het gezin bij de behandeling van de jeugdige is belangrijk omdat ouders vaak degenen zijn die de keuze voor de behandeling maken. Bovendien kunnen zij de symptomen van hun kind herkennen en de voortgang van hun kind in de gaten houden.

Psycho-educatie - informatie over de aard van depressie, het beloop en effectiviteit van de behandeling - lijkt de therapietrouw te verbeteren en symptomen van depressie te verminderen (Birmaher & Brent, 2007). Naast samenwerking en afstemming met de ouders kan ook samenwerking met de school nuttig zijn voor de behandeling (Birmaher & Brent, 2007).

Bij kinderen met milde depressieve klachten wordt geadviseerd gedurende vier weken waakzaam af te wachten en eventueel ondersteuning te bieden in de vorm van een steungroep of begeleide zelfhulp. Een manier om dit te doen is het oplossingsgerichte gesprek. Bij deze manier van gesprekken voeren richt de leerkracht zich op de oplossingen voor de leerling en niet op het probleem. Belangrijk hierbij is, dat je een beroep doet op het eigen oplossend vermogen van de leerling. De leerling is zelf deskundige van zijn eigen situatie en gaat dus zelf op zoek naar oplossingen (dit kunnen hele kleine stapjes zijn). Hierdoor wordt hij niet afhankelijk van jou als begeleider en krijgt hij een positiever zelfbeeld. Bannink (2009, bladzijde 82) formuleert in haar boek "Oplossingsgerichte vragen, handboek oplossingsgerichte gespreksvoering" vier vragen die als basis dienen voor elk oplossingsgericht gesprek. Deze vier vragen zijn: Waar hoopt u op?, Welk verschil zou dat maken?, Wat werkt al in de goede richting?, Wat zou een volgende stap zijn? Binnen de school kan deze manier van gespreksvoering effectief zijn bij de ondersteunende gesprekken met leerlingen met milde depressieve klachten. Tegenover deze oplossingsgerichte manier van gespreksvoering staat de probleemgerichte manier van gespreksvoeren. Hierbij ga je op zoek naar de oorzaken van een probleem volgens een medisch model, alvorens je wat aan het probleem kan gaan doen. Bij medische of technische problemen is deze manier van werken gangbaar.

Bij middelmatige of zware depressies is meer specifieke behandeling noodzakelijk, in de vorm van psychotherapie of gedragstherapie eventueel in combinatie met medicijnen. Het spreekt voor zich dat deze hulp plaatsvindt buiten de school, De school heeft in dit geval alleen een eventuele verwijzende rol (van Rooijen-Mutsaers, 2010).

2.7 Conclusies

Ik zet de voor het verdere verloop van mijn onderzoek belangrijke conclusies hieronder op een rijtje:

- Binnen de school kan worden bijgedragen aan het vroegtijdig signaleren van depressies. Enerzijds door deskundigheidsbevordering bij leerkrachten, anderzijds door het gebruik van signaleringslijsten.
- De school kan een rol spelen in de behandeling van kinderen met depressies. Het gaat hier met name om “waakzaam afwachten” en het bieden van ondersteuning (zowel aan kinderen met depressieve klachten als aan kinderen met een verhoogd risico). Oplossingsgerichte gespreksvoering kan hierbij werkzaam zijn. Bij leerlingen die een andere behandeling nodig hebben dient te worden doorverwezen.
- De school is een belangrijke setting bij de verbetering van de psychische gezondheid. Het verbeteren van deze psychische gezondheid kan een sterke preventieve werking hebben op het voorkomen van depressies. Het verbeteren van deze psychische gezondheid richt zich op zowel de omgeving als op het vergroten van de draagkracht van het individu.

Hoofdstuk 3: Methode van Onderzoek

3.1 Context van het onderzoek

In hoofdstuk 1 heb ik de aanleiding van mijn onderzoek beschreven. De literatuurstudie over depressie, zoals beschreven in hoofdstuk 2, heeft mijn overtuiging bevestigd dat de school een belangrijke rol kan spelen bij het uitvoeren van, vooral, preventief beleid bij depressies. Ook is er een signalerende en behandelende rol voor de school weggelegd. Welke maatregelen er op het Dongemond College kunnen worden genomen is onderwerp voor mijn onderzoek. Dit heeft geleid tot de onderzoeksvraag:

“Welke preventieve, signalerende en behandelende maatregelen kan onze school nemen voor leerlingen met een depressie?”

Vanuit deze centrale vraagstelling heb ik een aantal deelvragen geformuleerd, die ik in hoofdstuk 1 al heb vermeld.

3.2 Onderzoekstrategie

Voor dit onderzoek heb ik gekozen voor elementen van het ontwerpgericht onderzoek en elementen van het survey-onderzoek.

De preventieve en signalerende maatregelen voor de leerlingen heb ik verwerkt in een mentorles. Deze mentorles over depressieve gevoelens wordt door de mentoren van het basis/kader team aan hun eigen klas gegeven. De mentorles en het geven ervan door de mentoren bevat elementen van een ontwerpgericht onderzoek.

Ik heb ook een presentatie voor mijn collega's gegeven, die hen nader moet informeren over het onderwerp. Deze presentatie bevat elementen van een ontwerpgericht onderzoek. Harinck (2010, bladzijde 63) omschrijft het ontwerpgericht onderzoek als volgt: “dit type onderzoek is gericht op het via onderzoek ontwerpen en uitproberen van allerlei methodes, trainingen, interventies, procedures et cetera. Het gaat hier dus om een praktische activiteit, namelijk ontwerpen. Maar dat ontwerpen wordt ondersteund door onderzoek”.

Harinck (2010, bladzijde 60) omschrijft het survey-onderzoek als volgt: “Survey-onderzoek is gericht op de vraag hoe mensen ergens over denken, wat ze ergens van vinden, hoe ze handelen, wanneer en wat ze doen”. En: “Het onderzoek wil weten hoe een bepaalde populatie over een onderwerp denkt”. Om deze vraag te kunnen beantwoorden wordt dan vaak gebruik gemaakt van vragenlijsten. Ik zal een vragenlijst gebruiken voor de leerlingen bij wie ik mijn onderzoek doe. Mijn collega’s die aan het onderzoek deelnemen, krijgen ook een vragenlijst voorgelegd. Deze vragenlijsten richten zich op zowel de inhoud als de vorm van de mentorles en de presentatie.

3.3 Onderzoeksgroep

Binnen de structuur van het Dongemond College Made, met 4 teams (brugklas, havo 2-3, theoretisch 2-3-4, en basis kader 2-3-4) heb ik het onderzoek uitgevoerd in het Basisberoepsgericht 2, basis- / kaderberoepsgericht 3 en 4-team. Ik heb deze keuze gemaakt, omdat dit voor het onderzoek een goede groepsgrootte oplevert (137 leerlingen). Daarnaast heb ik deze keuze gemaakt, omdat ik zelf (als mentor) lid ben van het brugklasteam op onze school. Als leerlingbegeleider heb ik echter een rol binnen alle teams op onze unit. Om deze rol binnen de school te benadrukken heb ik bewust voor een ander team dan mijn eigen team gekozen. Elke klas binnen dit team krijgt de ontwikkelde mentorles over depressieve gevoelens aangeboden. De mentoren van deze klassen zijn hierover vooraf geïnstrueerd.

3.4 Onderzoeksmethode en onderzoeksinstrument

Als methode heb ik gekozen voor de enquête. Als basis voor de enquête heb ik de deelvragen, zoals ik die in hoofdstuk 1 geformuleerd heb genomen. De eerste vragenlijst die ik gebruikt heb is ingevuld door de leerlingen die de mentorles aangeboden hebben gekregen. Deze vragenlijst bevat zowel gesloten als open vragen. Uit deze vragenlijst heb ik kwantitatieve en kwalitatieve gegevens verkregen. De vragen spitsen zich toe op de persoonlijke situatie van de leerling (CES-D vragenlijst) en op de inhoud van de les.

Daarnaast heb ik een vragenlijst gemaakt voor de collega's die mijn presentatie hebben bijgewoond. In deze vragenlijst werd zowel hun mening over de mentorles als hun mening over de presentatie gevraagd. Belangrijk onderdeel is de vraag of er naar aanleiding van de mentorles leerlingen zijn geweest die zich bij de mentoren hebben gemeld.

De vragenlijsten heb ik in samenspraak met de teamleider en een mentor gemaakt. Met deze twee collega's heb ik ook een gesprek gehad over de resultaten. Zij fungeerden op deze wijze als critical friends vanuit de praktijksituatie.

De vragenlijsten werden op papier afgenomen, omdat dit het meest praktische was (de lijsten konden dan direct in de les worden ingevuld).

3.5 Data-analyse

De beide vragenlijsten die ik heb gebruikt bevatten zowel open als ja/nee vragen. De kwantitatieve gegevens, die ik hieruit heb verkregen, heb ik in tabellen verwerkt. De kwalitatieve gegevens zal ik analyseren op een aantal manieren. Allereerst ben ik op zoek gegaan naar categorieën waarin de antwoorden zijn in te delen. Vervolgens heb ik gezocht naar patronen, dus naar een terugkerende samenhang. Tenslotte heb ik mij gericht op onverwachte zaken. In mijn onderzoek was dit vooral de vraag waarom een heel klein gedeelte de les niet positief ontvangen heeft. Deze categorieën, patronen en onverwachte zaken worden in hoofdstuk 4 geanalyseerd, waarna ik hieraan in hoofdstuk 5 conclusies verbind.

3.6 Ethiek

In het artikel "Ethische uitgangspunten bij praktijkonderzoek" (2008) benoemt Rob Boerman zes principes voor ethische reflectie. Puntsgewijs zal ik de 6 principes de revue laten passeren en steeds aangeven hoe ik er in mijn onderzoek rekening mee heb gehouden.

3.6.1 Principe 1: Vertrouwen, bedrog en zelfbedrog

De gevonden en gebruikte gegevens in dit onderzoek zijn valide en betrouwbaar en ik heb steeds op de juiste manier verwezen naar gebruikte literatuur en andermans werk conform de APA-richtlijn (American Psychological Association). De schriftelijke resultaten van de vragenlijsten heb ik in mijn bezit, deze zijn dus altijd verifieerbaar.

Van het gesprek met de teamleider en de mentor is een verslag gemaakt. Dit verslag hebben de betrokkenen ontvangen. Bij elk onderdeel van mijn onderzoek heb ik de betrokkenen het doel van het onderzoek uitgelegd en heb ik steeds aangegeven dat de gegevens geanonimiseerd worden weergegeven.

De voortgang van het onderzoek heb ik regelmatig besproken met mijn critical friends van de opleiding, met mijn onderzoeksbegeleidster, met de teamleiders op school en met overige personen uit zowel mijn werk- als privéomgeving.

3.6.2 Principe 2: Zorgvuldigheid en nalatigheid

Voor aanvang van het onderzoek heb ik met de directeur en met de teamleiders het doel van mijn onderzoek besproken, vervolgens heb ik aan hen toestemming gevraagd. Mijn collega's uit het team waar ik mijn onderzoek heb uitgevoerd heb ik vooraf geïnformeerd en om hun medewerking gevraagd. De leerlingen zijn door de mentoren voorafgaand aan de mentorles op de hoogte gebracht. De leerlingen en betrokken mentoren hadden de keuze deel te nemen aan het onderzoek en zij wisten dat de gegevens geanonimiseerd zouden worden.

3.6.3 Principe 3: Volledigheid en selectiviteit

Alle verkregen gegevens zijn gebruikt voor het onderzoek. Er heeft geen selectie plaatsgevonden om de zaken anders voor te stellen dan ze zijn.

3.6.4 Principe 4: Concurrentie en collegialiteit

De samenwerking met de critical friends in zowel werk- als privéomgeving verliep goed. Er werd serieus naar elkaars werk gekeken en er was respect voor ieders eigenheid.

3.6.5 Principe 5: Publiceren, auteurschap en geheimhouding

Mijn onderzoek mag gepubliceerd worden aan derden, bijvoorbeeld de HBO Kennisbank, maar niet voordat ik daartoe toestemming heb gevraagd aan de directie van het Dongemond College.

3.6.6 Principe 6: Onderzoek in opdracht

De directie van het Dongemond College, noch anderen hebben bemoeienis gehad met de inhoud van dit onderzoek. Uiteindelijk moet dit onderzoek leiden tot een aanpassing van het beleid omtrent depressie op het Dongemond College. Alle betrokkenen reageren erg positief, zodat het werkelijk invoeren realistisch is.

3.7 Betrouwbaarheid & validiteit

Met betrouwbaarheid wordt verwezen naar de herhaalbaarheid en de nauwkeurigheid van een meting. Ik heb de betrouwbaarheid proberen te vergroten door een door mij vooraf opgestelde instructie voor de mentoren die de mentorles hebben gegeven. Ook hebben de leerlingen de lijst ingevuld in dezelfde periode (december 2010).

Met validiteit wordt bedoeld of het instrument wel dat meet wat ik wil weten. Om hier zoveel mogelijk van verzekerd te zijn heb ik de vragenlijst diverse malen voorgelegd aan mijn critical friends, zowel van de opleiding als van mijn werkomgeving.

Hoofdstuk 4: Data analyse en resultaten

In dit hoofdstuk geef ik de analyse weer van de onderzoeksresultaten. Ik heb er voor gekozen om per gestelde deelvraag de data te rangschikken. In hoofdstuk 5 (conclusies) worden de resultaten tegen het licht van de theorie besproken. Bij de beantwoording van de geformuleerde deelvragen in dit hoofdstuk gaat het om zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens. De data-analyse per deelvraag levert zo een bijdrage aan de uiteindelijke beantwoording van de hoofdvraag: *“Welke preventieve, signalerende en behandelende maatregelen kan onze school nemen voor leerlingen met een depressie?”*. In hoofdstuk 5 zal ik de beantwoording van deze hoofdvraag uitgebreider bespreken.

4.1 Hoe vaak komt depressie bij jongeren voor, zowel in het algemeen als op het Dongemond College?

Bij de beantwoording van deze vraag zijn allereerst de algemene cijfers van hoofdstuk 2 van belang. Ik zal deze hieronder nogmaals weergeven.

Depressieve stoornis, in de afgelopen 12 maanden (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	4,1	6,3	5,2
Leeftijd			
18-24	5,9	7,6	6,7
25-34	3,0	7,8	5,4
35-44	4,0	5,5	4,7
45-54	4,5	6,8	5,7
55-64	4,0	4,2	4,1
Opleiding			
Lager onderwijs	9,7	5,8	7,6
LBO, MAVO	4,8	8,7	6,8
MBO, HAVO, VWO	3,5	5,9	4,7
HBO, universiteit	3,2	4,8	4,0
Woonsituatie	*	*	*
Met partner met kinderen	2,5	4,6	3,6
Met partner zonder kinderen	2,1	5,2	3,7
Alleenstaande ouder	8,9	10,0	9,8
Alleenstaand	9,3	9,8	9,5
Bij ouders	3,9	8,6	5,9
Met anderen	10,1	6,6	8,7
Werksituatie	*	*	*
Betaald werk	3,2	5,6	4,3
Huisvrouw/-man	24,5	4,4	4,9
Student	4,0	5,7	4,8
Werkloos, arbeidsongeschikt	12,3	18,6	15,2
Gepensioneerd, anders	4,4	6,5	5,1
Inkomen	*	*	*
Laag	7,6	10,6	9,2
Midden	3,2	6,6	4,8
Hoog	1,6	4,0	2,7
Etnische afkomst			
Westers	4,0	6,4	5,2
Niet-westers	6,1	4,9	5,4
Religieus	*	*	*
Niet	5,0	7,0	6,0
Wel	2,5	5,1	3,9
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	5,2	9,3	7,2
Laag	3,5	5,2	4,4
Matig	4,0	5,2	4,6
Hoog	5,4	7,0	6,2
Zeer hoog	2,4	5,5	3,9

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Depressieve stoornis, ooit in het leven (%)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	13,1	24,3	18,7
Leeftijd	*	*	*
18-24	7,1	18,9	13,0
25-34	12,1	22,0	17,1
35-44	11,8	26,0	18,8
45-54	18,7	27,6	23,1
55-64	13,2	23,7	18,4
Opleiding			
Lager onderwijs	19,6	23,6	21,7
LBO, MAVO	12,1	23,2	17,9
MBO, HAVO, VWO	12,8	26,7	19,7
HBO, universiteit	12,9	21,5	16,9
Woonsituatie	*	*	*
Met partner met kinderen	10,6	23,7	17,1
Met partner zonder kinderen	12,3	22,7	17,7
Alleenstaande ouder	27,5	29,9	29,4
Alleenstaand	20,1	29,6	23,9
Bij ouders	7,9	20,0	13,1
Met anderen	25,6	19,2	23,1
Werksituatie	*	*	*
Betaald werk	11,9	23,9	17,2
Huisvrouw/-man	28,0	22,5	22,6
Student	8,2	15,6	11,8
Werkloos, arbeidsongeschikt	28,1	40,0	33,6
Gepensioneerd, anders	15,2	27,0	19,1
Inkomen	*	*	*
Laag	16,3	26,2	21,4
Midden	13,3	25,5	19,1
Hoog	9,7	21,5	15,2
Etnische afkomst			
Westers	13,1	24,8	18,8
Niet-westers	14,3	18,3	16,6
Religieus			
Niet	13,8	24,8	19,1
Wel	12,0	23,4	18,0
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	11,8	28,6	20,0
Laag	11,5	25,7	18,5
Matig	15,6	23,3	19,4
Hoog	14,2	22,7	18,5
Zeer hoog	11,8	23,5	17,6

* Significant verschil tussen de categorieën van de variabele ($p < 0,01$)

Figuur 4: Graaf de R, ten Have M, van Dorsselaer S, De Psychische Gezondheid van de Nederlandse Bevolking, 2010

Naast bovenstaande algemene gegevens hebben de leerlingen van het Dongemond college tijdens de mentorles ook de CES-D vragenlijst ingevuld. Bij deze vragenlijst wordt een score van 16 of hoger aangemerkt als een score waarbij mogelijk depressieve gevoelens aanwezig zijn. In tabel 1 zijn de scores van de leerlingen op de CES-D vragenlijst weergegeven. De leerlingen met een score van boven de 16 zijn geel gemarkeerd.

Score CES-D	Aantal leerlingen	Score CES-D	Aantal leerlingen
0	2	25	2
1	5	26	1
2	2	27	4
3	6	28	1
4	1	29	2
5	9	30	1
6	5	31	1
7	2	32	1
8	6	33	0
9	5	34	3
10	1	35	0
11	4	36	0
12	4	37	1
13	3	38	0
14	2	39	0
15	5	40	0
16	4	41	0
17	3	42	1
18	6	43	2
19	1	44	0
20	0	45	1
21	2	46	2
22	3	47	0
23	0	48	0
24	1	49	0

Tabel 1: Scores van de leerlingen op de CES-D vragenlijst

In tabel 2 zijn de percentages weergegeven van leerlingen die boven of onder de 16 punten scoren op de CES-D vragenlijst.

Categorieën	Absoluut aantal	Percentage
Score boven de 16	39	37,14%
Score onder de 16	66	82,86%

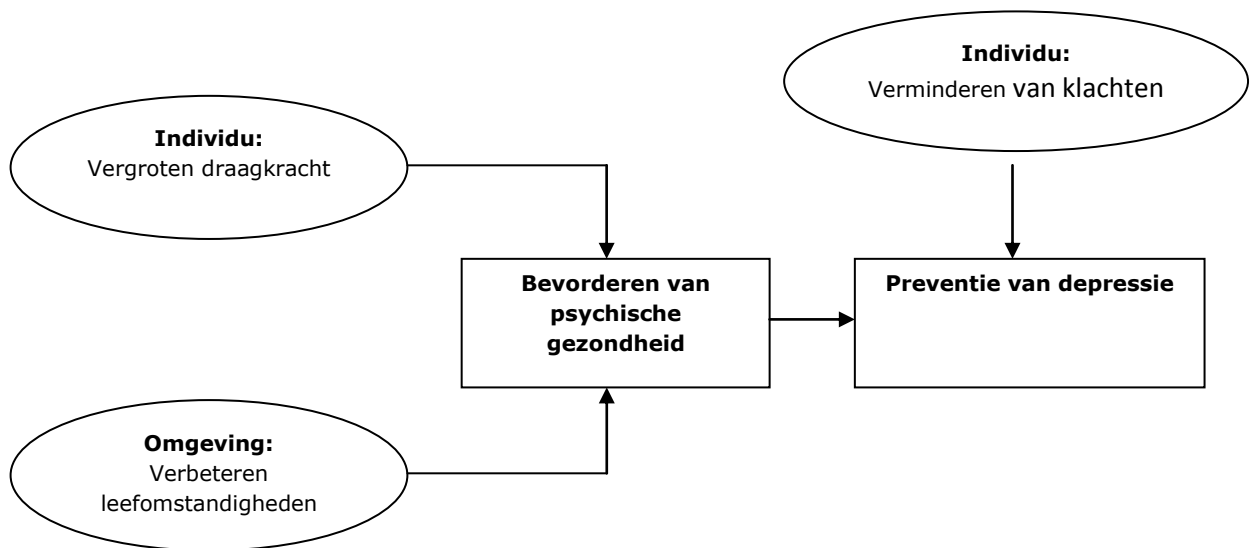
Tabel 2: absolute aantallen en percentages van leerlingen die boven en onder de 16 scoren op de CES-D vragenlijst.

Ik wil hier uitdrukkelijk vermelden dat niet alle leerlingen met een score van boven de 16 last hebben van een depressie. Zij worden in de mentorles enkel gevraagd, voor zichzelf, op deze score te reflecteren. Wat de leerlingen met een score van boven de 16 met deze score doen komt terug bij de beantwoording van deelvraag 3 (zie paragraaf 4.3).

4.2 Preventieve en signalerende maatregelen bij depressie: van de theoretische achtergrond naar maatregelen voor het Dongemond College

In deze paragraaf ga ik in op de deelvragen 2, 3 en 4. De analyse van de literatuur bij deelvraag 2 en 3 vormt de basis van de mentorles en de presentatie voor mijn collega's, die ik in deze paragraaf bij deelvraag 4 analyseer.

Uit de theorie van hoofdstuk 2 is naar voren gekomen dat er bij de preventie van depressie op drie gebieden kan worden ingezet. Dit wordt nogmaals schematisch weergegeven in figuur 5.



Figuur 5: Typen interventies ter preventie van depressie. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Leren van de burens, 2007

Bij de bestudering van de theorie bleek dat psycho-educatie een belangrijk middel is om de antennes van mensen meer te richten op het signaleren van een depressie. Door de kennis die ik in hoofdstuk 2 heb vergaard in een presentatie te verwerken, heb ik een instrument ontwikkeld dat hieraan een bijdrage kan leveren. Of deze presentatie ook daadwerkelijk een bijdrage kan leveren wordt bij deelvraag 5 beantwoord. Daarnaast heeft het Trimbosinstituut in 2010 in opdracht van het PDP alle screeningsinstrumenten voor depressiepreventie bekeken in het document “Screeningsinstrumenten depressiepreventie, een overzicht naar leeftijdsgroepen” (Ruiter & de Jonge, 2010). In dit document worden alle instrumenten die bekend zijn per leeftijdsgroep tegen het licht gehouden. In hoofdstuk 2 kwamen een aantal van deze varianten al voorbij. Van alle beschikbare vragen-/observatielijsten heb ik de keuze gemaakt voor de CES-D vragenlijst. De redenen om voor deze vragenlijst te kiezen zijn de volgende:

- Er zijn nog geen testen voor 12-16 jarigen die voldoende zijn getest voor toepassing in een jeugdmonitor. Er is dus geen standaardlijst beschikbaar voor 12-16 jarigen.

- De CES-D is een zelfinvullijst, die gemakkelijk tijdens een mentorles kan worden ingevuld. Deze lijst is dus praktisch goed in te passen in de mentorles.
- De CES-D is, volgens Ruiter & de Jonge, betrouwbaar en valide.
- Heel de vragenlijst gaat over depressie, zodat de lijst goed gebruikt kan worden voor een les waarin alleen depressie centraal staat. Er zijn dus geen vragen die afleiden van het onderwerp.
- De vragenlijst wordt genoemd als een lijst voor volwassenen, die echter ook voor jongeren gebruikt kan worden.

Op basis van bovenstaande punten heb ik de keuze gemaakt voor de CES-D vragenlijst. Dit wil niet zeggen dat er geen andere lijsten in omloop zijn die binnen de mentorles zouden passen.

Bij de totstandkoming van de mentorles en de presentatie voor mijn collega's is figuur 5 de leidraad geweest. Voor de mentorles was de folder "Is het een dipje of een depressie" van het Fonds Psychische Gezondheid (2008) de basis. Hierin wordt namelijk op een voor de leerlingen duidelijke wijze uitgelegd wat een depressie is en wat er voor preventieve maatregelen er zijn te nemen. Daarnaast geven de folders duidelijk aan wat je kunt doen op het moment dat je depressieve gevoelens ervaart. De titel van de les komt van de site "Grip op je dip.nl" (Dimence & Jutters de & Indigo & Trimbos Instituut, 2007). Deze site is een initiatief van het Trimbos-instituut en Riaggz Over de IJssel. Ik heb voor deze titel gekozen omdat het een pakkende titel is die de lading van het onderwerp goed dekt. Door de opbouw van de mentorles zijn alle preventieve en signalerende maatregelen die bij deelvraag 2 en 3 zijn genoemd in de les verwerkt. De uiteindelijke mentorles is te vinden in bijlage 1¹.

Voor de capita selecta (Fontys), gaf ik een presentatie waarin de deelvragen zoals ik die ook in dit onderzoek beantwoord behandeld werden. Deze presentatie was ook heel goed bruikbaar voor mijn collega's. Een samenvatting van de presentatie is te vinden in bijlage 2.²

¹ Bijlage 1: Mentorles Depressie (blz. 52)

² Bijlage 2: Samenvatting presentatie depressie en het Dongemond College (blz.60)

4.3 Hoe worden de preventieve maatregelen op onze school ervaren door leerlingen en mentoren?

Zoals hierboven beschreven heb ik geprobeerd de preventieve en signalerende maatregelen, zoals genoemd in deelvraag 2 en 3 te verwerken in een mentorles en een presentatie voor mijn collega's. Het antwoord op de vraag wat deze twee middelen (mentorles en presentatie) voor resultaten hebben opgeleverd, geef ik in deze paragraaf weer. Om deze vraag te beantwoorden is er gebruik gemaakt van twee vragenlijsten, een voor de leerlingen en een voor de mentoren (zie bijlage 3³ en 4⁴). De ingevulde vragenlijsten zijn in mijn bezit.

Allereerst analyseer ik de vragen die betrekking hebben op de gegeven mentorles. De leerlingen kregen hierover een open vraag gesteld. De vraag luidde: "Wat vind je van de les die jullie hebben gehad?". Deze vraag heb ik geanalyseerd op categorieën. De antwoordmogelijkheden waren: belangrijk, niet belangrijk, weet niet/geen mening. In tabel 3 zijn de scores van de leerlingen weergegeven. Binnen deze tabel heb ik vervolgens een onderscheid gemaakt tussen de leerlingen die op de vragenlijst een score hadden van boven de 16 (mogelijk depressieve gevoelens).

³ Bijlage 3: Vragenlijst leerlingen (blz. 65)

⁴ Bijlage 4: Vragenlijst collega's (blz. 66)

Categorieën	Absoluut aantal	Percentage
Belangrijk	89	84,76%
Niet belangrijk	7	6,67%
Weet niet/een mening	9	8,57%

Mening van de leerlingen over de gegeven mentorles.

Categorieën	Absoluut aantal	Percentage
Belangrijk	35	89,73%
Niet belangrijk	1	2,59%
Weet niet/een mening	3	7,68%

Mening van de leerlingen met een score van boven de 16 op de CES-D over de gegeven mentorles.

Categorieën	Absoluut aantal	Percentage
Belangrijk	54	81,82%
Niet belangrijk	6	9,09%
Weet niet/een mening	6	9,09%

Mening van de leerlingen met een score van onder de 16 op de CES-D over de gegeven mentorles.

Tabel 3: Mening van de leerlingen over de gegeven mentorles.

In hoofdstuk 5 zal ik verdere conclusies trekken, maar bovenstaande tabel geeft aan dat de les positief is ontvangen door het overgrote deel van de leerlingen.

Ook aan de mentoren die de les gaven, werd de vraag voorgelegd wat zij van de les vonden. Dit gebeurde door middel van een drietal meerkeuzevragen. Deze drie vragen waren: Ik vind de les waardevol voor onze leerlingen? De leerlingen reageerden positief op de les? Deze les zou aan alle leerlingen (in een bepaald leerjaar) moeten worden gegeven? De resultaten zijn weergegeven in tabel 4. Uit deze tabel is op te maken dat alle mentoren de les waardevol vinden, dat ook de reacties van de leerlingen positief waren en dat de mentoren vinden dat de les gegeven zou moeten worden aan alle leerlingen.

Categorieën	Absoluut aantal	Percentage
Ja	7	100%
Nee	0	0%

Ik vind de les waardevol voor onze leerlingen.

Categorieën	Absoluut aantal	Percentage
Ja	7	100%
Nee	0	0%

De leerlingen reageerden positief op de les.

Categorieën	Absoluut aantal	Percentage
Ja	7	100%
Nee	0	0%

Deze les zou aan alle leerlingen (in een bepaald leerjaar) moeten worden gegeven.

Tabel 4: Mening van de mentoren over de gegeven mentorles.

In hoofdstuk 5 zal ik verdere conclusies trekken, maar bovenstaande tabel geeft aan dat de les positief is ontvangen door alle mentoren.

Naast de mentorles was ook de presentatie die ik voor 12 collega's heb gegeven een preventief georiënteerde maatregel. Doelstelling van de presentatie was psycho-educatie van mijn collega's. Over deze presentatie hebben mijn collega's een vragenlijst ingevuld. Zij kregen een aantal ja/nee vragen gesteld. De resultaten van deze vragen zijn in tabel 5 weergegeven.

Vraag	JA!/ja	Nee/NEE!
Ik vind de presentatie waardevol voor mezelf?	12	0
Ik vind de presentatie waardevol voor onze leerlingen?	11	1
Ik vind dat depressiepreventie een plaats moet hebben op onze school?	12	0
Ik vind de genomen maatregelen een verbetering voor onze school?	12	0

Tabel 5: Vragen aan collega's naar aanleiding van de presentatie.

De presentatie wordt onder mijn collega's dus gezien als waardevol binnen het depressiebeleid op onze school. In hoofdstuk 5 kom ik hier op terug.

4.4 Hoe worden de signalerende maatregelen op onze school ervaren door leerlingen en mentoren?

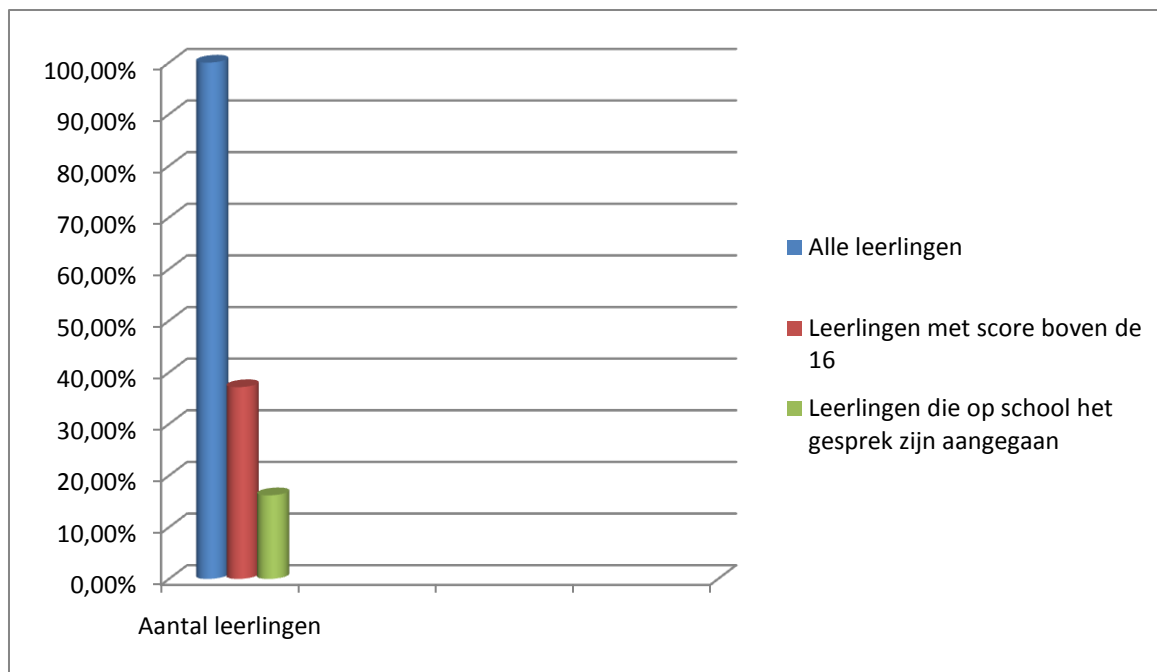
Zoals in paragraaf 4.3 besproken heeft het PDP alle in omloop zijnde vragenlijsten tegen het licht gehouden. Binnen het Dongemond college geldt de CES-D vragenlijst als de belangrijkste signalerende maatregel binnen de mentorles.

Naast de kwantitatieve gegevens van deze vragenlijst, die gebruikt zijn bij de beantwoording van deelvraag 1 (zie 4.1) is het ook belangrijk te kijken naar de kwalitatieve gegevens van de les. Belangrijk daarbij is de vraag of er leerlingen zijn die naar aanleiding van de les op school met mentoren of de leerlingbegeleider in gesprek gegaan? Deze gegevens zijn weergegeven in tabel 6.

Categorieën	Absoluut aantal	Percentage
In gesprek met leerlingbegeleider	5	5%
In gesprek met de mentor	12	11%
Totaal	17	16 %

Tabel 6: Absolute aantallen en percentages van leerlingen die naar aanleiding van de les op school in gesprek zijn gegaan.

Eerder zagen we in tabel 2 dat 37,14% een score had van boven de 16 op de CES-D vragenlijst. De gecombineerde gegevens van tabel 2 en 6 zijn in figuur 6 weergegeven.



Figuur 6: Grafiek van de leerlingen met een score van boven de 16 en de leerlingen die op school in gesprek zijn gegaan.

Vooruitlopend op de algemene conclusies kunnen we hier vast stellen dat er door de mentorles dus 17 leerlingen steun op school hebben gezocht in de vorm van minimaal één gesprek.

Naast de leerlingen die daadwerkelijk op school hulp hebben gezocht, hebben de leerlingen ook op de vragenlijst aangegeven of ze van plan zijn met iemand over hun situatie te praten. Hierbij hadden zij de volgende mogelijkheden: ouders, vrienden/vriendinnen, mentor of leerlingbegeleider, internet, de huisarts, anders, nl..... De gegevens van deze vraag zijn in figuur 16 weergegeven.

Waar zoeken leerlingen hulp?	Aantal totaal	Aantal score boven 16	Aantal score onder 16
ouders	14	3	11
vrienden/vriendinnen	22	11	11
mentor of leerlingbegeleider	10	9	1
internet	1	1	0
de huisarts	1	1	0
anders, nl...(psycholoog)	2	2	0
Totaal	50	27	23

Tabel 7: Personen met wie de leerlingen in gesprek gaan naar aanleiding van de vragenlijst.

Er zijn dus een aantal leerlingen (bijna 50%), die zeggen naar aanleiding van de vragenlijst met iemand in gesprek te gaan. Ik wil nogmaals opmerken dat het hierbij dus niet gaat om leerlingen die depressieve gevoelens hebben, maar om leerlingen die naar aanleiding van de les met wie dan ook daarover nog eens een gesprek aanknopen. De vraag die hier niet beantwoord wordt is of ze dit ook daadwerkelijk doen. Zo zien we bijvoorbeeld dat tien leerlingen aangeven met mentor of leerlingbegeleider in gesprek te gaan, in werkelijkheid waren dit uiteindelijk 17 leerlingen (zie tabel 6). Dit kan te maken hebben met een positief na-effect van de les. Een aantal leerlingen besluit toch in gesprek te gaan, nadat de gegevens verzameld waren.

4.5 Hoe kunnen jongeren met een depressie zowel binnen als buiten de school op een goede manier behandeld worden?

Zoals in hoofdstuk 2 aangegeven is het belangrijk dat je als school duidelijk weet waar je grenzen liggen. Bij leerlingen met een milde depressie kun je “waakzaam afwachten” of ondersteunende gesprekken voeren. Bij zwaardere depressies dien je te verwijzen. Ik heb het oplossingsgericht werken gebruikt als manier van gespreksvoering bij ondersteunende gesprekken met leerlingen met depressieve klachten. Voor mijn onderzoek heb ik de gegevens van 5 van deze gesprekken (en vervolggesprekken) verzameld in tabel 8. Dit zijn de gesprekken met de leerlingen die naar aanleiding van de mentorles met mij in gesprek zijn gegaan. Ik heb er voor gekozen om een van de gesprekken volledig uit te werken (zie bijlage 5⁵) om te proberen weer te geven wat, voor mij, oplossingsgericht werken inhoudt. Dit gesprek zou in de toekomst als voorbeeldgesprek kunnen dienen, bijvoorbeeld als ik mijn presentatie volgend jaar aan een nieuwe groep mentoren geef. De inhoud van de andere gesprekken zijn opgenomen in het leerlingvolgsysteem van onze school. De gegevens van de leerlingen en de inhoud van de gesprekken zijn uiteraard anoniem. Ik heb hieronder kort aangegeven wat de aard van de problemen bij de betrokken leerlingen is, zodat de gegevens in tabel 8 meer inhoud krijgen.

⁵ Bijlage 5: Oplossingsgericht werken: een voorbeeld gesprek (blz. 68)

Leerling 1: Had twee weken voor ons eerste gesprek onverwacht te horen gekregen dat zijn ouders gaan scheiden. Eerste gesprek is uitgewerkt in bijlage 4.

Leerling 2: Vorig jaar is ADHD en epilepsie geconstateerd, is daarnaast pestgevoelig. Uiteindelijk verwezen naar eerstelijnspsycholoog.

Leerling 3: Heeft in de thuissituatie te maken met een manisch depressieve moeder. Het er open over praten en de steun die daarbij ervaren werd werkte erg bevrijdend. Gesprekken lopen nog steeds.

Leerling 4: Liep cijfermatig volledig vast terwijl capaciteiten aanwezig zijn. Dit resulteerde in depressieve gevoelens. Uiteindelijk via de huisarts verwezen naar de GGZ. Syndroom van Asperger gediagnosticeerd.

Leerling 5: Ervaart nog steeds veel verdriet van de scheiding van haar ouders, daarnaast voelt ze zich tussen twee vuren. Door middel van oplossingsgericht werken gekeken naar wat binnen haar eigen vermogen lag om dingen te veranderen. Gesprekken lopen nog steeds.

De gegevens van bovenstaande leerlingen zijn opgenomen in tabel 8.

Leerling	Aantal gesprekken	Resultaat
Leerling 1	3	Goed, klachten sterk afgenomen
Leerling 2	2	Verwijzing
Leerling 3	5	Goed, klachten sterk afgenomen
Leerling 4	2	Verwijzing
Leerling 5	3	Goed, klachten sterk afgenomen

Tabel 8: Resultaten van de gesprekken met leerlingen naar aanleiding van de mentorles

Hoofdstuk 5: Conclusies, Discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk beschrijf ik de conclusies, die als antwoord op de deelvragen en de hoofdvraag van het onderzoek te trekken zijn. Bij deze conclusies staan de theorie uit hoofdstuk 2 en de data uit hoofdstuk 4 centraal. Allereerst bespreek de conclusies per deelvraag, om aansluitend ditzelfde te doen voor de hoofdvraag : *“Welke preventieve, signalerende en behandelende maatregelen kan onze school nemen voor leerlingen met een depressie?”*. Ik heb vervolgens de conclusies per deelvraag kritisch vergeleken met de bestudeerde theorie. Daarmee kan ik de resultaten van hoofdstuk 4 ook theoretisch interpreteren (discussie en aanbevelingen). Ook deze discussie en aanbevelingen beschrijf ik, als ze van toepassing zijn, per deelvraag en voor de hoofdvraag.

5.1 Hoe vaak komt depressie bij jongeren voor, zowel in het algemeen als op het Dongemond College?

In de bestudeerde theorie wordt geen onderscheid gemaakt tussen verschillende leeftijdsgroepen. De meeste onderzoeken geven de mate aan waarin depressie voorkomt vanaf een leeftijd van 13 jaar. Hierbij heeft in de laatste 12 maanden 5,2% van de bevolking ouder dan 13 jaar een depressie gehad. Daarnaast krijgt 18,7% van de bevolking ergens in hun leven te maken met een depressie.

Op het Dongemond college had 37,14% een score van boven de 16 op de CES-D vragenlijst. Hieruit zijn geen conclusies te trekken over het aantal leerlingen met een depressie. Uiteindelijk is 16 % van de leerlingen op school over de problemen in gesprek gegaan. Deze cijfers valideren het ontwikkelen van beleid op dit gebied.

Bovenstaande cijfers hebben er bij de Europese overheid toe geleid depressiebeleid als speerpunt te benoemen binnen het gezondheidsbeleid. Binnen dit beleid wordt de school genoemd als een belangrijke setting waarbinnen dit beleid ten uitvoer kan worden gebracht. In Nederland is de uitvoering van dit beleid uitgekristalliseerd in de centra voor jeugd en gezin.

De regie is hierbij in handen van de gemeenten. Hierin is geen centrale rol weggelegd voor de school, zodat de samenwerking tussen scholen en deze centra voor jeugd en gezin per gemeente verschillend is en afhankelijk van de mensen die er voor verantwoordelijk zijn. Als de school door invoering van een depressiebeleid zijn rol op dit gebied kan vergroten lijkt een, beleidsmatig vastgelegde, meer centrale rol voor de school wenselijk.

5.2 Welke preventieve maatregelen zijn er te nemen om een depressie bij jongeren te voorkomen?

Uit de bestudeerde literatuur kwamen in hoofdstuk 2 de preventieve maatregelen die te nemen zijn ter voorkoming van een depressie naar voren. Hierbij was het rapport “Leren van de burens” (RIVM, 2007) een belangrijke basis. Uit dit rapport blijkt dat de school een belangrijke setting kan zijn bij de verbetering van de psychische gezondheid. Het verbeteren van deze psychische gezondheid kan een sterke preventieve werking hebben op het voorkomen van depressies. Het verbeteren van deze psychische gezondheid richt zich op zowel de omgeving (o.a. psycho-educatie van leerkrachten binnen het voortgezet onderwijs, voorkomen van stigmatisering en discriminatie), als op het vergroten van de draagkracht van het individu (versterken emotionele en sociale vaardigheden, werken aan positief zelfbeeld en probleemoplossend vermogen). Met de presentatie voor mijn collega’s heb ik dus een bijdrage geleverd aan deze psycho-educatie van de docenten van onze school. Met de mentorles heb ik een bijdrage geleverd aan het verminderen van de stigmatisering en discriminering, daarnaast heb ik met deze les de draagkracht van het individu vergroot. Of deze opzet daadwerkelijk geslaagd is komt terug bij de conclusies van deelvraag 5.

Duidelijk is wel dat de presentatie en de mentorles producten zijn die een rechtstreekse verbinding hebben met beleid zoals dat door zowel de EU (2004), als WHO (2004) beschreven is. Daarnaast heb ik de sterke punten van de depressiepreventie in andere landen binnen de presentatie en de mentorles te betrekken.

Hierbij zijn vooral het in Australië gebruikte “Friends for Life” (Barett, 2007), waarbij men de psychische gezondheid van alle leerlingen probeert te verbeteren en het programma in Schotland, waar men zwaar inzet op psycho-educatie van de omgeving gekoppeld aan sociale afkomst en armoede (inclusie) belangrijke inspiratiebronnen geweest.

5.3 Hoe kan een depressie vroegtijdig worden gesignaleerd bij jongeren?

Bij de signalering van depressie zijn psycho-educatie van de bevolking (vooral van professionals in het werkveld) en vragenlijsten die als signaleringsinstrument kunnen dienen belangrijk. In de theorie wordt de school ook expliciet genoemd als een setting waar een depressie gesignaleerd kan worden (RIVM, 2007). Hier ligt dus voor gemeenten een mogelijkheid om samen te werken. Bij de conclusies van deelvraag 4 en 5 zal blijken dat de mentorles en de presentatie op dit gebied een rol kunnen spelen.

Bij de besproken vragenlijsten is het opvallend dat er nog geen gestandaardiseerde vragenlijst is voor leerlingen in de middelbare schoolleeftijd. Er zijn wel een aantal vragenlijsten beschikbaar die gebruikt kunnen worden. In hoofdstuk 4 heb ik de redenen besproken die er toe hebben geleid dat ik voor de CES-D vragenlijst heb gekozen.

5.4 Hoe kunnen deze preventieve en signalerende maatregelen binnen het Dongemond college worden verwerkt?

De mentorles is opgebouwd uit verschillende preventieve en signalerende onderdelen. Het is belangrijk de presentatie en de mentorles elk jaar kritisch te bekijken, zodat actuele ontwikkelingen erin verwerkt kunnen worden. Zo blijven de les en de presentatie up to date. De meerwaarde van het op deze manier aanbieden van de mentorles is dat je alle leerlingen bereikt. Dit is in het verlengde van het Australische programma “Friends for Life” een belangrijke factor bij het verminderen van de stigmatisering en de discriminering van leerlingen met een depressie.

De bespreekbaarheid wordt groter voor leerlingen met depressieve gevoelens, daarnaast ervaren zij dat ze niet de enige zijn die met deze problemen te maken hebben. Bij leerlingen die geen last hebben van depressieve gevoelens groeit het begrip voor leerlingen die wel in een moeilijke situatie zitten.

Bij de presentatie was naast het bespreken van de deelvragen zoals geformuleerd, ook het weergeven van het proces van breed Europees beleid naar lokaal beleid op onze school een belangrijk onderdeel. Hierdoor werd alles in een groter geheel geplaatst en kregen mijn collega's ook inzichtelijk gemaakt, dat ze een bijdrage leveren aan een groter geheel en dat ze niet op een eilandje zitten te werken.

5.5 Hoe worden de preventieve maatregelen op onze school ervaren door leerlingen en mentoren?

Belangrijkste voorwaarde om de mentorles op school in te voeren is uiteraard de vraag of collega's bereid zijn om de les uit te voeren en er ook de meerwaarde van inzien. Uit de scores die in hoofdstuk 4 bij deze deelvraag werden besproken kan ik concluderen dat de presentatie goed werd ontvangen bij mijn collega's, die daardoor unaniem het nut van de depressiepreventie inzagen en bereid waren om de mentorles dit jaar, maar ook de komende jaren, in hun programma op te nemen. De collega's gaven ook unaniem aan dat de reacties van de leerlingen op de les positief waren.

Verder blijkt dat bijna 85% van de leerlingen de gegeven mentorles belangrijk vindt. Opmerkelijk is dat er van de leerlingen die een score van onder de 16 op de CES-D vragenlijst hebben (en die dus geen last van depressieve gevoelens volgens deze vragenlijst) bijna 82% van de leerlingen de mentorles belangrijk vindt. De conclusie is dat er een bijdrage wordt geleverd aan de psycho-educatie van de leerlingen over dit onderwerp en dat er daardoor meer begrip ontstaat.

Daarnaast vindt bijna 90% van de leerlingen die een score hebben van boven de 16 op de CES-D vragenlijst de les belangrijk. Opmerkelijk daarbij was dat een paar leerlingen blijkbaar niet op deze wijze een les over dit onderwerp wilden hebben (zij reageerden sterk afwijzend). Ik heb hiernaar navraag gedaan bij de betrokken mentoren en onze gezamenlijke conclusie was dat de leerlingen in een ontkennende fase waren, waarin vooral niemand zich met hun problemen moest bemoeien. Ik vind dat je dat op dat moment moet respecteren, waakzaam blijven is voor ons als school dan het devies.

Bovenstaande cijfers hebben er toe geleid dat de mentorles definitief is opgenomen in de lessencyclus voor leerjaar 3. Hierdoor zullen dus vanaf volgend jaar alle derdejaars leerlingen van het Dongemond College, unit Made de les aangeboden krijgen. Hierbij is het erg belangrijk, dat de mentoren die de les volgend jaar gaan geven dezelfde informatie en voorlichting krijgen als de mentoren die de les dit jaar hebben gegeven. De volgende stap is om de les ook op de andere units van het Dongemond College in te voeren. Dit is een doelstelling voor de toekomst.

5.6 Hoe worden de signalerende maatregelen op onze school ervaren door leerlingen en mentoren?

Naast de in de vorige deelvraag beantwoorde vraag of de leerlingen en mentoren de mentorles belangrijk vinden is het ook goed te kijken wat de leerlingen doen naar aanleiding van de mentorles. Allereerst geeft bijna 50% op de vragenlijst aan met iemand over dit onderwerp te gaan praten. Dit betekent dat de mentorles dus bij bijna de helft van de leerlingen iets losmaakt, waarover ze willen praten. Dit praten, gebeurt met een aantal verschillende mensen (ouders, vrienden, mentor/leerlingbegeleider, internet, huisarts, psycholoog). Ook leerlingen die een score van onder de 16 hebben op de CES-D vragenlijst hebben dus in een aantal gevallen behoefte om over het onderwerp te praten. Een kanttekening hierbij is dat de leerlingen op de vragenlijst hebben aangegeven in gesprek te gaan, ik kan niet controleren of zij dit ook daadwerkelijk hebben gedaan. Zo is er bijvoorbeeld sprake van een positief na-effect van de les als het gaat om het aantal leerlingen dat op school in gesprek is gegaan.

Het aantal leerlingen dat op de vragenlijst aangeeft met de mentor of leerlingbegeleider in gesprek te gaan (10 leerlingen) is namelijk aanzienlijk kleiner dan het aantal leerlingen dat dit ook daadwerkelijk heeft gedaan (17 leerlingen). Dit betekent dat 16% van de leerlingen (17 leerlingen) op school in gesprek gegaan over de depressieve gevoelens die zij ervaren. Conclusie hierbij is dat de mentorles als signaleringsinstrument een bijdrage heeft geleverd bij het bespreekbaar maken van de gevoelens van deze leerlingen.

5.7 Hoe kunnen jongeren met een depressie zowel binnen als buiten de school op een goede manier behandeld worden?

Bij deze deelvraag heb ik er voor gekozen me te richten op de gesprekken die ik heb gevoerd met de vijf leerlingen die naar aanleiding van de mentorles bij mij terecht zijn gekomen. In hoofdstuk 2 heb ik al een korte beschrijving gegeven van oplossingsgericht en probleemgericht werken. Ik heb daarbij de keuze gemaakt voor de oplossingsgerichte manier van gespreksvoering. Deze keuze heb ik gemaakt op twee gronden. Allereerst ligt de oplossingsgerichte manier van werken veel dichterbij mijn eigen natuur dan de probleemgerichte manier van gesprekken voeren. Daarnaast vind ik oplossingsgericht werken ook meer passen bij leerlingen met een depressie dan probleemgericht werken. Uit de resultaten van de gesprekken blijkt dat bij 60% van de leerlingen deze manier van werken duidelijk vooruitgang oplevert. Ook is het erg belangrijk dat je als leerlingbegeleider tijdig inziet dat, als deze manier van werken je niet dichterbij de gewenste oplossing brengt, je op zoek gaat naar een andere oplossing. Dit wil niet zeggen dat de gesprekken niet goed waren of het resultaat matig, maar het betekent dat deze leerling op dit moment behoefte heeft aan een andere vorm van hulp. In de twee gevallen waarbij ik niet vooruit kwam met de gesprekken, heeft dit uiteindelijk geresulteerd in verwijzingen naar de psycholoog en de GGZ.

Het oplossingsgericht werken wordt wel genoemd in de presentatie die ik voor mijn collega's heb gehouden, maar het wordt daarin niet verder uitgewerkt. Gezien de resultaten die met oplossingsgericht werken werden bereikt is het een doelstelling voor de toekomst om meer collega's met deze manier van werken te laten kennismaken. Het oplossingsgerichte gesprek dat in bijlage 4 is opgenomen zou daarbij een rol kunnen spelen.

5.8 Welke preventieve, signalerende en behandelende maatregelen kan onze school nemen voor leerlingen met een depressie?

De resultaten van mijn ontwerpgerichte onderzoek zijn reden geweest om de mentorles over depressie en de presentatie voor docenten definitief op te nemen in het lesprogramma van onze school. Ik ben van mening dat de school een van de belangrijke plaatsen is waar preventie en signalering van depressie plaats kan vinden. Om dit te realiseren is echter wel een doelgericht beleid nodig. Het beleid zoals dit, als gevolg van dit onderzoek bij ons op school, is geïmplementeerd zou daarbij een leidraad kunnen zijn. Bij de behandeling van depressie is zelfkennis belangrijk. Wacht niet te lang met een verwijzing als je zelf het gevoel hebt niet vooruit te komen. De oplossingsgerichte manier van werken is geschikt om te gebruiken bij mensen met een depressie. Scholing op dit gebied is binnen onze school noodzakelijk om meer mensen op deze manier te laten werken. Het uitgewerkte gesprek ga ik volgend jaar binnen mijn presentatie gebruiken om hier een bijdrage aan te leveren.

Hoofdstuk 6: Evaluatie onderzoek

In dit hoofdstuk zal ik terugkijken op het praktijkonderzoek, zoals ik dat de afgelopen tijd heb uitgevoerd. Wat is er goed gegaan tijdens dit onderzoek en wat zou ik de volgende keer op een andere manier aanpakken. Daarbij zal ik het proces evalueren, ook zal ik reflecteren op wat het onderzoek voor mij persoonlijk betekend heeft.

6.1 Het onderzoek

De keuze voor het onderwerp is al aan het eind van het vorig schooljaar tot stand gekomen, omdat ik toen een toetsopdracht voor de opleiding tot leerlingbegeleider over het onderwerp depressie heb gedaan. De ontworpen mentorles was ook onderdeel van deze toetsopdracht. Aan de ene kant gaf dit feit me op sommige vlakken een voordeel/voorsprong op de andere studenten. Aan de andere kant heb ik gemerkt dat ik, door de literatuurstudie en doordat je steeds meer over het onderwerp te weten komt, het materiaal dat ik van de toetsopdracht van vorig jaar beschikbaar had steeds moest bijstellen.

Ik heb de mentorles in november bij de mentoren geïntroduceerd, ik heb ze daarover toen ook een uitleg gegeven. De uitgebreide presentatie vond pas begin maart plaats, omdat toen mijn literatuurstudie, die leidde tot de presentatie, pas was afgerond. Een volgende keer zou ik dit omdraaien, zodat de presentatie gelijktijdig plaatsvindt met de uitleg over de mentorles. De presentatie komt dan voor de mentorles.

Om gegevens en informatie te verzamelen voor mijn onderzoek heb ik gekozen voor elementen van een ontwerpgericht onderzoek en elementen van een survey-onderzoek. De mentorles en de presentatie bevatten elementen van een ontwerpgericht onderzoek. De manier waarop deze ontvangen zijn, is reden om ze te blijven gebruiken in de toekomst. Ze zullen echter elk jaar kritisch bekeken moeten worden of er verbetering of verandering noodzakelijk is. De vragenlijsten die ik gebruikt heb voor het survey-onderzoek hebben de zaken die ik wilde onderzoeken goed in beeld gebracht. Doordat het schriftelijke vragenlijsten waren, ging er redelijk veel tijd zitten in het verwerken van de lijsten. Hierbij werd ik wel geholpen door het feit dat mijn collega's de vragenlijsten in de mentorles hebben afgenomen.

De capita selecta die voor mij begin maart plaatsvonden op de opleiding zijn van grote invloed geweest op het proces van het onderzoek. De theorie die ik hiervoor bestudeerde kon ik ook gebruiken voor het schrijven van hoofdstuk 2. Daarnaast was de presentatie op zichzelf, met enkele aanpassingen, zeer goed bruikbaar als presentatie voor mijn collega's. Hierdoor werd de presentatie dus zelf onderdeel van het onderzoek. De positieve manier waarop de presentatie van de capita selecta voor mijn medestudenten verliep gaf mij een flinke duw in de rug om de rest van het onderzoek goed af te ronden.

Ik heb gedurende het proces geprobeerd mij zoveel mogelijk aan de gestelde tijdslijn te houden. Dit is redelijk gelukt. Wel heb ik ervaren dat een goede planning noodzakelijk is als je naast het onderzoek je normale werk op school hebt en een gezin met jonge kinderen. Ik heb hierdoor nooit het gevoel gehad dat ik zaken niet af zou kunnen ronden, maar ik heb me hierdoor niet altijd helemaal aan de tijdslijn kunnen houden.

De werkwijze van een groep met critical friends heb ik als prettig ervaren. Het feit dat je met een groep mensen bent die in hetzelfde proces zitten als waar jij in zit geeft je een gevoel dat je het niet alleen hoeft te doen, daarnaast waren de opmerkingen die ik gedurende het proces kreeg zeer waardevol. Ook de opbouwende kritiek van onze begeleidster Kara Vloet heeft een flinke bijdrage geleverd aan het proces.

6.2 Mijn eigen leerproces

Tijdens het tweede jaar van mijn studie leerlingbegeleiding aan de Fontys Hogeschool in Tilburg was een van de onderwerpen een zelfonderzoek. Tijdens dit zelf onderzoek, dat vooral je professionele functioneren belichtte, kwam ik tot de formulering van een missie voor onze school. Deze missie luidde:

Mijn collega's en ik willen alle leerlingen het gevoel geven dat ze de moeite waard zijn. Hierbij willen we leerlingen uitdagen zichzelf te leren kennen, te ontwikkelen, maar vooral in zichzelf te geloven.

Het onderzoek naar depressie op het Dongemond College past in deze missie. Bij deze missie hoort namelijk de overtuiging dat wij als school meer zijn dan een “leerfabriek”. Het is ook onze taak een zo groot mogelijke bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van een positief zelfbeeld bij leerlingen. Vanuit deze gedachte zie ik het, als leerlingbegeleider, als mijn taak deze missie zoveel mogelijk in de school te verspreiden. In het geval van het onderzoek moest ik dus mensen binnen school (directie, teamleiders) overtuigen, zodat ze het belang van dit onderzoek in het licht van de geformuleerde missie zagen. Hierin ben ik geslaagd en zo werd ik binnen onze school een “change agent”. De volgende stap was om deze overtuiging, door middel van het aansturen van mentoren en collega’s, een plaats te geven op onze school. Door middel van de presentatie is deze strategie geslaagd. De laatste stap was om de gekozen strategie van het onderzoek te vertalen naar gedrag waarin de doelstellingen van het onderzoek verwezenlijkt konden worden. De mentorles was het instrument, waarin dit gebeurde.

Door het proces zoals hierboven beschreven, heb ik mij op een aantal vlakken verder ontwikkeld. Ik werd door de manier waarop ik mijn onderzoek heb opgezet gedwongen mijzelf binnen onze school te laten zien. Voor een beginnend leerlingbegeleider is dat een goede steun in de rug. Zo overlegde ik met teamleiders en directie, stuurde ik mentoren aan, praatte ik veel met leerlingen en werd gedwongen na te denken over de manier waarop ik dit alles deed. Hierdoor kreeg ik niet alleen zelf meer vertrouwen in het uitvoeren van mijn taak, ook werd ik hierdoor meer het gezicht binnen de school, dat verantwoordelijk is voor de leerlingenzorg.

De bestudering van de theorie heeft mij naast een heleboel kennis over het onderwerp depressie ook inzicht gegeven in de internationale speerpunten in het gezondheidszorgbeleid, hierdoor heb ik geleerd datgene wat wij op school met de leerlingen doen in een groter perspectief te zien. Ik vind dat ik dus niet alleen deskundiger ben geworden, maar ook een bredere kijk heb gekregen die ik in de toekomst zeker vaker zal gebruiken.

Door de deskundigheidsbevordering die ik heb doorgemaakt heb ik het gevoel dat signalen bij een depressie ook werkelijk eerder herken en vervolgens dat ik mensen beter kan begeleiden, zowel op school als in mijn privésituatie. Dit heeft mij vertrouwen gegeven om in de toekomst met dit onderwerp om te gaan.

Literatuurlijst

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bannink, F. (2009). *Oplossingsgerichte vragen, handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.

Barrett, P. (2007). *Friends for Life, Introduction to FRIENDS, Anxiety Prevention and Treatment for children aged 7–11 and youth aged 12–16*. Bowen Hills: Australian Academic Press.

Birmaher, B., Brent, D. (2007). *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders*. Washington, D.C.: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP).

Boerman R. (2008). *Ethische uitgangspunten bij praktijkonderzoek*. Tilburg: Fontys OSO.

Bouma J. & Ranchor A. & Sandermann R. & Sonderen van E. (1995). *Het meten van symptomen van depressie met de CES-D*. Groningen: Noordelijk centrum voor gezondheidsvraagstukken.

De Graaf R. & ten Have M. & van Dorsselaer S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking, NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

De Jonge & Ruiter. (2010). *Screeningsinstrumenten depressiepreventie, een overzicht naar leeftijdsgroepen*. Utrecht: Partnership Depressiepreventie, voor deze Trimbos-instituut.

De Wit, C. (2005). *Depressie bij leerlingen in het voortgezet onderwijs*. In: Loonstra, J & van der Vegt, E. (red.). (2005) *Stille leerlingen zeggen veel*. Apeldoorn: Garant.

Dimence & Jutters de & Indigo & Trimbos Instituut. (2007). *Grip op je dip*. Verkregen op 14 juni 2010 van <http://www.gripopjedip.nl/site/31/320>

Fonds Psychische gezondheid. (2008). *Is het een dipje of een depressie*. Utrecht: Fonds Psychische Gezondheid.

Harinck, F. (2010). *Basisprincipes praktijkonderzoek*. Apeldoorn: Garant.

Jané-Llopis, E. & Anderson, P. (2006). *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories*. Luxemburg: European Communities.

Mental Health Europe. (2010). *Social inclusion and Mental Health*. Verkregen op 21 januari 2011 van <http://www.mhe-sme.org/our-work/social-inclusion-and-mental-health.html>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2006). *Kiezen voor gezond leven*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Mutsaers K. (2008). *Oorzaken van depressie*. Verkregen op 12 juli 2010 van http://www.nji.nl/nji/dossierDownloads/Risicofactoren_Depressie.pdf

Wilde de E. (2008). *Prevalentie van depressie*. Verkregen op 12 juli 2010 van http://www.nji.nl/nji/dossierDownloads/Cijfers_Depressie.pdf

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2007). *Leren van de burens*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Spijker J, Schoemaker C. (2010) *Wat is depressie en wat zijn de gevolgen?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Stikkelbroek, Y.A.J. & Prinzie, P. (2008). *Complicaties bij behandeling van depressieve adolescenten met cognitieve gedragstherapie*. Kind en Adolescent Praktijk, 7, 52-60.

Van Rooijen-Mutsaers K. (2010). Verkregen op 28 januari 2011 van [http://www.nji.nl/nji/dossierDownloads/Wat werkt bij jeugdigen met een depressie?.pdf](http://www.nji.nl/nji/dossierDownloads/Wat%20werkt%20bij%20jeugdigen%20met%20een%20depressie?.pdf)

World Health Organization. (2004). *Prevention of Mental Disorders, effective interventions and policy options*. Genève: World Health Organization.

World Health Organization. (2002). *The World Health Report 2002, Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Genève: World Health Organization.

Bijlage 1: Mentorles depressie

Is het een dipje of een depressie?

“Je hebt een keer geen zin in school, geen zin in sport of geen zin om uit te gaan. Je ziet het even niet zitten. Soms duurt zoiets een uur; een dipje! Soms duurt zoiets een paar dagen; een dip!”

In de puberteit zijn je gevoelens vaak heftig. Je kunt je langere tijd rot voelen. Dat is niet leuk, maar vaak weet je dat het over gaat. Bij sommige jongeren blijft die ene rotbui echter hangen. Deze jongeren hebben bijna nergens meer zin in. Zij kunnen last hebben van een depressie.

En hoe zit dat bij jou? Heb je weleens last van een dip of een dipje? Vraag jij je weleens af of er meer met je aan de hand is dan een flinke dip? Deze les wil je op weg helpen jou een antwoord te geven op deze vraag.

Wist je dat?

Ongeveer 5% van de jongeren last heeft van een depressie

*

Depressie een ziekte is en geen aanstellerij

Bij depressie sprake is van sombere gevoelens die meer dan 2 weken duren terwijl niets die stemming lijkt te kunnen veranderen.

Jongeren in een depressie vaak ook last hebben van problemen met concentratie, slapen en eten.

Een depressie niet vanzelf overgaat. Met hulp duurt een depressie minder lang en komt deze ook minder snel terug.

Het daarom belangrijk is om hulp te zoeken.

Je kunt leren om met sombere gevoelens om te gaan.

Keda (13 jaar):

Ik deed altijd erg mijn best op school, maar de laatste tijd zijn mijn cijfers erg achteruit gegaan. Ik kwam er gewoon niet meer toe om mijn huiswerk te maken. Ik denk dat de scheiding van mijn ouders er wel mee te maken heeft. Ik was erg boos op ze en daarom voelde ik me constant vervelend en had ik geen plezier in de dingen die ik vroeger leuk vond. Ik heb toen veel gepraat met mijn ouders, maar ook met familie en vrienden. Op school heb ik met mijn mentor over mijn punten en de situatie thuis gesproken, daardoor heb ik het allemaal wat meer een plekje kunnen geven en gaat het weer beter met me.

Gijs (15 jaar):

Op school werd ik gepest. Ik hoorde er niet echt bij. Eigenlijk stond ik op school helemaal alleen. Ik ben gaan chatten en zoeken op internet. Zo ontdekte ik dat het een depressie kon zijn. Daar had ik voor mezelf nog nooit aan gedacht, een depressie. Terwijl mijn moeder twee keer een depressie heeft gehad. Kinderen van depressieve ouders blijken gevoeliger te zijn voor een depressie. Via de leerlingbegeleider op school ben ik doorverwezen naar een psycholoog. Daar heb ik er veel over mezelf geleerd, ook hoe ik met mijn depressieve gevoelens kan omgaan. Ik vind het erg fijn te weten dat ik niet de enige ben met deze problemen. Makkelijk is het niet, maar ik zie de toekomst nu meer zitten.

Sandra (16 jaar):

Ik moest al een tijdje om alles huilen, ik voelde me niet goed, had vaak hoofdpijn en had nergens zin in. Mijn vriendinnen zeiden ook dat ik een stuk somberder deed dan normaal. Ik ben toen naar de huisarts gegaan, die zijn dat er sprake zou kunnen zijn van een depressie. Het bleek dat ik altijd de lat voor mezelf erg hoog legde en dat ik de schuld voor alles wat fout gaat bij mezelf zoek. De huisarts heeft me toen naar de cursus Stemmingmakerij van de GGZ gestuurd. Daar kon ik met lotgenoten aan mijn problemen werken. Ik heb er al veel over mezelf geleerd en het gaat al wat beter met me.

Hoe voel jij je?

Miranda: Het gaat wel lekker de laatste tijd. Er is weleens gezeur thuis en op school, maar dat heeft iedereen. Toch?

Max: De laatste tijd lijkt echt alles tegen te werken. Hoe goed ik ook mijn best doe, het lukt toch niet. Ach, wat heeft 't ook allemaal voor zin?

En jij?

Hoe voel jij je? Wil je weleens wat meer weten over je eigen buien? Doe de test.

Probeer jouw gevoelens en buien van de laatste weken voor de geest te halen. Vul met die periode in je hoofd de test in.



Vragenlijst

Omcirkel achter elke uitspraak het cijfer dat het beste uw gevoel of gedrag van de **afgelopen 2 weken** weergeeft.

	Zelden of nooit (minder dan 1 dag)	Soms of weinig (1-2 dagen)	Regelmatig (3-4 dagen)	Meestal of altijd (5-7 dagen)
<i>Tijdens de afgelopen week:</i>				
1 Stoorde ik me aan dingen, die me gewoonlijk niet storen.	0	1	2	3
2 Had ik geen zin in eten, was mijn eetlust slecht.	0	1	2	3
3 Bleef ik maar in de put zitten, zelfs als familie of vrienden probeerden me er uit te halen.	0	1	2	3
4 Voelde ik me even veel waard als ieder ander.	3	2	1	0
5 Had ik moeite mijn gedachten bij mijn bezigheden te houden.	0	1	2	3
6 Voelde ik me gedeprimeerd.	0	1	2	3
7 Had ik het gevoel dat alles wat ik deed me moeite kostte.	0	1	2	3
8 Had ik goede hoop voor de toekomst.	3	2	1	0
9 Vond ik mijn leven een mislukking.	0	1	2	3
10 Voelde ik me bang.	0	1	2	3
11 Sliep ik onrustig.	0	1	2	3
12 Was ik gelukkig.	3	2	1	0
13 Praatte ik minder dan gewoonlijk.	0	1	2	3
14 Voelde ik me eenzaam.	0	1	2	3
15 Waren de mensen onaardig.	0	1	2	3
16 Had ik plezier in het leven.	3	2	1	0
17 Had ik huilbuien.	0	1	2	3
18 Was ik treurig.	0	1	2	3
19 Had ik het gevoel dat mensen me niet aardig vonden.	0	1	2	3
20 Kon ik niet op gang komen	0	1	2	3

Tel nu het aantal punten dat je hebt gehaald bij elkaar op.

Hoe hoger de score uitvalt hoe groter de kans dat er sprake is van depressieve gevoelens. Vanaf een score van 16 is het interessant voor jezelf eens na te gaan hoe het met jezelf gaat en wat je daar aan zou willen doen.



Pas op!

Soms wil je als jij je rot voelt even je problemen vergeten. Sommige jongeren drinken dan veel alcohol of gebruiken drugs. Het leven lijkt dan misschien weer even wat makkelijker en je voelt je even beter. Jammer genoeg lost het niets op. Integendeel als je een depressie hebt is drinken en drugs gebruiken juist erg gevaarlijk. Aan je depressie gebeurt niets, je sombere gevoelens komen keihard terug en je kunt er binnen de kortste keren een drank of drugsprobleem bij hebben.

Wat kun je doen?

Om een depressie aan te kunnen pakken, is hulp nodig van een deskundige. Aan rottige en sombere gevoelens kun je wel wat doen. Hieronder staan een aantal tips:

- Denk aan de dingen die goed gaan, schrijf er elke dag drie van op
- Zorg dat je niet steeds aan je rotgevoelens denkt. Doe elke dag minstens 1 ding dat je echt leuk vindt. Bijvoorbeeld iets voor jezelf kopen, skaten of een film kijken.
- Ga fietsen, wandelen of sporten. Ook al ben je moe, zorg toch dat je in beweging blijft. Het help je je lekkerder te voelen.
- Zoek je vrienden op, ook al zie je er tegenop of heb je er eigenlijk geen zin in.
- Probeer over je gevoelens te praten. Met vrienden en vriendinnen, je ouders, de mentor of de leerlingbegeleider op school

Praat erover
Denk niet dat je zeurt!

Informatie, advies en hulp

- Zoals al eerder gezegd, praat over je gevoelens dit kan met vrienden en vriendinnen, je ouders, de mentor of de leerlingbegeleider op school
- Daarnaast zijn er organisaties en sites die een luisterend oor voor jou kunnen zijn of je van informatie kunnen voorzien. Voorbeelden daarvan zijn:
 - www.zwaarweer.nl
 - www.gripopjedip.nl
 - www.psychowijzer.nl
 - Stichting Korrelatie, tel. 0900-1450 (e.0,30 p./min)
 - Psychische Gezondheidslijn, tel. 0900-9039039 (e.0,20p./min)
- Als je na deze stappen nog met vragen blijft zitten kun je ook je huisarts bezoeken. Deze zou je kunnen helpen met gesprekken of medicijnen
- Daarnaast is er ook de mogelijkheid om cursussen te doen waarin je leert omgaan met je sombere gevoelens. Deze cursussen worden gegeven door de preventie afdeling van de GGZ (“Stemmingmakerij” voor 15 tot 19 jarigen en “Slechte tijden, Goede tijden” voor 12 tot 15 jarigen) . Je leerlingbegeleider kan je hierbij op weg helpen.

Handleiding mentoren bij de mentorles depressie

- De opbouw van de les is redelijk vanzelfsprekend. Laat de leerlingen het eerste gedeelte doorlezen (tot het begin van de vragenlijst). In dit eerste gedeelte wordt het begrip depressie uitgelegd. Belangrijk hierbij is dat leerlingen leren inzien dat een depressie ook bij jongeren regelmatig voorkomt. Als dit het geval is, is het voor de jongeren erg belangrijk er met iemand over te praten.
- Laat vervolgens de leerlingen de vragenlijst invullen. Begeleidt ze bij de puntentelling. De puntentelling bij de vragenlijst wordt door de leerling zelf gedaan. Hij/zij is zelf verantwoordelijk voor zijn score en bepaalt zelf met wie hij/zij deze score wel of niet deelt.
- Laat de leerlingen de vragenlijst nabespreken (dit kan eerst in 2-tallen en daarna in een klassengesprek of je doet het meteen klassikaal). Dit gebeurt uiteraard in algemene zin, waarbij de leerlingen zelf bepalen wat ze wel of niet met medeleerlingen of de klas willen delen.
- Vervolgens is het belangrijk dat de leerlingen weten waar ze terecht kunnen als ze met vragen blijven zitten (dit is in de les verwerkt). Bespreek deze opties klassikaal.
- Normaal gesproken zou de score volledig voor de leerling privé zijn, maar omdat ik voor mijn onderzoek gegevens nodig heb wil ik jullie vragen de leerlingen de anonieme enquête te laten invullen. Deze gegevens kan ik dan voor mijn onderzoek gebruiken.

Bijlage 2: Samenvatting presentatie depressie en het Dongemond college

Dia 1:

1. Aanleiding
2. Theorie:
 - Wat is een depressie?
 - De cijfers
 - Risico- en beschermende factoren
 - Preventie
 - Signaleren en behandelen
3. Depressie en het Dongemond College
 - Maatregelen
 - Mentorles
 - Onderzoek

Dia 2:

Welke preventieve, signalerende en behandelende maatregelen kan onze school nemen voor leerlingen met een depressie?

Dia 3:

Wat is een depressie?

Volgens DSM-IV:

“Depressie is een stemmingsstoornis. De belangrijkste symptomen zijn een aanhoudende neerslachtige stemming gedurende minstens twee weken en een ernstig interesseverlies in bijna alle dagelijkse activiteiten”

American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR, 2003

Dia 4:

Daarnaast zijn er meerdere klachten met een verstorende invloed op iemands functioneren:

- Toename of verlies van eetlust
- Gewichtsveranderingen
- Slaapproblemen
- Geagiteerd en rusteloos zijn of juist geremd
- Energiegebrek
- Gevoelens van waardeloosheid
- Concentratieproblemen
- Vertraagd denken en besluiteloosheid
- Terugkerende gedachten aan dood of zelfdoding

Depressie bij 5 of meer symptomen

Dia 5:

Verschillende typen:

- Depressie
- Dysthymie
- Bipolaire stoornis (MDS)

Dia 6:

Affectregulatie stoornis:

Affectregulatie:

Vermogen om emoties adequaat te registreren, evalueren en aan te passen, zodat negatieve emoties niet langer duren dan nodig en positieve emoties binnen hanteerbare grenzen blijven, met het doel een optimale emotionele balans te krijgen.

Van der Vegt E., Loonstra J-H, Stille Leerlingen zeggen veel, 2005

Dia 7:

De Cijfers

- Wereldwijd: 4^e plaats als veroorzaker ziektelast (in 2020 zelfs op plaats 2)
- Mindere kwaliteit van leven → gezondheidszorg; verzuim
- Jaarlijkse kosten € 1,3 miljard
- Nederland 2007: 737.000 mensen, waarvan 359.000 nieuwe gevallen

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Leren van de burelen, 2007

Dia 8:

Risico- en beschermende factoren

Mutsaers K, Nederlands Jeugd Instituut, Oorzaken van Depressie, 2008

Dia 9:

Preventie:

Internationaal:

* Speerpunten WHO en Europese Unie

(roken, alcohol, overgewicht en depressie)

- Schotland: “social inclusion”; integrale aanpak (armoede en lagere milieus); bestrijden van stigmatisering en discriminatie
- Australië: brede landelijke steun voor lokale projecten (Friends for Live)

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Leren van de burelen, 2007

Dia 10:

Internationaal:

Programma Friends for Live (Australië):

- Enige erkende preventie programma door WHO
- Docenten trainingsdag
- 10 sessies

Dia 11:

Nederland:

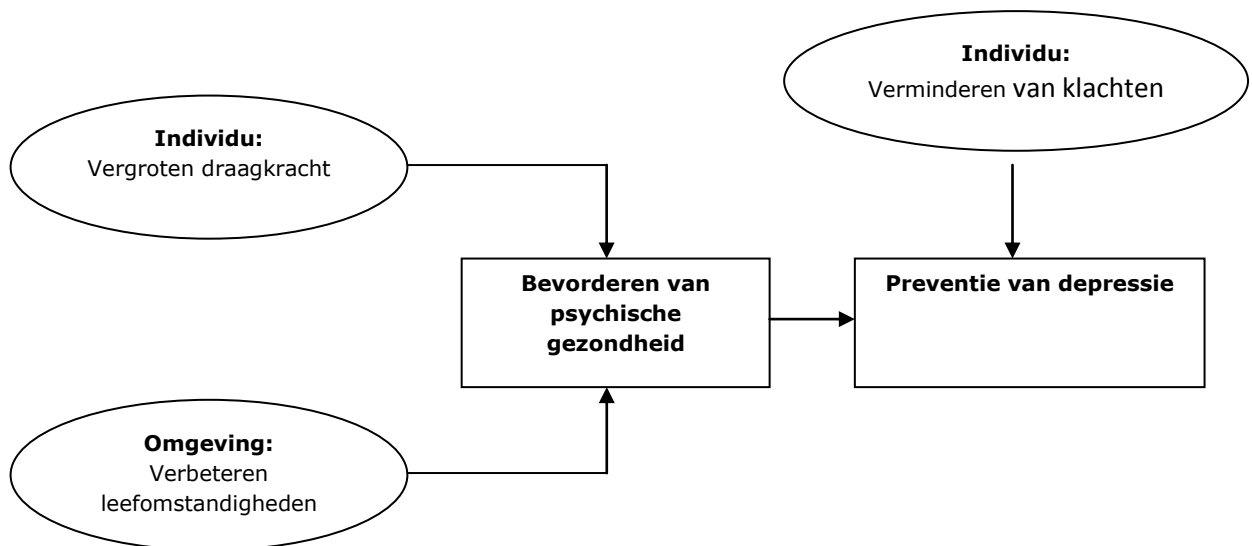
N.a.v. WHO en EU beleid oprichting Partnership Depressie Preventie:

→ Handleiding gemeentelijk preventiebeleid depressie

→ Geïndiceerde preventie is het best ontwikkeld

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en sport, Kiezen voor gezond leven 2007-2010, 2006

Dia 12:



Dia 13:

Behandelen (buiten school):

- Cognitieve gedragstherapie, medicatie, magnetische stimulatie

Behandelen (school):

- Waakzaam toezien, steun bieden
- Gesprekken: Oplossingsgericht werken

Waar hoopt de leerling op? Welk verschil zou dit maken?

Wat werkt al in de goede richting? Wat zou een volgende stap zijn?

- Tijdig verwijzen

Dia 14 t/m 20:

Resultaten onderzoek

Bijlage 3: Vragenlijst leerlingen

Anonieme vragenlijst naar aanleiding van de mentorles “Grip op je dip”

Over de scores van de vragenlijst en het vervolg daarvan

1. Wat is de score die bij jou uit de vragenlijst kwam?
2. Ben je van plan met iemand over deze score te praten? * Ja / Nee
3. Zo ja, met wie ga je er over praten? *
 - Ouders
 - Vrienden /vriendinnen
 - Mentor of leerlingbegeleider
 - Via internet
 - De huisarts
 - Ik los het zelf op
 - Anders, nl

* = omcirkelen wat van toepassing is

Over de les op zich

4. Wat vind je van de les die jullie hebben gehad?

.....

.....

.....

5. Heb je nog tips voor ons op dit gebied?

.....

.....

.....

Bijlage 4: Vragenlijst collega's

Naam:

Vragenlijst n.a.v. les en presentatie depressie op het Dongemond

Mentorles Depressie

Ik vind de les waardevol voor onze leerlingen

JA! ja nee NEE!

De leerlingen reageerden positief in de les

JA! ja nee NEE!

Deze les zou aan alle leerlingen (in een bepaald leerjaar) moeten worden gegeven

JA! ja nee NEE!

Ik heb nog leerlingen gesproken naar aanleiding van deze les

JA! ja nee NEE!

Zo ja, aantal:.....

De les was goed uitvoerbaar op deze manier

JA! ja nee NEE!

Ik heb de volgende suggesties ter verbetering:

.....
.....
.....

Presentatie Depressie

Ik vind de presentatie waardevol voor mezelf

JA! ja nee NEE!

Ik vind de presentatie waardevol voor onze leerlingen

JA! ja nee NEE!

Ik vind dat depressiepreventie een plaats moet hebben op onze school

JA! ja nee NEE!

Ik vind de voorgenomen maatregelen een verbetering voor onze school

JA! ja nee NEE!

Door de mentorles en de presentatie doet onze school een wezenlijke bijdrage aan depressie preventie

JA! ja nee NEE!

Ik wil meer weten over het behandelen binnen de school (oplossingsgericht werken)

JA! ja nee NEE!

Ik heb de volgende suggesties ter verbetering:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bijlage 5: Oplossingsgericht werken: een voorbeeldgesprek

Zoals in hoofdstuk 2 vermeldt formuleert Bannink (2009) vier vragen die de basis vormen voor oplossingsgerichte gesprekken:

1. Waar hoopt de leerling op?
2. Welk verschil zou dit maken?
3. Wat werkt al in de goede richting?
4. Wat zou een volgende stap zijn?

Hierbij is het maken van contact met de leerling en de formulering van een helder doel een voorwaarde om te komen tot een oplossingsgericht gesprek. Belangrijk uitgangspunt is ook dat de leerling expert is van zijn eigen probleem en dat kleine stapjes voldoende zijn als aanzet. Andere zaken die ik in de voorbereiding van het gesprek heb meegenomen zijn:

- Complimenten geven en humor zijn belangrijk binnen dit soort gesprekken.
- Door het werken met schalen of het stellen van de wondervraag kun je in situaties die lijken te zijn vastgelopen toch een vooruitgang teweeg brengen.

Met bovenstaande als houvast ben ik het gesprek ingegaan. Ik moet hierbij aantekenen dat het veel is om aan dit alles te denken tijdens een gesprek. Vandaar dat ik niet het eerste gesprek dat ik op deze manier heb gevoerd heb uitgewerkt. Er zijn een aantal “oefengesprekken” aan vooraf gegaan. Dit maakt het uitgewerkte gesprek nog zeker niet perfect, maar ik had wel meer de rust om aan de dingen te denken zoals hierboven omschreven.

Het gekozen gesprek

Het gaat hier om een 14 jarige jongen (M.) die 4 weken geleden te horen heeft gekregen dat zijn ouders gaan scheiden. Dit leidt op school tot het halen van erg slechte cijfers, thuis leidt het tot enorme spanningen, omdat hij erg veel woede voelt t.o.v. zijn ouders. Moeder heeft op de ouderavond hierover contact gehad met de mentor, die heeft moeder naar mij verwezen, omdat hij zelf niet met de situatie uit de voeten kon. Toen M. voor de eerste afspraak kwam, was hij op de hoogte van wat ik hier vooraf heb beschreven. Hij was gemotiveerd om te komen en kwam dus als klant binnen.

Doel van het gesprek

Voor mij is het doel van dit gesprek het, door middel van oplossingsgericht werken, op weg helpen van M. bij het oplossen van de problemen zoals hij die ervaart bij de voor hem onverwachte scheiding van zijn ouders.

Hierbij aangetekend dat het oplossingsgericht werken in deze context een doelstelling voor mij is en dat “het op weg helpen bij het oplossen van de problemen die de leerling ervaart” de doelstelling voor de leerling is.

Het gesprek

(P. = Paul, M. = leerling)

P.: Hoi, M. kom binnen, je weet dat je hier via de ouderavond en i.v.m. de scheiding van je ouders terecht bent gekomen. Kun je mij vertellen waar je op hoopt?

M.: Het liefste dat mijn ouders bij elkaar blijven, maar dat zit er niet in.

P.: Waar hoop je dan wel op?

M.: Nou, dat het weer beter met mij gaat.

P.: Wat zou er dan beter kunnen gaan?

M.: Nou ik kan me nu niet goed concentreren in de klas en mijn punten zijn slecht.

P.: Oké, en zijn er nog meer dingen?

M.: Ja, ik heb thuis vaak ruzie omdat ik boos ben op mijn ouders. Je weet wel, omdat ze gaan scheiden. En ik heb ook geen zin in de dingen die ik normaal leuk vind.

P.: Kun je daar een voorbeeld van geven?

M.: Nou computeren en met vrienden afspreken.

P.: Goed, dus we hebben je concentratie in de klas en je punten, de ruzies thuis en het minder zin hebben in dingen die je leuk vindt. Laten we met je punten beginnen, wat zouden we daar aan kunnen doen?

M.: Beter mijn huiswerk maken.

P.: En wat zou een eerste stap kunnen zijn om je huiswerk beter te maken?

M.: Nou mijn moeder zei dat ze samen met mij een studieschema wilde maken.

P.: Wat vindt je daar zelf van?

M.: Nou eerst wilde ik het niet, maar nu heb ik al een keer samen met mijn moeder gezeten om het toch te proberen, want ik wil wel graag in deze klas blijven.

P.: Prima, wat goed dat je daar mee aan de slag gaat. Ik ben benieuwd wat het oplevert, we zullen het daar de volgende keer over hebben.

Dan de ruzies thuis, wat zou je daar aan kunnen doen?

M.: Dat weet ik niet.

P.: Als je de relatie met je ouders op dit moment een cijfer zou mogen geven, welk cijfer zou dit dan zijn?

M.: Nou ik denk een 5, omdat we steeds ruzie hebben

P.: Welk punt zou je de relatie tussen jou en je ouders hebben gegeven voordat je hoorde dat ze gaan scheiden.

M.: Ik denk een 9, want toen was er niks aan de hand.

P.: En wat moet er gebeuren om de relatie weer een 9 te geven?

M.: Nou, dan zou het weer rustig moeten zijn en dat er geen ruzies meer zijn.

P.: Ik begrijp dat het erg lastig voor je is, jij hebt er tenslotte niet voor gekozen. Jouw vader en moeder zijn er natuurlijk al langer mee bezig en voor jou komt het ineens rauw op je dak vallen. Maar M., wat zou jij kunnen doen als eerste stapje om van die 5 een 6 te maken?

M.: Nou als mijn ouders nu iets vragen zeg ik meestal gelijk nee, omdat ik er dan gewoon geen zin in heb.

P.: Wat vragen ze dan aan jou?

M.: Of ik de tafel af wil ruimen, of ik mijn huiswerk al gemaakt heb, of gewoon hoe het die dag geweest is?

P.: En hoe reageer jij dan?

M.: Ik zeg niks of zeg dat ze niet moeten zeuren.

P.: En wat levert het op als je dat doet?

M.: Nou, ik doe dat omdat ik boos op ze ben, maar verder levert het me niks op. Alleen ruzie.

P.: Wat zou jij daaraan kunnen doen?

M.: Misschien niet te snel nee zeggen, maar als het een gewone vraag is gewoon antwoord geven of doen wat ze vragen

P.: Oké, en zou je dat willen proberen?

M.: Ja, ik wil dat wel proberen.

P.: Ik vind het knap dat je je boosheid opzij wilt zetten om dit te proberen, dan kijken we volgende keer of dit de relatie inderdaad op een hoger niveau dan de 5 van nu heeft gebracht.

Dan zei je in het begin ook nog dat je minder zin hebt in de dingen die je normaal leuk vindt. Wat kun je daar over vertellen?

M.: Nou eerst speelde ik altijd spellen op mijn computer, vaak samen met mijn vrienden. Nu heb ik er gewoon geen zin in.

P.: En zijn er momenten waarop je nog wel achter de computer zit om te spelen?

M.: Ja heel soms met A.

P.: Hoe komt het dat je met A. af en toe nog wel speelt?

M.: Nou, hij is echt een hele goede vriend van mij en hij weet precies wat er met mij aan de hand is. Dus als ik mezelf rot voel dan hoef ik het aan hem niet allemaal uit leggen.

P.: Hoe zou je er voor kunnen zorgen dat er meer van dat soort momenten komen?

M.: Ik zou vaker met A. kunnen afspreken om te spelen, ik denk wel dat hij dat zal doen, want hij heeft me tot nu toe goed geholpen.

P.: Oké, prima.

Zijn er nog andere dingen die je zou kunnen doen?

M.: Misschien iets met K. Hij is ook een hele goede vriend van mij, hij weet ook al wel veel, maar sinds ik weet dat mijn ouders gaan scheiden heb ik niet meer met hem afgesproken.

P.: Wat zou je met hem willen doen?

M.: Ik ga met hem afspreken, dan kan ik eerst ook aan hem vertellen hoe ik me voel en daarna is het hopelijk hetzelfde als met A.

P.: Wat goed dat je dat zo wil proberen.

Dus, samenvattend, je gaat met je moeder aan de slag voor een studieschema, je gaat niet meer gelijk nee zeggen, maar je luistert eerst om de relatie met je ouders van een 5 naar een 6 te brengen, op weg naar de uiteindelijke 9. Tenslotte ga je meer afspreken met A. en breng je K. volledig op de hoogte van jouw situatie.

Nou M. ik vind dat je met een hoop dingen bent gekomen, zullen we over 3 weken een vervolgspraak maken?

M.: Ja, dat vind ik goed.

P.: Dan zie ik je weer op Tot dan!

M.: Oké, tot dan!

Reflectie op het gesprek

Het gesprek had een goed begin, door te vragen waar M. zelf op hoopt, geef ik direct bij hem aan dat hij zelfverantwoordelijk is en dat hij daardoor richting kan geven aan het gesprek. Daarna zijn er binnen het gesprek 3 verschillende onderwerpen die ik op verschillende manieren aanpak.

Het eerste onderwerp zijn de matige punten die M. haalt. Hier geeft hij al snel aan dat hij, samen met zijn ouders, een eerste aanzet tot een oplossing heeft bedacht. Hij gaat namelijk een studieschema aanleggen en hij wil dit zelf een kans geven. Dit is voor mij het teken om hem de gelegenheid te geven om dit te gaan proberen. Ik laat dit onderwerp dus in dit gesprek verder rusten, omdat M. een oplossing heeft waar hij op dit moment zelf in gelooft. Verder valt mij op dat M. aangeeft dat hij zich niet altijd goed kan concentreren in de klas, hier ben ik verder in dit gesprek helemaal niet op ingegaan. Voor mijn gevoel heb ik hier dus iets laten liggen. Bij de gekozen interventies bij dit onderwerp valt me op dat ik 1 van de vragen als volgt formuleer: "Dan de ruzies thuis, wat zouden **we** daar aan kunnen doen? In het licht van oplossingsgericht werken zou **"je"** hier beter zijn dan **"we"**.

Vervolgens komt het gesprek op ruzies die M. thuis heeft. Nadat hij in eerste instantie aangeeft dat hij niet weet hoe hij hier iets aan kan doen, pas ik de techniek van het schalen toe. Door dit op deze manier te doen komen we toch een stapje vooruit. M. komt tot de formulering van een eerste stapje dat hij kan zetten in de richting van de oplossing. Ik vond het mooi om te zien dat hij, door dit zelf te formuleren, ook echt in deze stap geloofde.

In de laatste situatie (over de leuke dingen waar hij geen zin meer in had) vraag ik naar de uitzondering. Door naar deze uitzondering te vragen komt hij zelf op twee verbeterideeën voor de toekomst. Ook hier komt de oplossing van M. zelf.