

# Een lastige puber, een gril of iets meer ?

**14 mei 2004**

Studiedag verzorgd door :

**Dr. Lut De Rijdt**

Kinder- en jeugdpsychiater  
Psycho-analytica  
Hoofd K-dienst UC Kortenberg

**Dr. Corine Faché**

Kinder- en Jeugdpsychiater  
Hoofd departement adolescenten  
Universitair Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie  
Antwerpen

Met als programma :

## **De 'normale' ontwikkeling**

- De adolescent (Dr. LD)
- De adolescent binnen het gezin (Dr. CF)

## **De pathologie**

- Alarmsignalen (Dr. CF)
- Internaliserende problematiek (Dr. CF)
  - Ontwikkelingsstoornissen (Dr. CF)
- Externaliserende problematiek (Dr. LD)
  - Psychose (Dr. LD)

## **De adolescent en de CLB-medewerker**

- Adviezen voor de praktijk
  - Casus

# Een lastige puber, een grill of iets meer ?

## 1. De normale ontwikkeling van een adolescent

### 1.1 De adolescent

Een schematische samenvatting van de uiteenzetting van dr. Lut De Rijdt

**Adolescentie** = ontwikkelingsfase tussen de latentiefase (lager school leeftijd) en de volwassenheid  
= 11 – 22 jaar

Enerzijds is er de lichamelijke rijping.

Anderzijds zijn er 2 ontwikkelingsopdrachten:

1. **verwerven van een volwassen seksualiteit**

= moeilijk en verwarrend proces: de adolescent herkent zijn eigen lichaam niet meer; zijn vertrouwde lichaamsbeeld past niet meer bij de realiteit.

In de adolescentie wordt het geslachtsverschil echt duidelijk en rijpt het lichaam "definitief" in de mannelijke of vrouwelijke richting. Alle mogelijkheden liggen niet meer open (in tegenstelling tot wat in de volksmond wordt gezegd). De adolescent wordt geconfronteerd met de beperkingen die het lichaam hem oplegt.

Het seksuele lichaam moet in zijn lichaamsbeeld worden ingeschreven.

2. **verwerven van een eigen identiteit:** de adolescent moet de waarden en normen van zijn ouders naar waarde oordelen en zijn eigen waarden en normensysteem vinden.

De positie van de adolescent is erg verschillend van de positie van een kind. Een latentiekind is duidelijk "kind van zijn ouders": wat er ook gebeurt, het ervaart steeds de almacht van de ouders. Dit verklaart de grote loyaliteit van kinderen t.a.v. hun ouders.

De adolescent moet in eigen naam leren spreken. Hij kan niet steeds terugvallen op zijn ouders.

Door de toegenomen cognitieve ontwikkeling zal de adolescent zijn ouders niet zomaar idealiseren. Hij kan op een realistische manier over zijn ouders nadenken: ouders blijken minder "super" en perfect te zijn dan hij dacht. Als ouders hun almacht verliezen is de adolescent ook een kind van minder perfecte mensen en dit heeft zijn belang voor het zelfbeeld van de jongere. Juist op dit moment dat alle houvast wegvalt, moet hij zijn identiteit vinden.

De adolescent denkt na over hoe de wereld is en zou kunnen zijn. Ze kunnen talrijke idealen koesteren maar tegelijk voelen dat ze er niet aan kunnen beantwoorden. Dit is een pijnlijk proces.

De adolescent moet deze opdracht realiseren in respect voor de "symbolische wet". Dit is de wet die iedereen overstijgt en waar iedereen zich aan hoort te houden. Het is de wet die aangeeft wat goed en kwaad is. De adolescent moet zijn geweten toetsen aan de symbolische wet.

De symbolische wet is niet "de wet van de sterkste". Ouders noch kinderen mogen de wet van de sterkste toepassen.

⇒ Dit veroorzaakt chaos bij de adolescent.

### De overlevingstechnieken zijn de volgende:

#### **De paranoïde- schizoïde fase:**

- De adolescent kan overleven door te uiten, de chaos naar buiten te brengen : de angst binnenin vermindert.
- De adolescent heeft de indruk dat alles tegen hem is, geen enkele fout ligt bij hem, maar ligt buiten hem. Denkt heel zwart-wit.
- De oorzaak van de chaos, angst en verwarring legt de adolescent niet bij zichzelf maar in de buitenwereld. De buitenwereld is oorzaak van de angst.
- De eigen verwarring gaan ze proberen bij de volwassene te projecteren, in de hoop ze kwijt te zijn. Ze proberen de gevoelens op te wekken bij de volwassene. (PS :als je je als hulpverlener open stelt, kunnen die gevoelens ook overgaan op jou)

Als de chaos niet naar buiten komt maar binnen blijft, ontstaat problematisch gedrag zoals bvb. suicide pogingen of kerven.

#### **De depressieve fase:**

- De adolescent krijgt inzicht: gaat zijn persoonlijk aandeel zien in zijn ontwikkeling
- De adolescent maakt balans op van gekregen en gemiste kansen
- De adolescent gaat rouwen over de gemiste kansen
- Het is een teken van maturiteit en gunstige evolutie van de adolescentaire ontwikkeling

Beide fasen zijn normaal en kunnen verschillende keren in elkaar overgaan.

De adolescentie levert de jongere een 2<sup>e</sup> kans om dingen op te nemen die vroeger fout zijn gelopen.

Het schept voor de adolescent en de (eventuele) hulpverlener een preventief potentieel.

Problemen die zijn ontstaan door een moeilijk verloop van eerdere ontwikkelingsfasen zullen in de adolescentie terug naar boven komen. De adolescent heeft hier een kans te corrigeren en bij te sturen eer de volwassenheid begint. Doet hij dit niet worden de problemen in de volwassenheid meegenomen en kunnen daar voor aberrant gedrag en gevoel zorgen.

### De dynamiek van de adolescentie is er één van continuïteit en ruptuur:

- **Continuïteit** betekent dat men zijn voorgeschiedenis meeneemt in de adolescentie. Die voorgeschiedenis wordt door de adolescent geëvalueerd en naar waarde geschat (dit kan nu door de toegenomen cognitieve mogelijkheden van de adolescent). De voorgeschiedenis bepaalt zo mee welk soort volwassene men wordt. Een aantal elementen worden in de eigen persoonlijkheid ingeschreven, andere aspecten worden verworpen.

- **Ruptuur** betekent dat men een aantal vertrouwde elementen uit zijn voorgeschiedenis moet loslaten o.a. het kinderlijke lichaam en de afhankelijkheid van de ouders.

**De normale ontwikkeling** veroorzaakt verwarring en deze verwarring en samengaande angsten kunnen tot uiting komen als "**symptomen**":

- Arrogant gedrag
- Tijdelijk de identiteit van een groep aannemen (gabbers, skaters,...) in afwachting dat ze een eigen identiteit ontwikkelen
- Immatuur gedrag, zwart-wit denken
- Geen inzicht in eigen aandeel
- Experimenteer gedrag
- ...

**Wat ouders en begeleiders kunnen doen:**

- Gedrag begrijpen vanuit de ontwikkelingsfase
- De adolescent immatuur laten zijn, hem de nodige tijd geven voor het ontrollen van de ontwikkelingsfase
- Begrip tonen voor de angsten en onzekerheid
- De dromen van een adolescent op een fijnzinnige manier in overeenstemming brengen met de realiteit
- De adolescent helpen rouwen om wat niet meer mogelijk is



## 1.2. De adolescent in het gezin

### Ouders blijven belangrijk !

Ouders hebben (nog) een bijzonder belangrijke rol te spelen in het leven / de ontwikkeling van een adolescent. Na een eerder rustige opvoedingsperiode van het lagere school kind, zullen ouders een belangrijke rol moeten / kunnen spelen in het vrijwaren en mogelijk maken van de adolescentaire ontwikkeling. Omgangsvormen, afspraken en vaardigheden tot dan toe gehanteerd en verworven, komen op de helling te staan. Na de initiële hechtingsfase moet de adolescent nu door een individuatiefase. Zonder ouders is geen individuatie mogelijk (cfr de normale adolescent).

In deze turbulente levensfase kunnen ouders de nodige veiligheid bieden en ze kunnen helpen in het dragen van de emoties bij de jongere. Ze moeten een klimaat scheppen waarin jongeren met vragen en ideeën terecht kunnen. Ouders ondersteunen een positief zelfbeeld. Ze kunnen een rol spelen in het helpen integreren van de interne en externe wereld.

**Leeftijdsgenoten zijn eveneens erg belangrijk** maar kunnen de ouders niet vervangen.

Adolescenten hebben verbondenheid met beiden (leeftijdsgenoten én ouders) nodig.

---

#### Ouders

- Jongeren richten zich tot hun ouders op zoek naar morele waarden, i.v.m. aspiraties, maatschappijopvattingen, schoolkeuzes
- De relatie tussen de adolescent en de ouders is ongelijkwaardig: er is een afhankelijkheid naast de verbondenheid

#### Leeftijdsgenoten

- Peers staan model voor elkaar (mode subculturen, taalgebruik, muziek,...)
- De relatie is gelijkwaardig. Ze kunnen exploreren. De jongere moet hier leren opkomen voor zichzelf

De jongere is loyaal aan beide domeinen en schippert continu tussen beide.

Als één van beide domeinen wat hapert of te sterk is, kan er op een ander domein wat worden bijgestuurd.

---

Figuur 1: Domeintheorie

### Interfererende factoren die storend kunnen zijn bij de adolescentaire ontwikkeling:

1. **De ontwikkelingsfase van de ouders**: ouders van adolescenten zijn doorgaans 40 à 50 jaar, volop in carrière en professionele ambities. Ze hebben / nemen minder tijd voor het gezin en denken dat de jongere onafhankelijker is en de ouders minder nodig heeft. De ouder kan te kampen hebben met een midlife crisis, moeder met overgang, prikkelbaarheid of neerslachtigheid.
2. **De ouders van de ouders worden ziek** en vragen meer zorg en tijd. Ouders hebben vragen over hun kind-rol tav hun ouders.
3. **De ouders** worden geconfronteerd met hun adolescent en staan stil bij hun **persoonlijke adolescentaire fase**. Als er bij de ouder een probleem was in de adolescentaire ontwikkeling dan kan dit een weerslag hebben op hoe de ouders zijn adolescent ziet.

Vb. moeders die dochters niet lossen; meisjes met talrijke psychosomatische klachten met veel schoolverzuim.

4. Ouders ervaren eerste **lichaamskwalen** en moeten aandacht naar eigen lichaam richten.  
Ook door stress kunnen ze zelf veel psychosomatische klachten ervaren.

**Al deze factoren kunnen maken dat het gezinssysteem gaat wankelen**, onafhankelijk van de lastige puber.

Niettemin zal de adolescent het gezinssysteem beïnvloeden, uittesten en onder druk zetten. Er zullen onvermijdelijk conflicten zijn.

De oudste in het gezin, een temperamentvolle jongere of een jongere met ADHD zullen allen stormachtiger puberen. Als een element in een (gezins-)systeem verandert, zal ook het gehele systeem veranderen. Het gezin moet dan een nieuw evenwicht vinden.

Door hun grote drang naar autonomie zal een adolescent niet graag advies vragen aan zijn ouders. Dit lokt bij ouders een gevoel van machteloosheid uit waardoor ze soms ten allen prijze willen ingrijpen om de jongere terug op het goede spoor te brengen.

### **Een gezin heeft 3 kernfuncties:**

1. **Cohesie.** Hier staat de verbondenheid en de identificatie met de groepsleden voorop.
2. **Adaptatie.** Het gezin is een veilige haven van waaruit kennis kan worden gemaakt met nieuwe omstandigheden. Het laat toe om een gedrag te ontwikkelen dat afgestemd is op zowel de externe (maatschappelijke) veranderingen als de interne veranderingen die men ervaart.
3. **Communicatie.** In het gezin leert men praten, luisteren, onderhandelen.

Bij deze 3 functies kunnen er nog 2 worden bijgevoegd:

4. **Individueeren**
5. **Emotionaliseren.**

Naargelang de sterkte van de onderlinge samenhang worden **gezinnen getypeerd**:

1. **Het kluwengezin** heeft een sterk "wij"-gevoel. Het is er moeilijk om een eigen ik te vormen.
2. **gezin-in-verbondenheid** biedt wel mogelijkheid tot individueren. . Er is een emotionele samenhang maar er is toch ruimte voor individuele verschillen.
3. In **het onafhankelijk gezin** gaat ieder zijn eigen weg, wetend dat er een gemeenschappelijke basis is.
4. Het **los-zand-gezin**

Het gezinssysteem heeft te maken met **opvoedingsstijl**. Het begrip 'opvoedingsstijl' verwijst naar de mate waarin ouders eisen stellen, grenzen trekken en open staan voor de behoeften van hun kinderen. Alle elementen hierin zijn belangrijk, maar het blijft een moeilijke evenwichtsoefening voor ouders.

Adolescenten kunnen door hun gedrag een bepaalde stijl uitlokken, waardoor ouders aan overshooting kunnen doen.

1. **De autoritaire ouders** stellen veel eisen en hebben eerder weinig inlevingsvermogen naar het kind. De ouders verwachten enerzijds veel onafhankelijkheid van hun kind (ze moet veel zelfstandig kunnen) maar anderzijds zijn ze erg beperkend, grensoplegend. Hierdoor zit kind in conflict met zichzelf: zelfstandigheid versus beknotting en ontstaat er verwarring.
2. **De verwaarlozende ouder**: Bij deze opvoedingsstijl vindt men veel probleemjongeren terug. Ouders hebben geen inlevingsvermogen maar stellen ook geen grenzen.
3. **De verwennende ouders** zijn overmatig geïnteresseerd in hun kinderen maar geven tegelijk geen grenzen aan. De adolescent ervaart weinig / geen weerstand waardoor hij geen autonomie kan verwerven. Het individueren gaat 'te gemakkelijk': hij heeft niets om tegen te strijden. Er is een verminderde prestatie - motivatie.
4. **De autoritatieve democratische ouder** stelt eisen en grenzen maar ondersteunt begripvol. Dit is de ideale opvoedingsstijl. Er blijkt een positieve correlatie te zijn tussen de hechtingsfase in de kindertijd en de mate van steun die adolescenten ervaren.



## 2. De pathologie

### 2.1. Alarmsignalen

Het is erg moeilijk om bij 'storend' of afwijkend gedrag van een adolescent het onderscheid te maken tussen een expressie van de normale adolescentaire ontwikkeling en een **pathologische ontwikkeling**. De leerkracht of de CLB-medewerker kunnen alert zijn voor **'alarmtekens' die kunnen blijken uit het gedrag op school of thuis**. Hieronder volgt een greep uit de vele...

1. Een aanvankelijk open en sociaal persoon die zich in zichzelf gaat keren, introvert wordt
2. Dalende schoolresultaten bij aanvankelijk goede leerling
3. Concentratieproblemen die er voorheen nooit zijn geweest
4. Weglopen, spijbelen, langdurig schoolverzuim
5. Stelen, vandalisme, acting-out, delinquentie
6. Automutilatie
7. Sterk negatief zelfbeeld dat kan blijken uit klasgesprekken of sommige lessen (leefsleutels) of dat blijkt uit opstellen, gedichten of andere geschriften.
8. Wanneer een jongere die zich erg veel zorgen maakt over zijn ouder(s). Als de eigen vrije tijd wordt beknot of in gedrang komt door zorg voor de ouder.
9. Rolomkering: leerling die zich naast of boven leerkracht plaatst. Soms zijn jongeren erg zorgend voor leerkrachten.
10. Onvermogen tot omgaan met emoties, onvermogen tot controle van emoties: lachsalvo's, huibuien, angstaanvallen in de klas.
11. Een chaotisch of oninvoerbaar denkpatroon.  
Plotse gevoelsveranderingen zijn normaal bij adolescenten, maar soms is de gedachtengang niet meer coherent of adequaat.
12. Extreem dwangmatig denken. Extreme rigiditeit. Vanuit een rigiede idee dysfunctioneren.  
Zwart-wit denken is normaal, doch als de jongere er blijft in vast hangen : niet OK.
13. Het moeilijk opbouwen van (intieme) relaties met peers, leerkrachten.  
Promiscue gedrag stellen
14. Ontbreken van normaal adolescentengedrag: te meegaand, te sterk idealiseren van volwassenen.
15. Extreme angsten en fobieën (bvb.schoolfobie).
16. Uitgesproken perfectionisme: uren aan schooltaken werken en herwerken.
17. Langdurige psychosomatische klachten
18. Extreme moeheid ( te onderscheiden van druggebruik)

## 2.2. Internaliserende problematiek

### **Depressie**

+/-20 % van de jongeren hebben op einde van hun adolescentie reeds een depressie doorgemaakt.

Meisje / jongen = 2/1

Er is veel co-morbiditeit: associatie met angststoornissen, gedragsstoornissen, ADHD, middelenmisbruik, leerproblemen en hoogbegaafdheid.

#### **Soorten depressie:**

##### 1. **Unipolaire** vormen van depressie

➤ **Majeure depressie:** Hier is eerder sprake van prikkelbaarheid dan van een depressieve stemming zoals die bij volwassenen wordt gezien. De adolescent is prikkelbaar gedurende het grootste deel van de dag en ongeveer dagelijks. Doch de stemming kan heel wisselend zijn : prikkelbaarheid frequent afgewisseld met een uitgelaten, onbesuisde stemming (bvb. plots blij na een telefoontje ...) Daarom ook is het zo moeilijk te herkennen.

Er is verminderd plezier en interesse in de dagelijkse activiteiten. Zowel gewichtsverlies als gewichtstoename zijn mogelijk en er is een preoccupatie met het lichaam.

Slaapproblemen, psychomotore agitatie of remming, gedaalde concentratie komen ook voor.

Besluiteloosheid, zich geen mening kunnen vormen, introvert. Gevoel van waardeloosheid en

schuldgevoelens. In plaats van deze gevoelens te projecteren naar anderen, (ver)wijten ze alles

aan zichzelf. Doodsgedachten kunnen blijken uit tekeningen, gedichten; idealiseren van de dood.

8 % Van de adolescenten maakt dit door.

##### ➤ **Dysthymie (8%)**

Prikkelbaarheid zoals bij de majeure depressie maar het duurt minstens 1 jaar en er komen ook minstens 2 symptomen van de majeure depressie bij.

Dysthymie wordt vaak geïnterpreteerd als de ontmoedigde adolescent die zijn ontwikkeling niet verder wil doormaken.

De stemmingsschommelingen zijn feller bij adolescenten dan bij volwassenen. Het is daarom moeilijker te onderscheiden van de bipolaire stoornis.

Adolescenten zijn heviger. Er zijn meer vlucht- en vechtreacties, meer opvliegendheid en prikkelbaarheid.

Ze zullen in het kader van een depressie gemakkelijker naar middelen grijpen dan volwassenen. Meer

hallucinaties: eigen gedachten worden als vreemd ervaren; eigen lichaam wordt als vreemd ervaren.

Eigen beperkingen kunnen in waanbeelden, stemmen worden omgezet.

##### 2. **Bipolaire stoornissen:** manische en hypomane periodes wisselen elkaar af

8% van de bipolaire beelden zouden rond de 14 jaar reeds voorkomen. Wordt nauwelijks herkend omdat

het wordt verward met de 'mood-swings' die eigen zijn aan de adolescent. Abnormale prikkelbaarheid,

grootheidsgedachten, weinig slaapbehoefte, spraakvloed, gedachtenvlucht, grote afleidbaarheid, enorme

agitatie. Adolescenten hebben sneller paranoia, achterdocht.

## ***De angststoornis***

Angsten zijn normaal in de adolescentie.

De aard van angst die mensen in een levensperiode ervaren evolueert met de leeftijd. De chronologische leeftijden kennen hun 'typische' angsten. Van eerder diffuse angst, spanning bij foetus en baby evolueert dit naar welomschreven angsten in specifieke situaties. Angsten lopen samen met het ontwikkelingsniveau en de ontwikkelingstaken van een kind en jongere.

Prenataal	Fysiologische voorlopers van angst
- 3 maanden	Fysiologische reacties, niet object gebonden
3-6 maanden	Schrikreacties, wel object gebonden
6 m – 2 jaar	Angst voor vreemden; separatie-angst /in koppigheidsfase
2 – 3,5 jaar	Angst voor liefdesverlies; angst voor straf
3,5 – 6 jaar	Angst voor verlies van lichaamsintegriteit; angst voor dieren, voor donker
5,5 -	Gewetensangst; sociale angst en andere specifieke angsten

De angsten die een adolescent ervaart is een heropflakking van alle voorgaande angsten na een rustige latentiefase. Er heeft een terugkoppeling plaats naar de perioden voor de latentiefase.

Angsten die toen moeilijk doorwerkt werden, steken in de adolescentie terug de kop op.

Dit is een normaal gegeven! Sociale angsten, angst voor veranderend lichaam, separatieangst, de vervreemding in hem, angst voor school, angst voor kleine lokalen,...zijn allemaal normaal.

**Pas wanneer die angsten erg uitgesproken zijn, frequent aanwezig zijn, dat er moeizaam herstel komt van de angst en dat er niet meer behoorlijk wordt gefunctioneerd, dan zijn de angsten niet meer normaal.**

Er zijn ook heel wat incestueuze verlangens die aan de basis liggen van de angsten (cfr het verwerven van een eigen sexueel lichaam) en dit geeft verwarring en vervreemding. Het komt vaker voor bij meisjes.

Separatie-angststoornis is een diffuse angststoornis t.a.v. allerlei zaken.

Schoolfobie komt vaak voor.

Sociale fobie

Anticipatie-angst: een angstige ervaring in het verleden maakt dat elke gelijkende situatie reeds angst uitlokt zonder dat er iets speciaal gebeurt (angst voor de angst)

Paniek aanval met hyperventilatie: zeer frequent op school en op speed!

Posttraumatische Stress Stoornis

## ***Post-traumatische stressstoornis***

= is een specifiek angststoornis na een schokkende of traumatische ervaring.

### **Wat is traumatisch?**

Een gebeurtenis of reeks van gebeurtenissen die dood of ernstig letsel inhouden of een bedreiging van de fysieke integriteit van de persoon of anderen teweeg brengt.

Vb. auto-ongeval, verkrachting, diefstal, ..

Niet elk traumatisch voorval geeft aanleiding tot een PTSS:

1/3 reageert niets

1/3 **Acute PTSS**: enkele dagen gestoord functioneren (max 1 maand)

1/3 **Chronische PTSS**: duurt maanden tot jaren.(> 1 maand) (= échte PTSS)

Er is veel herbeleving van het trauma n.a.v. triggers (= uitlokkende factoren). Triggers zijn situaties, auditive, visuele of olfactice prikkels, die aan de gebeurtenis doen denken, waardoor het trauma wordt herbeleefd. Komt ook terug in nachtmerries. Er komen ook lichamelijke, fysiologische reacties (bv. zweten, rood worden, hartkloppingen) bij confrontatie of prikkels die verwijzen naar het gebeuren. Gevolg is dat de prikkels (of zelfs vermoedelijke prikkels) fysisch worden vermeden.

Er is ook een psychisch vermijden: dissociatie (= afsplitsing tussen lichaam en gedachten). Een chronisch getraumatiseerd persoon gaat (onbewust) dissociëren op moment dat hij prikkels ervaart die hem aan het trauma doen denken. Deze mensen zijn voortdurend waakzaam voor prikkels (bv. iedereen bekijken, deur in de gaten houden). Gaan moeilijk slapen wegens hoge waakzaamheid.

## ***Dwangstoornissen***

De obsessief compulsieve stoornis komt vaak voor bij adolescenten.

Dit uit zich in dwanggedachten en dwanghandelingen. Deze jongeren zijn bijzonder net, perfectionistisch, symmetrisch; dwanggedachten met getallen.

Dwanggedachten slaan snel om in dwanghandelingen (tellen van treden, aantal woorden in een antwoord moet gelijk zijn aan het aantal antwoorden in de vraag, ...). Adolescenten zijn hierom erg verlegen en zullen het spontaan niet snel ter sprake brengen. Er kunnen ook terugkomende seksuele fantasieën zijn.

## ***Eetstoornissen***

Hier verwijzen we graag naar de uitgebreide informatie die te vinden is in het draaiboek voor gebruik in de CLB. Dit draaiboek kan u downloaden via volgende link.

[www.eetstoornis.be/pr\\_project2\\_VI\\_Gemeenschap\\_draaiboekCLB.htm](http://www.eetstoornis.be/pr_project2_VI_Gemeenschap_draaiboekCLB.htm)

## **2.3. Ontwikkelingsstoornis**

### ***Autisme Spectrum Stoornis***

20/10000 jongeren; prevalentie stijgt.

De diagnose is niet gemakkelijk te stellen wegens gebrek aan objectieve criteria.

Wel 3 factoren aanwezig:

1. Kwalitatieve tekortkoming in de sociale interacties
2. Kwalitatieve tekortkoming in de communicatie
3. Een repetitief en stereotiep gedragspatroon

## 2.4. Externaliserende problematiek

### *Enkele algemene noties*

Het verwijst naar alle pathologie waar de conflicten niet mentaal, in woorden of symptomen worden uitgedrukt maar wel naar buiten worden geprojecteerd als gedrag.

= delinquentie, automutilatie, weglooptgedrag, middelenmisbruik...

Steeds het gedrag kaderen in de adolescentaire ontwikkeling = uitdaging!

Denk na over de relatie die er bestaat tussen de frustratietolerantie en denken.

De jongeren hebben een geringe frustratietolerantie.

De beste manier om agressie-uitingen te verminderen, is de frustratietolerantie te vergroten en zo jongeren te helpen denken.

Als algemeen principe kan gelden dat zolang een jongere bevredigd is in zijn behoeften, hij niet nadenkt want er is geen noodzaak om te denken. Pas als er een frustratie ontstaat en deze frustratie kan gedragen en verdragen worden, kan er een gedachte ontstaan. Om te kunnen denken moet men een frustratie even kunnen verdragen en moet dus de frustratietolerantie worden verhoogd. Dit is niet zo gemakkelijk.

Hoe verhoog je de frustratietolerantie?

Door er te zijn wanneer de frustratie groot is of nadien als het gedrag er geweest is, met de jongere erover na te denken.

#### Regel van 3:

1. stel duidelijk een grens
  2. sanctioneer wanneer de grens is overschreden
  3. bespreek welke de gevolgen zijn van het gedrag voor de jongeren en voor de anderen
- M. De Veugele

De jongeren onderwerpen zich niet aan de symbolische wet.

Ze moeten merken dat de volwassenen ook aan die wet onderworpen zijn. Iedereen heeft zich te onderwerpen aan de wet. De volwassene kan de wet niet personifiëren ("omdat ik het zeg, moet het zo") anders komt men in een machtsstrijd met de jongere. Dan ervaren ze wetten als om hun te pesten en komt er wraak.

Als een jongere zich gedurende de hele adolescentie tegen de symbolische wet blijft verzetten, wordt dit nog erger in de volwassenheid.

De relatie tussen een jongere en school/thuis/instelling kan zo verzuurd zijn dat een time-out noodzakelijk is. Ook hier moet duidelijk zijn dat een time-out geen straf is maar wel een gelegenheid om leegte terug te vinden om te gaan nadenken. "We zijn met u begaan maar je moet je even terugtrekken om te gaan nadenken hoe je verder wil". 'Time-out' is geen afwijzing, wel even weg uit de conflictueuze omgeving. De jongere kan zich dan anders gaan voelen. Als de jongere rust vindt, kan het verlangen groeien om terug te komen in de groep; vice versa kan de groep terug bereidheid krijgen om de jongere in op te vangen.

## ***Delinquentie***

80% Van de jongeren maakt zich wel eens schuldig aan delinquent gedrag: vandalisme, stelen, liegen.

Men moet onderscheid maken tussen gedrag dat een enkele keer optreedt als alarmsignaal en persisterend gedrag dat al meer is ingeschreven in de persoonlijkheid van de jongere.

Delicten worden meestal in groep gepleegd. Het eigen geweten dat moet worden ontwikkeld, verdwijnt in de groep ten voordele van het groepsgeweten waaraan de jongere zich ondergeschikt maakt. De jongere gaat dan niet meer voor zichzelf denken.

In het geval van delinquentie houdt de jongere zich niet aan regels. Er is weinig empathie naar anderen; ze nemen wat ze kunnen krijgen en hebben vaak een problematisch schuldgevoel (t.t.z. er is er geen).

### **Mogelijke oorzaken:**

- Er is een genetische factor
- Affectieve verwaarlozing en misbruik
- Er is ook een culturele context: er wordt opgevoed tot overtreden van de wet.
- Er is een symbiotisch-perverte relatie tussen moeder en zoon. Moeder verkneukelt zich in wat zoon allemaal durft en sluit vader uit. Als vader er dan is, dan stelt hij zeer arbitrair de wet en gebruikt de wet van de sterkste.

Middelenmisbruik is vaak het gevolg van delinquent gedrag maar niet de oorzaak.

### **Aanpak**

Delinquenten jongeren zijn moeilijk te beïnvloeden. Toch moet men proberen in beginstadium van delinquent gedrag in te grijpen of bij occasioneel delinquent gedrag.

### **Moeilijkheden:**

- Er is weinig lijdensdruk én gedrag onder ogen zien, veroorzaakt nu net pijn. Dit mag niet snel gaan. Elke spanning/pijn werd zonder nadenken naar buiten geduwd. Als we jongeren hierover moeten leren nadenken dan moeten ze de spanning even binnen leren houden, naar binnen leren kijken en de pijn verdragen.
- Afscheid nemen van de 'gang' is erg moeilijk omdat de jongeren dan moet loslaten wat hij heeft en wie hij is in die groep.
- Als je alles naar buiten duwt, is er geen inhoud. Er is zeer weinig fantasie, creativiteit, dromen en toekomstperspectief; Het 'mentaal bezig-zijn', het dromen zal vaak in de therapeutische contacten moeten ontstaan.
- Vaak grote loyaliteit naar ouders toe.

### **Werkzame factoren:**

- Als de jongere oprecht contact heeft met eigen gevoelens zoals berouw, schuldgevoel,.. dan is dit prognostisch gunstig.
- een authentiek verlangen om uit de vicieuze cirkel te geraken
- angst voor straf

## ***Wegloopgedrag***

Wegloopgedrag kan **verschillende betekenissen** hebben:

- Weglopen van een misbruiksituatie thuis: weglopen is dan het enige mogelijk signaal.
- Een separatiepoging uit een verstikkend milieu: maakt duidelijk dat verwachtingen van de ouders niet haalbaar zijn. Het weglopen forceert een ruimte voor de jongere.
- Uitageren van delinquent gedrag door naar de 'gang' te lopen en zich daar uit te leven om later terug te keren.
- In kader van een depressie, het verlangen om 'weg' te zijn
- Gaan dolen in bos, in suïcidaal verlangen. Moet meer ongerustheid uitlokken.

### **Waar loopt jongeren naartoe? (dit is een belangrijk gegeven)**

- Velen zijn blij als ze worden teruggevonden.  
Als een jongere (steeds) wegloopt naar een verlaten plek of spoorweg : onrustwekkender
- Het kan een uitdrukking zijn van een ambivalente autonomie.
- Het blijft een teken dat er iets fout loopt

### **Aanpak**

Bespreek de betekenis van het weglopen. Als het gaat om ruimte te forceren dan moet hen een eigen ruimte worden gegeven. We moeten jongeren niet voortdurend in het oog houden; ze hebben nood aan 'gezonde' (niet door weg te lopen) ruimte om hun ontwikkelingsopdrachten uit te voeren (cfr de normale adolescent)

De onderliggende problemen moeten worden aangepakt.

### ***Automutilatie***

Bij automutilatie gaat het meestal om kerven en zijn de letsels eerder oppervlakkig

De jongere voelt een drang om te kerven maar is tegelijk bang voor littekens.

Het is eerder zeldzaam dat een jongere diepere verwondingen maakt die zware littekens nalaat of dat er ernstig verbrand wordt met sigaretten.

Het komt epidemisch voor.

In onze cultuur is er fascinatie voor automutilatie (cf. theater)

De betekenis is vaak moeilijk te achterhalen.

Jongeren vertellen vaak dat het gemakkelijker is om fysieke pijn te verdragen dan emotionele pijn of diffuse spanning. Fysieke pijn is ook goed te lokaliseren.

Na het kerven ervaart jongere een grote ontspanning.

Het zien vloeien van bloed kan sommige jongeren ook rustig maken.

Op moment van kerven stopt het denken en het lijden.

Door te snijden tracht de jongere zijn lichaam zelf te 'maken' (maakbaar maken van wat niet maakbaar is, nl. je eigen lichaam). Het is tegelijk een aanval op het gehate seksuele lichaam.

### **Positieve factor in de behandeling:**

- angst voor littekens



### **Negatieve factor:**

-met littekens te koop lopen.

Het onder ogen brengen van de blijvende littekens is zeer pijnlijk, maar zet de jongere aan tot denken. Ze moeten leren conflicten verwoorden.

Het is niet zo belangrijk om een juiste interpretatie te geven van waarom er wordt geautomutiseerd. Belangrijker is het om de jongere woorden te geven om zijn gedachten te laten formuleren.

Men kan ook gedachten laten circuleren die inspirerend kunnen zijn : wat nu ondenkbaar is , is later misschien wel denkbaar en bespreekbaar.

De aandacht moet verder gaan dan de aandacht voor het lichamelijke. Het is belangrijk dat ze voelen dat ze aandacht krijgen buiten de kervingsperiodes.

Je moet beveiligen zonder intrusief te zijn en zonder de verantwoordelijkheid van de adolescent over te nemen. Hier is de ontwikkelingstaak : zelf zorgen voor eigen lichaam. Je kunt het niet voor hen doen.

### ***Middelenmisbruik***

Middelengebruik / -misbruik kan zich uiten in veranderingen in stemming: depressie, euforie; in cognitie : concentratiestoornissen; in gedrag ; lethargie, ontremming,...; psychotische symptomen.

Bij adolescenten is de kans op co-morbiditeit bij verslaving groter dan bij volwassenen.

Aanpak: info geven bij het begin van de adolescentie.

Als een jongere gebruikt is het belangrijk contact te houden en te wijzen op de gevaren zonder te moraliseren.

Voor scholen is het belangrijk dat er duidelijke regels worden gesteld. Je kan niet verhinderen dat een jongere gebruikt en zichzelf zo schade toebrengt, maar er kunnen wel duidelijke afspraken zijn voor thuis, op school,... Hier worden geen drugs genomen en er zijn sancties voorzien indien de regels worden overtreden. Regels moeten strikt worden opgevolgd en men moet consequent handelen. (dus : je kunt niet zeggen : je mag dit niet, maar je kunt wel zeggen: je mag niet bij mij thuis en niet op school ...)

Oorzaken moeten worden aangepakt: verveling, leegte. Zoals delinquente jongeren leven deze jongeren eveneens in de onmiddellijkheid.

Als een adolescent een veelzijdig en goed gevuld en creatief leven heeft, moet men niet zo ongerust zijn als er wordt geëxperimenteerd met drugs. Het zijn de jongeren die zich vervelen, leeg zijn en die ontdekken dat het er met drugs beter uitziet, daar is het risico op verslaving groot.

## 2.5. Psychose

Psychose moet duidelijk onderscheiden worden van schizofrenie. Deze laatste term is gekend door jongeren en men moet zich hoeden voor voorbarige diagnoses.

Als iemand hallucineert, valt snel het vermoeden van schizofrenie. Een jongere mag geen etiket opgeplakt krijgen, omdat dit vaak ingaat tegen de ontwikkelingstaak, -kansen van een adolescent : hij kan niet meer zelfstandig ontwikkelen, hij zoekt nl. op wat 't etiket betekent en hij is dan dit etiket. Dit kan niet de bedoeling zijn. Iemand valt niet samen met zijn ziekte: vb. men is geen schizofreen, men heeft schizofrenie.

Voor schizofrenie moeten de symptomen minstens 6 maand aanwezig zijn.

Bij een 1<sup>e</sup> opstoot van wanen kan men dus nog niet spreken van schizofrenie.

### Klinisch beeld :Elke psychose heeft 3 fasen:

- **de prodromale fase** : is erg belangrijk voor adolescenten. Het gaat de psychose vooraf. De symptomen zijn erg aspecifiek. Deze fase kan tot 1 jaar duren.  
In deze periode kan een jongere zich bizar gedragen. Niettemin leert de ervaring dat dit gedrag niet wordt bevestigd. Jongeren zijn erg bang dat ze zot aan het worden zijn en zullen zelden of nooit hun gedrag ter sprake brengen of in vraag stellen. Er is besef en grote angst bij begin van een psychose.  
Vroegdetectie is bijzonder moeilijk. Bizar gedrag of oninvoelbaar affect zijn toch alarmtekens.  
Label nog niet maar luister en ga contact aan met de jongere: geef een kans om erover te praten, laat voelen dat je iets ziet, laat zien dat je erover wilt praten en dat je er zelf niet bang van bent om erover te praten. Als de jongere bij jou enige angst voelt, zal hij niet durven praten
- **de psychose zelf**:  
De centrale symptomen zijn niet de wanen en hallucinaties maar wel de formeel denkstoornis en een gestoorde realiteitstesting. De band met de realiteit wordt losgelaten en de jongere creëert een andere realiteit.  
Wat men vaststelt is : een incoherent spreken, wijdlopieg spreken, associatief denken, een niet meer te volgen gedachtengang, soms taalarmoede of heel vertraagd denken, neologismen (alsof de dagelijkse taal niet voldoet om zich uit te drukken) of ze nemen de taal zeer letterlijk op. Soms erg lege taal: door te praten houdt de jongere nog contact met de realiteit.  
Wanen en hallucinaties zijn secundaire symptomen. Het is een investering vanwege de jongeren in een nieuwe realiteit (leegte wordt opnieuw gevuld). Er zijn zeer diverse wanen: paranoïde wanen en afstammingswanen, grootheidswanen. In de beginfase bij adolescenten is de oorsprong van de wanen soms nog wel te reconstrueren en te achterhalen. Het heeft nog een duidelijke symboliek die traceerbaar is (later niet meer).  
Er is gedesorganiseerd gedrag: hygiënische verwaarlozing, schrokkerig eten, gestoord lichaamsbeeld, vindt het eigen lichaam vies.
- **Restfase** : bij een succesvolle behandeling (medicatie en gesprekstherapie) blijven er toch nog symptomen. Men moet alert blijven voor een nieuwe opstoot. Een voortekenen zijn de slaapmoeilijkheden of het optreden van negatieve tekens zoals passiviteit.

### Prognostische factoren:

- hallucineren en wanen (positieve symptomen) geven een ingangspoort om over te spreken en een verandering op gang te brengen
- negatieve symptomen zijn passiviteit, traagheid, in niets zin hebben. Dit is therapeutisch moeilijkst aan te pakken.
- Prognostisch negatief is als de psychose erg incideus ontstaat. Er is een betere uitkomst als er een duidelijke aanleiding is voor de psychose.

### 3. De adolescent en de CLB-medewerker : adviezen voor de CLB-praktijk

#### Leerling-leerkracht-CLB

De leerkracht is een eerste en vertrouwde contactpersoon voor een leerling. Leerkrachten moeten veel functies opnemen, ook het opvangen van jongeren met problemen. Soms weet een leerkracht niet hoever hierin te gaan. Soms gaan leerkrachten te ver in hun investering. Het persoonlijk leven van een leerkracht (of gelijk welke hulpverlener) mag niet worden gehinderd door de hulpverlening die hij / zij biedt. De grenzen moeten door de hulpverlener goed worden bewaakt.

In het kader van de normale adolescentaire ontwikkeling kan het gebeuren dat een jongere in een leerkracht een betere vader, moeder of vriend zoekt of dat hij / zij erotische fantasieën heeft t.a.v. de leerkracht. Een leraar moet echter zijn functie van leraar nog kunnen uitoefenen. Wanneer de relatie leerkracht-leerling ontspoord of wanneer er verkeerde verwachtingen ontstaan, kan de CLB-medewerker de rol van een neutrale, structurerende derde opnemen. Als CLB-er is het makkelijker meer afstand te nemen.

Soms is er afwijzing van de leerkracht. Dan is het geruststellend dat de jongere nog terecht kan bij het CLB.

Een diagnostische kijk van de CLB-medewerker kan belangrijk zijn om de leerkracht bij te staan.

#### Hoe kan men zich positioneren t.a.v. de adolescent?

1. **Een vertrouwensrelatie** opbouwen met een adolescent is moeilijk want hij zit in een fase van streven naar autonomie waarin men hulp moeilijk kan aanvaarden. Jongeren zullen niet gemakkelijk toegeven dat het niet gaat. Ze kunnen op arrogante manier tonen dat ze geen hulp nodig hebben, dat je onnozel bent. Er is dus veel geduld voor nodig om een vertrouwensrelatie op te bouwen.  
Creëer ruimte voor een gesprek. Laat voelen dat je merkt dat er iets aan de hand is, dat je bereid bent erover te spreken, zonder dwang. Laat je niet verleiden tot de rol van intrusieve ouder.
2. **Wees authentiek!** Jongeren voelen zeer snel je gevoelens zoals paniek of een waardeoordeel. Probeer niet te sussen of te paaien. Durf gewoon te luisteren zonder zelf bang te zijn. Men kan niet veronderstellen dat een adolescent zijn eigen schroom en angst overwint als we als hulpverlener zelf bang zijn voor wat we te horen kunnen krijgen. Dit is erg moeilijk als er bvb. suicidegedachten zijn of wanneer je erg onder druk staat om te handelen bij psychotisch-bizar gedrag.  
Probeer niets te verdoezelen. Confronteer met de problemen, loop niet rond de chaos; ga niets uit de weg.
3. Maak **eerlijke en duidelijke afspraken** rond wat de school van hem verwacht en wat de adolescent van de anderen (leerkracht, CLB, ouders,...) kan verwachten. Qua privacy, tijdsinvestering, "geheimhouding".
4. Er is steeds het **2-luik: de jongere als individu en de jongere op school**.  
Enerzijds meldt de jongere zich met een probleem waarvoor men begrip kan tonen en invoelend kan zijn.  
Anderzijds mag de jongere zijn verantwoordelijkheden op school niet ontlopen door overdreven te focussen op het eerste luik.  
De school moet wel oog hebben voor de belangrijke problemen maar een jongere moet zich

aan bepaalde regels kunnen houden, zich in een groep kunnen handhaven, in de klas kunnen zitten, aan de taken kunnen deelnemen. Als dit niet meer kan moet men zich afvragen of de jongere nog op school kan blijven.

Een jongere hoeft er niet persé door te zijn bij de examens maar hij moet wel kunnen meedoen zonder de eigen ontwikkeling en die van zijn klasgenoten in het gedrang te brengen. Het komt er dus op neer dat een leerling toch qua leerstof en opdrachten een minimum aantal taken moet kunnen opnemen. Afwijkend gedrag, bvb. herhaalde suicidepogingen, kunnen klasgenoten zodanig belasten dat het voor de groep niet meer draagbaar wordt.

5. **Doorverwijzen, wanneer?**

Men moet de afweging maken tussen de nood aan psychotherapie voor de jongere en eventueel het gezin versus het functioneren op school.

CLB moet bewaken dat de jongere kan functioneren op school maar tegelijk kunnen er ernstige problemen zijn. Dan moet er wat ruimte voor reflectie worden gecreëerd: "wat met de toekomst, met zijn leven?"

Deze combinatie moet mogelijk blijven. Als het dagelijks functioneren in het gedrang komt, moet een therapeut worden ingeschakeld. Een diagnostisch advies kan ook zinvol zijn. Een intensievere therapie kan nodig zijn om uit de residentiële therapie te blijven.

6. **Een therapie kan niet worden afgedwongen.** Zonder inzet en motivatie van de jongere zelf is therapie niet mogelijk. Een adolescent moet gemotiveerd geraken voor therapie. Daar kan CLB belangrijk zijn.

7. **Opname** dringt zich op als de jongere absoluut niet meer kan functioneren ondanks inspanningen van de school en een eventuele ambulante therapie.

## **Hoe kunnen ouders of derden worden betrokken?**

Let op voor een te strakke coalitie met de adolescent.

### **Beloof nooit algehele geheimhouding.**

Hou rekening met de loyaliteit van de adolescent naar zijn ouders niettegenstaande de kritiek die hij op hen kan formuleren. De ouders blijven belangrijk en ga niet mee in het verwerpen van de ouders zoals de jongere dat doet.

### **Wanneer ouders betrekken bij een vraaggestuurde werking?**

#### **Adviezen i.v.m. vertrouwelijkheid bij het werken met jongeren > 12 jaar**

Als basisprincipe geldt dat alles wat wordt gezegd vertrouwelijke informatie is die niet verder wordt gedeeld; er zijn echter belangrijke uitzonderingen:

1. de jongere is **een gevaar voor zichzelf**: vb. sterk automutileren, zelfmoordgevaar, anorexia, medicatie en drugmisbruik...
2. de jongere is **een gevaar voor anderen** vb. moordfantasieën en moordplannen, misbruiken of mishandelen van andere jongeren
3. wanneer **een andere de jongere misbruikt, mishandelt of in gevaar brengt**; wanneer de jongere sterk gepest wordt.

In deze gevallen moeten we **actie ondernemen maar wel steeds met medeweten van de jongere**.

De jongere wordt over deze 3 uitzonderingen ingelicht van bij de start van de gesprekken en over het feit dat er dan stappen zullen worden ondernomen.

Welke stappen er worden ondernomen, is afhankelijk van wat er wordt gezegd.

Indien er stappen worden ondernomen, krijgt de jongere inspraak in de methode waarop dit zal gebeuren. Bij ernstig zelfmoordgevaar moeten de stappen dringend worden gezet, ouders dringend worden ingelicht. In andere situaties kan de adolescent tijd krijgen om na te denken over de methode waarop de ouders worden ingelicht en de timing ervan. Hij kan ook zelf de ouders inlichten waarna het gesprek met de ouders kan worden opgenomen.

De jongeren moeten vooraf de krijtlijnen van de relatie kennen.

Ook is het goed aan te geven 'Je kent me nog niet ... je zult me niet zomaar vertrouwen' De jongere moet de CLB-medewerker 'leren' vertrouwen. Dit vertrouwen heb je niet direct. Het vertrouwen zal je moeten verdienen en de jongere zal je op de proef stellen. Hij zal je checken en uitdagen. Hou je echter aan de 3 afspraken. Het is dan de verantwoordelijkheid van de jongere te beslissen wat die ermee doet.

Het is belangrijk dat ook de ouders weten van die afspraken. In deze werkrelatie weten de ouders waaraan ze zich mogen verwachten en weten ze zich gesteund omdat ze er dan kunnen op vertrouwen dat je als CLB-medewerker contact opneemt indien het nodig is. Voor de ouders (en de jongere) moet het ook duidelijk zijn dat er niets achter de rug van de jongere geschiedt. Op die manier krijgt de jongere een plek waar hij in vertrouwen dingen kan zeggen.

Ook omgekeerd, als ouders met dagboeken of privé brieven van de jongere aankomen dan kan je daar in feite niets mee doen, tenzij de jongere het zelf weet. Door deze open communicatie kan je model staan voor de jongere en de ouders en toon je de principes van een open en eerlijke communicatie. De druk van de adolescent en de ouders is soms groot om toch achterpoortjes te gebruiken.

Het is belangrijk dat ouders op de hoogte blijven : ouders blijven verantwoordelijk voor de jongere, niet de CLB-medewerker of therapeut.

De ouders zijn de experts van hun kind. Dat betekent ook dat ze de sluimerende/sluipende veranderingen bij hun kind niet zien zoals een beginnende depressie of psychose. Leerkrachten en CLB-medewerkers zien gemakkelijker de veranderingen en verschillen. Het is belangrijk dit te melden aan de ouders én uit te leggen waarom ze dit niet gezien hebben. Het niet zien van ouders heeft niets te maken met verwaarlozing. Ouders voelen zich vaak schuldig dat ze het niet hebben gezien en minimaliseren daarom de problematiek.

Als je ouders uitnodigt om te spreken, dan doe je dit best via een gesprek per telefoon of via een klastitularis die een goed contact heeft met de ouders. Een brief van het CLB lokt vaak (onnodig) negatieve reacties uit.

Als je ouders en jongere samen rond de tafel hebt, kan je ook model staan in de wijze van gesprek. Door naar alle partijen te luisteren en te willen begrijpen wat ze zeggen en alle meningen te laten bestaan (toch in een eerste gesprek).

Begeleiden	Versus	Therapie
<ul style="list-style-type: none"> <li>• is een opdracht van het <b>CLB</b></li> <li>• bewaken van het functioneren van een leerling met problemen binnen de vereisten van de schoolwerking</li> <li>• exploreren van een gestelde problematiek, baserend op de kennis van de normale adolescentaire ontwikkeling, kennis van gezinstype en gezinsfunctioneren</li> <li>• toetsen naar de behoefte aan therapie</li> <li>• het organiseren van een verwijzing</li> <li>• het blijvend motiveren tot therapietrouw</li> </ul>	Versus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• is de opdracht van een <b>therapeut</b></li> <li>• gaat dieper in op de mogelijke oorzaken van een gesteld probleem</li> <li>• is niet rechtstreeks betrokken bij het schoolse functioneren</li> <li>• werkt op lange termijn naar 'genezing' van een probleem</li> </ul>

Dus : . best dat de **leerkracht** bij zijn leerkrachtfunctie kan blijven  
. de **CLB-medewerker** kan begeleiden, taxeren, doorverwijzen  
. therapie niet voor het CLB, is wel de opdracht van een **therapeut**  
Ook voor de jongere is het goed dat dit duidelijk is.

Zelfs bij 'begeleiding' is het belangrijk dat de ouders op de hoogte zijn. Er is immers de begrenzing door 'vakanties, week-ends' zowel voor scholen als CLB's.

Wat kan en wat kan niet gezegd worden door de therapeuten ?  
Het is moeilijk therapie uit te voeren als er boodschappen naar school of CLB gaan.  
Dit kan wel als ouders én adolescent akkoord zijn (anders niet).

Wat als de jongere terug 'gereïntegreerd' wordt in de klas ?  
De sprekers zijn geen echte voorstander van een klasgesprek, tenzij indien in de zin van 'iedereen heeft wel iets ...' en het algemeen blijft.

Het is wel belangrijk dat er contact gehouden wordt als er een opname is en er terug zal geïntegreerd worden. Het is goed dat dit voorbereid wordt. (uitleg van de arts aan school of CLB en uitleg van de eventuele ziekenhuisschool aan de thuishschool)

Nogmaals **begeleiding versus therapie** :

- begeleiding : heeft een 'ondersteunende functie' : je biedt een luisterend oor, je geeft eventueel tips, maar je gaat best niet teveel graven omdat je niet kunt bieden wat ze **dán** nodig hebben.  
De 'zorg voor de concrete realiteit' moet in het oog worden gehouden. Het is namelijk belangrijk dat de jongere kan blijven naar school gaan.
- therapie : gaat dieper in op betekenissen, essentie, op inzicht, op interne wereld. (ik-explorerende óf ik-versterkende therapie).  
Bij therapie kan geen norm opgelegd worden : de cliënt mag zeggen wat hij wil, hij mag exploreren, ontwikkelen wat hij wil.

### **Wat als de ouders geen therapie wensen en de jongere wel ?**

Bij een gesprek met ouders en jongere SAMEN, zeggen wat kan (naar JAC, Comité ...) is een mogelijkheid.

### **Soms is het moeilijk uit te maken of verhalen fabulatie of realiteit zijn. Goed om weten :**

- **bij psychose** : er zijn ook andere symptomen. De verhalen zijn minder coherent. Er is een ander oogcontact. Je voelt het bizarre. Het hele gamma van denkstoornissen is belangrijk. Het is goed te polsen of er stemmen zijn. Er is vaak een uiting van gestoorde lichaamsbeleving.
- **Als onwaarschijnlijke verhalen** (kan bij misbruik) : soms verhalen die niet kloppen, maar er is vaak wel een verhaal.
- Een adolescent moet de ruimte hebben om zijn verhaal te ontwikkelen. Het is niet steeds nodig 'onmiddellijk' het verhaal naar buiten te brengen.