

Psychisch ontregelde kinderen

Herstel en groei
via het CREA-model
van orthopedagogische
hulpvragen in de jeugdhulp

Peter van der Doef

Psychisch ontregelde kinderen

Herstel en groei via het CREA-model van orthopedagogische hulpvragen in de jeugdhulp

Peter van der Doef

ISBN 978 90 8560 229 3

NUR 848 / THEMA JKSB1

DOI 10.36254/978-90-8560-229-3

© 2023 Uitgeverij SWP Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 j°. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met Uitgeverij SWP voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen door een onderwijsinstelling van een gedeelte uit deze uitgave, in papieren vorm of digitaal, (bijvoorbeeld voor plaatsing ervan op uw digitale leeromgeving of in een reader) kunt u zich richten tot: Stichting UvO, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, Tel. 023-8700212, www.stichting-uvo.nl UvO@cedar.nl.

Voor Ton Beekman

Voor Bertha en Janine,
mijn moeder en schoonmoeder

Inhoud

Voorwoord	9
Deel 1 PRAKTIJK	
1 Inleiding	15
2 Werken aan een 'wij'	25
3 Autonomie van medewerkers en cliënten	35
4 Spontaniteit	41
5 Presentie	47
6 Oefening baart kunst	55
7 Kinderen die haten	59
Deel 2 THEORIE	
8 Het CREA-model	75
9 Analyse van de praktijkvoorbeelden	87
10 Werken met het model	95
11 Besluit	115
BIJLAGE	
Relatie tussen het CREA-model en de theorie van Kok	121
Eindnoten	129
Literatuur	135
Over de auteur	139

Voorwoord

Er is altijd een moment waar het erop aankomt om in eigen naam te verkondigen dat datgene wat plaatsvond, plaatsvond, en dit te doen omdat de *actuele* mogelijkheden van een situatie het vereisen.

Alain Badiou¹

Juist nu ik geen podium, geen ensemble, geen publiek meer heb, begin ik iets van muziek te begrijpen.

Ludwig von Beethoven²

Wat mij bij de opvoeding van onze kinderen had geholpen, was dat ik in sommige opzichten ondanks het klimmen der jaren zelf een kind was gebleven.

Bart Chabot³

Een schilderij heeft een gepaste afstand nodig om goed bekeken te worden. Sta je te dichtbij dan vervagen de contouren en zie je vooral verfstreken (die uiteraard weer een wereld op zich vormen). Sta je te ver af van het schilderij dan verkleint het beeld zich en is de afstand te groot voor een goede betrokkenheid van de toeschouwer bij het geschilderde tafereel. Zo is het ook als je niet met verf maar met woorden wilt schilderen. In dit boek wordt daarom een balans gezocht tussen nabijheid en afstand van het onderwerp.

Ik heb 35 jaar in de jeugdhulp gewerkt en ben alweer jaren met pensioen. De afstand die het pensioen creëert maakt dat werkervaringen kunnen bezinken en in een breder perspectief kunnen worden geplaatst. Een breder perspectief wordt ook gestimuleerd door nieuwe ontwikkelingen in het vakgebied waardoor vroegere ervaringen in een nieuwe context kunnen worden geplaatst. Hierbij doel ik vooral op de huidige uit Boston in de Verenigde Staten afkomstige herstelbeweging in de psychiatrie en de nieuwe of hernieuwde wetenschappelijke belangstelling voor het

verhaal van of over mensen met een psychische ontregeling. William Anthony, die het onderzoek in Boston leidt, geeft van herstel een mooie definitie.



Een uniek en ten diepste persoonlijk proces waarin iemand zijn houding, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en rollen verandert. Herstel is een manier om een bevredigend, hoopvol leven te leiden, met een zinvolle bijdrage aan de gemeenschap, ondanks de beperkingen van de aandoening. Herstel heeft te maken met het ontstaan van een nieuwe betekenis en zin in het leven, terwijl men over de rampzalige gevolgen van een psychiatrische aandoening heen groeit.⁴

Kinderen die bij ons in behandeling kwamen waren ernstig ontregeld door een psychiatrische aandoening die hen in veel opzichten beperkte in hun mogelijkheden. Het was al die jaren een uitdaging om een duidelijk beeld te krijgen van hun aandoening en de daarmee samenhangende beperkingen, en om een bijdrage te kunnen leveren om het leven van deze kinderen en hun ouders of verzorgers weer nieuwe betekenis en zin te geven.

De aandoeningen van kinderen ontregelden hen niet alleen zelf maar ook hun thuis- en schoolsituatie, terwijl op hun beurt weer de thuissituatie en school-situatie ontregelend konden zijn voor de kinderen of in ieder geval hun ontregeling niet konden tegengaan. Ik prijs me dan ook zeer gelukkig dat wij aan deze kinderen een geïntegreerde behandeling konden bieden in de vorm van een groepsdagbehandeling gecombineerd met behandeling op school en ouderbegeleiding in het gezin en met diverse ondersteunende therapeutische behandelvormen die op geschikte momenten konden worden ingezet: speltherapie, cognitieve gedragstherapie, video-interactie begeleiding, training sociale vaardigheden, psychomotorische therapie, speciaal bewegingsonderwijs, remedial teaching, logopedie – om de belangrijkste te noemen en dan nog niet te vergeten medicamenteuze ondersteuning. In mijn werk als behandelcoördinator werd ik steevast gefascineerd door de verhalen van al deze behandelaars en in het bijzonder de verhalen van groepsleiding en ouderbegeleiders met wie ik samen een behandelteam vormde. Dit boek is een eerbetoon aan hun werk.

Het boek is (mede) opgedragen aan Ton Beekman, in 2014 overleden en jarenlang mederedactielid van *Pedagogiek in Praktijk*.⁵ Ton gaf altijd blijk van een intense

therapeutische en maatschappelijke betrokkenheid die mij zeer inspireerde. Hij was een empiricus, een man van de feiten, maar ook een fenomenologisch onderbouwd denker.⁶ Bovenal was hij een pragmaticus, in wie ik veel herkende. Ik vind het een grote eer dat hij aangaf onder de indruk te zijn van mijn schrijfsels. Op mijn beurt was ik onder de indruk van zijn pedagogische werkzaamheden tot op hoge leeftijd. Ton is in het harnas gestorven.

Ik ben veel dank verschuldigd aan de uitgever Paul Roosenstein en mijn mederedactieleden van het tijdschrift *Pedagogiek in Praktijk*. Paul biedt als een pater familias met zijn uitgeverij een thuis aan menig ronddolend auteur. De redactie van *Pedagogiek in Praktijk* vormde onder leiding van hoofdredacteur Bas Leveering het geestelijk gezinsverband waarin ik kon groeien en bloeien. Feedback tijdens het schrijfproces kreeg ik van de collega's Dorien Graas, Frank Reinders, Liesbeth van Hoof en Martine Delfos, van mijn vrouw Prijna, mijn dochter Thalia en van de vrienden Lute Venema en Tim van Pelt. Speciale dank gaat uit naar twee van hen. Naar mijn dochter Thalia voor het idee en invulling van leerpunten en tips uit de praktijk en naar collega Liesbeth van Hoof voor het delen van haar gedegen kennis van de theorie van Kok. De kritiek heeft het boek beter gemaakt. De enthousiaste reacties van de meelezers geven goede hoop dat dit boek een geïnteresseerd lezerspubliek zal bereiken.

In het verleden heeft het CREA-model in eerdere versies door toedoen van collega's zijn weg gevonden naar het beleid van een aantal jeugdzorginstellingen. Frans Bouma was de drijvende kracht voor opname van het model in de zorgprogrammering van De Ambelt in 1997 en ex-collega op het Paedologisch Instituut Wim van Pelt was betrokken bij de introductie van het model in de Jan Pieter Heije in 2008, waar het model vervolgens, in 2012, zijn plaats kreeg in de toen ontwikkelde kleurenmethodiek. Wim erkende de waarde van het model in een vroeg stadium en met Frans heb ik intensieve theoretische discussies gevoerd over de meerwaarde van het model ten opzichte van de theorie van Kok. Het zijn gekoesterde mijlpalen op de lange weg van denken, schrijven en praten over orthopedagogische theorievorming, die ik in 1988 startte met de beschrijving van een eerste versie van het model in het proefschrift *De orthopedagogische betekenis van problematisch kindgedrag*. Ik heb het model daarna uitgewerkt in twee vervolgpublishaties *Systematiek van orthopedagogisch handelen* uit 1997 en *De orthopedagogische ervaring* uit 2012 totdat het de uiteindelijke vorm heeft

gekregen van dit boek. Ook heb ik het model mogen presenteren op diverse congressen en symposia. Jos Mangnus van Rino-Zuid en nogmaals Paul Roosenstein van Logavak dank ik voor de gelegenheid die zij boden om in het postacademisch onderwijs met collega's in opleiding van gedachten te wisselen over de plaats van het model in het mooie maar lastige vak van orthopedagogische hulpverlening.

Deel 1

PRAKTIJK



Verwacht niet meer nauwkeurigheid dan het onderwerp toestaat.

*Aristoteles*⁷

U heeft dezelfde droom, dus lach niet om een anders wanen.

*Cao Xueqin*⁸

1 Inleiding

In dit boek beschrijf ik hoe door jeugdhulp herstel en groei kunnen worden bevorderd bij psychisch ontregelde kinderen. Door opname in een behandelinstelling kunnen kinderen herstellen van negatieve ervaringen uit het verleden en groeien aan positieve ervaringen in de nieuwe omgeving van de jeugdhulp. Deze hulp maakt ook herstel mogelijk van het gewone leven in de thuissituatie, dat (extra) ontregeld kan zijn als gevolg van de psychische ontregeling bij de kinderen. De herstelgedachte van het gewone leven is al sinds 1977 in de orthopedagogiek gepropageerd door Wim ter Horst in zijn boek *Herstel van het gewone leven*.⁹ Herstel- en groeiprocessen kunnen met persoonlijke verhalen goed in beeld worden gebracht.¹⁰ In dit boek schets ik de lotgevallen van kinderen die voor behandeling opgenomen zijn geweest in de tijd dat ik werkzaam was op het voormalige Paedologisch Instituut te Nijmegen, dat later is opgegaan in Entrea Lindenhout.

Toen ik in 1979 op het instituut kwam te werken, werden psychische ontregelingen van kinderen gediagnosticeerd middels een classificatiesysteem.¹¹ In 1980 verscheen de derde editie van het Amerikaanse handboek voor kinderpsychiatrische classificatie, de DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual). Dit handboek heeft jarenlang een grote invloed uitgeoefend op de jeugdhulp. Met het verschijnen van de DSM-5 in 2013 is hierin een kentering gekomen door de aanzwellende kritiek op de validiteit en betrouwbaarheid van met de DSM gestelde diagnoses. Talrijke voorstellen zijn gedaan om systemen als de DSM maar geheel en al af te schaffen. De vraag is echter of met afschaffing de communicatie aan duidelijkheid zal winnen aangezien een taal verdwijnt die juist is ontworpen om over zo

iets moeilijks als psychopathologie überhaupt te kunnen spreken.¹² We moeten misschien toch maar roeien met de riemen die we hebben en ons bewust blijven van de beperkingen van het systeem. Zeker, de DSM is niet de harde rots waarop de jeugdhulp haar behandeling kan grondvesten. Deze pretentie heeft de DSM echter ook niet. Het wil slechts een hulpmiddel zijn in de zoektocht om voor patiënten een passend behandelplan te bedenken. Behalve de classificatiecriteria voor het vaststellen van een stoornis, wordt nadrukkelijk het oordeel van de clinicus gevraagd over de ernst en de waarde van de classificatiecriteria voor een diagnose. Het uiteindelijke doel volgens de DSM van een diagnostische formulering is dat de beschikbare contextuele en diagnostische informatie kan worden gebruikt om een uitvoerig behandelplan op te stellen waarin rekening is gehouden met de sociale en culturele context van de betrokkene.¹³ Een behandelplan dient volgens de DSM dus niet alleen te worden opgesteld op basis van het voldoen aan de classificatiecriteria voor een stoornis, maar ook – en misschien wel vooral, gezien de notoire onbetrouwbaarheid van deze classificatiecriteria – op basis van de lijdensdruk of beperkingen in het sociale en beroepsmatige functioneren van patiënten.



LEERPUNT 1

Voor een goede diagnose is het nodig om niet alleen naar de classificatiecriteria van de DSM te kijken, maar ook naar de ernst van de psychische ontregeling en de beperkingen die deze met zich meebrengt in het functioneren op sociaal, school- of beroepsmatig gebied.

Diagnose = Classificatiecriteria + ernst + sociale beperking

Er zijn veel benaderingen ontwikkeld in de ggz voor een diagnostiek zonder DSM. Bekend is de benadering van Jim van Os, die een diagnostiek bepleit waarin vier vragen centraal staan:

1. Wat is er met je gebeurd?
2. Wat is je kwetsbaarheid en weerbaarheid?
3. Waar wil je naar toe?
4. Wat heb je nodig?¹⁴

Vragen als deze vormen de (impliciete) achtergrond van waaruit de voorbeelden in dit boek zijn geschreven en kunnen worden begrepen. Door het stellen van

deze vragen in de praktijk komt een dialoog op gang, waarbinnen de hulpverlener samen met de cliënt de situatie beter probeert te begrijpen.¹⁵ Ook Floortje Scheepers, hoogleraar innovatie in de ggz, benadrukt het belang van het gesprek met cliënten om de benodigde informatie te verkrijgen.



'Ik probeer mijn studenten uit te leggen dat een computer veel beter dan zichzelf lijstjes kan afvinken en scores kan vaststellen om te bepalen of iemand wel of niet aan een zogenoemde stoornis lijdt. Hulpverleners zijn er voor het goede gesprek. Richtlijnen zijn gebaseerd op normgroepen, en een individuele patiënt wijkt daar altijd van af. Hulpverleners zijn er om te kijken hoe groot de afwijking van die norm is, en wat voor deze persoon belangrijk is en betekenis heeft. (...) Dialoog is de uitweg: als we in gesprek komen en elkaar in die complexiteit proberen te vinden, dan ga je samen oplossingen zien. Geen allesomvattende oplossingen die een nieuw model zijn voor de psychiatrie, maar heel kleine stapjes. En die zijn veel belangrijker. Een alles oplossend model bestaat eenvoudigweg niet, hoe graag we dat ook willen. We leven in een maatschappij waarin het gaat om output, om oorzaken en gevolgen, om resultaten. We moeten dat ombuigen naar een manier van denken en werken die gaat om het proces, om de weg ernaartoe. Dat proces gaan we voor een groot deel aan in onwetendheid. Dat is moeilijk, maar laten we met elkaar verdragen dat het eindpunt niet bekend is, maar dat we er wel kunnen komen.'¹⁶

De wegen die ik als behandelcoördinator met hulpverleners en cliënten in de jeugdhulp heb afgelegd waren zonder uitzondering spannend, interessant en inderdaad complex, zoals Floortje Scheepers beschrijft. In dit boek wil ik zicht geven op de vele manieren waarop herstel en groei in de jeugdhulp bevorderd kunnen worden.

PRAKTIJKVOORBEELD 1



Gegeneraliseerde angststoornis, verwerking traumatisch verleden

A. komt op tienjarige leeftijd in dagbehandeling. Bij opname is het diagnostisch beeld dat er sprake is van sociaal-emotionele problematiek: hij heeft nachtelijke

angsten (pavor nocturnus) en pseudohallucinaties voor het inslapen. Daarnaast is er sprake van een onverwerkt verlies van het overlijden van zijn vader, een gebrek aan zelfvertrouwen en is hij weinig weerbaar. A. heeft in het verleden een weerbaarheids cursus gehad bij de ggz en speltherapie voor rouwverwerking. A. heeft veel angsten thuis, vooral als het donker wordt. Na zes uur 's avonds doet hij niets meer alleen. 's Avonds wordt er soms op de ramen gebonkt of met eieren gegooid, door ex-vriendjes van zijn zus. Dit vergroot zijn angsten. Hij durft niet alleen naar het toilet, durft niet in zijn eigen kamer te slapen en slaapt nog bij zijn moeder in bed. In het verleden was hij heel meegaand met andere kinderen, maar de laatste tijd geeft hij meer tegenspel: dit kan dan omslaan in agressief gedrag waar hij vervolgens mee wordt gepest.

De vader van A. is overleden na een lang ziekbed toen A. zes jaar oud was. Volgens moeder heeft A. het nog steeds erg moeilijk met het verlies van zijn vader. Tijdens de ziekte van vader kreeg A. nachtmerries. Hij was dan erg overstuurd en moeder kon hem niet bereiken. A. heeft hevige angsten. Hij heeft momenten dat de wereld om hem heen er klein uitziet ('Alice in Wonderland syndroom'). Dit maakt A. angstig. Door medicatie (Depakine, Tegretol en Flurazepan) is dit redelijk onder controle op het moment van opname, de nachtelijke angsten komen soms nog voor.

Naast A. en zijn moeder bestaat het gezin uit een oudere zus van A. Tegenover moeder laat de zus van A. oppositioneel gedrag zien, waar moeder niet tegenop gewassen is. Moeder heeft een problematisch verleden. Op zevenjarige leeftijd is ze stelselmatig seksueel misbruikt door haar eigen vader. Moeder lijdt aan depressie en heeft dwanghandelingen. Het gezin wordt vóór opname al drie jaar ondersteund door de gespecialiseerde thuiszorg (huishoudelijke hulp en opvoedingsondersteuning). Moeder krijgt wekelijks ouderbegeleiding en de zus van A. krijgt ook ondersteuning vanuit de ggz-jeugd.

In het rapport bij opname wordt gesteld dat A. een lieve en gevoelige jongen is, die zich goed aan afspraken kan houden. Hij houdt van de natuur, speelt graag met de lego in de onderzoekskamer en laat in zijn spel fantasie zien. Het wordt voor A. van belang gevonden dat hij in een goed gestructureerde omgeving leert om op een goede manier contact te maken met kinderen. Het is belangrijk dat moeder wordt ontlast in de thuissituatie. Moeder wenst dat zij bij de behandeling wordt betrokken en kan leren om te gaan met de problematiek van haar zoon.

Diagnose

Overheersend in de bovenstaande informatie is de angst die A. in veel situaties ervaart. Deze angst past in het beeld van een gegeneraliseerde angststoornis (zie kader). De criteria genoemd onder A, B, D, E en F passen bij de vele angsten en bezorgdheden van A. Alle symptomen genoemd onder C zijn in meer of mindere mate aanwezig.



DSM-5-criteria voor een gegeneraliseerde angststoornis

- A. Excessieve angst en bezorgdheid (bange voorvoelens), die gedurende minstens zes maanden vaker wel dan niet aanwezig zijn, en betrekking hebben op een aantal gebeurtenissen of activiteiten.
- B. De betrokkene vindt het moeilijk de bezorgdheid onder controle te houden.
- C. De angst en bezorgdheid gaan gepaard met drie (of meer) van de volgende zes symptomen:
 - NB** Voor kinderen is slechts een van de onderstaande vereist.
 - 1. rusteloosheid; opgedraaid of gespannen gevoel;
 - 2. snel vermoeid raken;
 - 3. moeite met concentreren of ergens niet op kunnen komen;
 - 4. prikkelbaarheid;
 - 5. spierspanning;
 - 6. slaapstoornis.
- D. De angst, de bezorgdheid of de lichamelijke klachten veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- E. De stoornis kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel (een drug of medicatie) of een somatische aandoening (zoals hyperthyreoïdie).
- F. De stoornis kan niet beter worden verklaard door een andere psychische stoornis.

Herstel en groei

A. laat tijdens de dagbehandeling een goede vooruitgang zien. Zijn angsten nemen af (herstel), hij wordt zelfstandiger en leert beter gebruik te maken van zijn mogelijkheden op sociaal gebied (groei). Ook moeder en zus maken een positieve ontwikkeling door, waardoor thuisplaatsing en de overgang naar een middelbare school uiteindelijk met vertrouwen tegemoet wordt gezien.

Het eerste aangrijpingspunt voor behandeling is de sociaal-emotionele ontwikkeling. A. wordt middels dagbehandeling in een groep kinderen geplaatst en moet met deze kinderen omgaan, zich een plaats zien te verwerven in de groep. In de groep vindt A. snel aansluiting, ondanks dat hij sommige activiteiten als gooien met zandballonnen wel ruig vindt. Direct valt ook op hoe extreem angstig A. is. Zo had hij in een groepsuitje naar een attractiepark kort na de start van zijn behandeling continu individuele begeleiding nodig om überhaupt in de attracties te gaan.

Na een wenperiode functioneert A. in de behandelgroep betrekkelijk probleemloos. Probleemloos uiteraard binnen de ondersteuning die de behandelgroep hem geeft (herstel). Angsten treden vooral op als in nieuwe situaties, zoals de taxi waarmee hij naar huis gaat, onvoorziene dingen gebeuren zoals kinderen die elkaar uitdagen. A. kan in deze situaties behoorlijk in paniek raken, maar leert ook vaardigheden om tot oplossing van problemen te komen (groei). Hij kan goed onder woorden brengen wat er tussen kinderen speelt. Dit valt ook op in de thuis-situatie. Tegen een neefje met wie hij ruzie krijgt zegt hij bijvoorbeeld: 'Laten we even naar buiten gaan om het uit te praten.' Voorheen zou hij tot het aanbieden van zo'n voorstel niet in staat zijn geweest.

Het functioneren thuis blijft lange tijd problematisch. A. heeft een eigen kamer, maar slaapt bij zijn moeder op de kamer. Moeder wil dit patroon graag doorbreken, maar dit lukt haar niet. Via cognitieve gedragstherapie en EMDR wordt geprobeerd om zijn angsten om alleen te slapen bespreekbaar te maken. A. gaat in de therapie meer praten over het gemis van zijn vader en de angsten die hij oploopt in de omgang met leeftijdgenoten (herstel). Maar daar blijft het bij, het geleerde in de therapie past hij niet toe in de thuissituatie. Besloten wordt daarom in de thuis-situatie zelf te oefenen. Een tijd lang gaat eens per week zijn mentor mee naar huis en onderzoekt wat A. nodig heeft om wél zelfstandig in zijn eigen kamer te gaan slapen. Samen met zijn mentor in de ruimte zijn waar hij zich anders alleen