

Door: Do Quekel en John Jeninga

Stemmingsstoornissen

Wie is niet eens neerslachtig, somber of verdrietig? Wie heeft niet eens last van slaapproblemen?

Wie voelt zich niet eens hulpeloos of zelfs hopeloos? We hebben er allemaal wel eens last van.

Naar aanleiding van bepaalde gebeurtenissen kunnen deze gevoelens bij ons ontstaan. In de

meeste gevallen gaan ze ook weer weg. Maar wat als het niet zo is? In deze bijdrage gaan we in op

stemmingsproblemen/-stoornissen bij jongeren.

Stemmingsproblemen

Het is normaal dat jongeren stemmingswisselingen hebben. Het hoort bij de ontwikkeling. Met name in de puberteit treden er op fysiologisch, psychologisch en sociaal gebied allerlei veranderingen op. In de puberteit ontwikkelen de geslachtskenmerken zich, vindt er een groeispurt plaats met een snelle toename van lengte en gewicht. Deze lichamelijke veranderingen hebben psychologische gevolgen. Voor adolescenten worden uiterlijke kenmerken steeds belangrijker. Angst voor afwijzing door anderen (vanwege het uiterlijk) kan optreden. Ook cognitieve veranderingen vinden plaats. De adolescent gaat meer reflexief en abstract denken. Gaat nadenken over de toekomst en over de eigen situatie. Zelfvertrouwen, zelfbeeld en sociale contacten bepalen voor een deel hoe de adolescent omgaat met al deze veranderingen. Afwijzing door anderen, falen op school of bij sportactiviteiten kunnen dan leiden tot somberheid, verdriet en een negatieve zelfbeleving. Vaak zijn stemmingswisselingen goede reacties op bepaalde gebeurtenissen en ervaringen en zijn het manieren om 'te overleven'. Het zijn vaak gezonde pogingen om nare ervaringen, zoals verlies of frustratie, te verwerken. Als een sombere, verdrietige of eenzame stemming binnen één of twee weken weer verbetert en het normale dagelijkse functioneren niet verstoort is er geen sprake van een probleem – of een stoornis (Nji, 2015).

Het kan echter ook problematisch worden. Dit is het geval wanneer de stemmingsproblemen langer duren, het functioneren van het individu negatief wordt beïnvloed, de jongere er onder lijdt en wanneer er een minder duidelijke oorzaak is.

Stemmingsproblemen zijn te verdelen in verschillende soorten: verdriet, somberheid en stemmingswisselingen (Nji, 2015):

Bij *verdriet* gaat het om terugkerende negatieve gevoelens. Meestal zichtbaar in het gedrag van de jeugdige en niet gemakkelijk te verdrijven door afleiding te zoeken. Oorzaken kunnen bijvoorbeeld zijn: het verlies van een persoon, verlies van gezondheid, het moeten opgeven van hoop en ambitie of verlies van een geliefd object (b.v. een mobieltje). Kenmerkend gedrag hierbij is: prikkelbaar zijn, zich 'rot voelen', huilen, in gedrag zoekende zijn, zoeken naar hulp en steun, soms buik- en/of hoofdpijn.

Somberheid komt voor als normale rouwreactie bij verlies. Somberheid heeft echter lang niet altijd een duidelijke aanleiding en is daardoor meer diffuus dan verdriet. Een sombere, zwaarmoedige stemming kenmerkt zich door vruchteloze herhalingen van negatieve gedachten en is dus niet altijd zichtbaar in gedrag. Somberheid ligt vaak in het verlengde van angst. Schuld en schaamtegevoelens kunnen somberheid opwekken. Een sombere stemming kan lang blijven hangen, doordat het denken niet oplossingsgericht is en de jeugdige moeilijk gebruik kan maken van sociale steun. Veel jongeren storen zich aan de goed bedoelde bemoeienis van de ouders en wijzen die af. Ouders kunnen zich hierdoor afgewezen en machteloos gaan voelen en minder steun gaan bieden. Door deze negatieve spiraal is er een grote kans dat de jongere het gevoel van controle verliest en somberheid overgaat in een depressieve stemming en mogelijk zelfs een stemmingsstoornis. Somberheid komt tot uitdrukking in teruggetrokken en angstig gedrag, een gedeprimeerd gevoel, gevoelens van eenzaamheid, onzekerheid, hulpeloosheid, angst, wanhoop, minderwaardigheid, moedeloosheid en machteloosheid, een lege blik of gezichtsuitdrukking, verminderde interesse of plezier in op zichzelf prettige activiteiten, verminderde sociale interacties en initiatief, een lage zelfwaardering, zich

niet geliefd voelen, prikkelbaarheid (boos/verdrietig reageren), zeurderig gedrag, tegendraadsheid, dwars gedrag, lusteloosheid of juist een verhoogde activiteit en slaap- en eetproblemen (gewichtstoename of -afname).

Bij *stemmingswisselingen* gaat het om snelle wisselingen van een sombere stemming naar extreme vrolijkheid, die zonder voor de omgeving aanwijsbare redenen optreden. Het wordt problematisch wanneer dit voor een langere tijd aanhoudt.

Wanneer wordt een stemmingsprobleem een stemmingsstoornis?

We spreken pas van een stoornis als het te lang duurt en het normale functioneren ernstig wordt beïnvloed.

Bij stemmingsstoornissen is sprake van een abnormaal sombere (depressieve) of abnormaal vrolijke (manische) stemming. Naast de afwijking in stemming zijn er ook verschijnselen van lichamelijk en cognitieve aard. Risicofactoren voor de ontwikkeling van een stemmingsstoornis zijn (Slot, van Aken, 2013): een genetische dyspositie, verstoorde gehechtheid, negatieve cognitieve stijl, tekort aan sociale vaardigheden, lichamelijke ziekten en eerdere episoden van depressie. Sprekend is een voorbeeld dat Slot en van Aken (Slot van Aken, 2013) beschrijven n.a.v. hun bespreking van het door Stark en Smith ontwikkelde transactionele model waarbij diverse factoren elkaar wederzijds beïnvloeden. Het gaat daarbij om stressvolle gebeurtenissen, disfunctionele gezinsomstandigheden, cognitieve vertekeningen, verstoring van stemming, verstoring van fysiologie en verstoring van het gedrag.

Een meisje van zestien jaar raakt depressief. Haar moeder heeft meerdere depressieve perioden achter de rug. Het meisje heeft daarmee een genetische kwetsbaarheid en heeft van haar moeder onvoldoende geleerd hoe zij met stressvolle omstandigheden kan omgaan. Op school heeft zij een drukke periode met allerlei tentamens. Haar vriendin die haar steun en toeverlaat is, is recent verhuisd. Het meisje raakt depressief.

Stemmingsstoornissen

Bij stemmingsstoornissen wordt er onderscheid gemaakt tussen *unipolaire* en *bipolaire* stemmingsstoornissen. Met unipolair wordt bedoeld dat er één kant (pool) van de stemming verstoord of uitvergroot is. Bij *depressie* is dat de negatieve kant. Bipolair betekent dat beide kanten (polen) afwisselend verstoord kunnen zijn, en dat zowel de negatieve als positieve stemming verstoord is (*manisch-depressief*). Daarnaast zijn er minder ernstige stemmingsstoornissen zoals de dysthyme stoornis of chronische depressie. Het gaat hier om een mildere vorm van depressie die echter veel langer duurt. Verder worden er stemmingsstoornissen onderscheiden die een duidelijke lichamelijke oorzaak hebben als

gevolg van middelengebruik (medicijnen of drugs) of wisselende hormoon huishoudingen (dysforisch premenstrueel syndroom bij meisjes en vrouwen) (Rigter, 2013). Ten slotte is er in de DSM 5 classificatie (APA, 2014) nog een categorie *ongespecificeerde depressieve-stemmingsstoornissen* opgenomen. Het gaat hierbij om stoornissen die niet volledig voldoen aan de criteria voor een van de stoornissen in de categorie *depressieve-stemmingsstoornissen*.

In het volgende gaan we in op de *depressieve stoornis*, de *chronische depressieve stoornis* (of persisterende depressieve stoornis (vroeger dysthymie genoemd) en ten slotte op de *bipolaire stoornis*.

Depressieve stoornis (unipolaire depressie)

De prevalentie van depressie (in engere zin) wordt geschat op 4 tot 8% in de adolescentie fase. Een depressie komt tweemaal vaker voor bij meisjes dan bij jongens. Mogelijk een gevolg van de verschillende lichamelijke en hormonale reacties op stress en angst. Daarnaast gaat depressie gepaard met sociale problemen, verhoogd risico op problemen met justitie, tienerzwangerschappen, schooluitval en verslechterde schoolprestaties (Stikkelbroek, Bodden en Bouman, 2013).

Braams en Talma (1999) onderscheiden op grond van de DSM 4-R criteria negen kenmerken. Bij een lichte depressie zijn er minder symptomen bij een ernstige depressie meer. Wat zeggen de hoeveelheid symptomen?

Meeuwissen, Speetjens, Meije, Oud, Konijn, Belselse, Heemskerk, de Marez Oyens, Rozema, Selle & Stikkelbroek (2014) zeggen hier het volgende over: 2-4 symptomen duidt op subklinische depressie, 5 symptomen duidt op lichte depressie, 6-7 symptomen duidt op matige depressie en 8-9 symptomen duidt op ernstige depressie. In onderstaande overzicht staan de negen kernmerken (symptomen) beschreven (figuur 1).

Depressie kan bij adolescenten tot uiting komen in het zichzelf verwaarlozen, schoolangst en schoolverzuim, anti-sociaal gedrag, delinquentie, sombere toekomstverwachtingen, hypochondrie, weg willen van thuis, zich buitenstaander voelen, dwangsymptomen en soms seksueel promiscue gedrag (Rigter, 2013). Adolescenten hebben naar schatting in 40 tot soms 90% kans op comorbide stoornissen naast de depressie (Slot & van Aken, 2013). Hierbij gaat het om angststoornissen, gedragsstoornissen en middelen misbruik.

Chronisch depressieve stoornis (dysthyme stoornis)

De prevalentie van de dysthyme bij adolescenten wordt geschat op 1,6 tot 8%. In vergelijking met depressie is er sprake van een minder uitgesproken stemmingsdaling die echter wel langer duurt dan bij een depressie (Slot & van Aken, 2013). De depressieve stemming is aanwezig gedurende het grootste deel van de dag. Meer dagen wel dan

Depressieve jeugdigen herinneren zich in vergelijking met jeugdigen zonder depressie gemakkelijker negatieve gebeurtenissen

dagen niet. Bij adolescenten voor de duur van één jaar. Langdurige periodes waarin er geen stemmingsproblemen zijn, komen niet voor. Twee van de volgende symptomen zijn aanwezig: slechte eetlust of te veel eten, slapeloosheid of juist te veel slapen, gering gevoel van eigenwaarde, slechte concentratie of moeilijkheden om tot een besluit te komen en gevoelens van hopeloosheid. Een dysthyme stoornis beperkt het functioneren, het presteren en het plezier in het leven. Het functioneren blijft echter wel mogelijk. Dit in tegenstelling tot bij een depressieve stoornis.

Bipolaire stoornis

In de volksmond wordt deze stoornis ‘manisch depressief’ genoemd. Van een bipolaire stoornis is sprake wanneer er naast een depressieve periode minimaal één manische (of de wat lichtere hypomane) periode of episode is. Volgens de DSM 5 (APA, 2014) moet er dan sprake zijn van een manische periode van tenminste één week. De depressieve periode lijkt zeer sterk op (de hierboven beschreven) unipolaire depressie. Een manische of hypomane periode kenmerkt zich door een abnormaal verhoogde (euforisch) of prikkelbare stemming (dysforisch), waarbij een opgeblazen gevoel van eigenwaarde en een verhoogd activiteiten niveau met soms riskant gedrag aanwezig zijn (Slot & van Aken, 2013). De persoon is één met de wereld en heeft een onbegrensde energie. Loopt over van ideeën en plannen. Aan de andere kant kan er ook sprake zijn van een niet passend ontkennen

van problemen en symptomen. De dysforische jongere is opgewonden en snel geïrriteerd. Dit kan zich snel uiten in een agressieve woede. Vaak komen gedachten op als: ‘iedereen moet mij hebben’. Angstgevoelens kunnen leiden tot paniekaanvallen.

Ook de bipolaire stoornis kent een ‘minder ernstige vorm’ (Rigter, 2013): de Cyclothyme stoornis. Deze stoornis uit zich in minder ernstige korte hypomanische en korte depressieve periodes.

Over de prevalentie van de bipolaire stoornis ligt de schatting in de adolescentie op 1% (Slot & van Aken, 2013).

De oorzaken van stemmingsstoornissen (etiologie).

Het ontstaan van stemmingsstoornissen wordt verklaard vanuit de wisselwerking tussen verschillende (risico- en beschermende) factoren.

Individuele kwetsbaarheid.

De erfelijke aanleg kan een risicofactor zijn. Kinderen van ouders met een depressie hebben bijna drie maal zoveel kans op een depressie. Familieleden van bipolaire patiënten hebben vaker een depressie of bipolaire stoornis. Als één van de ouders een bipolaire stoornis heeft hebben de kinderen 10 tot 20% kans op een bipolaire stoornis. Wanneer iemand van een eeneiige tweeling een depressie heeft, heeft de ander dat in 60% van de gevallen ook ooit in zijn leven. Wanneer een tweelingbroer of -zus een bipolaire stoornis heeft is de kans

Kenmerken van een depressieve periode

Minstens vijf van de volgende kenmerken moeten aanwezig zijn om van een depressie te kunnen spreken waarbij in ieder geval sprake is van 1 en 2.

1. Een sombere en neerslachtige stemming (gedurende het grootste deel van de dag): de jeugdige is verdrietig, treurig zonder dat daar een duidelijke reden voor is. De jeugdige is moeilijk op te vrolijken. Bij kinderen en adolescenten kan de stemming ook prikkelbaar zijn (snel geïrriteerd, plotseling boos, agressief). Of somberheid en prikkelbaarheid wisselen elkaar af.
2. Er is sprake van een duidelijke vermindering van interesse of plezier in bijna alle activiteiten en in het omgaan met anderen. Gedurende het grootste deel van de dag en bijna elke dag.
3. Abnormaal weinig eetlust of juist veel eetlust. Significante gewichtsverlies zonder dat dieet wordt gehouden, of een gewichtstoename.
4. Slaapproblemen (Insomnia): moeilijk in slaap vallen of vaak wakker worden en veel vroeger dan normaal wakker worden. Of te veel slapen (hypersomnia): moeilijk wakker kunnen worden, veel langer slapen dan normaal, meer overdag slapen. Bijna elke dag.

5. Rusteloosheid of juist extreme sloomheid en ongemotiveerdheid (psychomotorische agitatie of vertraging, bijna elke dag).
6. Vermoeidheid of verlies van energie. Bijna elke dag.
7. Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige onterechte schuldgevoelens (kunnen karakter van waan hebben), bijna elke dag (niet alleen zelfverwijt of schuldgevoel over het ziek zijn).
8. Een verminderd vermogen tot nadenken of concentreren. Bijna elke dag.
9. Terugkerende gedachten aan de dood, terugkerende gedachten aan zelfdoding zonder een specifiek plan of een suïcidepoging, of een specifiek plan om suïcide te plegen.

Deze kenmerken mogen niet tot de symptomen van een ziekte behoren of het gevolg zijn van gebruik van alcohol, drugs of medicijnen. Depressie kan wel de oorzaak zijn van drank- en drugsmisbruik. Namelijk als middel om de somberheid te ontvluchten.

De symptomen veroorzaken lijdensdruk en beperkingen in het sociale en school-/ beroepsmatige leven of op andere belangrijke terreinen.

Figuur 1. Kenmerken (symptomen) van een depressieve periode. (Bronnen: APA (2014), Braams en Talma (1999))

dat de ander de stoornis krijgt 50 tot 70%. Bij twee-eiige tweelingen is de kans 20% (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005; Connolly, 2008; Rigter, 2013). Veel mensen die te kampen hebben met stemmingsstoornissen hebben een te lage concentratie van serotonine en nor-adrenaline in de hersenen. Dit zijn neurotransmitters die een belangrijkerol spelen bij onze emoties, concentratie en eetlust. Chronische lichamelijk ziekte of een andere psychische stoornis kunnen de kwetsbaarheid voor een depressie vergroten. Dit geldt ook voor een internaliserende copingstijl. Met dit laatste bedoelen we een gebrekkig vermogen om problemen op te kunnen lossen, om verdriet en tegenslag te kunnen verwerken en om steun aan anderen te kunnen vragen. Vaak zien we dat het gaat om jongeren met weinig zelfvertrouwen, perfectionisme, faalangst en een 'streng' geweten. Het hebben van negatieve cognities (de neiging tot negatief te denken) kunnen bijdragen aan het ontwikkelen van een depressie. Zo blijkt uit onderzoek (Rigter, 2013) dat er sprake kan zijn van 'een negatief geheugen'. Depressieve jeugdigen herinneren zich in vergelijking met jeugdigen zonder depressie gemakkelijker negatieve gebeurtenissen. Verder blijkt dat mensen met een depressie vaker dan anderen een negatieve attributiestijl hanteren. Zo schrijven zij de oorzaak van positieve gebeurtenissen vaker toe aan de omstandigheden terwijl zij negatieve gebeurtenissen vaker oorzakelijk aan zichzelf toeschrijven. Leerlingen met een depressie schrijven een onvoldoende voor een toets vaak toe aan hun eigen gebrek aan intelligentie en inzet, terwijl een voldoende resultaat meestal door hen wordt toegeschreven aan geluk of aan 'een gemakkelijke taak'. Depressieve leerlingen neigen vaker naar negatieve zelfevaluaties over zich zelf en over hun toekomst. Met (irreële) stelligheid wordt beweerd dat zij 'nooit de opleiding zullen halen' en dat niemand hen aardig vindt. Meisjes hebben een grotere kans op een depressieve stoornis dan jongens. Mogelijk dat hierbij biologische en socialisatieprocessen een rol spelen (Rigter, 2013). De lichamelijke

Over de auteurs

Do Quekel en John Jeninga zijn als docenten verbonden aan de Opleiding tot Master Special Educational Needs van Fontys Hogescholen. Beiden zijn gespecialiseerd in gedragsproblemen en -stoornissen. Do heeft zich vooral verdiept in de problematiek en ondersteuningsvragen zoals die binnen het REC 4 voorkomen. John is gespecialiseerd in de aanpak gedragsproblemen en coaching.

veranderingen in de puberteit hebben een grotere invloed op hun sociaal functioneren dan dit bij jongens het geval is. Bij het onderhouden van emotionele en sociale relaties spelen meisjes en vrouwen een grotere rol dan jongens en mannen. Mogelijk zijn ze hierdoor veel gevoeliger voor verlieservaringen (bijvoorbeeld uitgaan van verkering). Doorgaans maken meisjes meer dan jongens traumatische ervaringen mee als mishandeling en incest. Al deze factoren vergroten de kwetsbaarheid van een meisje voor een depressie.

Omgevingsfactoren

Wanneer sprake is van een psychische problematiek bij beide of bij één van de ouders, kan dit een risicofactor zijn voor de ontwikkeling van een stemmingsstoornis bij het kind. Depressieve ouders hebben problemen met de emotionele betrokkenheid bij hun kind. Dit geldt ook voor ouders met andere psychische stoornissen als b.v. angststoornissen, middelen gebruik of schizofrenie. Zij worden door hun eigen problematiek vaak zo in beslag genomen dat zij enerzijds 'onbereikbaar' zijn voor hun kind en anderzijds het kind te weinig waarderen, stimuleren of aanmoedigen (actief opvoeden). Dit laatste kan leiden tot een geringe ontwikkeling van motivatie bij het kind. Het lukt de ouders (of ouder) niet om goed af te stemmen op de ontwikkelingsbehoefte van het kind. Naast weinig aanmoedigen en stimuleren kan er ook sprake zijn van overbescherming. Wanneer één van beide

Kenmerken van een manische periode

1. Euforische stemming: verhoogde, expansieve en prikkelbare stemming en een abnormaal en persisterend verhoogde doelgerichte activiteit of energie.
 2. Gedurende deze periode drie of meer van de volgende symptomen:
 - a. Opgeblazen gevoel van eigenwaarde of grandiositeit
 - b. Verminderd slaapbehoefte (uitgerust voelen na drie uur slaap)
 - c. Spraakzaam/sprekdrang
 - d. Gedachtevlucht of de subjectieve beleving dat de gedachten gejaagd zijn. Niet in staat om bij één gedachte te blijven
 - e. Verhoogde afleidbaarheid. De aandacht wordt gemakkelijk getrokken door onbelangrijke of niet ter zake doende externe prikkels.
 - f. Toename van doelgerichte activiteit (sociaal, op school, seksueel) Een enorme behoefte om dingen te ondernemen. Vaak met een enorme opdringerigheid. Of psychomotorische agitatie (nutteloze niet doelgerichte activiteit).
 - g. Excessieve betrokkenheid bij genotvolle activiteiten waarbij een grote kans bestaan op pijnlijke gevolgen: veel geld uitgeven, verhoogd risico zoekend gedrag en seksuele onbezonnenheid.
- Er is sprake van duidelijke beperkingen in het sociale en schoolse functioneren.

Figuur 2. Kenmerken (symptomen) van een manische periode. (Bronnen: APA (2014), Braams en Talma (1999))

ouders en psychische stoornis heeft, kan de ‘gezonde’ ouder een belangrijke beschermende factor zijn voor het kind. Gebeurtenissen die stress veroorzaken bij kinderen en jongeren kunnen invloed hebben op het ontstaan van stemmingsstoornissen. We denken hierbij aan conflicten en spanningen binnen het gezin (b.v. tussen de ouders, financiële problemen), pesterijen op school maar ook spanningen in de buurt. Ten slotte willen we ook nog wijzen om gevolgen van ‘het klem zitten’ tussen culturen (Rigter, 2013). Dit kan vooral het geval zijn bij jongeren van allochtone afkomst die loyaal willen zijn aan de ouders met hun traditionele waarden en normen maar hierdoor in conflict kunnen komen met hun autochtone vrienden en vriendinnen. Ook dit kan leiden tot stress en isolement of pesterijen.

De behandeling van stemmingsstoornissen

Elementen van de behandeling van depressie bij kinderen en jongeren zijn: psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie, e-mental health (internet) en medicatie (zeldzaam bij jeugdigen).

Psycho-educatie maakt ouders en kind/jongere bekend met de stoornis. Deze ondersteuning bestaat uit het geven van voorlichting en richtlijnen aan ouders en kind/jongere met betrekking tot aspecten van de stoornis. Adviezen over leefstijl zoals zorgen voor voldoende slaap, lichaamsbeweging en gezond eten kunnen in preventieve zin heel belangrijk zijn.

Cognitieve gedragstherapie

Deze blijkt een zeer effectieve interventie te zijn bij depressie. De therapie is vooral gericht op de aanpak van negatieve cognities. Centraal staat de herstructurering van de negatieve/depressieve (niet helpende) gedachten van de jongere. Deze worden omgebogen naar reële (wel helpende) gedachten. Deze cognitieve gedragstherapie vindt zowel individueel als in groepsverband plaats.

Interpersoonlijke therapie

Bij deze therapie gaat men er van uit dat depressie vaak gepaard gaat met interpersoonlijke relatieproblemen. Er wordt dan ook veel aandacht aan die relatie besteed. Aan de orde komen o.a. het aanleren van nieuwe sociale (en emotionele) vaardigheden en het zoeken naar succesvolle strategieën (communicatie, probleemoplossen) die ingezet kunnen worden om ervaren problemen het hoofd te bieden.

e-mental health

De laatste jaren zijn er veel internetsites ontwikkeld met on-line interventies voor jongeren met stemmingsstoornissen. Op deze sites kunnen jongeren in contact komen met

‘lotgenoten’ (o.a. via chatten), er is voorlichting te vinden, zelftests en zelfs behandeling door hulpverleners is mogelijk. Bekende sites zijn o.a:

1. www.gripopjedip.nl (o.a. online behandeling, tips, films) Leeftijd 16 – 25 jaar
2. www.zwaarweer.nl (o.a. adviezen, zelftest, chat)
3. www.pratenonline.nl (o.a. online behandeling)

Medicatie

Medicatie is bij kinderen en jeugdigen geen eerste keus. Men is voorzichtig hiermee vanwege de bijwerkingen. Bijwerkingen van SSRI's (selectieve serotonineheropname-remmers) kunnen lichamelijke symptomen en gedragsproblemen zijn (Verhulst, 2008). Bij de gedragsproblemen kan het dan gaan om agressie, ontremming, mogelijke manische ontremming, rusteloosheid en suïcidaliteit. Hoewel dit laatste nog onvoldoende is onderzocht, blijft men algemeen voorzichtig met het voorschrijven van medicatie bij jongeren. Slechts bij ernstige en recidiverende depressie en als andere interventies tot onvoldoende resultaat leiden, kan een keuze gemaakt worden voor medicatie. Dit zal altijd samengaan met andere hulpverleningstechnieken (zoals hier eerder beschreven werden).

Wat kan de school doen?

Leraren en vooral mentoren kunnen een belangrijke rol spelen bij het signaleren van deze problematiek bij leerlingen. Vaak zien we bij de leerlingen dat zij problemen laten zien op het gebied van werkhouding, dat zij veel van de instructie missen en nog maar weinig gemotiveerd zijn voor school en leren. Hun stemming kan wisselend zijn en verder zoeken ze weinig contact met leraar en medeleerlingen. Verder kunnen een bepaalde moeite die zij hebben met het voeren van een gesprek, geheugenproblemen en uiterlijke verwaarlozing opval-

Wat zeker niet gedaan moet worden door leraar en mentor is bemoederend en beschermend op treden naar de leerling en meegaan in de sombere stemming en negatieve ideeën

len. Om signalen van een stemmingsstoornis waar te kunnen nemen, is het goed dat men op de hoogte is van de symptomen zoals die eerder beschreven zijn in deze bijdrage. Worden bepaalde signalen en symptomen bij een leerling waargenomen, dan kan het goed zijn intensiever contact te zoeken met de leerling (en afhankelijk van de situatie en de ernst ook met de ouders) en te achterhalen wat er aan de hand is. Praat met de leerling over zijn gevoelens. Hiervoor is het wel van belang dat er een goede vertrouwensrelatie is met de leerling. Wordt de leerling misschien overvraagd? Is er mogelijk sprake van een leerstoornis waardoor enkel faal-ervaringen worden opgedaan? Beide ervaringen kunnen een negatieve invloed hebben op het zelfbeeld en zelfvertrouwen en leiden tot negatieve gedachten. Een andere belangrijke vraag is of er iets anders ernstigs heeft plaatsgevonden

in het leven van de puber (*life event*). Op deze manier kan een mogelijke trigger (uitlokker) van de depressieve gevoelens worden achterhaald.

Wat zeker niet gedaan moet worden door leraar en mentor is bemoederend en beschermend op treden naar de leerling en meegaan in de sombere stemming en negatieve ideeën. Blijf de leerling betrekken bij het onderwijs en sluit hem/haar niet uit van schoolfeestjes e.d. Wees verder alert op zijn/haar sociale functioneren. Het kan voorkomen dat deze leerlingen slachtoffer van pesterijen worden.

En verder:

- vraag wat haalbaar is
- toon begrip en positieve aandacht
- stel reële eisen wat betreft werk en gedrag
- zoek de sterke kanten van de leerling op
- zorg voor succeservaringen
- bied grotere taken aan in kleine ondelen
- help de leerling bij plannen
- betrek de leerling bij de instructie

Zorg voor een goed contact met de ouders en doe dat liefst in overleg met de leerling. Het gaat om een gezamenlijke verantwoordelijkheid bij het oplossen van de problematiek. Introduceer bij de leerling de verschillende on-line mogelijkheden. Bezoek eventueel samen met de leerling verschillende sites. Stel ook de ouders hiervan op hoogte.

Ten slotte kan de mentor een belangrijke en motiverende rol spelen bij een eventuele verwijzing naar professionele hulpverlening.

Referenties

Nji, (2015) *A-103: Stemningsproblemen*.

Geraadpleegd op 25052015:

www.nji.nl/nl/Databanken/Classificatie-Jeugdproblemen/Classificeren-met-CAP-J/A103-Stemningsproblemen

American Psychiatric Association (2014) *DSM 5 Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5*. Amsterdam: Boom Meeuwissen, Speetjens, Meije, Oud, Konijn, Belselse, Heemskerk, de Marez Oyens, Rozema, Selle & Stikkelbroek (2014) *Richtlijn Stemningsproblemen in de jeugdhulp*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Braams, T en Talma, T. (1999) *Kinderen en jongeren met een depressie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Slot, W. & Aken, M. van, (2013) *Psychologie van de adolescentie*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff

Stikkelbroek, Y., Bodden, D. en Bouman, H. (2013) D(o)epressie cursus: een groepsbehandeling voor adolescenten, In: Braet, C. & Bögels, S. (red.) *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten*. Amsterdam: Uitgeverij Boom

Rigter, J (2013) *Handboek ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Verhulst, F.C. (2008) *Leerboek Kinder- en Jeugdpsychiatrie*. Assen: Van Gorcum.

(advertentie)



Klein rekenonderzoek

In de dagelijkse schoolpraktijk loopt de leraar, de interne begeleider van de zorgverbreding of de remedial teacher aan tegen een 'rekenprobleem', waarvan hij of zij het vermoeden heeft, dat de wortels van het probleem wat verder in het verleden liggen. Met *Klein Rekenonderzoek* kunnen de leerkrachten van de groepen 3 t/m 8 op eenvoudige wijze rekenhiaten van een leerling opsporen en op basis daarvan een goed handelingsplan maken.

Auteur: Harry Janssens | 246 pagina's |

ISBN: 978-90-8708-080-8 | Adviesprijs: € 39.50