



KLINIEK SINT-JOZEF

CENTRUM VOOR PSYCHIATRIE
EN PSYCHOTHERAPIE PITTEM

GERAAKT DOOR MENSEN



OPEN VENSTER ²⁷

MAGAZINE KLINIEK SINT-JOZEF PITTEM



Filip Deboutte
algemeen directeur



Evidence based

zullen ook andere psychotherapieën worden belicht. Zo willen we u meer inzicht geven in het hoe en waarom van psychotherapie. Over de effectiviteit van (verschillende vormen van) de psychotherapie bestaan uiteenlopende meningen. Aan de hand van concrete cases vertellen gedragstherapeuten uit diverse eenheden over hun aanpak, waaruit evidence based methodiek en wetenschappelijke onderbouw blijken. Een tweede dossier in dit magazine focust op beeldende creatieve therapie. In zowat alle eenheden en voor alle leeftijden is beeldende creatieve therapie een manier om verhalen naar boven te krijgen als woorden ontbreken of tekortschieten. Sommige mensen zijn niet zo vlot met woorden en kunnen met beelden laten zien en voelen wat ze niet kunnen zeggen. Ook in dit dossier geven therapeuten met concrete verhalen uit de praktijk tekst en uitleg.

Hoe meer inzicht we kunnen geven over de aanpak, de methodieken, de behandelmethodes en de therapieën, hoe dichter we de geestelijke gezondheidszorg bij de mensen brengen. “Mensen komen naar het ziekenhuis om iets te veranderen. Om gebeurtenissen te verwerken, te aanvaarden of een nieuwe stap in hun leven te zetten”, zegt een van de therapeuten in het artikel. Zo is het precies. En het is goed dat mensen de stap naar de hulpverlening durven te zetten wanneer dat nodig is. Hoe meer openheid over de aanpak in de geestelijke gezondheidszorg, hoe beter we de mensen kunnen helpen.

Filip Deboutte
Algemeen directeur

Binnen de psychotherapie bestaan verschillende scholen: psychoanalytische therapie, gedragstherapie, cliëntgerichte therapie en systeemtherapie zijn de belangrijkste. Alle worden ze in Kliniek Sint-Jozef toegepast. Ze hebben verschillende denkkaders en passen verschillende methodieken toe. In samenspraak kiezen therapeuten voor een samengaan van therapieën om zo het beste resultaat te bereiken. In dit nummer van Open venster gaan we dieper in op gedragstherapie. In latere nummers van ons magazine

Colofon

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

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

Coördinatie: Pol Vanhee

Redactie: Zorgcommunicatie.be

Fotografie: Stefaan Beel, Carine Devolder en eigen archief

Vormgeving: dotplus

Verantwoordelijke uitgever: Filip Deboutte, Boterstraat 6, 8740 Pittem

Vragen, opmerkingen en suggesties voor Open venster:
contacteer Pol Vanhee, pol.vanhee@sjp.be

Inhoud

Editoriaal	2
Creatieve beeldende therapie – “Een beeld is vaak het begin van een verhaal”	3
Dossier Gedragstherapie	6
Oorlog als oorzaak. In kunst en psychiatrie	10
ARhus geeft podium aan Huis in de Stad	10
Respectvol verplegen in de GGZ	11
Vormingsaanbod PritLink	11

“Een beeld is vaak het begin van een verhaal”

Pieter Loncke, Lien Verkest en Nicoline Pattyn glunderen en stralen als ze over hun werk met patiënten praten. Alle drie gaan ze beeldend creatief aan de slag met jongeren, volwassenen of ouderen. “Beelden vertellen vaak meer dan woorden”, weten ze alle drie. En hoewel beelden ook behoorlijk confronterend kunnen zijn, zijn ze het erover eens dat ze de mooiste job ter wereld hebben.

“Beeldende creatieve therapie kan een alternatief vormen voor verbale psychotherapie. Sommige mensen zijn niet zo vlot met woorden en kunnen met beelden laten zien en voelen wat ze niet kunnen zeggen”, opent Lien.

“Een beeld is vaak het begin van een verhaal”, beaamt Pieter. “Uiteindelijk slaat de term ‘creatieve’ niet zozeer op het werken met verf of klei op zich, maar vooral op het feit dat het beeld uitnodigt om opnieuw creatief te worden in het denken, handelen en voelen vanuit het contact met het beeld. Op die manier kunnen mensen zelf op verhaal komen. Je hoeft geen Rembrandt te zijn om je creatief uit te drukken. We werken minder resultaatgericht dan bijvoorbeeld ergotherapie, die gericht is op vaardigheden en het goed kunnen functioneren. Dat is bij ons niet van tel.”

“Iemand die halverwege stopt met een tekening, vertelt daarmee ook iets. Ook een blad dat leeg blijft, kan betekenis hebben”, zegt Lien.

“Als iemand schildert wat hij voelt, krijg je niet altijd iets moois te zien. Het is onze taak om ruimte te creëren voor patiënten om hun verhaal kwijt te kunnen. Al gaan wij als therapeuten elk op onze eigen manier met creativiteit om, afhankelijk van de doelgroep waarmee we werken.”

Structureren en stimuleren

De doelgroep van Lien Verkest zijn ouderen met een psychiatrische problematiek. Daarnaast werkt ze

ook op de eenheid Psychozorg. “De manier van werken verschilt dag en nacht”, legt Lien uit. “Bij patiënten van de eenheid Psychozorg hoef ik geen ruimte te scheppen, integendeel. Deze mensen zijn zo snel geprikkeld, dat de ideeën vanzelf opborrelen. Zij gebruiken al het materiaal dat ze kunnen vinden en kennen geen drempels. Hier moet ik vooral proberen te structureren. Dat kan bijvoorbeeld door te werken met scherp afgelijnde opdrachten.”

“Met patiënten van de eenheid Ouderen is het helemaal anders werken. Deze mensen moeten vaak gestimuleerd en gemotiveerd worden. Het witte blad schrikt hen af. Ik moet hen prikkelen en inspireren. Ik werk bewust ook met positieve thema’s. Het is immers onze betrachting dat mensen positiever in het leven staan. Al heb je binnen elke doelgroep nog grote verschillen in aanpak en in doelstellingen. Sommige ouderen zijn vaak onzeker en eenzaam en het is niet altijd duidelijk welke rollen ze in de thuiscontext nog kunnen opnemen. Creatieve therapie schuift hier op in de richting van ergotherapie: we kijken wat de mensen nog aankunnen. Begrijpen ze een opdracht? Kunnen ze zich voldoende concentreren om de opdracht te vervullen? Kunnen ze met bepaalde materialen aan de slag? Ouderen met stemmingsstoornissen staan vaak nog sterk in het leven. Met hen zal ik eerder rond het levensverhaal werken. De groepswerking is voor deze mensen ook belangrijker.”

Ruimte geven en observeren

Pieter Loncke werkt dan weer op de eenheid Jeugd kortverblijf. “Jongeren ruimte geven en ze observeren, dat is de kern van wat ik doe”, vertelt hij. “Na drie weken opname volgt een teambespreking. Daar deel ik mijn ervaringen met de jongere: hoe gaat hij of zij om met de ruimte, met het materiaal, zijn verhaal, met de anderen en met mij. Ik laat het verhaal van elk individu op zich spreken, maar ook hoe het individu zich kan inleven in het verhaal van anderen, is belangrijk. Jongeren zijn speels en ontdekken graag. Ik speel daarop in.”

“Daarnaast werk ik ook op de eenheid Jongvolwassenen. Deze mensen blijven langer in het ziekenhuis en met hen kan ik dan ook een steviger band opbouwen. Ik werk in groep, maar waar nodig ook individueel. Soms loopt iemand vast in zijn gevoelens of gedachten. Ook als mensen de groepsdruk echt niet aankunnen, geef ik wel eens een inleidende individuele begeleiding. Je mag niet onderschatten hoezeer mensen zich kwetsbaar moeten opstellen tijdens creatieve therapie. Het beeld of de tekening die ze maken, is zichtbaar en concreet voor iedereen. Woorden vervliegen, beelden blijven. Een veilige ruimte om in te werken, is dan ook belangrijk. Waar de creatieve therapie toe leidt, valt niet op voorhand te voorspellen. Soms is er een transformatie zichtbaar, soms is er eerder sprake van acceptatie. Creatieve therapie gaat over verhalen maken en je verhaal afstemmen op de ander. Als inspiratiebron voor

mijn oefeningen vertrek ik graag van een metafoor, bijvoorbeeld: ‘Hoe is het om in je schoenen te staan?’ En dan breng ik een hoop oude schoenen mee. Sommige jongeren kloppen er spijkers in, anderen hangen er zware blokken klei aan. Sommigen moet je aanmoedigen, anderen eerder structuur geven. Er komt heel wat energie bij vrij. En tegelijk besef je: ik plant hier een zaadje waar misschien veel uit voort zal komen. Het beeld biedt namelijk mogelijkheden en nodigt uit om na te gaan wat anders zou kunnen. De dialoog met het beeld, of het verhaal ervan, nodigt uit tot creativiteit.”

De fantasie prikkelen

Nicoline Pattyn gaat creatief aan de slag op de eenheid Volwassenen kortverblijf en de eenheid Angst-, stemmings- en persoonlijkheidsproblemen. “Werken met volwassenen geeft een andere dynamiek”, weet Nicoline. “Mijn doelgroep is 25 tot 60 jaar. Deze mensen zijn meestal minder speels en minder vrij in hun fantasie. Ik moet proberen om die fantasie te prikkelen. Ik werk altijd in groepen van een tiental mensen. Zij leren niet alleen van mij, maar ook van elkaar. Ze zien hoe de ene zich werpt en de andere heel geremd is. Maar ik laat ze ook naar hun innerlijke kijken. Daar gaat het uiteindelijk om: dat mensen hun diepere zelf ontdekken. Onlangs werkte ik bijvoorbeeld rond het thema ‘Spiegelkje spiegeltje aan de wand’. Ik vroeg de patiënten om een spiegelbeeld van zichzelf te maken. Eerst objectief hoe ze eruit zien, daarna ook



subjectief hoe ze zichzelf zien. In die tweede opdracht krijg je dikwijls heel vervormde portretten. Beide werken vormen dan het uitgangspunt voor een reflectie. We zijn dus niet alleen beeldend bezig, we doen er ook iets mee. We proberen in groep woorden te geven aan de beelden. Mensen helpen elkaar daarin.”

“Elk beeld is mentaliserend”, valt Pieter bij. “Een beeld nodigt je uit om je in te leven in de gevoelens van een ander.”

“Dat klopt”, zegt Nicoline. “We creëren ruimte waarin iets gebeurt. Je krijgt iets te zien van elkaar. Alle mensen zoeken naar manieren om om te gaan met het leven. In beeldende therapie komt iets van je innerlijke naar buiten: je kunt het bekijken en betasten. Dat is soms confronterend. Het is onze rol om mensen daarin te begeleiden en ze te dragen. Dat kan best heftig zijn. Ook bij het verwoorden van wat ze gemaakt hebben, spelen wij een begeleidende rol, uiteraard zonder sturend

te zijn. Mensen schrikken doorgaans niet zozeer van wat ze maken, maar wel van het verhaal daarachter. Patiënten zijn zich vaak niet bewust van hun innerlijke. We hebben allemaal blinde vlekken. Therapie maakt die blinde vlekken zichtbaar. Als therapeut moet je daar voortdurend bij zijn: zowel tijdens het maken als tijdens het bespreken. Continu observeren wij de mensen, als individu en als lid van de groep.”

Beelden versterken de woordenschat

Beeldende creatieve therapie werkt pre-verbaal, soms letterlijk als voorbereiding op het verbale verhaal. “Soms neem ik werk van een patiënt mee op een teambespreking”, vertelt Pieter. “Niet zozeer om het samen te interpreteren, wel om het verhaal van de patiënt te illustreren.”

“Onze bevindingen sluiten doorgaans sterk aan bij wat andere teamleden constateren”, zegt Lien.



Pieter Loncke, Lien Verkest en Nicoline Pattyn:
“Mensen schrikken doorgaans niet zozeer van wat ze maken, maar wel van het verhaal daarachter.”

over beelden geeft mensen woorden.”

“Ook ik bots wel eens op weerstand”, beaamt Lien. “Soms blijft het blad leeg of soms komt er een statement op zoals ‘Wat een zever’”. Dan is de boodschap duidelijk. Maar ook daarover kun je in gesprek gaan. Ik ben zelf ook creatief bezig tijdens de therapie. Door mezelf te engageren, krijg ik de anderen mee. We maken trouwens vooral veel plezier. Creatief bezig zijn is leuk. Als je oude mensen weer ziet giechelen met een nieuwe vriendin, doet dat iedereen deugd. Het sociale aspect is ook belangrijk. Sommige ouderen maken zelfs plannen om ook eens met hun kleinkinderen te schilderen of te boetseren.”

“Het is geen doel op zich om mensen creatief te houden, maar we willen natuurlijk wel dat ze plezier vinden in het leven”, zegt Nicoline.

“Mensen komen naar het ziekenhuis om iets te veranderen”, weet Pieter. “Om gebeurtenissen te verwerken, te aanvaarden of een nieuwe stap in hun leven te zetten. Met creatieve beeldende therapie kunnen we de gewenste situatie in beeld brengen. Daarmee wordt het streefdoel voor de patiënt al een stukje zichtbaarder en concreter en daarmee ook meer haalbaar.”

“Het valt trouwens op dat mensen meestal erg realistisch zijn in hun doelstellingen of hun streven. Wie zijn toekomst kan verbeelden en onder woorden brengen, staat al een stapje

dichter bij de verwezenlijking ervan. Uit het verleden breken en weer een perspectief hebben, kan erg motiveerend zijn. Dat hoeft echt niet altijd wereldschokkend te zijn: het vooruitzicht om weer eens te gaan fietsen met je partner of te spelen met de kleinkinderen, kan mensen kracht geven. Al moet ik toegeven dat wat wij te zien krijgen ook gitzwart kan kleuren. Ik herinner mij nog levendig de eerste collage van een meisje van zeventien op Psychosezorg – de dreiging en de angst die daarvan uitging, was onvoorstelbaar. Patiënten die net opgenomen zijn ‘evacueren’ vaak: de opgekropte inhoud komt er in één guts emotioneel en ongecensureerd uit. Maar dankzij de creatieve therapie gebeurt dat in een veilige omgeving, geleid en op een blad papier”, zegt Lien.

“De onmacht is soms groot en confronterend”, vindt ook Pieter. “Maar wij kunnen mensen helpen om de dingen los te laten. Om weerstand bij jongeren te overwinnen, ga ik soms heel creatief te werk. Desnoods laat ik ze met klei naar een vogelpikbord gooien. Dat kan heel bevrijdend werken. En met die herwonnen vrijheid kunnen we dan aan de slag. Uiteindelijk hebben we de mooiste job die bestaat, toch?”

“Maar niet altijd”, nuanceert Nicoline. “Het gebeurt dat de beeldende therapie een nieuw licht werpt op een situatie. Of dat het beeld eerst komt en daarna pas het verbale verhaal. Soms kiest een patiënt er zelf voor om zijn beeld of tekening mee te nemen naar het gesprek met de psychiater, om het gesprek op gang te brengen.”

“Een beeld kan zoveel rijker zijn dan het woord”, vindt ook Pieter. “Het maakt gevoelens zichtbaar en tastbaar. Woorden zijn vaak tweedimensionaal: ‘Ik voel me niet goed’ klinkt alsof er maar twee opties zijn: goed of niet goed. Als je iemand laat schilderen hoe hij zich voelt, kan dat verrassende resultaten geven en een grote meerwaarde betekenen: ‘Ah, zo voel je je dus!’

“Soms moet je mensen eerst een dremmel over helpen”, stelt Nicoline vast. “Dat is zeker het geval bij volwassenen. Maar eenmaal het beeld er is, versterkt vaak ook de woordenschat. Spreken

“Werken aan jezelf is meer dan er alleen over praten”

Gedragstherapie is een wijdverbreide vorm van psychotherapie. Gedragstherapie bestaat uit verschillende modellen en wordt voortdurend verfijnd en bijgestuurd. In Kliniek Sint-Jozef wordt op zowat alle eenheden met vormen van gedragstherapie gewerkt. Psychologen Jan Callens, Kelly Hoebeke en Rein Deconinck geven een overzicht, geïllustreerd met enkele geanonimiseerde cases uit de praktijk.

“Gedragstherapie is een psychotherapeutische stroming met verschillende benaderingen en modellen”, vertelt Jan Callens. “Wat ze gemeenschappelijk hebben, zijn de wetenschappelijke onderbouw en de evidence based methodieken. De modellen evolueren voortdurend, omdat ook de inzichten groeien. De wetenschap staat niet stil.”

“Algemeen kunnen we in de gedragstherapie drie generaties onderscheiden. De eerste generatie is die van het betekenisleren en het instrumenteel leren. Betekenisleren geeft een zicht op welke contexten emoties triggeren en hoe dat in iemands levensgeschiedenis betekenis gekregen heeft. Aan de hand van instrumenteel leren bekijken we hoe probleemgedrag zichzelf in stand houdt door de gevolgen die het oplevert. Bijvoorbeeld: negatieve feedback krijgen kan hoge spanning opleveren, omdat het in de levensgeschiedenis geassocieerd is met een gevoel van mislukking. Wie op dat moment naar alcohol grijpt, doet dat om een bepaalde reden, bijvoorbeeld om de spanning weg te krijgen. Als je daar de vinger op kunt leggen, kun je daarmee werken.”

“De tweede generatie is de cognitieve gedragstherapie of CBT (Cognitive Behaviour Therapy). Hier wordt de manier van denken onder de loep genomen: hoe bepaalt ons denken ons doen en laten? Door ervaringen ga je vanuit een bepaalde bril – een schema – naar jezelf, de wereld en anderen kijken. Als die schema’s uitgesproken negatief zijn, kan je hierin vastlopen.

Zich herhalende negatieve ervaringen kunnen er bijvoorbeeld voor zorgen dat iemand de wereld als slecht en de mensen als onbetrouwbaar aanziet. Vanuit een negatief zelfbeeld durven sommige mensen bepaalde dingen niet proberen, omdat ze ervan overtuigd zijn dat ze het niet zullen kunnen. Op die manier wordt het schema steeds weer bevestigd. Als we die schema’s kunnen blootleggen en onderkennen, kunnen we ermee aan de slag.”

“De derde generatie plaatst naast de veranderingsgerichte strategieën ook acceptatiegerichte strategieën. Mensen lopen soms vast omdat ze bepaalde negatieve emoties niet kunnen of willen laten bestaan of omdat ze vechten tegen hun (trauma)verleden. De therapie is dan gericht op het accepteren (niet goedkeuren!) van wat er is; met andere woorden, om ‘experientiële’ vermijding tegen te gaan. Pas dan kan iemand zijn leven terug in handen nemen, met zijn waarden als kompas.”



“De drie generaties gedragstherapie bestaan naast elkaar en vullen elkaar aan. Het arsenaal aan methodieken breidt voortdurend uit. Afhankelijk van de pathologie en de context wordt een behandeling uitgestippeld.”

Therapeutische relatie

“Gedragstherapie is niet alleen evidence based, ze is ook collaboratief”, vertelt Rein Deconinck. “Dat betekent dat de therapeutische relatie erg belangrijk is. De patiënt speelt vanuit zijn eigen expertise een cruciale rol in de therapie. Ook de therapeut heeft zijn expertise. Beide zijn nodig. Therapeut en patiënt gaan samen op weg en formuleren samen doelstellingen. Transparantie is het sleutelwoord. De patiënt en de therapeut moeten op één lijn zitten.”

“Ik werkte bijvoorbeeld onlangs met iemand met een fundamenteel wantrouwen tegenover de wereld en dus ook tegenover hulpverleners”, vult Kelly Hoebeke aan. “Voor je kan starten met de therapie, moet je in zo’n geval eerst werk maken van de therapeutische relatie. De patiënt moet zorg toelaten. Dat kan alleen als er vertrouwen groeit. In dialoog zoeken

naar een vorm van consensus is hierin belangrijk. Vertrekken vanuit de ziekte-theorie en de hulpvraag van de patiënt zorgt ervoor dat men zich kan openstellen voor de hulpverlening. Na verloop van tijd krijg je dankzij dat gevestigde vertrouwen een mandaat om aan het onderliggende trauma te werken. Het is een kwestie van afstemmen op de patiënt, van eventuele drempels of obstakels te detecteren en die te overwinnen. Dat vergt tijd en een open houding. Veel gedrag van patiënten is te verklaren vanuit de voorgeschiedenis. Wij weten dat sommige patiënten ons eerst zullen testen of zelfs afwijzen. Dan gaan we hierover open in gesprek.”

Gedragstherapie in de praktijk – drie casussen

“Met gedragstherapie proberen we de kern van een problematiek te vinden en te begrijpen”, zegt Rein Deconinck. “Dat proces is uniek en complex. Het is een misvatting dat gedragstherapeuten vooral met protocollen werken. Integendeel: elke patiënt is uniek en draagt zijn voorgeschiedenis met zich mee. Elke situatie is anders. Natuurlijk bestaan er evidence based protocollen, maar die zijn pas effectief als je erin slaagt om ze op het lijf te schrijven van de patiënt.”

Enkele cases illustreren dat. Rein Deconinck: “Een vrouw op de eenheid Ontwenning had een medicatie-afhankelijkheid en een paniekstoornis. Ze nam de medicatie om de paniek te onderdrukken. Na een tijdje kwam een tweede, onderliggend probleem aan de oppervlakte: de vrouw was erg afhankelijk van mensen en had voortdurend geruststelling nodig. Zij koos er echter voor om daar in eerste instantie niet rond te werken. In haar ogen vormden haar paniekaanvallen hét probleem. Met exposure hebben we daarom eerst gewerkt aan het toelaten en het verdragen van de paniek. In de vooruitgang met de paniekstoornis werd duidelijk dat die ook mee aangestuurd was door haar persoonlijkheid en met name haar grote afhankelijkheid. Met schematherapie hebben we dan gewerkt aan de bewustwording hiervan, zodat de vrouw sterker en met een positiever zelfbeeld in het leven kon staan. Uiteindelijk hebben we dus het onderliggende probleem aangepakt, maar in dialoog met en op het tempo van de patiënt.”

Ook Kelly Hoebeke heeft een duidelijke casus. “Een patiënte kon heel moeilijk contact maken met andere mensen: op het werk, in relaties, maar ook hier in het ziekenhuis met andere patiënten en met zorgverleners. De vrouw vluchtte in zelfverwondend gedrag om de dingen voor haar draaglijk te houden. Het contact met de hulpverlening verliep moeizaam. Ze liet mij niet toe en ik kreeg lange tijd geen mandaat om met haar op weg te gaan. Daarom zijn we in eerste instantie van het onderliggende trauma afgebleven en hebben we eerst gewerkt rond alternatieven voor zelfverwondend gedrag en rond het gedrag van ‘aantrekken en afstoten’. De vrouw kon door haar voorgeschiedenis niemand meer toelaten uit zelfbescherming. Als zorgverlener moet je continu toetsen wat haalbaar is voor de patiënt. Ik heb toen met schemamodi gewerkt om na te gaan in welke modus de vrouw kwam vast te zitten. Om haar kwetsbaarheid te beschermen, hield ze mensen op afstand met de ‘pest-en-aanval’-modus, onder het motto: ‘de aanval is de beste verdediging’. Eens ze daar voldoende inzicht in had, kon ze deze positie steeds meer loslaten. Zo kreeg ik stilaan toegang tot haar ‘kwetsbare kind’-modus en konden we met behulp van ‘imaginaire rescripting’ aan het trauma werken.”

Een derde casus komt van Jan Callens. “Een man van 34 jaar werd opgenomen met een depressie en onderliggend een laag zelfbeeld. Als kind werd hij immers gepest en later had de man ook een aantal mislukte relaties. Hij was bovendien overbeschermd door zijn ouders, bij wie hij zich kon verschansen. Dat mondde uit in een vermijdende levensstijl, wat uiteindelijk tot een depressie leidde. Eerst hebben we bij zijn zelfbeeld stilgestaan. Met cognitieve therapie hebben we vervolgens zijn denkpatronen explicieter gemaakt: wat denkt hij over zichzelf, over de anderen en over de wereld? Het bewust worden van de angstige bril waardoor hij keek, was een eerste stap naar een meer open kijk. Vervolgens kon stap voor stap gefocust worden op de sociale ontplooiing, die wat ondersteuning vergde van extra sociale vaardigheden. Gedurende het hele proces werd de gezinscontext actief betrokken, zodat de ouders ook de ruimte konden geven om die ontplooiing toe te laten.”



Jan Callens, Kelly Hoebeke en Rein Deconinck: “Het arsenaal aan methodieken in de gedragstherapie breidt voortdurend uit. Afhankelijk van de pathologie en de context, wordt een behandeling uitgestippeld.”

Groepsaanbod gedrags- therapie in Kliniek Sint-Jozef

De volgende therapieën worden in groepstherapie aangeboden in Kliniek Sint-Jozef:

- Functionele analyse
- Gedachtenrapporten
- Terugvalpreventie
- Gebruiksanalyse
- Schematherapie
- Psycho-educatie
- Sociale vaardigheden
- ACT of Acceptance and Commitment Therapy
- Gedragstherapeutische groepstherapie
- Dialectische gedragstherapie (Linehan)
- Positieve psychologie
- Assertiviteitstraining
- Metacognitieve training
- Omgaan met piekeren
- Relaxatie
- Mindfulness
- Veerkracht

Drie voorbeelden werken we verder uit:

1. Omgaan met piekeren

Rein Deconinck: “In de gedragstherapie werken we meer en meer transdiagnostisch op de onderliggende factoren die bij veel problematieken terugkeren. Mooie voorbeelden hiervan zijn de groepstherapieën ‘Omgaan met piekeren’, ‘Mindfulness’ en ‘Veerkracht’.

‘Omgaan met piekeren’ bestaat uit zes sessies. Verschillende invalshoeken komen aan bod: psycho-educatie; inzicht in gedachtesprongen en vertekeningen in ons denken; hulpmiddel-tjes om het piekeren onder controle te krijgen; het focussen op wat echt van waarde is in het leven. Deze therapie is een goed voorbeeld van hoe de drie generaties gedragstherapie samenkomen: het betekenisleren; het cognitief proberen veranderen van gedachten en het leren accepteren vanuit waarden, met nog een vleugje positieve psychologie erbij. We proberen niet alleen om bepaalde emoties te verminderen, maar ook om positieve emoties te installeren. Vergelijk het met een tuin: het volstaat niet om onkruid te wieden om een mooie tuin te verkrijgen – je moet ook ontwerpen en planten. En heb je een mooi aangelegde tuin, dan stoort het je ook niet zo erg als je eens een onkruidje ziet.”

2. Dialectische groepstherapie

Kelly Hoebeke: “Vanuit de dialectische gedragstherapie heeft Marsha Linehan een vaardigheidstraining ontwikkeld. Deze training bestaat uit vier verschillende modules. In

kernoplettendheidsvaardigheden leren patiënten de blik naar binnen te richten en zich bewust te worden van wat er in hen omgaat. In de reeks rond emotieregulatie gaan patiënten op zoek naar welke strategieën voor hen werken om hun emoties de tijd te geven om te luwen, in plaats van ze krampachtig proberen weg te duwen. Lukt het niet om emoties te reguleren, dan kan men gebruikmaken van crisisvaardigheden. Deze vaardigheden zijn gericht op het voorkomen dat mensen hun toevlucht nemen tot ongezone copingstrategieën als zelfverwonding, middelengebruik of (para)suïcidaliteit. Met intermenselijke effectiviteit ten slotte, leren patiënten wat werkt en wat niet werkt om eigen doelen te bereiken, met behoud van de relatie met de ander en zijn zelfrespect.”

3. Mindfulness

Jan Callens: “Mindfulness is evidence based voor de herhalpreventie bij depressie. De groepstherapie bestaat uit vijf bijeenkomsten. We leren mensen geen willoos slachtoffer meer te zijn van zich opdringende negatieve gedachten. Met mindfulness leert men de aandacht bewust op het hier en nu te richten, zonder te oordelen. Met meditatieoefeningen en door te leren op een mindfulle manier om te gaan met dagelijkse taken, bereidt men zich voor op de dag dat tegenslag zijn deel wordt. Let wel, mindfulness is niet aangewezen bij iemand die volop in een depressie zit, maar wel als herhalpreventie voor mensen die toch al enigszins uit de depressie gekomen zijn.”



De invloed van gedragstherapie op de klinische behandeling in de psychiatrie

Gedragstherapie heeft de behandelingen in de psychiatrie op diverse domeinen beïnvloed. Enkele voorbeelden:

- het gebruik van tools en werkbladen om emoties te scoren of lijstjes te maken van opdringerige gedachten;
- het gebruik van het signaleringsplan, waarbij patiënten leren een crisis eerder te voelen aankomen;
- het team ondersteunen in het verdragen, begrijpen en verminderen van probleemgedrag vanuit inzichten uit operante conditionering;
- het stroomlijnen van beslissingsprocessen in een team, het aanbrengen van samenhang en dit concreet maken in een behandelplan met een evaluatiefase en eventuele bijsturing;
- de transparantie naar de cliënt, het samen op pad gaan, met de klacht van de patiënt als uitgangspunt;
- de uitkomstmeting en de evaluatie, het objectief meten van resultaten.

In de marge van het **kunstparcours www.meninroadypernstrasse.be** waaraan op uitnodiging van **curator Johan Tahon** 40 nationale en internationale kunstenaars meewerken en gekoppeld aan de **presentatie** van het gelijknamige **boek**



organiseert de B-NI Stichting
Psychoanalyse en Cultuur
www.stichtingpsychoanalyseencultuur.eu
i.s.m. Psychiatrisch Ziekenhuis
Heilig Hart Ieper www.hhartieper.be
Kliniek St Jozef – Centrum voor
Psychiatrie en Psychotherapie – Pittem
www.sintjosefpittem.be
en In Flanders Fields Museum Ieper
www.inflandersfields.be
op donderdag **16 juni 2016**
een **namiddagsymposium** onder de titel

Oorlog als oorzaak. In kunst en psychiatrie

Locatie: Auditorium PZ HHart Ieper

Deelname is gratis.
Wel inschrijven voor uiterlijk 10 juni
via directiesecretariaat@sjp.be
Aantal deelnemers is immers beperkt

Programma:

- 1330-1400 onthaal met koffie
1400-1405 **welkomstwoord** door gastvrouw
Dr Katrien Verstraete, hoofddarts PZ HH Ieper
1405-1420 **boekpresentatie**
MENIN ROAD-YPERNSTRASSE.
Landscape, Form & Psyche (Uitgeverij Lannoo)
door **Jan Yperman**, organisator kunstparcours
1420-1500 **Panoramisch: 'Een pijl van kunst
op de boog van het front'**
Dr Mark Kinet www.markkinet.be
1530-1600 **Historisch** Piet Chielens
www.inflandersfields.be
1600-1630 koffie
1630-1700 **Filosofisch** Prof Marc De Kesel USt Paul
Ottawa Canada marcdekesel.weebly.com/
1700-1730 Renato Nicolodi **deelnemend kunstenaar**
www.renatonicolodi.com
1730-1800 Bart Lodewijks **deelnemend kunstenaar**
www.bartlodewijks.nl
1800-1930 drankje en hapje

2de Verjaardag ARhus in Roeselare ARhus geeft podium aan Huis in de Stad

ARhus – het Albrecht Rodenbach Open Kenniscentrum – in Roeselare bestond in februari twee jaar en dat werd gevierd. Heel wat nieuwe projecten en nieuwe evoluties werden voorgesteld. Ook het Huis in de Stad van het PRIT-netwerk geestelijke gezondheidszorg Midden West-Vlaanderen was aanwezig. Met een 'tunnel' Geestelijke gezondheidszorg stelde netwerkcoördinator Lieven Lust de activiteiten van het Huis in de Stad voor. De zowat 3.000 bezoekers aan de ARhus-verjaardag reageerden enthousiast.



Succesvolle studienamiddag

Respectvol verplegen in de GGZ

Donderdag 18 en vrijdag 19 februari vond in PZ Heilig Hart in Ieper de studienamiddag 'Respectvol verplegen in de geestelijke gezondheidszorg' plaats. Dat de studiedag twee keer na elkaar werd georganiseerd, had te maken met het grote succes ervan.

De studienamiddag werd georganiseerd door PZ Heilig Hart Ieper en Kliniek Sint-Jozef Pittem samen. Dat verpleegkundigen respectvol verplegen, lijkt heel vanzelfsprekend. Maar net door die vanzelfsprekendheid, dringt de vraag zich op of we soms geen kansen laten liggen. De studiedag bood een mix van theorie, praktijk en reflectie.

Reacties

Een van de deelnemers aan de studiedag was verpleegkundige Elke Desmet van de eenheid Jeugd behandeling. "Het was een boeiende en toegankelijke studienamiddag, mooi gepresenteerd en met concrete voorbeelden uit ons eigen ziekenhuis en uit Heilig Hart in Ieper. De studiedag stemde tot nadenken en nodigde uit om jezelf als verpleegkundige



continu in vraag te blijven stellen. Op de eenheid Jeugd behandeling hebben we al afgesproken om hier verder mee aan de slag te gaan."

Ook Sanne Hoste van de eenheid Ontwenning vond de studiedag erg interessant en herkenbaar. "Ik onthoud vooral dat iedereen op zijn manier een invulling moet proberen te geven aan 'respectvol verplegen'. Het is niet zomaar iets dat je toepast, maar eerder een houding die je eigen moet maken."

Vormingsaanbod PritLink breidt uit

PritLink-activiteiten in de steigers

Ook de komende maanden biedt PritLink een boeiend en gevarieerd vormingsaanbod. Meer en meer mensen vinden de weg naar de PritLink-activiteiten. Voor komend najaar staat een uitgebreid programma in de steigers, met zowel groepscycli als vormingsavonden.

PritLink is een initiatief van het regionaal netwerk geestelijke gezondheidszorg Midden West-Vlaanderen PRIT. PritLink staat voor een ambulante aanbod van therapeutische en herstelgerichte activiteiten, waarin de verschillende partners hun expertise bundelen. Het wil hiermee een bijdrage leveren aan de levenskwaliteit, het welbevinden en de geestelijke gezondheid.

Een erg actueel thema is alvast de kwaliteit van onze slaap. Op 9 mei biedt therapeute Ilse Hostyn hierover een vormingsavond 'Slapen, een nachtmerrie?' De avond is vooral psycho-educatief opgevat, met informatie over de fasen van slaap, de

functie van slaap, slaaphygiëne en de behandeling van slaapstoornissen. Iedereen is welkom op deze avond en inschrijven kan via de website www.pritlink.be.

Najaarsprogramma

Voor het komende najaar worden heel wat groepsactiviteiten gepland. Een overzicht:

- "Multi-echtpaargroep: depressie in/en het koppel" (8 sessies, september-november)
- Omgaan met sluimerende angst en somberheid (4 sessies, najaar 2016)
- Crisisvaardigheden uit de dialectische gedragstherapie van Marsha Linehan (8 sessies, najaar 2016)
- Psychoeducatie over psychose
- WRAP (Wellness recovery action plan)
- Loslaten: anders leren omgaan met "piekeren"
- Terugvalpreventie bij problematisch middelenmisbruik
- Jongeren van Ouders met Psychische Problemen: KOPP-

groep voor jongeren van 13 tot 16 jaar

- Beter leven met een bipolaire stoornis
- Mijn budget op orde

Voor wie?

Het PritLink-aanbod is bedoeld voor mensen met een psychische kwetsbaarheid en/of psychiatrische problematiek, ongeacht de leeftijd. Ook mensen uit hun nabije omgeving (familie, mantelzorgers, vrienden,...) zijn welkom. De programma's van PritLink kunnen aanvullend zijn bij een lopende behandeling, maar vervangen die niet. De vormingsavonden zijn toegankelijk voor een breed publiek, waaronder ook hulpverleners.

Hoe deelnemen?

Alle inschrijvingen verlopen via de website www.pritlink.be.

Voor sommige activiteiten moeten men door een behandelaar ingeschreven worden, voor andere activiteiten is inschrijven vrij.

Voor de vormingsavonden kan men vrij inschrijven via de website.



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

Medisch en therapeutisch aanbod:

ZORGPROGRAMMA JEUGD

Eenheden

Jeugd kortverblijf
Dr. Geert Everaert

Jeugd behandeling
Dr. Leen Van Compernelle

Jongvolwassenen
Dr. Geert Everaert

ZORGPROGRAMMA VOLWASSENEN

Eenheden

Volwassenen kortverblijf
Dr. Hanne Vermeersch

*Angst-, stemmings- en
persoonlijkheidsproblemen*
Dr. Mark Kinet

Psychosezorg
Dr. An Verbrugge

Psychosociale revalidatie
Dr. Hanne Vermeersch

ZORGPROGRAMMA VERSLAVING

Eenheid

*Ontwenning van alcohol,
medicatie, tabak, cannabis*
Dr. Eva Debusscher

ZORGPROGRAMMA OUDEREN

Eenheid

Ouderen
Dr. An Verbrugge

EXPERTISECENTRUM ECT

FORUM VOOR PERSOONSVORMING

Kliniek Sint-Jozef vzw

Centrum voor psychiatrie en psychotherapie

Boterstraat 6, 8740 Pittem • Tel. 051 46 70 41 • Fax 051 46 70 46
info@sjp.be • www.sintjozefpittem.be

Voor meer informatie en contactgegevens:

www.sintjozefpittem.be

www.openvenster.be (magazine)

