|  |
| --- |
| OPLEIDING PB ORTHOPEDAGOGIE  Karel de Grote Hogeschool – Antwerpen  Orthopedagogie  **Hoe kan je als orthopedagogische hulpverlener een jongere in een**  **residentiële psychiatrische context tussen de 12 en 25 jaar**  **en zijn directe omgeving helpen bij een depressie?**  Bachelorproef van  Ayrton COOLS  tot het behalen van  het diploma Professionele Bachelor Orthopedagogie  **Academiejaar 2019-2020**  C:\Users\ayrto\Downloads\KdG_H_Closed.jpg |

INHOUDSTAFEL

[1 Inleiding 3](#_Toc29631956)

[2 Onderzoeksvraag 4](#_Toc29631957)

[2.1 Situering in het orthopedagogisch grondplan 4](#_Toc29631958)

[2.1.1 Microniveau 4](#_Toc29631959)

[2.1.2 Mesoniveau 5](#_Toc29631960)

[2.1.3 Macroniveau 5](#_Toc29631961)

[2.2 Situering in de pedagogie 6](#_Toc29631962)

[3 Literatuuronderzoek 7](#_Toc29631963)

[3.1 Wat is een depressie? 7](#_Toc29631964)

[3.1.1 Depressie volgens DSM 5 7](#_Toc29631965)

[3.1.2 Symptomen van depressie 7](#_Toc29631966)

[3.1.3 Depressie bij jongeren 8](#_Toc29631967)

[3.1.4 Invloed op de omgeving 10](#_Toc29631968)

[3.2 Risico- en beschermende factoren 11](#_Toc29631969)

[3.2.1 Het Balansmodel van Bakker 11](#_Toc29631970)

[3.2.2 Risicofactoren 12](#_Toc29631971)

[3.2.3 Beschermende factoren 18](#_Toc29631972)

[4 Handvaten voor orthopedagogische hulpverlening 21](#_Toc29631973)

[4.1 Wat kan je als orthopedagogische hulpverlener doen om een jongere in een residentiële psychiatrische context tussen de 12 en 25 jaar en zijn directe omgeving te helpen bij een depressie. 21](#_Toc29631974)

[4.1.1 Motiverende gespreksvoering 22](#_Toc29631975)

[4.1.2 Veilig klimaat 23](#_Toc29631976)

[4.1.3 Extra aandachtspunten t.o.v. jongeren 23](#_Toc29631977)

[4.1.4 Vragenlijst 23](#_Toc29631978)

[4.1.5 Veiligheidsplan 24](#_Toc29631979)

[4.1.6 Familiegesprek 24](#_Toc29631980)

[5 Besluitvorming 25](#_Toc29631981)

[6 Bibliografie 26](#_Toc29631982)

# Inleiding

Ruim 1 op 3 jongeren kampt met psychische problemen. Dat blijkt uit een bevraging van ruim 1000 jongeren door de Vlaamse Jeugdraad (2016). 80 % van die jongeren heeft minstens twee vrienden die zich psychisch niet optimaal voelen. Zet je met drie jongeren samen en het is reëel dat één iemand psychische problemen heeft. Dat baart me zorgen.

Als ik naar de prevalentiecijfers van depressie kijk, ervaart één jongere op zes (15-24 jaar) sterke depressieve gevoelens (Statistiek Vlaanderen, 2018). Dat cijfer verbaast me niet, omdat ik ook één van die zes ben geweest. Dit was dan ook mijn persoonlijke beweegreden om rond dit thema aan de slag te gaan.

In deze bachelorproef bekijk ik de jongere in een residentiële psychiatrische context. Een opname is een ingrijpende gebeurtenis: de thuisomgeving is onveilig geworden en/of eerdere pogingen van hulp zijn onsuccesvol gebleken. Dat moet wel impact hebben op de jongere en diens omgeving.

Door eigen ervaringen en interesse in de wereld van de psychiatrie en pedagogiek, heb ik besloten om me te focussen op de pedagogische taken van een hulpverlener in functie van een jongere in een depressie: waar moet ik kennis van hebben en hoe kan ik een jongere als orthopedagogische hulpverlener helpen in een residentiële psychiatrische context. Het gezin betrek ik ook in de onderzoeksvraag als directe omgeving.

Ik start met de situering van mijn onderzoeksvraag in respectievelijk het orthopedagogisch grondplan en de pedagogie. In het literatuuronderzoek bespreek ik wat een depressie is voor de jongere en zijn omgeving. Tevens ga ik dieper in op de risico- en beschermende factoren voor en tijdens opname. Voordat ik mijn bachelorproef besluit, kijk ik naar de handvaten die ik heb meegekregen als toekomstig hulpverlener.

Dit zal ik bekijken aan de hand van gestaafde bronnen, maar ook dankzij praktijkervaring in de psychiatrie. Door dit onderzoek te voeren hoop ik meer inzicht te krijgen in de pedagogische taak van een orthopedagogische hulpverlener.

# Onderzoeksvraag

**Hoe kan je als orthopedagogische hulpverlener een jongere in een residentiële psychiatrische context tussen de 12 en 25 jaar en zijn directe omgeving helpen bij een depressie?**

## Situering in het orthopedagogisch grondplan

Deze vraagstelling kan in het micro-, meso- en macroniveau worden geplaatst. Omdat zowel de orthopedagogische hulpverlener als de jongere in de vraagstelling staan, is de situering grotendeels te vinden in het microniveau: het proces van de jongere, zijn directe omgeving en de interactie die hij of zij aangaat met de orthopedagogische hulpverlener.

### Microniveau

De vertrouwde setting van een jongere maakt plaats voor het onbekende: zowel de omgeving als mensen zijn nieuw. Als hulpverlener is het een belangrijk gegeven om een gezonde relatie te creëren in een veilig klimaat. Onze begeleidershouding speelt daar een belangrijke rol in. Hoe pak je iets aan? Welke waarden en normen wil ik daarbij in het vaandel houden? Waar sta ik voor en waar staat de jongere voor?

Ter Horst (2006), die in de voorbije decennia zeer belangrijke bijdragen leverde voor ons werkveld, zegt dat gespecialiseerde therapieën niet veel zullen helpen als we het ‘banale’ verwaarlozen. Kleine ingrepen op grondvormen zoals slapen, eten en ontspanning kunnen al veel teweegbrengen. Een hulpverlener kan de jongere bijstaan in deze kleine veranderingen en hem of haar ondersteunen. Wij bieden hulpmiddelen aan die de jongere kan gebruiken, werkend volgens het principe van orthopedagogische vraag en aanbod.

Iedere hulpverlener heeft een eigen pakket aan waarden en normen, genen en opvoeding. Net zoals de jongere. De voorgeschiedenis van ieder van ons is zeer belangrijk om mee te nemen. Als we een goed zicht krijgen op de voorgeschiedenis van de jongere, kunnen we adequater handelen en inzicht krijgen op het netwerk. Ook de ontwikkeling van de jongere moet in rekenschap worden gebracht om een gepaste begeleiding aan te bieden.

De grondhouding van de orthopedagogische hulpverlener en de visie die hij of zij heeft gekregen door de opleiding orthopedagogie, dragen bij tot de handelingen die we zullen uitvoeren op het werkveld. Het is echter belangrijk te vermelden dat iedereen zijn waarden of normen heeft, maar we meestal onderdeel zijn van een groter geheel in een residentiële context: het team.

Het valt dus te besluiten dat handelen op microniveau met onszelf, de jongere, het team maar vooral met elkaar belangrijk is voor een goede orthopedagogische relatie.

### Mesoniveau

De jongere maakt deel uit van verschillende micro-systemen zoals het gezin. Tijdens een opname zit hij of zij ook in het micro-systeem van een residentie, met contact tussen andere jongeren en hulpverleners. De interacties tussen bijvoorbeeld het gezin van de jongere en de residentie is het mesoniveau.

De waarden en normen die in een organisatie worden gehanteerd, staan in de missie- en visieteksten. Het is belangrijk hier grotendeels achter te staan alvorens je kiest voor een job in een bepaalde organisatie. Handelen tegen je waarden en normen is zeer moeilijk.

In de vraagstelling staat ook de directe omgeving vermeldt. Een depressie van een jongere heeft invloed op de jongere zelf, maar heeft ook invloed op de omgeving. Verwacht of onverwacht verdwijnt hij of zij uit de thuisomgeving en moeten geliefden het van de zijlijn volgen. Het is belangrijk om hen te betrekken, want als de jongere klaar is om naar huis te gaan, is een ondersteunend netwerk belangrijk. Een jongere in een residentiële context blijft bovendien ook een jongere: hij of zij maakt gebruik van sociale media en wil vaak in contact blijven met de omgeving.

Hulpverleners kunnen bruggen slaan tussen de thuissituatie, de sociale contacten en de residentie. Het is tevens ook een taak die de Vlaamse Regering (Decruynaere, 2013) aan de samenleving geeft (ook residentieel) in het kader van vermaatschappelijking van de zorg. Ook deze jongeren verdienen hun plek in de maatschappij.

### Macroniveau

Op 30 september 2019 werd een nieuw Vlaams Regeerakkoord bereikt. Het is de Vlaamse Regering die verantwoordelijk is voor het luik Welzijn. In oktober 2019 werd Wouter Beke (CD&V) als minister van Welzijn beëdigd (Moens, 2 oktober 2019).

In het regeerakkoord van de Vlaamse Regering (2019) staat dat Vlaanderen moet schitteren en dat onze maatschappij in topvorm moet zijn. Op die manier kunnen de ‘zwakkeren’ in onze maatschappij opgevangen worden: “De Vlaamse Regering wil elke Vlaming – ongeacht zijn afkomst, overtuiging, leeftijd, handicap of geaardheid – de kans geven zich te ontplooien als individu en als burger in de maatschappij” (Vlaams Regeerakkoord, p. 69).

Het regeerakkoord zegt dat het de Vlaming wil helpen met een concrete zorg- en ondersteuningsvraag. De overheid wil preventief werken en meer inzetten op zulke maatregelen. Wanneer er toch een residentiële opname nodig is, moet er volgens de Vlaamse Regering meer vanuit de vraag van de cliënt vertrokken worden en minder vanuit het aanbod. Samenwerking met het netwerk van de cliënt moet versterkt worden.

Tot slot blijft de regering inzetten op vermaatschappelijking van de zorg. Mensen met o.a. psychosociale problemen moeten een plaats krijgen in de maatschappij, mits de juiste ondersteuning (Peuteman, 8 oktober 2019). In een residentiële context kan dit volgens mij met het betrekken van het netwerk en kijken naar wat er na een opname kan.

## Situering in de pedagogie

Het ene land zegt dat je volwassen bent bij de achttiende verjaardag, anderen naties hanteren de leeftijd van 21 jaar. In België werd op 1 mei 1990 de leeftijd officieel verlaagd naar 18 jaar. Op die leeftijd ben je volgens Artikel 488 van het Burgerlijk Wetboek “bekwaam tot alle handelingen van het burgerlijk leven”.

De Australische professor Susan Sawyer onderzocht dit in 2018 en haalt de leeftijd van 24 jaar aan. Volgens haar stopt het lichaam niet met groeien op het achttiende levensjaar en ontwikkelt het brein nog enkele jaren door. Daarnaast studeren jongeren in deze eeuw later af en krijgen ze later kinderen. Ondersteunende maatregelen zouden volgens haar tot en met de leeftijd van 25 jaar moeten lopen (Heylen, 19 januari 2018). Vanuit deze invalshoek is een pedagogisch onderzoek te verantwoorden.

De hantering van 12 tot en met 25 jaar in de vraagstelling is breed, maar dat is in de werkelijkheid het geval. Er zijn residenties waar jongeren al vanaf hun zestiende kunnen worden opgenomen, maar waar ook mensen van 23 jaar verblijven.

In deze proef zal ik dieper ingaan op risico- en beschermende factoren bij jongeren met depressieve gevoelens in een residentiële context. In de pedagogische lessen werden deze regelmatig aangehaald via het Balansmodel van Bakker (Bakker, et al., 1998). Desondanks dat model al meer dan twintig jaar oud is, heeft het nog steeds een grote waarde in de pedagogie. Het gebruik van dit model in onze richting is hier een voorbeeld van. In dit model worden de risicofactoren (factoren die draaglast geven) en beschermende factoren (factoren die draagkracht geven) bekeken. Ik ga hier later op in.

Aaneensluitend bij de risico- en beschermende factoren is het ook belangrijk te kijken naar de stand van zaken in de wereld. De wereld is constant in verandering en ook waarden en normen verschuiven. Meestal zijn waarden en normen in de maatschappij ook belangrijk om door te geven in een hulpverlenersrelatie (Bergmans, 2017).

Ten slotte vind ik het belangrijk om de gevolgen van een depressie te benadrukken op het latere leven. Ik ben ervan overtuigd dat een hulpverlener een mooie bijdrage kan leveren bij zulke jongeren. Als de jongere iets kan meenemen naar het latere leven, doen we iets pedagogisch: een handeling die bijdraagt in het opgroeien van de jongere.

# Literatuuronderzoek

## Wat is een depressie?

Om als orthopedagogische hulpverlener gepast te handelen met jongeren die hinder ondervinden van depressieve gevoelens, is het belangrijk te weten wat een depressie is en wat de klachten zijn van een depressie.

### Depressie volgens DSM 5

DSM (voluit: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) is in vele landen – ook in België – de standaard in het diagnosticeren van psychiatrische klachten. In dit handboek, dat in 2013 zijn laatste versie kreeg met de vijfde editie, spreekt de American Psychiatric Assocastion (APA) over depressieve stoornissen.

In de officiële Nederlandstalige vertaling van DSM 5 (APA, 2014, al. 1) schrijft de organisatie dat “een depressieve stoornis wordt gekenmerkt door episoden met een sombere stemming of verminderde interesse of plezier, die minstens twee weken aanhouden en gepaard gaan met kenmerkende bijkomende symptomen.”

De (medicamenteuze) behandeling is verschillend per persoon: een eenmalige (of eerste) episode vraagt een andere aanpak dan een recidiverende episode, alsook dat er depressieve gevoelens kunnen optreden door (overmatig) middelengebruik zoals alcohol of drugs. Als orthopedagogische hulpverlener behandel je niet, maar is het belangrijk hiervan kennis te hebben omdat er symptomen kunnen optreden.

### Symptomen van depressie

Volgens Sienaert (2017, p. 85-88) zijn er enkele symptomen die te herkennen zijn in een depressieve stoornis, op basis van DSM 5:

**Depressieve stemming**: zich verdrietig voelen, een sombere indruk hebben of zeer bedrukt zijn. De jongere kan dit zelf voelen, maar ook anderen kunnen dit door middel van een gesprek (h)erkennen.

**Anhedonie**: ofwel het verlies van interesse of plezier. Een duidelijke vermindering van lust of interesse in vele activiteiten die de jongere voordien wel als lust kon zien.

**Eetlust**: meestal een verminderde eetlust, met mogelijk gewichtsafname. De jongere ervaart soms voedsel als vaag en smaakloos. Gewichtsafname is niet altijd het geval, omdat iemand met een depressie vaak minder beweegt. Ook meer eten en gewichtstoename kan optreden.

**Slaapproblemen**: een gebrek aan slaap (insomnia) of een teveel aan slaap (hypersomnia) kan optreden. De kwaliteit van slaap gaat vaak achteruit en jongeren worden meestal vroeger waker. Dit werkt piekeren en frustraties in de hand.

**Psychomotoriek**: de jongere wil langer blijven zitten, heeft een verminderde mimiek of spreekt met minder intonatie. Andersom kan ook bewegingsdrang en veel onrust aanwezig zijn bij iemand.

**Energieverlies**: zich ‘op’ voelen, lichamelijke klachten en veel energie verliezen aan dagdagelijkse dingen zoals persoonlijke hygiëne. Door energiegebrek kunnen basisbehoeften wegvallen.

**Schuldgevoelens**: schuld voelen tegenover anderen, al dan niet buiten proportie. “Ik heb dit verdiend” is een vaak gehoorde uitspraak.

**Concentratieverlies**: problemen hebben met lezen of informatie kunnen opnemen, bijkomende problemen in het geheugen.

**Terugkerende gedachten aan de dood**: suïcidegedachten zonder of met planning. Wanneer iemand geen hoop meer heeft ziet de jongere een poging als ‘ultieme redding’.

Een depressieve stemming (1) en anhedonie (2) zijn de twee kernsymptomen in een depressie. Volgens DSM 5 moet één van deze twee aanwezig zijn om te kunnen spreken van een depressieve stoornis. Als in totaal vijf van de negen symptomen optreden met minstens één kernsymptoom, mag je volgens DSM 5 spreken van een depressieve stoornis.

Omdat we tijdens de opleiding Orthopedagogie geleerd hebben om te observeren en dit zelfs een doelspecifiek leerresultaat (Michiels, 2019-2020) is, vind ik het belangrijk dat ik als toekomstige hulpverlener de symptomen van een depressie kan (h)erkennen. Deze observaties kan ik dit terugkoppelen in een multidisciplinair team met bv. een psychiater. Die kan dan op basis van deze info een behandeling opstarten en/of aanpassen.

### Depressie bij jongeren

Bij jongeren is een depressieve stoornis vaak moeilijker te herkennen. Tussen het twaalfde en 25ste levensjaar is het voor vele jongeren een periode vol veranderingen: de stap naar het onbekende secundair en eventueel hoger onderwijs, de puberteit, een eerste vakantiejob, echte job en zoveel meer komen op het pad van de gemiddelde jongere.

Mindere gevoelens worden meestal toegeschreven aan emoties die samenhangen met veranderingen of wat hoort bij het opgroeien. Gevoelens die voorbijgaan.

Bij sommige jongeren gaan die gevoelens niet voorbij of komen mindere gevoelens niet noodzakelijk van een grote verandering. Een opeenstapeling van gebeurtenissen die onvoldoende erkenning krijgen, een zware pubertijd of veel twijfels over de toekomst kunnen leiden tot depressieve gevoelens. Volgens Vansant (2010) is deze opeenstapeling van verliezen en teleurstellingen vaak een moeilijke factor voor jongeren. Jongeren kunnen dit ook verbergen omdat ze antisociaal verdrag vertonen of vluchten in drank- en drugsgebruik, een fenomeen dat al verschillende decennia bestaat (De Wit, 2000). Rigter (2010, p. 385) spreekt bij jongeren over de kans op een “gemaskeerde depressie” en dat jongeren zich kunnen verstoppen achter prikkelbaarheid of gedrag eigen aan pubers.

Jongeren met depressieve gevoelens praten vooral met elkaar en niet noodzakelijk met personen die een professionele opleiding hebben (Van Vlierden, 5 september 2019). Volgens onderzoek aan de Katholieke Universiteit van Leuven is dat nefast voor de jongere en blijven ze hangen in negatieve gevoelens. Samen praten is vaak ook samen piekeren.

Deze factoren maken het moeilijk om depressie bij jongeren te (h)erkennen.

#### Uitingsvormen

Het is belangrijk aandacht te hebben voor de uitingsvormen van depressie bij deze doelgroep. De symptomen van depressie heb ik al eerder aangehaald. Deze kunnen zichtbaar zijn voor anderen, maar ook verborgen worden door de jongere. Ik kijk nu graag wat verder op enkele concrete uitingsvormen van depressieve gevoelens bij jongeren.

Jongeren benoemen hun gevoelens vaak niet als een depressie, uit onmacht of omdat ze gewoon niet weten wat het nu concreet is. Er zullen eerder gedragsmatige handelingen gebeuren die niet meteen aan depressie te wijten zijn, zoals niet naar school willen of zich klampachtig vasthouden aan de ouders uit schrik hen te verliezen. Dit zijn echter belangrijke signalen. Ook leerstoornissen en slapeloosheid zijn signalen waar de ouders en hulpverleners aandacht voor moeten hebben (Nevid, Rathus & Greene, 2016)

Zo gaat, volgens het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP, 2016), één jongere op tien over tot zelfbeschadiging. Dat is het opzettelijk verwonden van jezelf (bv. snijden in de arm, overdosis medicatie nemen, verstikking) met tijdelijke of blijvende schade tot gevolg. Mensen die overgaan tot zelfbeschadiging willen vaak omgaan met moeilijke emoties, om zo minder spanning te voelen of ‘andere pijn’ te ervaren.

Zelfbeschadiging kan als doel hebben om het leven te stoppen, dan spreken we van een poging tot zelfdoding. Een (mislukte) poging ondernemen is dan ook een uitingsvorm. Meestal wil hij of zij niet dood, maar ziet deze jongere geen andere manier om verder te gaan. Het is een uiting van ondraagbaar lijden (VLESP, z.d.).

Zoals aangehaald door De Wit (2000), kunnen jongeren vluchten in een excessief drank- en/of drugsgebruik. Een overmatig drankgebruik, zoals bingedrinken (veel alcohol drinken in korte tijd), kan komen van depressieve gevoelens. Andersom kan veelvoudig gebruik een depressie in de hand werken bij jongeren (Van Hasselt, 2010).

Een andere uiting van depressieve gevoelens is dat een jongere dit doet via het geschreven woord. De negatieve gevoelens worden op een sombere manier verwoord en dit kan zelfs lijken op een afscheidsbrief. Ook sombere uitlatingen op sociale media of een verschil in het gebruik hiervan (meer/minder dan vroeger) kunnen een uiting van depressieve gevoelens zijn. Dit is in het huidige jongerenklimaat moeilijk te herkennen, omdat veel zich online afspeelt en niet altijd te controleren is door de ouders.

Dit zijn enkele veelvoorkomende uitingen. Ik wil benadrukken dat dit persoonsgebonden is. ‘Typische’ uitingsvormen van depressie bij jongeren bestaan niet. Ook als de jongere in een residentiële psychiatrische context terecht komt, moeten we voor deze uitingsvormen aandacht hebben. Een depressie is geen griep die na enkele dagen overgaat en tijdens een opname kunnen jongeren ook aan zelfbeschadiging doen. Naar mijn mening mogen sommige uitingsvormen zeker niet afgeblokt worden, zoals depressieve gedachten opschrijven. Dat is een vorm van ventileren.

Deze uitingsvormen kunnen (subtiel) opvallen bij mensen in de omgeving, maar soms ook niet. Wanneer de omgeving van de jongere zicht krijgt op de mindere gevoelens (bv. doordat de jongere het vertelt, zelfbeschadiging of poging tot zelfdoding) heeft dit meestal wel een impact op die omgeving.

### Invloed op de omgeving

Depressieve gevoelens zijn lastig voor de persoon die deze doormaakt, maar ook voor de naaste omgeving is dit moeilijk. Zoals eerder aangegeven is depressie bij jongeren niet altijd even duidelijk en wijten bijvoorbeeld ouders mindere gevoelens aan de pubertijd of schoolse gebeurtenissen.

Wanneer depressieve gevoelens erkenning krijgen van de omgeving, is dit voor hen vaak ingrijpend. Ze zien een geliefde lijden en willen hulp aanbieden, maar die is soms niet voldoende. Een opname in een residentiële psychiatrische context is, indien ambulante hulp niet volstaat, nog moeilijker. De hulpverlening trekt de jongere tijdelijk uit sociale cirkels: het kerngezin, de familie, de school of de hobby’s zullen (voorlopig) zonder de jongere zijn. Dit kan vragen oproepen bij de omgeving en een gemis betekenen.

Een opname kan zowel helpend als belemmerend zijn voor de omgeving: helpend omdat de zware zorg letterlijk uit handen wordt gegeven, maar ook belemmerend omdat de jongere tijdelijk uit huis is en de ouders hem of haar missen. Ik verduidelijk dit met een voorbeeld uit de praktijk:

*Het is enorm dubbel. Ik ben blij dat mijn dochter hulp krijgt en dat er naar een oplossing kan worden gezocht. Anderzijds is het moeilijk om te beseffen dat wij niet genoeg waren en het nu niet helemaal in handen hebben. Ik heb altijd schrik als de telefoon gaat en het nummer van de psychiatrie zie. Dan vraag ik me af: “Wat is er nu weer gebeurd?”*

*(moeder van opgenomen jongere, persoonlijke communicatie, 17 december 2019)*

Tijdens mijn stage in de psychiatrie heb ik mogen ervaren dat hulpverleners vaak een brug zijn tussen de residentie en thuis: een moeder die mij nog even verteld hoe het weekend thuis was geweest of samen met een jongere een moeilijk telefoongesprek naar thuis voorbereiden. Zo kunnen we een steunfiguur zijn voor alle betrokkenen.

## Risico- en beschermende factoren

Is depressie aangeboren of aangeleerd? In onze orthopedagogische opleiding kijken we met een genuanceerde blik en zijn zowel ‘nature’ en ‘nurture’ betrokken. De Fever (2001, p. 75) gebruikt een tulp als metafoor om dit uit te leggen. Een tulpenbol zal een tulp worden, maar het zal van de verzorging afhangen of de tulp een “prachtige tulp of een verschrompeld exemplaar” zal worden.

### Het Balansmodel van Bakker

Hier kom ik terug op het Balansmodel van Bakker. Op de volgende pagina’s zal ik de risicofactoren en beschermende factoren voor jongeren in een depressie en zijn of haar omgeving beschrijven in het micro-, meso- en macrosysteem.

Risicofactoren zijn factoren die een verhoogde psychische kwetsbaarheid kunnen veroorzaken en die zowel binnen als buiten de jongere kunnen liggen. Beschermende factoren zijn de factoren die een positieve invloed kunnen hebben op risicofactoren. Als deze in goede mate aanwezig zijn, kunnen ze de risicofactoren verminderen of ervoor zorgen dat ze minder zwaar doorwegen (Rigter, 2010).

Een balans tussen draagkracht en draaglast is belangrijk om te kunnen spreken van evenwichtigheid. Volgens Bakker is het de taak van de hulpverlener om de draaglast tot zich te nemen en de jongere hier stelselmatig leren mee om te laten gaan, als ze niet volledig weg kunnen worden genomen. Optimaal is ze dan te beperken in gradatie van last (Bakker, et al., 1998).

Rekening houdend met de visie van Bakker en zijn Balansmodel en waar ikzelf voor sta, vind ik het heel belangrijk dat we een zicht hebben op de risico- en beschermende factoren van een jongere in de hulpverlenersrelatie. Een opeenstapeling van risicofactoren is nefast voor iemand zijn proces. Als hulpverlener is het een taak om in te zetten op beschermende factoren en inzicht te krijgen op de risicofactoren en dat we hier een “onvoorwaardelijk besef van verantwoordelijkheid” bij hebben (Raets & Boven, 2012, p. 1). Samen met de jongere en zijn of haar omgeving kunnen we zo zoeken naar geschikte oplossingen via een multidisciplinaire aanpak.

### Risicofactoren

Risicofactoren verhogen de kans dat een stoornis zoals depressie ontstaat. Het is echter niet hetzelfde als de oorzaak. Depressie is in dit geval dus geen risicofactor op zich. Ook de risico- en beschermende factoren binnen een residentiële psychiatrische context worden betrokken op de komende pagina’s.

#### Microsysteem

##### Jongerenfactoren

Een eerste risicofactor kunnen we zien bij de biologische aanleg. Aanleg voor een depressieve stoornis kan in de genen liggen of te wijten zijn aan een miscommunicatie tussen hormonen (Cuijpers & Donker, 2014). Een depressieve stoornis kan optreden als gevolg van een andere stoornis zoals ASS (Naber, 22 juni 2017) of slaapstoornissen (De Wit, 2000). Bij psychische ziekten is er vaak een co-morbiditeit met depressie: jongeren met een angststoornis, gedragsstoornis of eetstoornis hebben volgens Rigter (2010) meer kans om depressief te worden. Ook een lichamelijke handicap of ingrijpende ziekte zijn risicofactoren bij het ontwikkelen van een depressie (Cuijpers & Donker, 2014).

Een volgende potentiële risicofactor bij de jongere, zijn karaktereigenschappen. Jongeren die veel negatieve eigenschappen hebben (of doorslaan in positieve eigenschappen) hebben meer kans om een depressie te ontwikkelen. Voorbeelden hiervan zijn een laag zelfbeeld, zich snel schuldig voelen, verlegen zijn, veel piekeren, perfectionisme, pessimisme en een (te) groot plichtsgevoel (Wayenberg, 2018). Een te veel van deze eigenschappen zorgt voor instabiliteit.

Jongeren die een ineffectieve copingstijl hanteren, hebben minder handvaten om met negatieve gevoelens om te gaan. Deze kunnen aan de basis liggen van depressieve gevoelens. Deze jongeren zullen vaker passieve copingmechanismen gebruiken die vooral het probleem, zoals mindere gevoelens, negeren. Dit mechanisme werkt ook hulpeloosheid in de hand: de jongere heeft het gevoel niets meer te kunnen en gaat zich terugtrekken uit de actieve leefwereld (Vanhalst, 2015).

Een voorbeeld hiervan is ruminatie, ofwel “het herhaaldelijk en passief focussen op de symptomen en oorzaken van stress” (Vanhalst, 2015, p. 10). Bij een actieve copingstijl kan nadenken over symptomen en oorzaken van stress nuttig zijn, want reflectie nodigt uit tot nieuwe denkpatronen. Bij een passieve copingstijl lukt de jongere dit niet en gaat dit verder naar oncontroleerbaar piekeren. Het is bewezen wanneer een jongere dit veelvuldig doet, dit vaak overgaat in een depressie. (Vanhalst, 2015).

Een ineffectieve copingstijl is ook problematisch middelengebruik van bijvoorbeeld alcohol en drugs. Jongeren die (langdurig) overmatig gebruiken hebben meer kans op depressie. Andersom kan depressie ook middelengebruik in de hand werken (Wits, et al., 2016).

Een ineffectieve copingstijl kan zich ook verderzetten in een residentiële context. Zo heb ik een jongere gezien in een psychiatrische context die op haar kamer zichzelf had gesneden omdat ze niet wist hoe om te gaan met donkere gedachten. Het is in mijn ogen onze taak hier voldoende attent op te zijn en in dialoog te gaan met de jongere en zijn context. Ook andere disciplines in de voorziening hierbij betrekken is noodzakelijk, zoals een verpleegkundige en een psycholoog.

Aansluitend op een ineffectieve copingstijl zijn jongeren met een negatief zelfbeeld ook vatbaarder voor depressieve gevoelens. Wanneer iemand als kind of tiener te kampen heeft met een laag zelfbeeld, heeft deze meer kans op depressie in de daaropvolgende jaren. Tevens gaat hij of zij vaker ervaringen uit te weg uit angst op falen, maar onbedoeld zal de jongere ook succeservaringen missen (Masselink, Van Roekel & Oldehinkel, 2017). Ook dit is een risicofactor in een psychiatrische residentiële context. Als hulpverlener kunnen we inzetten op succeservaringen van de jongere in de voorziening.

Wanneer er in het leven van de jongere negatieve ervaringen hebben plaatsgevonden, zoals verwaarlozing of mishandeling, is er ook een grotere kans op depressie. Uit deze trauma’s komen vaak ook hechtingproblemen verder: het vertrouwen in andere mensen is er bijna of niet meer en deze jongeren kunnen moeilijker of geen binding vinden met leeftijdsgenoten (Dambre, 2014). Hier ga ik op verder bij andere risicofactoren.

Wat ook kan, is dat de opname an sich een negatieve ervaring kan zijn. Wanneer een jongere niet uit eigen keuze (bv. gedwongen opname) opgenomen wordt, kan dit als een risicofactor aanzien worden. De jongere voelt zich al slecht en een ongewilde opname kan een extra traumatische gebeurtenis opleveren (Decruynaere, 2019).

##### Ouder- en gezinsfactoren

Enkele zaken op het jongerenniveau komen ook terug op het niveau van de ouders en het gezin. De biologische aanleg van beide ouders is van belang. Een verstandelijke beperking of een andere psychiatrische stoornis hebben als ouder(s) kan een risicofactor zijn. Het gaat hier niet enkel om een biologisch risico, maar ook om een opvoedkundig risico. Het gedrag van een depressieve ouder kan leiden tot opvoedings- en communicatieproblemen zoals relatieproblemen en vijandigheid naar de jongere toe (Van Rooijen, 2012). Jongeren die een ouder hebben met een psychiatrische problematiek noemen we ook KOPP-kinderen en hebben volgens huisarts Van Gijssel (2018) meer kans op een depressie.

Niet altijd, maar vaak heeft een ouder met een depressie een negatief zelfbeeld. Een depressieve ouder is vaker neerslachtig en de jongere zal hier dan ook vaker aan worden blootgesteld. Volgens Dalewyn (2011) is een gevolg hiervan dat de jongere zelf vaker negatief over zichzelf gaat denken. Eveneens het doormaken van negatieve ervaringen in de jeugd van een ouder kan leiden tot een andere manier van handelen.

Een ouder die doet aan problematisch middelengebruik is nefast voor een jongere. Wanneer een ouder verslaafd is aan drank, drugs of medicatie kan hij/zij er vaak onvoldoende zijn voor een jongere. Deze KOAP-kinderen zijn vatbaarder voor depressies omdat ze te maken krijgen met heel wat onvoorspelbaarheid en chaos (Geeraerts, 2016).

Wat niet altijd te maken heeft met een psychiatrische- en/of verslavingsproblematiek van de ouders, maar wel minder kan verlopen in een gezin is opvoeding. Te beginnen bij een disbalans in het gezinssysteem. Hier komen enkele welbekende woorden naar voren die ik u niet meer hoef uit te leggen. De zogenaamde ‘los zand gezinnen’ en ‘kluwengezinnen’ kunnen een gevaar vormen. Bij de eerste vorm van gezinnen dreigen problemen niet op te vallen bij andere gezinsleden, terwijl bij de tweede vorm de jongere zelfstandig weinig vorm kan geven aan zijn of haar leven. Het ontbreken van een homeostase is daarom een risicofactor bij het ontwikkelen van depressieve gevoelens. Ook de zware lasten bij parentificatie kunnen leiden tot depressie (Kinet, 2010).

In gezinnen waar een autoritaire opvoedingsstijl heerst, zijn de kansen op een depressieve stoornis bij jongeren hoger (Van Hout, 2017). De ouders horen de jongeren niet in de noden en verwachten dat hun zoon of dochter gehoorzaamt aan de regels van de ouders. Ook bij gezinnen waar een permissieve opvoedingsstijl de bovenhand neemt, is het risico op depressie hoger omdat de jongere aan zijn of haar lot wordt overgelaten en niet altijd de kans krijgt om gevoelens te benoemen (Slot & Van Aken, 2017).

Aanvullend bij de opvoedingsstijl zien we dat jongeren die onveilig gehecht zijn ook meer kans hebben op depressieve stoornissen, omdat ze geen of weinig veiligheid kennen in de relatie met hun ouders. Dit kan zich manifesteren in het omgaan met relaties met andere personen (Rigter, 2010).

Samenhangend bij de opvoedingsstijlen zijn conflicten ook een negatieve factor. Conflicten tussen ouders en jongeren en tussen broers en/of zussen zijn normaal en niet uit te sluiten, maar bij gezinnen waar een autoritaire opvoedingsstijl wordt gehanteerd is dit vaker. De jongere wil meer autonomie, maar krijgt deze niet. Conflicten in autoritaire gezinnen zijn dan ook vaak heftiger en ernstiger (Slot & Van Aken, 2017).

Een relatie tussen brussen wordt vaak gezien als een relatie waar liefde en conflict hand in hand gaan. Wanneer de conflicten de overhand nemen en er vooral vijandigheid heerst tussen broers en/of zussen, kan dit internaliserend problemen in de hand werken zoals depressie (Slot & Van Aken, 2017).

Stressvolle gebeurtenissen in het gezin vormen ook een risicofactor bij de jongere. Bovengenoemde conflicten zijn daar een voorbeeld van, maar wanneer de ouders scheiden, één of beide komt te overlijden of er misbruik/verwaarlozing plaatsvindt in het gezin, neemt de kans op depressie toe bij jongeren (Anthonijsz, Spruijt & Zwikker, 2015; Slot & Van Aken, 2017).

Als de ouders niet betrokken zijn in het opnametraject van de jongere (bv. niet ingaan op een familiegesprek, geen contact nemen met jongere, geen goed aanbod voorziening) kan dit naar mijn mening als risicofactor gezien worden, omdat de jongere geen steun ervaart. Het is wel een ander verhaal als de jongere traumatische ervaringen in zijn of haar jeugd heeft moeten doormaken, zoals bv. misbruik door één van de ouders.

Als hulpverlener zijn wij tijdens de opname ook deel van de jongere zijn of haar microsysteem. Het is als natuurlijk te beschouwen dat een slechte hulpverlenersrelatie een risicofactor is. Toch is het onvoldoende om hierbij te besluiten wat de risicofactoren zijn bij een jongere en zijn gezin en wat onze invloed kan zijn. Ik kijk verder dan de jongere en het gezin op de volgende pagina’s.

#### Mesosysteem

##### Sociale gezins- en buurtfactoren

Bronfenbrenner haalt aan dat jongeren opgroeien in het gezin, maar ook in de buurt van het gezin. Ze brengen vaak meer tijd in de buurt door dan hun ouders en de impact hiervan is niet te onderschatten. Bovendien zijn jongeren beïnvloedbaarder dan hun ouders, aangezien ze op zoek zijn naar hun eigen identiteit (Visser, Bolt & Van Kempen, 2015) en dat ook hopen terug te vinden in het gezin en de buurt. Het gezin en de buurt kan zowel beschermend als risicovol zijn in het ontwikkelen van een depressie bij een jongere.

Een isolement van het gezin en de jongere is zo een risicofactor. De jongere kan dit in stand houden door zichzelf te distantiëren van het gezin en/of omgeving, maar het kan ook opgelegd worden door de ouders: de jongere mag geen vrienden uitnodigen thuis of mag nooit weg. Uit onderzoek blijkt dat tien procent van de jongeren zich chronisch eenzaam voelt en hierdoor onvoldoende beroep kan doen op een sociaal netwerk. Op lange termijn heeft dit als gevolg dat de jongere zich gaat terugtrekken, zich uitgesloten voelt/wordt en weinig sociale vaardigheden gaat ontwikkelen (Opromolla, 18 augustus 2019). Dit alles maakt isolement en eenzaamheid een niet te onderschatten risicofactor.

Net zoals de conflicten tussen de jongere en de gezinsleden, zijn conflicten met leeftijdsgenoten of andere belangrijke personen in het leven van de jongere nefast. Zo heeft pesten een grote invloed op de jongere en zijn mentale welzijn. Naast het emotionele en fysieke pesten is er de laatste jaren ook cyberpesten: pesten op sociale media zoals Facebook, Twitter en Instagram. Uit onderzoek blijkt dat de gevolgen van (cyber)pesten niet min zijn: angstig en zenuwachtig zijn, geen vertrouwen meer hebben in de mensen en zich minder voelen dan anderen (Beel, 2019).

Tijdens de adolescentie verandert ook het sociale netwerk van een jongere. Waar iemand als 12-jarige een speelkameraad als vriend(in) aanschouwde, is dat in de jaren die zullen volgen niet meer zo en spreekt men van een vriend(in) als er meer diepgang in de relatie zit. Als dit niet zo goed vlot, kunnen eenzaamheid en depressie de kop opsteken. Bijkomend gevaar is dat jongeren dit kunnen maskeren door ‘veel vrienden’ te hebben op sociale media (Vanhalst, 2015).

Het opgroeien in een buurt met bijvoorbeeld een slechte huisvesting, veel criminaliteit, sociale uitsluiting en weinig aandacht voor onderhoud kunnen zorgen voor teruggetrokken en depressief gedrag. Oorzaken kunnen gevonden worden in het contact met slechte rolmodellen, maar ook dat de ouders de jongere veel gaan binnenhouden uit angst. Naast depressieve gevoelens en isolement is er ook meer kans op delinquent gedrag en slechte schoolresultaten. Sociale cohesie ligt in onveilige buurten lager. (Visser, Bolt & Van Kempen, 2015)

Bovengenoemde factoren in het mesosysteem zijn omschreven buiten een residentiële psychiatrische context, maar als hulpverlener is het belangrijk om ook te kunnen werken met uitsluiting, pestgedrag en dergelijke. Ook in een voorziening kan een jongere zich eenzaam voelen of gepest worden. Naar mijn mening is het dan een taak van de hulpverlener om de jongere te horen en een veilig klimaat te creëren tijdens individuele- en groepsmomenten.

#### Macrosysteem

##### Sociaaleconomische gezinsfactoren

Jongeren die opgroeien in armoede, hebben meer kans op psychische problemen zoals een depressie (Kalthoff, 2018). Er is minder budget om leuke dingen te doen zoals een uitstap naar de dierentuin of het beoefenen van een hobby. De gevolgen van armoede zijn stress in het gezin (Steketee, et al., 2013) wat zoals eerder vermeld conflicten kan uitlokken.

Armoede is dan ook een kluwen en dus meer dan alleen maar geld te weinig hebben. Het heeft invloed op veel meer andere dingen: huisvesting, welzijn, sociale contacten, werk, onderwijs, schulden en meer. Het zit verweven met elkaar. In een huis zonder verwarming kan een scholier zich moeilijk concentreren, heeft dat mogelijks gevolgen op de resultaten van het kind en kan dit de eigenwaarde aantasten (Netwerk tegen Armoede, 2017). De gevolgen van armoede voor jongeren zijn dus meervoudig, waaronder psychische stress er één van is (Nys, 2013).

##### Culturele factoren

We leven in een multiculturele maatschappij en in vele culturen is depressie anders. Deze interculturele verschillen kunnen een risico zijn voor de hulpverlener in een residentiële psychiatrische context. Volgens Rigter (2010) moet een hulpverlener hiervan bewust worden gemaakt. Gevoelens van angst en verdriet bestaan in elke cultuur, maar de bewoording kan anders zijn. Elke cultuur heeft zijn eigen ziekte-idioom, waar in veel niet-westerse culturen de aandacht vooral zal liggen op somatische klachten (Kortmann, 2010).

Jongeren uit een minderheidsgroep kunnen kwetsbaarder zijn voor depressie. Wanneer de jongere in België is gevestigd maar uit een heel andere cultuur komt, is er kans dat een jongere verstrikt geraakt in het kiezen van een cultuur. Dit kan heel wat stress opleveren en dus een risico vormen voor depressie (Rigter, 2010).

Schoonheidsidealen zijn cultureel opgelegd. In tijden van sociale media en constante confrontatie met ‘het perfecte lichaam’, geeft dit jongeren heel wat stress (Vlogaert, 14 april 2015). De weg naar perfectie en erbij willen horen is belangrijker dan de persoonlijke behoeften, met faalangst, zelfhaat en depressieve klachten tot gevolg.

Wanneer jongeren zich in een bepaalde subcultuur begeven (bv. gothic subcultuur) is de kans op depressie hoger volgens onderzoek aan de universiteit van Oxford. Ook is er een grote kans op zelfbeschadiging (bv. krassen) bij deze jongeren. Wanneer een jongere al depressieve gedachten heeft en zich bij een subcultuur aansluit, is dit iets om aandacht voor te hebben (De Standaard, 28 augustus 2015).

##### Maatschappelijke factoren

Als hulpverleners hopen we dat onze maatschappij inclusief is. Maar dat is niet zo. Sommige jongeren krijgen nog vaak te maken met stereotypering en discriminatie. Jongeren in armoede en in minderheidsgroepen zijn daar al een voorbeeld van. Helaas is de groep groter dan dat. Zo krijgen niet-begeleide minderjarige vreemdelingen (Keytsman, 2015) te maken met uitsluiting in ons land en daarbovenop zijn ze vaak het slachtoffer van traumatische gebeurtenissen.

LGBT-jongeren ervaren ook uitsluiting en krijgen vaak te maken met negatieve opmerkingen van medejongeren én leerkrachten. (Çavaria, 2017).

*Ik ben slechts iets minder dan een half schooljaar naar school geweest wegens depressie, zelfpijnigingen en zelfmoordneigingen.*

*(Çavaria, 2017, p. 3)*

Europese LGBT’ers voelen zich dan vaak ook uitgesloten, gediscrimineerd en de kansen op depressies en suïcidepogingen liggen hoger bij niet-LGBT’ers of ‘de norm’ in de maatschappij (Renout, 28 maart 2019).

Ongeveer 15 procent van de Vlaamse jongeren heeft minstens één keer uitsluiting ervaren. Bij jongeren met een migratieachtergrond ligt dat cijfer op 43 %. Naast afkomst en seksuele voorkeur, kan uitsluiting ook gebeuren op basis van handicap, levensbeschouwing of persoonlijke overtuiging (Van Droogenbroeck, Spruyt, Mastari & Siongers, 2016).

Het huidige economische klimaat is een risicofactor. In de komende legislatuur van de Vlaamse Regering zullen de middelen voor zorg niet geïndexeerd worden. Ofwel: besparen (Arnoudt, 3 december 2019). Met minder mensen moet in de hulpverlening evenveel of meer worden gedaan. Dit komt de kwaliteit van hulpverlening niet ten goede en jongeren kunnen niet juist geholpen worden. Als het dan al niet te laat is door de ellenlange wachtlijsten.

Jongeren in een residentiële psychiatrische context komen uit de gehele maatschappij. Een voldoende besef van de verschillen in onze maatschappij is als hulpverlener belangrijk.

### Beschermende factoren

Het verhelpen, behandelen en erkennen van de risicofactoren kunnen een positieve invloed hebben op het proces van de jongere, maar er zijn ook vooraf bepaalde beschermende factoren die helpend kunnen zijn of door het doormaken van een proces in de voorziening helpend kunnen worden. In de eerste alinea van elke factor haal ik kort de tegenovergestelde van de risicofactoren aan die besproken zijn in het vorige deel.

#### Microsysteem

##### Jongerenfactoren

Jongeren die geen aanleg hebben voor depressie of andere psychische problemen, die overwegend positieve karaktereigenschappen hebben met bijhorend zelfbeeld, die effectief kunnen couperen en een onbezonnen jeugd hebben kunnen doormaken, hebben meer beschermende factoren om een depressie tegen te gaan. Ook als hij of zij achter de opname staat, zal dat een extra steunende factor zijn.

Wanneer een jongere goede competenties heeft, is dit zeer helpend voor het proces van de jongere in een voorziening. Overtuigd staan achter de opname en tijdig de gepaste hulp zoeken zijn daar voorbeelden van. Dit kan nog eens extra versterkt worden door een hoge ‘interne focus of control’: vertrouwen hebben in je eigen kunnen en de regie hebben over je eigen leven (Rigter, 2010).

Een goede intelligentie is volgens Rigter (2010) ook een beschermende factor, al kan hij de precieze werking niet verklaren. Petterson (2018) onderzocht dit en kwam met de hypothese dat emotionele zelfcontrole en emotionele motivatie belangrijke beschermende factoren zijn. Dit sluit aan bij de hypothese van Rigter: een hogere zelfwaardering en een vermogen om emotionele problemen op te lossen zijn helpend. Wanneer de jongere zich beter gaat voelen tijdens een opname, is dit gunstig voor de zelfwaardering.

Tijdens het doormaken van een depressie worden vele behoeften niet vervuld (Rigter, 2014) zoals die omschreven staan in de behoeftehiërarchie van Maslow. Wanneer de jongere in opname zit, wordt door de structuur (eet- en slaapmomenten) al voldaan aan de belangrijkste fysiologische behoefte. Stelselmatig kan de jongere opbouwen naar de top van de piramide: zelfontplooiing. Ik verklaar het via een praktijkvoorbeeld:

*Afbeelding: Behoeftepiramide van Maslow (met praktijkvoorbeeld jongere op ontslag)*

Figuur gebaseerd op: Rigter, J. (2014). *Het palet van de psychologie: stromingen en hun toepassingen in hulpverlening en opvoeding.* Bussem: Uitgeverij Coutinho.

Het ontbreken van fysieke activiteit verhoogt de kans op depressie bij jongeren met 25 procent (Gourion, 26 november 2018). Aan sport doen is dus een preventieve maatregel, maar lichte fysieke activiteit zoals wandelen (Devriendt, 2018) kan tijdens een opname bevorderend zijn. Er worden bepaalde stoffen aangemaakt in de hersenen die de jongere een ontspannen gevoel kunnen geven. Dit kan echter alleen als er dus eerst aan belangrijkere primaire behoeften is voldaan.

Als hulpverlener is het belangrijk oog te hebben op de evolutie van deze beschermende factoren, maar ook waakzaam zijn dat het geen façade is van de jongere om mindere gevoelens te verbergen. Het is onze taak om de jongere een echt gevoel van veiligheid te geven.

##### Ouder- en gezinsfactoren

Net zoals bij de jongere is het een beschermende factor als de ouders niet belast zijn met depressie of psychische problemen, inclusief positief zelfbeeld en goede copingstrategieën. Als een jongere zich veilig kan hechten aan de ouders, gehanteerd met een veilige opvoedingsstijl in een harmonieus gezin, worden al enkele grote risicofactoren uitgeschakeld in het ontwikkelen van depressie en/of kan dit steunend zijn tijdens opname.

Ouders kunnen tijdens een stressvolle gebeurtenis optreden als stabiele factor (Van der Ploeg, 2018). Door betrokken te zijn tijdens het proces kunnen ze hulp bieden tijdens de opname en kan een steunende houding de transitie van thuis naar de voorziening vergemakkelijken. Wanneer één ouder tenminste steunend is (bij voorkeur allebei) tijdens het proces, kan dit de veerkracht van de jongere verhogen (Conijn & Ruiter, 2011).

Volgens Similes (2012), een vereniging voor familieleden van personen met een psychische kwetsbaarheid, is de kennis van het gezin kostbaar omdat zij ervaringsdeskundige zijn over de jongere. In zijn of haar belang is het ook noodzakelijk dat ze worden betrokken richting ontslag door middel van een zorgvuldige voorbereiding. Familieleden moeten ook bewust worden gemaakt dat de jongere een nieuw evenwicht nodig heeft. Bij psychische problemen stopt het verhaal meestal niet na een opname, maar is het een levenslang werk.

#### Mesosysteem

##### Sociale gezins- en buurtfactoren

Een veilige buurt, met een goede huisvesting, voldoende exploratiemogelijkheden voor de jongere en kenmerkend met weinig en niet-langdurende conflicten, zijn beschermend in het ontwikkelen van depressie.

Naarmate de jongere ouder wordt, gaat hij of zij minder steunen op de ouders. In de strijd tegen eenzaamheid en depressie, spelen vaak de dichte vrienden een grote beschermende rol (Van der Ploeg, 2018). Naast emotionele steun, kan het de jongere helpen door het besef dat hij of zij nog een plek heeft in de vriendenkring. Nieuwe steun in de voorziening van andere patiënten kan helpend zijn.

Wanneer jongeren ervaren dat ze steun krijgen van verschillende partijen zoals de leden van het gezin (microsysteem), familie, vrienden en medepatiënten (mesosysteem) spreekt Van der Ploeg (2018) van een cumulatief effect: een positief effect op het functioneren van de jongere op sociaal en emotioneel vlak. Deze sociale steun kan helpend zijn als deze gemeend is en indien de jongere zelf er klaar voor is.

#### Macrosysteem

##### Sociaaleconomische gezinsfactoren

Niet moeten leven in armoede is uiteraard een beschermende factor, want zo komt de jongere niet in het kluwen van armoede terecht. Een goede sociaaleconomische houding in de maatschappij is bijgevolg beschermend, maar natuurlijk geen garantie op het niet krijgen van een depressie als jongere.

##### Culturele factoren

Het is kort door de bocht om te zeggen dat als je actief deel uitmaakt van de overheersende cultuur, je minder kans hebt op depressie. Slechts 34 % van de Vlaamse jongeren geeft aan geen tot zeer milde psychische klachten doorgemaakt te hebben (De Maeseneer, 25 september 2019). Toch zijn er in culturele aspecten beschermfactoren te vinden, zowel voor de jongere als de hulpverlener.

In een residentiële psychiatrische context heeft de jongere vaak een individuele hulpverlener: iemand die de jongere intenser opvolgt tijdens de opname. Het kan een kracht zijn als de jongere een culturele overeenkomst heeft met de hulpverlener zoals geslacht of afkomst. De jongere zal zich dan beter begrepen voelen door een gemeenschappelijk referentiekader. Het is echter geen garantie op succes en er moet goed over worden nagedacht met het team. (Slot & Van Aken, 2017).

Jongeren leven online en komen daar heel wat cultuurbepaalde idealen tegen: slank zijn, veel volgers hebben en als het kan met een constante glimlach. Een voldoende besef van de jongere dat zulke campagnes niet de norm zijn en dat iedereen talenten heeft zijn steunend (Vlogaert, 14 april 2015). Als hulpverlener kunnen wij hen daar op bewustmaken.

##### Maatschappelijke factoren

Met voldoende werkingsmiddelen van de overheid kunnen wij adequaat hulp verlenen aan jongeren, wat zeker een beschermende factor is in ons werk naar de jongere toe. Een andere beschermende maatschappelijke factor is niet te maken krijgen met stereotypering, discriminatie en uitsluiting.

Wanneer de jongere kan opgroeien in een maatschappij die minder gevreesd omgaat met depressie, is dit een beschermende factor. Media speelt hier een belangrijke rol in. De laatste jaren komen er verhalen naar buiten van depressieve jongeren in laagdrempelige campagneacties. Het kan de jongeren die in het midden van hun proces zitten helpen om zo nieuwe oplossingsstrategieën te bedenken (Stubbe, 2017).

# Handvaten voor orthopedagogische hulpverlening

## Wat kan je als orthopedagogische hulpverlener doen om een jongere in een residentiële psychiatrische context tussen de 12 en 25 jaar en zijn directe omgeving te helpen bij een depressie.

Wanneer een jongere in een residentiële psychiatrische context met een depressie wordt opgenomen, is de kans groot dat er al een hele strijd is gevoerd om deze gevoelens tegen te gaan. Als orthopedagogische hulpverlener is het dan belangrijk dat we erkenning geven aan de jongere dat die door een moeilijke periode van zijn of haar leven gaat.

Kennis hebben over wat een depressie bij een jongere is, wat de symptomen zijn, hoe dit tot uiting komt en de invloed op de omgeving, is belangrijk voor een hulpverlener. We gaan niet over tot behandeling, maar om de jongere goed te kunnen begrijpen en te erkennen in zijn gevoelens vind ik het van belang dat we hier kennis van hebben.

Tevens moeten we beseffen dat er meer is dan de jongere alleen waar we rekening moeten mee houden. De jongere zit in meerdere cirkels: thuis, maar ook in een familiesituatie, bij vrienden, op school, in de buurt en in de maatschappij. Er zijn heel wat risicofactoren die maken dat een jongere in opname komt, en ik vind het cruciaal dat een hulpverlener meer komt te weten over deze factoren. Een orthopedagogische hulpverlener kan hier een brugfunctie in zijn: wij komen het meest met de jongere in contact en kunnen onze bevindingen of vragen van de jongere doorspelen naar een multidisciplinair team. Op beschermende factoren moeten we inzetten, maar het is even belangrijk dat risicofactoren kunnen worden uitgeschakeld of worden bekeken.

Als we kennis hebben van risicofactoren, kan een hulpverlener gedrag beter verklaren. Als een jongere afstandelijk doet tegen een hulpverlener, kan dit bijvoorbeeld zijn omdat hij onveilig gehecht is. Ook moeten we inzetten op onze gesprekstechnieken om te zien of de jongere zich niet verschuild achter een façade.

Inzetten op succeservaringen, hoe klein ze ook mogen lijken, is belangrijk. Als we de jongere voldoende erkenning geven, ben ik ervan overtuigd dat we helpend kunnen zijn in zijn of haar proces.

De jongere weet het meeste over zichzelf, maar ook het betrekken van het netwerk is belangrijk. Kennis van het gezin is kostbaar omwille van hun deskundigheid over de jongere. Na opname gaat de jongere meestal ook terug naar het gezin en is een zorgvuldige voorbereiding belangrijk. Dit kan door middel van bijvoorbeeld een familiegesprek.

Tot dusver heb ik het gehad over hoe we de jongere kunnen helpen en wat we als hulpverlener in ons achterhoofd moeten houden in een hulpverlenersrelatie. Ik haal nu enkele zaken aan die we concreet kunnen gebruiken om de jongere in zijn kracht te zetten en het netwerk te betrekken.

### Motiverende gespreksvoering

Om beschermende factoren in hun kracht te zetten en een goede hulpverlenersrelatie aan te gaan, kunnen we motiverende gespreksvoering gebruiken (Slot & Van Aken, 2017). De hulpverlener zal de motivatie uitlokken in plaats van deze op te leggen aan de jongere. Deze ‘evidence based practice’ methode werd begin jaren 2000 gepubliceerd, maar kent anno 2020 nog veel bijval in de jeugdzorg.

Volgens Miller en Rollnick (2002, pp. 36-41) staan volgende principes centraal:

**Empathie uitdrukken**: reflectief en empathisch luisteren naar de jongere, van begin tot einde. Door vaardig reflectief te luisteren en de jongere te accepteren, proberen we hem of haar te begrijpen zonder oordeel of kritiek. Het staat niet gelijk aan gebeurtenissen goedkeuren, zoals automutilatie. Deze houding bouwt een goede hulverlenersrelatie op en ondersteunt het zelfvertrouwen van de jongere.

**Ontwikkelen van discrepantie**: de moeilijke gedachten en eventueel bijkomend gedrag zijn moeilijk. Door in te zetten op de krachten van de jongeren proberen we een discrepantie te ontwikkelen tussen de huidige gedachten/gedrag en de waarden/normen waar de jongere voor staat. Waarom is het belangrijk dat er beterschap komt? Op deze vraag moet de jongere echter een antwoord vinden en niet de hulpverlener. Zo komt de motivatie vanuit de jongere zelf.

**Omgaan met weerstand**: in een penibele situatie wil de jongere soms helemaal niet veranderen, want “wat maakt het uit?” Met tegenargumentaties komen kan de druk verhogen en een discussie aangaan is nefast. We moeten dan onze strategie veranderen in plaats van het hoogste woord te hebben. Weerstand bieden is ook een kracht, want het laat zien dat de jongere autonoom is of wil zijn.

**Self-efficacy ondersteunen**: de jongere zou op termijn zelf het vertrouwen moeten krijgen om zijn eigen gedachten, gedrag en handelingen te wijzigen. Niemand anders kan dit voor de jongere doen, dus een zin als “ik zal je veranderen” is niet geschikt in deze gesprekstechniek. “Als je wil, kan ik je helpen” is dan meer geschikt.

Meebewegen, zijn of haar agenda volgen, toestemming vragen en de keuzes bij de jongere leggen, zijn bijkomende basistechnieken. In het begin zal er vaak weerstand zijn omdat jongeren graag hun eigen problemen willen oplossen (Slot & Van Aken, 2017). De motiverende gespreksvoering gaat volgens Miller en Rollnick (2002) verder op de basisbeginselen van een Rogeriaanse houding (Rigter, 2014) waar echtheid, onvoorwaardelijke positieve gezindheid en empathie centraal staan.

Ik ben ervan overtuigd dat deze techniek de jongere in zijn kracht kan zetten en dat wanneer iemand zelf met ideeën komt en wij hen ondersteunen in ideeën, de jongere hier meer achter gaat staan.

### Veilig klimaat

Een veilig klimaat creëren is de taak van een hulpverlener. Volgens Jongepier, Struijk en Van der Helm (2010) zijn er enkele uitgangspunten voor een goed pedagogisch klimaat. Emotionele steun en sensitief reageren, autonomie en ruimte geven, structureren en grenzen stellen en voldoende informatie geven horen daarbij.

Het begeleiden van interacties is belangrijk om een veilig klimaat te creëren. Er kan groepsdruk heersen in een voorziening, waar de sterkste de baas is. Als hulpverlener kan je bijdragen aan een veilig klimaat door zelf regie te hebben in een groep. Trek het dialoog open tussen jongeren wat er hen dwars zit en kom tot een consensus over hoe het nu verder kan gaan. Daarnaast is voldoende positieve aandacht voor fijne interacties en luisteren naar elkaars verhaal proactief voor een veilig klimaat. Hulpverleners hebben hier een voorbeeldfunctie in (Jongepier, Struijk & Van der Helm, 2010).

### Extra aandachtspunten t.o.v. jongeren

Elke doelgroep vraagt een andere aanpak in de hulpverlening, zo ook jongeren. Ze zijn bezig met wie ze zijn en zijn stilaan ook bezig met het losmakingsproces ten opzichte van de ouders. Vele jongeren vinden het in een hulpverlenersrelatie belangrijk dat ze kunnen bepalen wat er tegen de ouders zal worden gezegd en wat niet (Slot & Van Aken, 2017). Trek dit dialoog open en maak het bespreekbaar met de jongere en ouders.

Bevorderende houdingen van de hulpverlener volgens Slot en Van Aken (2014) zijn: aansluiten bij de houding en wensen van jongeren, dat we besef hebben dat jongeren wisselende houdingen kunnen aannemen door de pubertijd, kennis hebben van de jongerencultuur, jezelf blijven en ze benaderen als volwaardige gesprekspartners.

### Vragenlijst

Vragenlijsten, al dan niet gestandaardiseerd, kunnen helpend zijn in een hulpverlenersrelatie. Het is een goede manier om informatie te verzamelen en kan de jongere (en ouders) helpen om moeilijk bespreekbare zaken te vermelden in het begin van een traject. Ook kunnen ze alles op een rijtje zetten. Hulpverleners krijgen dezelfde informatie door en een vragenlijst kan op alle momenten worden afgenomen. Hierdoor kunnen er vergelijkingen worden gemaakt tussen bijvoorbeeld het begin en het einde van een traject. Andere disciplines (bv. psychiater) kunnen overgaan tot onderzoek (Slot & Van Aken, 2017).

Voorbeeld in de praktijk anno 2020 is een ROM-vragenlijst. ROM staat voor ‘Routine Outcome Monitoring’ en bevat vragen over kwaliteit van het leven, functioneren in het dagelijkse leven en de ernst van klachten (Oudejans & Spits, 2017).

### Veiligheidsplan

Wetenschappelijk onderzoek is er niet naar gedaan, maar een vaak gebruikt middel in de praktijk is een veiligheidsplan (of signaliseringsplan). Signalen worden genoteerd wanneer het goed gaat, minder goed gaat en niet goed gaat. Zo kan de jongere signalen herkennen en sneller hulp inschakelen. Meestal in het begin van een opname zal dit worden opgesteld. Hij of zij kan teruggrijpen naar dit plan als er spanning is. Dit kan in de vorm zijn van een verkeerslicht, barometer, spanningsmeter en meer.

*Afbeelding: Voorbeeld van een veiligheidsplan*

Afbeelding met schermafbeelding

Automatisch gegenereerde beschrijving

De jongere regelmatig attent maken op dit veiligheidsplan is belangrijk om voldoende kennis te krijgen van signalen.

### Familiegesprek

In de praktijk worden er ook familiegesprekken gevoerd: een gesprek met de jongere, ouders en hulpverlener(s). Tijdens zulke gesprekken kan een hulpverlener meer informatie krijgen over de jongere en wat er al geholpen heeft in het verleden. Tevens kan er ook worden gesproken over wat er na de opname kan gebeuren. Ouders krijgen zo ook meer zicht over wie de hulpverlener van de jongere is (Cuijpers & Donker, 2014) en ervaren dit als steunend.

Ik vind het belangrijk dat een hulpverlener dit gesprek kan voorbereiden met de jongere. Wat mag er vermeld worden aan de ouders en wat niet? Door de jongere te horen op voorhand kunnen we veilig een gesprek starten.

# Besluitvorming

Met het schrijven van deze bachelorproef heb ik heel wat bijgeleerd over jongeren met depressie in een residentiële psychiatrische context. Als hulpverlener krijgen we met deze jongeren te maken wanneer ze op een dieptepunt in hun prille leven zitten. Het is dan belangrijk om te beseffen dat dit niet alleen invloed heeft op de jongere, maar op meerdere partijen op micro-, meso- en macroniveau.

Een orthopedagogische hulpverlener is geen psychiater of psycholoog, maar het is belangrijk om als hulpverlener te weten wat een depressie is en welke symptomen erbij horen. Hulpverleners hebben een signaalfunctie en kunnen door middel van observatie en bevraging hun bevindingen doorgeven aan een multidisciplinair team. Daarbij moeten we rekening houden met het jonge publiek waarmee we werken en dat er verschillende uitingsvormen zijn.

Misschien wel het belangrijkste om rekening mee te houden als we werken met deze jongeren, is het besef en kennis hebben van de risico- en beschermende factoren. In deze proef is hier dan ook uitgebreid aandacht aan besteedt volgens het Balansmodel van Bakker. Onze opdracht is om een goede balans tussen risico- en beschermende factoren tijdens een opname te bereiken. Deze beschermende factoren kunnen worden versterkt tijdens de opname door hulpverlener(s). Deze factoren bevinden zich op verschillende niveaus en zijn soms structureel een probleem.

Met dit in rekenschap gebracht, gaan we in contact met de jongere en zijn directe omgeving. Dit doelpubliek vraagt een andere aanpak dan volwassenen en via verschillende methodieken kunnen we de jongere ondersteunen in zijn of haar proces.

Door deze bachelorproef ben ik ervan overtuigd dat een orthopedagogische hulpverlener een grote meerwaarde kan zijn in het proces van de jongere. Alleen kunnen we zijn of haar wereld niet redden, dus is samenwerking binnen en buiten de voorziening belangrijk. Een goede houding en intenties doen veel, zeker wanneer de krachten vanuit de jongere komen en wij hen kunnen ondersteunen.

# Bibliografie

Anthonijsz, I. Spruijt, E. & Zwikker, N. (2015). *Scheiding en problemen van jeugdigen*.

[Richtlijn] Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 17 december 2019, via <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/wp-content/uploads/2015/07/Complete_richtlijn_scheiding.pdf>

American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische*

*stoornissen*. Amsterdam: Boom Uitgevers. Geraadpleegd op 2 augustus 2019, via <https://www.dsm5online.nl/domeinen/item/5827556b-2ddc-47e7-a2eb-9d2e2432c388/1/-/depressieve-stoornis/>

Arnoudt, R. (3 december 2019). *Vlaamse zorg- en welzijnssector voert actie tegen*

*besparingen*. Geraadpleegd op 27 december 2019, via <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2019/12/03/vlaamse-zorg-en-welzijnssector-voert-actie-tegen-besparingen/>

Bakker, I., K. Bakker, A. van Dijke & L. Terpstra. (1998). *O & O in perspectief*

[Brochure]. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. Geraadpleegd op 31 augustus 2019, via <https://www.nji.nl/nl/Kennis/Publicaties/NJi-Publicaties/O--O-in-perspectief>

Beel, V. (25 september 2019). *Veel psychische klachten bij Vlaamse jeugd*. Geraadpleegd

op 26 dcember 2019, via <https://www.standaard.be/cnt/dmf20190925_04626433>

Bergmans, A. (2017). Opvoedingsondersteuning: uitgangspunten en praktijk. *Tijdschrift*

*Klinische Psychologie*, 47(2), p. 4. Geraadpleegd op 14 september 2019, via <https://www.expoo.be/sites/default/files/atoms/files/TKP%2003-2017_02_Opvoedingsondersteuning%20uitgangspunten%20en%20praktijk.pdf>

Çavaria. (2017). *Vlaamse LGBT+ Schoolklimaat enquête*. [Brochure]. Gent: Çavaria vzw.

Geraadpleegd op 27 december 2019, via <https://www.cavaria.be/sites/default/files/2019-04/scholierenenquete_2017_nl.pdf>

Conijn, B & Ruiter, M. (2011). *Preventie van depressie: Factsheet Preventie 2011*.

[Factsheet]. Utrecht: Trimbos Instituut. Geraadpleegd op 29 december 2019, via <https://www.trimbos.nl/docs/d4265eca-8603-42fb-acb9-c9e137ca4e02.pdf>

Cuypers, P. & Donkers, T. (2014). *Depressie, een gids voor familieleden.* [Publicatie].

Amersfoort: Depressie Vereniging. Geraadpleegd op 3 november 2019, via <http://www.depressievereniging.nl/wp-content/uploads/2014/03/PimCuijpers-Depressie-en-naasten1.pdf>

Dalewyn, L. (2011). De invloed van gezinsrelaties op het ontstaan en onderhouden van

depressie. [Scriptie]. Gent: Universiteit Gent. Geraadpleegd op 8 december 2019,

via <https://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/787/833/RUG01-001787833_2012_0001_AC.pdf>

Dambre, A. (2014). *Informatieverwerking bij depressie: een stand van zaken*. [Scriptie].

Gent: Universiteit Gent. Geraadpleegd op 19 november 2019, via

<https://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/163/927/RUG01-002163927_2014_0001_AC.pdf>

Decruynaere, F. (2013). *De kracht van het engagement: de vermaatschappelijking van*

*de zorg in de dagdagelijkse praktijk.* [Brochure].Brussel: Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Geraadpleegd op 31 augustus 2019, via <https://www.vlaanderen.be/publicaties/de-kracht-van-het-engagement-de-vermaatschappelijking-van-de-zorg-in-de-dagelijkse-praktijk>

Decruynaere, F. (2019). *Vermaatschappelijking en herstelvisie leggen nieuwe klemtonen*.

Geraadpleegd op 14 december 2019, via <https://zorgwijzermagazine.be/ggz/vermaatschappelijking-en-herstelvisie-leggen-nieuwe-klemtonen/>

Devriendt, F. (2018). Te Gekke Wandelingen. *Walking Magazine*, (14).

De Fever, F. (2001). *Kinderen met een depressie: handboek voor opvoeding en*

*onderwijs.* Leuven: Acco.

De Maeseneer, W. (25 september 2019). *Groot aantal Vlaamse tieners heeft (milde tot*

*matige) psychische klachten.* Geraadpleegd op 29 december 2019, via <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2019/09/23/grootschalig-onderzoek-naar-psychische-klachten-bij-tieners/>

De Standaard. (28 augustus 2015). *Gothic tieners sneller depressief*. Geraadpleegd op 27

december 2015, via <https://www.standaard.be/cnt/dmf20150827_01837736>

De Wit, C. (2000) *Depressie bij kinderen en adolescenten: Theorie en onderzoek,*

*diagnostiek en behandeling.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Geeraerts, G. (2016). *Als je ouder drinkt of drugs gebruikt.* Geraadpleegd op 2 december

2019, via <https://www.vad.be/artikels/detail/als-je-ouder-drinkt-of-drugs-gebruikt>

Gourion D. (25 november 2018). *Hedendaagse jongeren hebben vaker mentale*

*aandoeningen dan hun ouders op dezelfde leeftijd. Hoe komt dat?*. Geraadpleegd op 29 december 2019, via <https://www.eoswetenschap.eu/psyche-brein/hedendaagse-jongeren-hebben-vaker-mentale-aandoeningen-dan-hun-ouders-op-dezelfde>

Heylen, K. (19 januari 2018). *24 jaar, ben je dan al volwassen of toch nog een*

*adolescent?*. Geraadpleegd op 2 september 2019, via <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2018/01/19/het-tijdperk-van-de-adolescentie--van-10-tot-24-jaar/>

Jongepier, N., Struijk, M. & Van der Helm, P. (2010). *Zes uitgangspunten voor een goed*

*pedagogisch klimaat*. [Publicatie]. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 6 januari 2020, via <https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Zes-uitgangspunten-voor-een-goed-pedagogisch-klimaat.pdf>

Kalthoff, H. (2018). *Opgroeien en opvoeden in armoede*. [Publicatie]. Utrecht:

Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 25 december 2019, via <https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Opgroeien-en-opvoeden-in-armoede.pdf>

Keytsman, E. (2015) *Wat is een niet-begeleide minderjarige vreemdeling?*. Brussel:

Vluchtelingenwerk Vlaanderen. Geraadpleegd op 27 december 2019, via <https://www.vluchtelingenwerk.be/sites/default/files/watiseennietbegeleideminderjarige-2015.pdf>

Kinet, M. (2010). *Parentificatie. Als het kind te snel ouder wordt.* Antwerpen: Garant.

Kortmann, F. (2010). *Transculturele psychiatrie: van praktijk naar theorie*. Assen:

Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum.

Naber, F. (22 juni 2017). *Autisme en stress gaan hand in hand.* Geraadpleegd op 2

november 2019, via <https://blikophulp.nl/autisme-en-stress/>

Netwerk tegen Armoede (2017). *Armoede is….* [Powerpoint]. Geraadpleegd op 27

december 2019, via <https://www.cera.coop/-/media/Cera/CeraWeb/Particulieren-files/Nieuws/2019/20191107_Partnerdag/armoede-in-zicht.ashx?la=nl&rev=84975576a5454747824c6735a5958561>

Nevid, J., Rathus, S. & Greene, B. (2016). *Psychiatrie: een inleiding*. Amsterdam:

Pearson Benelux.

Nys, K. (november 2013). Crisis en maatschappelijke kwetsbaarheid: het perspectief van

gezinnen. In *Kinderrechtenforum: de impact van de crisis op kinderen en jongeren*. 10(9). Geraadpleegd op 27 december 2019, via <https://www.kinderrechtencoalitie.be/wp-content/uploads/2018/12/2013-de-impact-van-de-crisis-op-kinderen-en-jongeren.pdf>

Masselink, M., Van Roekel, E. & Oldehinkel, A. J. (2017). *Self-esteem in Early*

*Adolescence as Predictor of Depressive Symptoms in Late Adolescence and Early Adulthood: The Mediating Role of Motivational and Social Factors.* [Onderzoek]. New York: Springer US. Geraadpleegd op 19 november 2019, via <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10964-017-0727-z.pdf>

Michiels, J. (2019-2020). *KdG Studiegids: Observeren en rapporteren.* [ECTS fiche].

Antwerpen: Karel de Grote Hogschool. Geraadpleegd op 13 oktober 2019, via <https://bamaflexweb.kdg.be/BMFUIDetailxOLOD.aspx?a=97575&b=1&c=1>

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people to change.*

New York/London: The Guilford Press.

Moens, B. (2 oktober 2019). *De nieuwe ministers: Weyts krijgt Onderwijs, Beke Welzijn.*

De Tijd. Geraadpleegd op 13 oktober 2019, via <https://www.tijd.be/dossiers/jambon-i/de-nieuwe-ministers-weyts-krijgt-onderwijs-beke-welzijn/10167709.html>

Opromolla, F. (18 augustus 2019). *Eenzaamheid is een probleem, ook voor jongeren als*

*Bryan (26).* Geraadpleegd op 26 december 2019, via <https://nos.nl/artikel/2297989-eenzaamheid-is-een-probleem-ook-voor-jongeren-als-bryan-26.html>

Oudejans, S. & Spits, M. (2017). *Snel succes met ROM: Een leidraad voor professionals*

*in de GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Petterson, V. (2018). *Cognitieve Intelligentie (IQ) en Emotionele Intelligentie (EQ) als*

*Mogelijke Beschermende Factoren tegen Depressie.* [Masterthesis]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam. Geraadpleegd op 29 december 2019, via <http://www.scriptiesonline.uba.uva.nl/document/609870>

Peuteman, A. (8 oktober 2019). *Geen psychologische crisishulp voor 65-plussers: 'Hier*

*komen ongelukken van'*. Knack. Geraadpleegd op 13 oktober 2019, via <https://www.knack.be/nieuws/belgie/geen-psychologische-crisishulp-voor-65-plussers-hier-komen-ongelukken-van/article-normal-1518061.html>

Sienaert, P. (2017). *Psychopathologie.* Tielt. Uitgeverij LannooCampus.

Steketee, M., Nederland, T., Mak, J., Van der Gaag, R., Van Bommel, M., Roebroek, L.,

Van der Eerden, S. Van den Toorn, J. Smits, J. & Van Waesberghe, E. (2013). *Kinderen in armoede in Nederland.* [Document]. Dan Haag: Verwey-Jonker Instituut. Geraadpleegd op 25 december 2019, via <https://www.verwey-jonker.nl/doc/jeugd/5230%20Kinderen%20in%20Armoede_2.pdf>

Raets, H. & Boven, H. (2012) *Wat is opvoeding?* [Document]. Brussel: Expertisecentrum

Opvoedingsondersteuning. Geraadpleegd op 31 oktober 2019, via

<https://www.expoo.be/sites/default/files/atoms/files/wat_is_opvoeding_raets_boven.pdf>

Regeerakkoord van de Vlaamse Regering (2019-2024). Vlaamse Regering, 1 oktober

2019. Geraadpleegd op 13 oktober 2019, via <https://www.vlaanderen.be/publicaties/regeerakkoord-van-de-vlaamse-regering-2019-2024>

Renout, F. (28 maart 2019). *Sneller uit de kast, maar discriminatie blijft.* Geraadpleegd

op 27 december 2019, via <https://www.standaard.be/cnt/dmf20190327_04285770?>

Rigter, J. (2010). *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen.* Bussem:

Uitgeverij Coutinho

Rigter, J. (2014). Het palet van de psychologie: stromingen en hun toepassingen in

hulpverlening en opvoeding. Bussem: Uitgeverij Coutinho.

Similes (2012). *Familie als partner in de GGZ: een praktische gids voor zorgverleners.*

[Gids]. Heverlee: Similes vzw. Geraadpleegd op 29 december 2019, via <https://familieplatform.be/wp-content/uploads/2018/03/Werken_met_families.pdf>

Slot, W. & Van Aken, M. (2017) *Psychologie van de adolescentie.* Amersfoort:

ThiemeMeulenhoff.

Statistiek Vlaanderen (2018). *Psychische klachten.* Geraadpleegd op 4 januari 2020, via

<https://www.statistiekvlaanderen.be/nl/psychische-klachten>

Stubbe, C. (2017) *Depressie in de media: een kwalitatieve studie naar de ervaring van*

*(ex-)patiënten omtrent mediaberichtgeving omtrent mediaberichtgeving rond depressie door middel van focusgroepen*. [Masterproef]. Gent: Universiteit Gent. Geraadpleegd op 29 december 2019, via <https://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/376/946/RUG01-002376946_2017_0001_AC.pdf>

Ter Horst, W. (2006). *Het herstel van het gewone leven*. Houten: Bohn Stafleu van

Loghum

Vanhalst, J. (2015). Eenzaamheid en depressie bij jongeren. Hoe kunnen we de vicieuze

cirkel doorbreken?. *Caleidoscoop.* 25(1), pp. 10-11. Geraadpleegd op 3 november 2019, via <http://www.caleidoscoop.be/library/132/files/jg25_1_06-20150309-1331.pdf>

Vansant, B. (2010). *Depressie is geen ziekte: depressie als positief kruispunt in je leven.*

Antwerpen: Standaard Uitgeverij.

Van der Ploeg, J. (2018). *Eenzaamheid bij jeugdigen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Van Droogenbroeck, F., Spruyt, B., Mastari, L. & Siongers J. (2016). *Ervaren*

*discriminatie bij Vlaamse jongeren: een situatieschets.* [Onderzoeksnota]. Brussel: Vrije Universiteit Brussel. Geraadpleegd op 27 december 2019, via <https://demos.be/sites/default/files/ervaren_discriminatie_bij_vlaamse_jongeren_ad_hoc_2016.pdf>

Van Gijsel. E. (2018). Let op kinderen van ouders met psychische problemen. *Huisarts en*

*wetenschap*. 61(10), pp. 71-73. Geraadpleegd op 2 december 2019, via <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs12445-018-0324-8.pdf>

Van Hasselt, N. (2010). *Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder*

*jongeren.* [Onderzoek]. Utrecht: Trimbus-instituut. Geraadpleegd op 18 november 2019, via <https://www.stap.nl/content/bestanden/preventie-van-schadelijk-alcoholgebruik-en-drugsgebruik-onder-jongeren.pdf>

Van Hout, I. (2017). *De samenhang tussen de Opvoedstijlen van Vaders en Moeders en*

*de Depressieve Klachten van Adolescenten.* [Masterthesis]. Utrecht: Universiteit Utrecht. Geraadpleegd op 8 december 2019, via <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/352905/Masterthesis%20Hout%2C%20IAMvan-3675238.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Van Rooijen, K. (2012). *Oorzaken van depressie*. [Document]. Utrecht: Nederlands

Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 19 november 2019, via <https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Risicofactoren_Depressie.pdf>

Van Vlierden, A. (5 september 2019). *Depressie bij jongeren: praten met*

*leeftijdsgenoten niet altijd een goed idee.* Geraadpleegd op 5 september 2019, via <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2019/09/05/depressie-bij-jongeren-praten-met-leeftijdsgenoten-vaak-geen-go/>

Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie. (2016). *Omgaan met zelfbeschadiging: een*

*gids voor ouders en hulpverleners.* [Gids]. Brussel: Vlaamse Overheid. Geraadpleegd op 18 november 2019, via <https://www.zelfmoord1813.be/sites/default/files/finale%20brochure.pdf>

Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie. (z.d.). *Misverstanden over zelfmoord*.

Geraadpleegd op 18 november 2019, via <https://www.zelfmoord1813.be/feiten-en-cijfers/misverstanden-over-zelfmoord>

Vlogaert, H. (14 april 2015) *Hoe geraken we van het 'prepuberaal schoonheidsideaal' af?*.

Geraadpleegd op 29 december 2019, via <https://www.demorgen.be/leven-liefde/hoe-geraken-we-van-het-prepuberaal-schoonheidsideaal-af~b8ed603c/>

Visser, K., Bolt G. & Van Kempen, R. (2015). *Buurteffecten op kinderen en jongeren: een*

*literatuurstudie.* [Literatuurstudie]. Utrecht: Universiteit Utrecht. Geraadpleegd

op 25 december 2019, via

<https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2015/09/01/buurteffecten-op-kinderen/buurteffecten-op-kinderen.pdf>

Wayenberg, A. (2018). *Wanneer ben je depressief?*.Geraadpleegd op 2 december

2019, via <https://npofocus.nl/artikel/7779/wanneer-ben-je-depressief>

Wits. E., Doreleijers, T., Van den Brink, W., Meije, D., Van Wijngaarden, B. & Van de

Glind, G. (2016) *Richtlijn middelengebruik: richtlijnen jeugd en jeugdbescherming.* *.* [Programma]. Utrecht: Trimbos-Instituut. Geraadpleegd op 3 november 2019, via <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/wp-content/uploads/2016/01/Richtlijn-Middelengebruik-Richtlijn.pdf>