

Open venster ⁰¹

MAGAZINE KLINIEK SINT-JOZEF PITTEM



Dossier Jeugdkliniek



**KLINIEK
SINT-JOZEF** VZW

CENTRUM VOOR PSYCHIATRIE
EN PSYCHOTHERAPIE PITTEM

- 04 Unit kortverblijf van de Jeugdkliniek bestaat drie jaar
- 07 Huis in de Dreef
- 08 Parentificatie belangrijke risicofactor voor zowat alle pathologieën

Open venster

De geestelijke gezondheidszorg is in volle ontwikkeling. Kliniek Sint-Jozef werkt hieraan volop mee. Samenwerking, continuïteit van de zorg en open communicatie zijn hierbij de sleutelwoorden.

Samenwerking waarborgt een integrale, betaalbare, toegankelijke en samenhangende zorg.

Er zijn vele actoren: de huisartsen, de centra voor geestelijke gezondheidszorg, de PAAZ, de psychiatrische ziekenhuizen, de psychiatrische verzorgingstehuizen, de initiatieven van beschut wonen, de psychiatrische zorg in de thuissituatie, de diensten voor drughulpverlening.

Deze verscheidenheid mag niet tot concurrentie leiden, maar moet ons inspireren tot samenwerking om te komen tot werkzame netwerken van zorg.

De geestelijke gezondheidszorg is te lang aanbodgericht gebleven. Om

de continuïteit en de samenhang in de zorg te waarborgen, moet deze vraaggestuurd worden omgebogen. De patiënt moet een naadloos zorgtraject kunnen doorlopen. Dit vereist de wederkerige erkenning en herkenning van de specifieke deskundigheid van elk van de actoren in de GGZ. Kliniek Sint-Jozef wil samenwerking en netwerkvorming uitbouwen. Zij neemt hiertoe al initiatieven. U kunt er in het magazine kennis mee maken.

Samenwerking en continuïteit kunnen alleen tot stand worden gebracht door een open communicatie. In onze Opdrachtverklaring schrijven we overtuigd dat we een open, gespecialiseerd en vernieuwend psychiatrisch ziekenhuis zijn. Met dit magazine willen we getuigen van onze openheid, onze deskundigheid en onze intentie om vernieuwend te zijn en het steeds meer te worden. Het *Open venster* biedt alle belangstel-



Filip Deboutte

lenden een inkijk in Kliniek Sint-Jozef. Hoe beter we elkaar leren kennen, hoe nauwer de samenwerking kan worden en hoe beter de patiënt er zal van worden.

Bestuur, directie en alle medewerkers van de kliniek zijn fier op dit eerste nummer dat voor u, lezer, een open venster op de kliniek wil zijn.

Veel leesgenot!

Filip Deboutte
Algemeen directeur

Colofon

Open venster is het magazine van Kliniek Sint-Jozef in Pittem. Open venster verschijnt driemaandelijks.

Redactiecomité: Jan Callens, Hilde Cornette, Filip Deboutte, Eddy Deproost, Pol Vanhee, Greta Vanoverschelde

Coördinatie: Pol Vanhee

Redactie: Commad

Fotografie: Stefaan Beel

Vormgeving: dotplus

Verantwoordelijke uitgever:

Filip Deboutte
Boterstraat 6, 8740 Pittem

Vragen, opmerkingen en suggesties voor Open venster: contacteer Pol Vanhee, tel. 051 46 70 41.

Inhoud

Editoriaal	02
Korte berichten	03
Dossier Jeugdkliniek: unit kortverblijf Jeugdkliniek 3 jaar	04
Dossier Jeugdkliniek: onderwijs deel van zorg op maat	06
Huis in de dreef	07
Parentificatie: als het kind te snel ouder wordt	08
Metabool syndroom bij behandeling psychose	10
Studienamiddag 'Het leven in terugblik'	11
Avondseminarie 'Zelfverwonding'	11
Medisch en therapeutisch aanbod	12



Werken aan bewustwording

Hoe sneller wordt ingegrepen, hoe meer kans op een goede afloop. Daarom organiseert Kliniek Sint-Jozef met verschillende partners een groepsaanbod voor jongeren uit het secundair onderwijs die riskant of beginnend problematisch alcohol en/of drugs gebruiken.

Het groepsaanbod vroeginterventie wordt georganiseerd in samenwerking met de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD), het CGG Largo en de stad Roeselare. Het aanbod richt zich tot jonge gebruikers. Vaak maken deze jongeren zich zelf nog geen zorgen over hun gebruik, maar de ouders of de school des te meer. De doelstelling van het aanbod is drieledig:

- Druggebruikende jongeren motiveren om stil te staan bij hun functioneren en de mogelijke gevolgen van hun gebruik.
- Bewustwording en het bespreekbaar maken van de drugproblematiek.
- Ondersteuning bieden bij de keuze van de jongere om al dan niet te stoppen met het gebruik. Belangrijk hierbij is dat het gaat om de keuze van de jongere zelf.

Het groepsprogramma bestaat uit zes sessies waarin verschillende thema's aan bod komen: effecten en risico's van druggebruik, druggebruik en adolescentie, inzicht in het eigen gebruikspatroon, eigen mening over gebruik en inzicht in eigen sterktes. We werken met verbale, non-verbale en interactieve methodieken. Van de ouders wordt verwacht dat ze deelnemen aan een intake- en een afrondend gesprek en aan een informatieavond. Op deze avond krijgen de ouders productinformatie en toelichting over het verslavingsproces en het jongerenaanbod.

De sessies voor de jongeren vinden telkens plaats op woensdagnamiddag van 14 tot 17 uur in zaal De Kiem in Roeselare. Het eerstvolgende programma start op woensdag 28 oktober. Deelnemen is gratis. Aanmelden kan telefonisch bij Janina Hoste of Tine Casteleyn op het nummer 051 46 70 41. Meer informatie vindt u op www.sintjosefpittem.be.

Wetenschappelijke prijs Frans Hoornaert voor Gino Gevaert



De prijsuitreiking vond plaats tijdens de studiedag Parentificatie op donderdag 1 oktober.

De tweejaarlijkse wetenschappelijke prijs Frans Hoornaert is donderdag 1 oktober uitgereikt aan Gino Gevaert. Hij kreeg de prijs voor zijn inzending "Het gezin als kleinste groep. Werken met gezinnen binnen een ambulante praktijk".

Gino Gevaert is klinisch psycholoog en psychoanalytisch psychotherapeut. Hij werkt met kinderen en volwassenen. Hij is coördinator van het GGZ Waas en Dender, vestiging Klein Hulst Sint-Niklaas. Hij voert een privépraktijk in Oudenaarde.

De tweejaarlijkse prijs Frans Hoornaert bekroont een ongepubliceerd wetenschappelijk artikel over (bij voorkeur klinische) psychotherapie. De winnaar ontvangt 1500 euro. De prijs wordt mogelijk gemaakt met medewerking van de farmaceutische firma Lilly. De jury bestond dit jaar uit prof. Kurt Audenaert (UG), prof. Bernard Sabbe (UA), prof. Myriam Van Moffaert, prof. Paul Verhaeghe (UG), prof. Rudi Vermote (KUL) en dr. Mark Kinet (secretaris).

Onderzoeksproject agressie management

Kliniek Sint-Jozef is partner in een onderzoeksproject van de federale overheid. Het project heeft als doel een wetenschappelijk verantwoord vormingspakket uit te werken rond agressie management in de psychiatrie. Het onderzoek wordt gevoerd door

de vakgroep Verplegingswetenschap van de Universiteit Gent in samenwerking met de Katho Roeselare. Als psychiatrische ziekenhuizen werken mee: het Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven (Kortenberg), het psychiatrisch ziekenhuis dr. Guislain Gent en Kliniek Sint-Jozef Pittem.



Dr. Geert Everaert: "In principe willen we binnen de vier weken een opname in kortverblijf kunnen aanbieden."

Unit kortverblijf van de jeugdkliniek bestaat drie jaar

“Motivatie van 0,1% bij jongere is voldoende voor succes”

De Jeugdkliniek van Kliniek Sint-Jozef in Pittem bestaat uit twee units. De unit “observatie en behandeling” is allicht het best bekend. Maar sinds drie jaar is er ook de unit “observatie en kortdurende interventie” ofte de unit kortverblijf. Adolescenten kunnen er terecht voor een behandeling van maximum zes weken. “Onze doelstelling is dat de jongere na die zes weken weer kan functioneren op school, in zijn thuisomgeving en in zijn vrije tijd, naast een eventuele ambulante begeleiding”, aldus psychiater dr. Geert Everaert.

De unit kortverblijf van de Jeugdkliniek is in 2006 gestart vanuit een duidelijke behoefte?

Dr. Geert Everaert: “Ja, in elk geval. Het verblijf op deze unit is beperkt tot zes weken. Jongeren vanaf 14 jaar tot 18 à 19 jaar kunnen er terecht. Het gaat om jongeren die om een of andere reden ontspoord zijn; wij proberen de trein weer op de goede rails te zetten. De voorbije drie jaar hebben we ongeveer 350 jongeren opgenomen in de unit kortverblijf.

Hoe verloopt zo’n opname in kortverblijf?

De eerste drie weken dienen voornamelijk als observatieperiode. De patiënt neemt deel aan tal van activiteiten, therapieën en gesprekken. Na drie weken zitten we samen met een multidisciplinair team, bestaande uit de psychiater, de psychiater in opleiding, de psycholoog, de leerkracht, de gezinstherapeut, de dans- en bewegingstherapeut, de creatief therapeut, de bachelor in de toegepaste psychologie en aantal verpleegkundigen. Samen maken wij een soort van psychiatrisch/psychologische identiteitskaart van de jongere. Wat is het probleem? En hoe kunnen we dat

probleem verhelpen, zodat de jongere snel terug naar zijn thuismilieu kan? In diezelfde week heb ik samen met de gezinstherapeut een gesprek met de jongere zelf, in aanwezigheid van de ouders of een andere verwijzer, bijvoorbeeld iemand van de bijzondere jeugdzorg. Zij worden allemaal nauw betrokken bij het uitstippelen van de verdere behandeling. In de meeste gevallen volgt een verblijf tot maximaal zes weken.

Lukt het altijd om het probleem in zes weken op te lossen?

Neen, zeker niet. Toch houden we vast aan die strikte periode. Door er een maximum termijn op te kleven, dwing je de jongere en het thuismilieu om zelf oplossingen te zoeken. Stel je geen tijdsgrens, dan zijn jongeren gemakkelijker geneigd om zich te laten gaan. Wij willen net dat ze de koe bij de hoorns vatten. Uiteraard mogen we de verwachtingen niet te hoog stellen. In zes weken zullen niet alle problemen opgelost zijn. Meestal werken we rond bepaalde topics. Na de zes weken bieden we ambulante nazorg aan. Soms wordt een jongere

na een jaar of zo nog eens voor zes weken opgenomen, maar dat blijft een uitzondering.

Korte wachtlijsten

Richt de unit kortverblijf zich tot een ander publiek dan de behandelunit van de Jeugdcliniek?

Ja, toch wel. We kunnen twee grote groepen onderscheiden. Een eerste groep vormen de jongeren die de trappers kwijt zijn. Het gaat dan meestal om crisisopvang. Daarnaast wordt op de unit kortverblijf een beroep gedaan voor diagnosestelling. Als hulpverleners uit centra voor geestelijke gezondheidszorg, centra voor leerlingenbegeleiding of de bijzondere jeugdzorg zich geen raad weten met een jongere, kunnen ze bij ons terecht voor diagnostiek en verduidelijking. We gaan dan op zoek naar de achterliggende oorzaak van het probleem.

Dankzij de unit kortverblijf zijn we er trouwens in geslaagd om de wachtlijst op de Jeugdcliniek wat terug te dringen. We streven ernaar om voor nieuwe aanvragen binnen de week een gesprek te plannen. In principe willen we dan binnen de vier weken een opname in kortverblijf kunnen aanbieden. Meestal slagen we daar ook in, maar niet altijd. Het is belangrijk om de periode tussen het intakegesprek en de opname zo kort mogelijk te houden. We moeten het ijzer smeden terwijl het warm is.

Kliniek Sint-Jozef is een open instelling. Hoe belangrijk is de mo-

tivatie van de jongere voor een opname in kortverblijf?

Een jongere moet op zijn minst 0,1% motivatie hebben. Meer hoeft niet. Maar als de motivatie 0,0% is, dan lukt het natuurlijk niet. Zelfs niet onder dwang van het gerecht of de bijzondere jeugdzorg. We proberen de jongere te motiveren tijdens het intakegesprek. Hij of zij krijgt een rondleiding op de afdeling, we vertellen wat we gaan doen, wat onze doelstellingen zijn. De dagen hier zijn goed gevuld met activiteiten en diverse therapieën, zowel individueel als in groep. Elke patiënt krijgt ook een individuele begeleider.

Alleen bij acuut psychotische jongeren gebeurt soms wel een opname onder dwang, maar dan nog blijven we een open instelling. Wie weg wil, kan het altijd op een lopen zetten. Gelukkig komt dat maar zelden voor.

De scherpe kantjes

Welk perspectief biedt u een jonge patiënt tijdens het intakegesprek?

Een realistisch perspectief. Kijk, meestal beseffen die jongeren wel dat er een probleem is. Wij vertellen ze dat we een goed beeld willen krijgen van het probleem en dat we op zijn minst de scherpe kantjes eraf willen krijgen in die zes weken. Onze betrachting is dat ze na het kortverblijf weer kunnen functioneren op school, thuis en in hun vrije tijd. Elke jongere krijgt trouwens zo'n intakegesprek, ook zij die naar de behandelunit gaan. Het is in overleg met de

patiënt dat we kiezen voor de unit kortverblijf of voor de behandelunit. Het voordeel van het kortverblijf is dat de jongere vanaf dag één al weet wanneer hij terug naar huis kan. Al lijkt zes weken voor een adolescent natuurlijk ook al erg lang. In de psychiatrie is dat kort.

Wat zijn de meest voorkomende problemen bij jongeren in de unit kortverblijf?

Twee categorieën steken er bovenuit. Enerzijds heb je de jongeren van 16 à 17 jaar met een identiteitscrisis. Alle jonge mensen stellen zich vragen als wie ben ik, wat doe ik hier, wat wil ik met mijn leven? Maar sommige jongeren blokkeren op deze vragen. Ze komen ermee in een knoop. En dat kan leiden tot depressie of tot gedragsproblemen.

Anderzijds heb je de patiënten met een ontwikkelingsstoornis als autisme of ADHD. Vaak komt autisme pas tijdens de adolescentie aan het licht. Als we die diagnose kunnen stellen, is dat op zich een goede zaak, want dan kunnen we er iets mee doen. Wat ADHD betreft, dat is op zich zelden een reden tot opname. Maar we zien het wel vaak als comorbiditeit bij verslavingen, gedragsproblemen, relatieproblemen of depressie. Hoe vroeger ADHD wordt vastgesteld en behandeld, hoe minder kans op comorbiditeit op latere leeftijd.

Naast deze twee categorieën zijn acute suïcidaliteit en eerste psychotische decompensatie regelmatig een reden voor opname.

“Jongeren hebben het vandaag moeilijker”

De jeugdpsychiatrie kent al jaren een tekort aan opvang. Volgens dr. Geert Everaert kampen jongeren vandaag ook met grotere problemen dan vroeger. Toch ziet hij de situatie niet dramatisch in.

Dr. Geert Everaert: “De verwachtingen van onze maatschappij liggen hoger dan vroeger. Er wordt meer gevergd van de jongeren. Presteren is erg belangrijk. Bovendien is het klassieke gezin zo goed als verdwenen: vader die uit werken gaat en moeder die altijd thuis is om voor de kinderen te zorgen, dat is vandaag eerder uitzondering dan regel. Het betekent

wel dat jongeren sneller dan vroeger op zichzelf zijn aangewezen. Sluimerende problemen werden vroeger vaak in de kiem gesmoord, terwijl ze nu wel aan de oppervlakte komen. We leven ook veel sneller dan vroeger. Er wordt meer gepresteerd en minder gepraat. Dat hoeft op zich geen drama te zijn. De meeste mensen kunnen dat tempo wel aan. Maar niet iedereen... Meer en meer worden de mensen zich daarvan bewust. Er is een positieve evolutie de jongste tien jaar. Denk aan sociale mogelijkheden als ouderschapsverlof, loopbaanonderbreking en vaderschapsverlof.

Toch kampen we met een tekort aan plaatsen, ook in de geestelijke gezondheidszorg en de bijzondere jeugdzorg. Meer bedden in de psychiatrie kan een oplossing zijn, maar we zien ook een evolutie naar zorg in de thuissituatie, dichtbij de leefwereld van de jongere zelf. Het ontstaan van zorgcircuits en samenwerkingsverbanden allerhande kadert daarin. Ook dat is een positieve evolutie. Als de zorgsector de krachten bundelt in overlegplatformen en heel concrete, tastbare resultaten boekt, kan de patiënt daar alleen maar beter van worden.”

Jongeren die voor korte of langere tijd in de psychiatrie opgenomen worden, kampen vaak ook met moeilijkheden op school. Toch is het belangrijk om tijdens de opname het onderwijs zo goed mogelijk voort te zetten. De Jeugdkliniek heeft daarom twee leerkrachten in dienst, Stefanie Dekeyser en Valerie Daenens. Zij werken nauw samen met de scholen en de centra voor leerlingenbegeleiding. Wij gingen even praten met Valerie Daenens.



Onderwijs is deel van zorg op maat in Jeugdkliniek

“Als leerkracht kun je mee het verschil maken”

*Valerie Daenens:
“De scholen en de centra voor leerlingenbegeleiding zijn nauwe partners voor ons. Ik denk ook dat ze onze aanpak op prijs stellen.”*

Valerie Daenens werkt al zes jaar als leerkracht in Kliniek Sint-Jozef in Pittem. Als vertaler-tolk stond ze eerst een tijdlang in het reguliere onderwijs, maar toen er een plaats vrij kwam in de Jeugdkliniek, aarzelde ze geen moment. “Ik heb altijd graag met jongeren gewerkt. Als leerkracht kun je hier mee het verschil maken voor de jongere.

Als een jongere wordt opgenomen in de unit “observatie en kortdurende interventie”, nemen we meteen contact met de school. Wat immers de primaire oorzaak van de opname ook is, vaak zien we een weerslag op het functioneren in school. We proberen een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de jongere, zodat we naar de beste oplossing kunnen zoeken. Soms betekent dat ook een heroriëntering naar een ander schoolniveau. Bij een korte opname van twee tot zes weken gaat de aandacht uiteraard in de eerste plaats naar het genezingsproces. Tegelijk is het belangrijk om de aansluiting met de school niet te verliezen. Zeker als er bijvoorbeeld examens op komst zijn.”

Onderwijs op maat

“Bij een opname in de unit “observatie en behandeling” duurt het verblijf van de patiënt een stuk langer: van één tot zes maanden. Ook hier nemen

we contact met de school. Deze jongeren krijgen vier uur per week les in groep, soms aangevuld met nog een uur individuele studiebegeleiding. We concentreren ons op de hoofdvakken: wiskunde, wetenschappen en talen. We werken heel gericht, *to the point*, op maat van elke patiënt.

De motivatie bij de jongeren voor onderwijs in de Kliniek is afhankelijk van persoon tot persoon. Velen hebben minder prettige ervaringen met het onderwijs. Dat wij in relatief kleine groepen van een achttal jongeren werken, is een voordeel. Wij gedragen ons ook niet als de traditionele leerkrachten op school, we treden meer op als *begeleiders* van de jongeren. Wij willen de jongeren motiveren en stimuleren, hun eventuele faalangst laten overwinnen door positieve ervaringen op te doen.

Ook al zijn de groepen klein, toch zijn ze heel heterogeen. We hebben patiënten van 14 jaar uit het bijzonder secundair onderwijs, maar ook 18-jarigen die Latijn-Grieks volgen. Uiteraard passen wij ons aan. Onderwijs op maat vormt een onderdeel van de zorg op maat die Kliniek Sint-Jozef aanbiedt.

Het overleg met de scholen en met de centra voor leerlingenbegeleiding

(CLB) verloopt heel vlot. Bij elke opname rijzen er heel wat vragen. Vragen bij de patiënt, maar ook bij de school. Daarom zitten we zo snel mogelijk samen aan tafel, met de patiënt erbij, om de situatie en de noden en verwachtingen te leren kennen. Naar het einde van een opname laten we de jonge patiënt vaak geleidelijk aan weer naar zijn school terugkeren. Eerst één dag per week, daarna twee dagen of meer, tot de patiënt er helemaal klaar voor is.

In overleg met de patiënt bereiden we soms ook de klas voor op de terugkeer. Uiteraard respecteren we het beroepsgeheim. Vaak is het de leerkracht die de klas inlicht, soms verkiest een jongere om dat zelf te doen. Als een patiënt te kennen geeft dat hij liever niet al te veel vragen krijgt bij zijn terugkeer, dan laten we dat ook weten aan de school en vragen we om daar rekening mee te houden.

De scholen en de centra voor leerlingenbegeleiding zijn nauwe partners voor ons. Ik denk ook dat ze onze aanpak op prijs stellen. We hebben onlangs de onderwijsinspectie van de Vlaamse Gemeenschap over de vloer gehad. Die mensen waren bijzonder opgetogen over onze directe samenwerking met de scholen.”

Samenwerking met Begeleid Wonen Roeselare-Tielt

Huis in de Dreef garandeert continuïteit van zorg

Om continuïteit van zorg te garanderen, slaan meer en meer gezondheidsactoren de handen in elkaar. Zo ook kliniek Sint-Jozef. Samen met Beschut Wonen Roeselare-Tielt werd in juni jl. het Huis in de Dreef geopend. Coördinator Jeroen Devos van Beschut Wonen Roeselare-Tielt vertelt er meer over.

Het Huis in de Dreef is een nieuw ingerichte woning vlakbij kliniek Sint-Jozef in Pittem. De woning biedt plaats aan maximum vier personen. Ze is bedoeld voor patiënten die niet langer een volledige ziekenhuisopname nodig hebben maar om praktische redenen ook nog niet kunnen terugkeren naar de maatschappij.

Jeroen Devos: “Beschut Wonen Roeselare-Tielt is een kleinschalig woonproject voor alleenstaande mannen en vrouwen met een psychiatrische problematiek. Ook wij voelen de nood aan netwerking en krachtenbundeling. Alleen zo kunnen we continuïteit in de zorg aanbieden. Het Huis in de Dreef is daarvan een mooi voorbeeld.

Mensen die van een ziekenhuissetting naar Beschut Wonen overstappen, hebben het soms moeilijk om

zich aan te passen. De stap is namelijk vrij groot. Het Huis in de Dreef biedt hiervoor een tussenstap. Patiënten die niet langer opgenomen hoeven te blijven in het ziekenhuis, kunnen er terecht als voorbereiding op Beschut Wonen.

In het Huis in de Dreef komen wekelijks medewerkers van Beschut Wonen langs voor alles wat het woonaspect betreft. Tegelijk worden de patiënten nog opgevolgd door het ziekenhuis. De sociale dienst van kliniek Sint-Jozef Pittem staat de patiënten sociaal en administratief bij. Tweewekelijks komen we samen om de situatie te evalueren.

Deze samenwerking rond het Huis in de Dreef is uniek. De eerste indrukken zijn voor iedereen heel positief. In september nam een vierde patiënt zijn intrek in het huis. Een andere patiënt zal binnenkort het huis verlaten richting Beschut Wonen.

Ook voor de organisatie van onze dagactiviteiten in centrum De Bieweg in Roeselare werken we sinds kort samen met kliniek Sint-Jozef. Wekelijks komen een relaxatietherapeute en een beeldend therapeute van de kliniek naar De Bieweg. Ook op die ma-

nier proberen we de stap voor psychiatrische patiënten van ziekenhuis naar Begeleid Wonen wat kleiner te maken. De Bieweg ontvangt jaarlijks een 160-tal mensen met een psychiatrische problematiek. Ze kunnen er terecht voor ontmoeting, vrije tijd, en vormingsactiviteiten, maar ook voor zinvolle arbeid.”



Jeroen Devos: “Samen kunnen we de stap van ziekenhuis terug naar de maatschappij wat gemakkelijker maken voor de patiënt.”

Patiëntengetuigenis “Een goede oplossing”

“Ik ben in Kliniek Sint-Jozef opgenomen op 25 februari. Nu volg ik alleen nog dagtherapie. Ik mag dus elke dag terug naar huis, maar door familiale problemen lukt dat niet. Het Huis in de Dreef is voor mij een goede oplossing. Zeker omdat het zo dicht bij de kliniek ligt. Ik ben nog niet klaar om helemaal alleen te gaan wonen. Ik voel me nog onstabiel.

We wonen sinds 1 juli met drie personen in het Huis in de Dreef. De woning is comfortabel en gerieflijk. Alles is er nieuw: de koffiezet, de flatscreen televisie, de meubels,... Een aantal taken verdelen we, vooral wat de schoonmaak betreft. Maar de meeste dingen doen we alleen. Eén keer per week komt een begeleider van Begeleid Wonen Roeselare langs.

We staan elke dag om acht uur op. Om negen uur begint de dagtherapie. Vanaf vijf uur zijn we vrij. We kunnen in het huis bezoek ontvangen op dezelfde bezoeken als in de kliniek.

Ik weet nog niet hoelang ik hier nog blijf. Ik ben op zoek naar een vaste woonst. Zodra ik er klaar voor ben, ga ik alleen wonen.”

Om de privacy van de patiënte te garanderen, nemen we deze getuigenis anoniem op.



Dr. Mark Kinet:

“De positie van het kind is dubbel: enerzijds is parentificatie een last, maar anderzijds is het ook een lust. Het kind voelt zich belangrijk in zijn rol. Het haalt er een narcistische bevrediging uit.”

Donderdag 1 oktober organiseerde Kliniek Sint-Jozef haar negende tweejaarlijkse studiedag. Het thema dit jaar was parentificatie. Voor hoofdgeneesheer Mark Kinet kan de relevantie van dit thema moeilijk overschat worden.

Dr. Mark Kinet: Bij parentificatie neemt een kind bepaalde ouderlijke functies op zich, waar het niet de leeftijd voor heeft. Het kind kan die functies toegewezen krijgen, maar het kan die ook zelf op zich nemen. De term komt uit de gezinstherapie. Vanuit psychoanalytische hoek is dit nog onontgonnen terrein. De klinische relevantie is nochtans erg groot. Bij 20% tot 25% van onze patiënten is parentificatie één van de oorzakelijke factoren van hun problematiek. Het is bekend dat twee derde van de bevolking “veilig gehecht” is, zoals dat heet. Ze hebben een “goede fond”, de nodige basis (veiligheid) om op terug te vallen. Eén derde is “onveilig gehecht”. Parentificatie heeft vaak desastreuze gevolgen voor de gehechtheid. En een onveilige gehechtheid is op haar beurt één van de belangrijkste risicofactoren voor *alle* pathologieën, zowel psychopathologieën als somatische pathologieën. De mate van gehechtheid bepaalt immers mee ons immuunsysteem. De relevantie van het thema parentificatie kan dus moeilijk overschat worden.

Is parentificatie een toenemend probleem?

Ik vrees van wel. Dat heeft onder meer te maken met het afbrokkelen

van het traditionele gezin. Een kind is vandaag vrijer, maar het krijgt tegelijk meer verantwoordelijkheden toegeschoven. Parentificatie vindt plaats op twee gebieden. Op praktisch gebied zien we kinderen ingeschakeld worden in het huishouden. Op emotioneel gebied zien we een rolomkering, waarbij het kind als het ware de functie van ouder of partner van één van de ouders op zich neemt. Vooral deze laatste vorm kan een serieuze impact hebben op de eigen psychosociale ontwikkeling.

Dat kinderen ingeschakeld worden in het huishouden is toch niet per definitie verkeerd?

Kinderen moeten geleidelijk aan verantwoordelijkheden leren opnemen, in het huishouden of elders. Het wordt pathologisch als een kind verantwoordelijkheden krijgt of opneemt, die het nog niet kan dragen. Een kind van twaalf laat je niet voor een moeilijk handelbare kleuter zorgen. De verantwoordelijkheden moeten leeftijdsadequaat zijn en ook erkend worden. Zonder mandaat en zonder erkenning is het opnemen van ouderlijke verantwoordelijkheid een te grote last om te dragen voor een kind.

Wanneer ontstaat parentificatie?

Wat zijn de oorzaken?

Vaak ligt de persoonlijkheid van de ouders aan de basis. Ze kampen dikwijls zelf met psychische problemen. Onbewust en ongewild belasten ze daar hun kinderen mee. Een andere oorzaak zijn ingrijpende levensgebeurtenissen: een overlijden, een scheiding, een ziekte. Let wel, het kind speelt geen louter passieve rol in dit proces. Dikwijls “kiest” het kind om te helpen. Dikwijls voelt het kind zich geroepen. Het kan zich ook iets aanmatigen. De positie van het kind is dubbel: enerzijds is het een last, maar anderzijds is het ook een lust. Het kind voelt zich belangrijk in zijn rol. Het haalt er een narcistische bevrediging uit.

Op latere leeftijd wreekt zich dat?

Niet noodzakelijk, maar de kans bestaat. De relatie van een kind met zijn ouders tekent in zijn onbewuste een stramien uit, waar het kind op terugvalt in andere relaties. Het geparentificeerde kind zal met andere woorden dezelfde positie innemen in andere relaties. Dat resulteert in een overgevoeligheid voor de noden van anderen, gekoppeld aan een gebrek aan voeling voor de eigen noden. Met als gevolg een scheefgroei, een onevenwicht in de relaties. Door als kind ouderlijke functies op zich te nemen, ontstaat er ook een tekort: het kind heeft geen kind kunnen zijn. Kinderlijke noden aan zorg, aan spiegeling, bevestiging en liefde zijn vaak oningevuld gebleven. Deze mensen voelen zich in de kou gela-

Als het kind te snel ouder wordt

ten, niet-erkend – en dat gevoel blijft, ook op latere leeftijd. Gelukkig hoeft het niet altijd slecht af te lopen. Parentificatie ligt dikwijls ook aan de oorsprong van een therapeutische roeping. Psychologen, verpleegkundigen en andere hulpverleners zijn vaak “gewonde genezers”.

Maar hulpverleners kan pas goed als je zelf voldoende ‘genezen’ bent, natuurlijk.

Naast de studiedag op 1 oktober is er ook een boek over parentificatie in voorbereiding?

Dat klopt. Het boek zal eind dit jaar

of begin 2010 als nummer 13 verschijnen in de reeks ‘Psychoanalytisch Actueel’.

Meer weten over het thema parentificatie? mark.kinet@sintjozefpittem.be

Verslaving ideale voedingsbodem voor parentificatie

Klinisch psychologe Mieke Hoste ging tijdens de studiedag Parentificatie dieper in op de verslavingsproblematiek.

“Ouders die nuchter vaak alle capaciteiten hebben, krijgen het door de effecten van een alcohol- of medicatieverslaving moeilijk om nog een ‘voldoende goede ouder’ te zijn”, vertelt Mieke Hoste. “De ouder wordt onverschillig, laat verantwoordelijkheden liggen, heeft minder aandacht voor de beleving van de andere gezinsleden, liegt vaak, ervaart geheugenklachten, kent een algemene lichamelijke aftakeling,... Hierdoor komt een aantal vaardigheden in het gedrag: het bieden van expressieve en instrumentele zorg, het behouden van structuur en het bewaren van het evenwicht tussen afstand en nabijheid.

Middelenmisbruik kent een declinerend verloop. De ‘psychische afwezigheid’ van de ouder wordt steeds groter. Een gezin probeert dat groeiende tekort op te vullen. Het kind bekleedt daarin een uiterst kwetsbare positie. Vanuit een natuurlijke bezorgdheid voor de ouder, de zijnsloyaliteit, gaat het kind onbewust mee in een grensvervaging. Groeiende conflicten binnen de partnerrelatie dragen verder bij tot die grensvervaging, waardoor het kind nog

meer op zijn loyaliteitsplicht gepelleerd wordt.

Jammer genoeg is er meestal sprake van een destructieve parentificatie bij deze kinderen. Herhaaldelijk herval, dubbeldiagnose en langdurige periodes zonder behandeling, zorgen ervoor dat het kind zich gaat identificeren met de geparentificeerde rol. Door de zelfabsorptie bij de ouder komt er ook geen erkenning voor de taak die het kind op zich neemt en de tekorten die het daardoor ondervindt.”

Preventie

“Preventie moet zich op verschillende zaken richten. Allereerst is er individuele aandacht voor het kind nodig. Het KOAP-project – Kinderen van Ouders met een Afhankelijkheidsprobleem – binnen onze Ontwenningsskliniek biedt daar deels een antwoord op. We laten de kinderen weten dat ze niet alleen staan in hun situatie. We bieden ze aangepaste informatie over het verslavingsprobleem. Het is belangrijk dat kinderen beseffen dat zij niet de oorzaak zijn van het probleem en dat hun inzet geen invloed heeft op het al dan niet nuchter kunnen blijven van de ouder. Kinderen voelen zich immers vaak verantwoordelijk voor het verslavingsprobleem. De opgenomen ouder-patiënten van deze kinderen komen wekelijks samen om stil te staan bij de ontwikkelingstaken van hun kind. We streven ernaar dat ze hun verantwoordelijk-



Mieke Hoste: “Kinderen voelen zich vaak verantwoordelijk voor het verslavingsprobleem.”

heid als ouder terug opnemen. Door het groepsoog durven ouders de parentificatie bij hun kind beter zien. Aangezien de opgenomen patiënten zelf ook vaak geparentificeerde kinderen zijn, is het noodzakelijk om dit gegeven op te nemen in hun individuele behandeling. Als het ‘geparentificeerde kind’ binnen de patiënt onvoldoende erkenning krijgt, gaat het proces van parentificatie immers gewoon over naar de volgende generatie. Een laatste belangrijke pijler in de preventie is de koppel- of gezinstherapie. We willen hiermee de gezinshiërarchie herstellen en onzichtbare parentificatie blootleggen. Binnen de verslavingszorg worden behandelingen traditioneel gericht op de patiënt als individu. Bij een ernstige destructieve parentificatie is een contextuele kijk echter noodzakelijk”, aldus nog Mieke Hoste.

Patiënten die antipsychotica nemen, hebben vaak te kampen met het metabool syndroom. Het risico op diabetes loert dan om de hoek. Stoppen dus met die gevaarlijke medicatie? Zo simpel is het niet. Maar in Kliniek Sint-Jozef loopt wel een project voor een betere screening, detectie en opvolging van het metabool syndroom bij patiënten.



Project voor betere opvolging metabool syndroom bij behandeling psychose

Levenskwaliteit patiënt staat voorop

Dr. Rudi Leliaert en dr. An Vermassen: “Vaak moeten we de moeilijke afweging maken: proberen de psychose onder controle te krijgen, maar mogelijk tegelijk diabetes ontwikkelen.”

Huisarts dr. Rudi Leliaert werkt als consulent in Kliniek Sint-Jozef en is nauw betrokken bij het pilootproject metabool syndroom. “Antipsychotica kunnen op verschillende manieren tot een gewichtstoename leiden”, verklaart dr. Leliaert. “De medicatie zorgt voor een bijna onweerstaanbare drang naar zoetigheid. Tegelijk werkt ze sederend, waardoor de patiënt zich moe en suf voelt en minder beweegt. Ten slotte veroorzaakt de medicatie een droge mond, waardoor patiënten naar cola en andere frisdranken grijpen.

Het overgewicht bij deze patiënten kan leiden tot insulineresistentie en diabetes type 2. We gaan daar zeker niet licht over. Zodra de nuchtere suiker tussen de 100 en de 126 mg/dl meet, grijpen we in. Als we er tijdig bij zijn, is er niets onomkeerbaars gebeurd.”

Bij gewichtstoename zijn een aangepast dieet en voldoende beweging heel belangrijk. Maar ook de medicatie kan soms aangepast worden. Dr. An Vermassen, assistent-psychiater: “In principe zijn alle antipsychotica ongeveer even doeltreffend als ze goed gedoseerd worden. Maar het ene medicament slaat bij de individuele patiënt beter aan dan het

andere. Het blijft vaak wat zoeken naar het beste middel met de minste bijwerkingen. Aripiprazole en amisulpride lijken op metabool vlak het meest neutraal te zijn. Clozapine is een bijzonder product. Een deel van de patiënten die psychotisch blijven onder andere antipsychotica, klaart op onder clozapine. Maar clozapine heeft (samen met olanzapine) naar schatting het grootste risico op gewichtstoename en afwijkingen in glucose- en lipidenmetabolisme.”

“Bij schizofrene patiënten blijft onze eerste prioriteit het onder controle krijgen van de psychose”, vertelt dr. Vermassen. “Op een ander antipsychoticum overschakelen is niet evident, zelfs niet bij metabool syndroom. Het is een moeilijke afweging: proberen de psychose onder controle te krijgen en misschien tegelijk diabetes ontwikkelen.”

Overleg met huisarts

Huisartsen schrikken soms van de bijwerkingen van de neuroleptica. Medicatie die mogelijk diabetes veroorzaakt, roept weerstand op. Dr. Leliaert: “Ik begrijp de reactie van de huisartsen. Toen ik in 2001 in Kliniek Sint-Jozef begon, constateerde ik bij

een paar patiënten die behandeld werden met lithium dat hun schildklierfunctie verstoord was. “Weg met dat vergif”, was mijn eerste reactie. Maar zo eenvoudig is het dus niet. Vaak moeten we kiezen voor het minste kwaad. Onze leidraad daarbij is de *quality of life* die de we patiënt kunnen bieden. En dan moeten we toegeven dat psychische ziekten vaak nog zwaarder doorwegen dan fysische.”

Dr. An Vermassen: “We nemen het metabool syndroom ernstig. In het project worden patiënten bij opname grondig gescreend op voorgeschiedenis, bloedwaarden, bloeddruk, gewicht, buikomtrek, aanwezigheid van metabole en cardiovasculaire problemen in de familie. Alle parameters worden nauwgezet opgevolgd. Hierbij is een goede samenwerking met de huisartsen erg belangrijk. Bij vroege detectie zijn de afwijkingen omkeerbaar als overgeschakeld wordt op een metabool veiliger product. Ook als een psychiater metabool syndroom vaststelt, is het aangewezen dat hij de huisarts op de hoogte brengt. Alleen met een goede communicatie in alle richtingen kunnen we vermijden dat patiënten door de mazen van het net glijpen.”

Studienamiddag 26 november

Het leven in terugblik

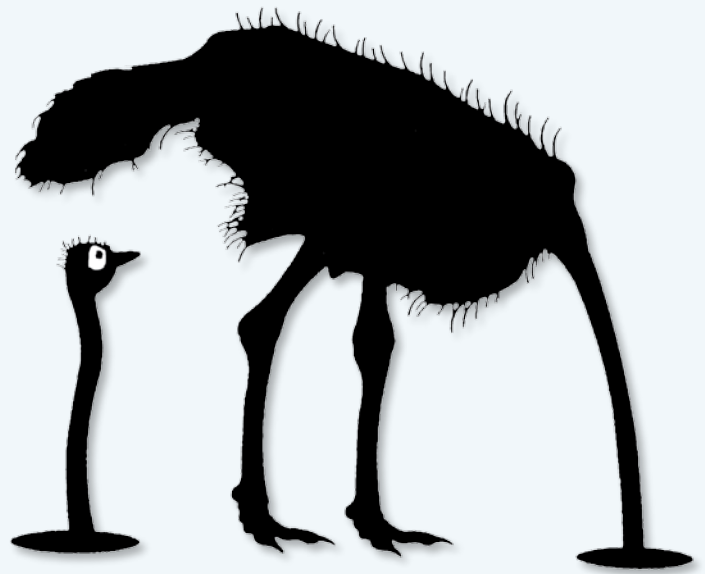
Op donderdag 26 november vindt in de Seniorenkliniek een studienamiddag plaats met als titel "Het leven in terugblik". Het levensverhaal van de oudere patiënt staat centraal.

Naast de eigen experts van Kliniek Sint-Jozef, nemen ook twee eminente gastsprekers deel aan deze studienamiddag.

Eric Vlaminck publiceerde gedichten, theater, novellen en romans. Hij debuteerde in 1976 met de novelle *De troost*. De doorbraak naar een ruimere lezerskring kwam er in 1992 met *Quatertemperdagen*, het eerste boek in een op zes delen begrote romancyclus waarin de auteur op zoek gaat naar herinneringen aan zijn ouders, grootouders en overgrootouders, van vaders- en moederszijde. Een mozaïek van waarheid en verbeelding, die ook een beeld schetst van het dagelijkse leven van Jan Modaal in Vlaanderen, sinds het begin van de twintigste eeuw.

Prof. dr. Alfons Marcoen is emeritus hoogleraar ontwikkelingspsychologie en psychogerontologie aan de K.U. Leuven. Hij publiceerde o.a. *Als de schaduwen langer worden. Psychologische perspectieven op ouder worden en oud zijn* (samen met R. Grommen & N. van Ranst, Lannoo Campus 2006).

Voor meer informatie en inschrijvingen, zie www.sintjosefpittem.be.



- 13.15 u** *Verwelkoming*
Gina Devos, hoofdverpleegkundige
- 13.25 u** *Inhoudelijke kadering / situering*
dr. An Verbrugge, psychiater Seniorenkliniek
- 13.45 u** *Reminiscentie: leven met een verleden*
prof. Alfons Marcoen
- 14.30 u** *De tijd van toen, in het hier en nu*
Cinthy Verlinde, bachelor in de psychologie
en Veronique Buysse, psychiatrisch verpleegkundige
- 15.00 u** *Koffiepauze*
- 15.20 u** *Het non-verbale luik: "het verleden kneden"*
Lien Verkest, creatief expressie therapeute,
Marijke Dewaegeneer, ergotherapeute
- 15.45 u** *Wanneer het verleden spiegel wordt..., een relaas van terugkijkend schrijven*
Erik Vlaminck, romanschrijver en theatermaker
- 16.20 u** *Paneldiscussie*
moderator Johan Vancoillie, afdelingspsycholoog
Seniorenkliniek
- 16.40 u** *Receptie*

Programma

Avondseminarie
17 november

Zelfverwonding: hoe ga je ermee om?

Op dinsdag 17 november organiseert Kliniek Sint-Jozef Pittem een avondseminarie over "Zelfverwonding: hoe ga je ermee om?" Spreker is prof. Laurence Claes.

Van nature zijn we geneigd pijn te vermijden en de verzorging van ons lichaam als vanzelfsprekend te be-

schouwen. Waarom zien we dan steeds meer jongeren en volwassenen met allerlei vormen van zelfverwondend gedrag? Is het een nieuwe rage?

Zowel familie als hulpverleners schrikken van dit soort gedrag en kunnen er negatief op reageren.

Dit seminarie haalt zelfverwonding uit de taboesfeer en geeft duidelijke antwoorden op vragen als: Wat zijn de oorzaken van zelfverwonding? Wat zijn de gevolgen op korte en lange termijn? Hoe kan men er goed mee omgaan? Hoe kan zelfverwonding het beste worden behandeld? Hoe kunnen ouders en leerkrachten best reageren? Aan de hand van

voorbeelden geven we praktische tips voor een constructieve aanpak van deze bijzondere "lichaamstaal". Laurence Claes is professor in Clinical Assessment and Psychopathology aan het Department of Psychology aan de Leuvense Universiteit.

Het avondseminarie vindt plaats in Kliniek Sint-Jozef, Boterstraat 6 in Pittem op dinsdag 17 november om 20.00 uur. De toegang bedraagt 3 euro. Gelieve vóór 9 november in te schrijven: telefonisch bij Magda De Ruyck (051 46 70 41), per fax (051 46 70 46) of per e-mail (magda.deruyck@sintjosefpittem.be). Accreditering wordt aangevraagd.

Medisch en therapeutisch aanbod



Kliniek Sint-Jozef vzw is een open, gespecialiseerd en vernieuwend centrum voor psychiatrie en psychotherapie.

Centrale behandelingspijlers

- Grondige biopsychosociale diagnostiek
- Biologisch-psychiatrische aanpak
- Intensieve psychotherapie
- Kleine leef- en behandelgroepen
- Methodische hantering van het afdelingsmilieu
- Therapeutische programma's op maat
- Individuele begeleiding
- Informatie en ondersteuning van de familie
- Terugvalpreventie en resocialisatie

Depressiekliniek

De Depressiekliniek is een afdeling voor (jong)volwassenen met depressie, stress- en angstproblemen, persoonlijkheidsproblemen, traumatische ervaringen en relatieproblemen.

Psychiaters

Dr. Mark Kinet
Dr. Geert Everaert

Ontwenningkliniek

De Ontwenningkliniek is een afdeling voor volwassenen met problemen rond misbruik en afhankelijkheid van alcohol, medicatie of tabak.

Psychiater

Dr. Ilse Velghe

Geneesheer-specialist in opleiding
Dr. Lies Budiharto

Revakliniek

De Revakliniek is een afdeling voor volwassenen met persoonlijkheidsproblemen, stemmingsstoornissen en psychotische problemen. Deze personen hebben dikwijls ook nood aan ondersteuning van hun psychosociaal functioneren.

Psychiaters

Dr. Ségolène Vandeputte
Dr. An Verbrugghe

Geneesheer-specialist in opleiding
Dr. Delphine Vanhamme

Jeugdcliniek

De Jeugdcliniek is een afdeling voor jongeren met psychiatrische, emotionele en relationele problemen en bestaat uit twee units:

- de unit **Observatie en kortdurende interventie** richt zich tot jongeren van 14 tot 21 jaar in een ernstige psychiatrische crisis.

Psychiater

Dr. Geert Everaert

Geneesheer-specialist in opleiding
Dr. Delphine Vanhamme

- de unit **Observatie en behandeling** richt zich tot jongeren van 14 tot 19 jaar met psychiatrische en psychologische problemen die thuis en op school of op het werk sociaal niet meer kunnen functioneren en bij wie ambulante hulp ontoereikend is.

Psychiater

Dr. Leen Van Compernelle

Geneesheer-specialist in opleiding
Dr. Delphine Vanhamme

Seniorencliniek

De Seniorencliniek is een gerontopsychiatrische afdeling voor valide 60-plussers met angst-, stemmings-, persoonlijkheids- of verslavingsproblemen, veelal verweven met de levensfaseproblematiek.

Psychiater

Dr. An Verbrugghe

Voor meer informatie en contactgegevens: www.sintjozefpittem.be.



Kliniek Sint-Jozef vzw

Centrum voor psychiatrie en psychotherapie

Boterstraat 6

8740 Pittem

Tel. 051 46 70 41

Fax 051 46 70 46

info@sintjozefpittem.be

www.sintjozefpittem.be