



KLINIEK SINT-JOZEF

CENTRUM VOOR PSYCHIATRIE
EN PSYCHOTHERAPIE PITTEM

GERAAKT DOOR MENSEN



OPEN VENSTER ²⁹

MAGAZINE KLINIEK SINT-JOZEF PITTEM



Filip Deboutte
algemeen directeur



Sigmund

Op 2 december viert de eenheid Ontwenning haar 35-jarig bestaan met de studiedag 'Hidden Inner Rooms'. Experts, ervaringsdeskundigen en schrijvers laten er hun licht schijnen over deze vaak donkere problematiek. Elk van de eminente sprekers zorgt er op zijn terrein mee voor dat geestelijke gezondheidszorg meer bespreekbaar wordt in onze samenleving. U vindt het volledige programma op de pagina hiernaast. Snel inschrijven is de boodschap! We rekenen op een grote belangstelling. Uiteraard stond ook de Week van de Geestelijke Gezondheidszorg eerder deze maand helemaal in het teken van het doorbreken van taboes en stigma's. De voorbije jaren zien we het aantal initiatieven op dat gebied toenemen. Dit kunnen wij alleen maar toejuichen. Hoe minder taboes, hoe lager de drempel voor mensen met een psychische nood om hulp te zoeken. En hoe sneller mensen hulp zoeken, hoe

groter de kans op een goed herstel. We slagen er ook in om jongeren preventief sterker te maken, zodat ze weerbaarder in het leven staan en psychische problemen beter de baas kunnen. Dat is het opzet van de KOPP-groepen die Kliniek Sint-Jozef samen met de partners van PritLink ontwikkelt. KOPP staat voor Kinderen van Ouders met Psychische Problemen. We weten dat deze kinderen en jongeren een groter risico lopen om zelf ook met psychische problemen te kampen. Door ze te informeren en sterker te maken, kunnen we samen die risico's beperken. De geestelijke gezondheidszorg staat niet stil. Samen met onze partners verkennen we voortdurend nieuwe paden om mensen met een psychische kwetsbaarheid bij te staan.

Filip Deboutte
Algemeen directeur

Colofon

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

Redactiecomité: Filip Deboutte, Eddy Deproost, Michael Naessens, Pol Vanhee, Greta Vanoverschelde

Coördinatie: Pol Vanhee

Redactie: Zorgcommunicatie.be

Fotografie: Stefaan Beel

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
Hidden Inner Rooms	3
Psychoanalytisch georiënteerde therapie	4
Kinderen van ouders met psychische problemen	8
Zingen, spelen en luisteren in de muziektherapie	10

Hidden Inner Rooms



Tijd en verhaal - 35 jaar ontwenning

Afhankelijkheid is een problematiek die een kaart vraagt om wegen te zien naar een innerlijk huis met kamers. Psychotherapie bij middelenaafhankelijkheid is soms geheime kamers vermoeden, na jaren misschien een deur vinden en mee een geheim dragen. Iedereen die hier ooit voorbijkwam of nog is, zit mee ingekanteld in een verhaal. Opgetekend in verslagen/ analyses/ levensverhalen. Woorden die vorm geven aan tijd, worden van onder het stof gehaald of opgespaard voor later. Kom gerust binnen ...

Eva Debusscher Psychiater op eenheid Ontwenning.

Ignas Devisch Professor Ethiek, Filosofie en medische filosofie aan Universiteit Gent en Arteveldehogeschool.

Tom Defillet VAD stafmedewerker en clusterverantwoordelijke onderzoek en ontwikkeling.

Wim van den Brink Hoogleraar Verslavingszorg aan Academisch Medisch Centrum Amsterdam, directeur van Amsterdam Institute for Addiction Research.

Mieke Hoste Afdelingspsycholoog van eenheid Ontwenning en opleider in Rapunzel te Diest.

Jeroen De Gelder Ervaringsdeskundige en auteur van "La Folia".

Christophe Vekeman Schrijver, dichter en performer. Veel gevraagde gast op literaire podia in Vlaanderen en Nederland.

Dirk De Wachter Psychiater-psychotherapeut en diensthoofd systeem- en gezinstherapie aan het Universitair Psychiatrisch Centrum van de KU Leuven, campus Kortenberg.

Simon Demeulemeester Redacteur bij Knack.

programma

8.30	Onthaal	13.10	Mieke Hoste en Jeroen De Gelder - Brengen hun gedeelde tijd en verhaal binnen en buiten de therapiekamer.
9.00	Eva Debusscher - Opening en welkom	14.00	Pauze
9.20	Ignas Devisch - Brengt een originele blik binnen in het maatschappelijk omgaan met tijd.	14.20	Christophe Vekeman - Leest voor uit zijn roman 'Een borrel met Barry'.
10.20	Pauze	14.40	Dirk De Wachter - Overschouwt liefde en relaties in tijden van maakbaarheid.
10.50	Tom Defillet - Licht de nieuwe alcoholnorm België toe die dit jaar gefinaliseerd werd.	15.40	Simon Demeulemeester - Volgt met ons mee en sluit af met zijn onbevangen indrukken van de dag.
11.15	Wim van den Brink - Spreekt over middelenaafhankelijkheid en de behandeling ervan in de toekomst.	15.45	Receptie
12.00	Lunch		

Inschrijving

Inschrijven kan via www.sintjozefpitem.be.

Kostprijs bedraagt 90 euro per deelnemer (inclusief broodjesmaaltijd).

Locatie

Kliniek Sint-Jozef vzw - Centrum voor Psychiatrie en Psychotherapie
Boterstraat 6
8740 Pittem

Accreditering

Accreditering is aangevraagd.

“Voelen wat er leeft en er woorden aan geven”

We kennen allemaal Sigmund Freud als grondlegger van de psychoanalyse. Maar in de praktijk van een psychiatrisch centrum in 2016 herinnert weinig nog aan de sofa of de sigaren van Freud. Toch blijft de psychoanalyse een inspirerend denkkader, zo blijkt. “Het driftmatige in onszelf kan verklaren waarom bepaalde dingen zo hardnekkig moeilijk blijven.”

Waar staat psychoanalyse anno 2016 eigenlijk voor?

Dr. Van Compernelle: In het kader van residentiële behandeling spreken we eerder over psychoanalytisch georiënteerde therapie. Dat betekent dat psychoanalytische/psychodynamische denkkaders heel erg aanwezig zijn, zowel in het denken als in de praktijkvoering van psychiater, psychologen en therapeuten – zonder dat de patiënt daarom expliciet het gevoel heeft dat het over ‘psychoanalyse’ gaat.

Martijn Devos: Ons denkkader is verschillende achtergrondtheorieën rijk. Hierdoor rijden we ons niet vast in één straatje en vinden we telkens opnieuw zuurstof om met een complexe problematiek aan de slag te blijven. Er zijn wel een aantal gemeenschappelijke kenmerken van deze psychoanalytische theorieën.

Isabel D’hont: Zo begrijpt de psychoanalytisch georiënteerde therapie de problemen of het lijden van iemand vanuit zijn of haar levensverhaal; ook de vroegkinderlijke ervaringen kunnen daarbij een rol spelen. We onderzoeken of bepaalde (relationele of emotionele) patronen terugkeren en wat die kunnen betekenen. Door erover te praten, krijgen we samen met de patiënt zicht op de conflicten die zich binnen iemand afspelen. Zo gebeurt het bijvoorbeeld dat iemand én de ideale dochter wil zijn én tegelijk ook verlangt naar meer vrijheid en zelfstandigheid. Die beide wensen nastreven kan leiden tot een innerlijk conflict. Ook bepaalde angsten kunnen op zo’n manier verklaard worden. Door vrije associatie tijdens gesprekken komen we tot inzicht.

Michael Naessens: Het gaat erom in contact te komen met de eigen binnenwereld en deze onder ogen zien. Samen met de therapeut probeert de patiënt deze binnenwereld te ontdekken en onder woorden te brengen. Een patiënt leert zichzelf ten volle kennen in relatie met de therapeut. Alle (vaak schaamtevolle, schuldbeladen, pijnlijke, onaangename) gedachten, gevoelens, neigingen en verwachtingen kunnen in dit vrije spreken een plaats krijgen.

Dr. Van Compernelle: Spreken is een boeiend proces. Vroeger ging men er te gemakkelijk van uit dat iedereen kan spreken. Toch is echt spreken over wat je diep vanbinnen aangaat helemaal niet vanzelfsprekend. Veel jongeren, maar ook volwassenen, moeten dit als het ware leren.

Martijn: We kijken hoe iemand ontwikkelt, tot betekenisgeving komt, doorheen de relatie met de context. Zo proberen we elke persoon ook heel individueel te benaderen.

Michael: ‘Wat ligt er voorbij het symptoom?’ is een centrale vraag. Niet zozeer het bestrijden van de symptomen staat centraal, maar wel het ontdekken van hun bestaansredenen. Symptomen zijn er niet zomaar. Ze zijn ontstaan om de persoon staande te houden in soms erg moeilijke omstandigheden. Wanneer deze omstandigheden of gebeurtenissen voorbij zijn, blijven de symptomen soms nog aanwezig zonder nog functioneel te zijn, waardoor men met allerlei problemen geconfronteerd wordt. Een symptoom is dus dikwijls een vorm van bescherming, zoals een schelp een weekdier beschermt. Je mag de schelp niet zomaar bestrijden.

Integendeel, je moet er respect voor hebben en de symptomen soms ruime tijd verdragen en laten bestaan.

Isabel: Psychoanalytisch georiënteerde therapie is altijd een samen op weg gaan met de patiënt. De patiënt zelf ontdekt samen met ons veel over zichzelf. Als psycholoog of psychiater bevorderen we het praten.

Michael: Veel mensen beginnen de sessie vaak met de melding niet te weten wat te zeggen. Dit is meestal een goede start van de sessie, want zo kan het onbewuste zijn werk doen en via het vrije, associatieve spreken aan de oppervlakte komen. De meeste mensen zeggen in zo’n sessie veel meer dan ze voor mogelijk achtten en komen zo allerlei zaken over zichzelf te weten. Men ontdekt geleidelijk aan alles over zichzelf wat men altijd al heeft geweten maar nog nooit heeft (durven) zien.

Dr. Van Compernelle: Als psychiater is het je taak om alle denkkaders in het oog te houden en tot een totaalbeeld te komen. Waarom gedraagt iemand zich op die manier? Wat betekenen de symptomen?

Hoe is de rolverdeling tussen psychiater en psycholoog in dat proces?

Michael: Die rolverdeling is niet altijd strikt. Er is continu overleg. De psychiater kan als arts natuurlijk wel medicatie voorschrijven, wat wij als psychologen niet kunnen.

Martijn: Een psychiater gaat vaker beslissingen nemen in de realiteit:

v.l.n.r.:

Martijn Devos, afdelingspsycholoog eenheid Jeugd behandeling

Isabel D'hont, afdelingspsycholoog eenheid Jongvolwassenen en Jeugd kortverblijf

Dr. Leen Van Compernelle, psychiater eenheid Jeugd behandeling

Michael Naessens, afdelingspsycholoog eenheid Angst-, stemmings- en persoonlijkheidsproblemen



de opname, het ontslag, de medicatie,... Een psycholoog werkt wat verder van die dagelijkse realiteit, waardoor er meer ruimte komt om te praten. Dit schept andere mogelijkheden. Toch laten beiden de realiteit niet los.

Dr. Van Compernelle: Een belangrijke taak van de psychiater is het globale overzicht te behouden omtrent een behandeling; van waar komen we, waar willen we naartoe; hoe spelen verschillende invloeden, dynamieken, factoren op mekaar in?

Isabel: Als psychologen volgen wij de patiënten van dichtbij op. We zien ze zowel in individuele gesprekken als tijdens groepssessies.

Zijn er verschillende soorten psychoanalytisch georiënteerde therapie?

Martijn: Enorm veel! Het beeld van Freud met de patiënt op de sofa en de psychiater die vooral luistert naar de associaties van de patiënt, dat klopt niet meer helemaal. Althans niet in de setting van een psychiatrisch ziekenhuis. Onze therapieën zijn hierin wel geworteld, maar zijn breder en de therapeut is actiever. We werken met face-to-face gesprekken, maar ook met groepspsychotherapieën, creatieve groepstherapieën,...

Isabel: Het betrekken van de context is vandaag ook veel belangrijker geworden. In de eenheid Jongvolwassenen beschouwen we de jongere altijd in zijn context. Dat is immers de realiteit waarmee die jongvolwassenen aan de slag moeten. We werken niet in het luchtledige, maar met beide voeten in de werkelijkheid.

Dr. Van Compernelle: Ook het 'mentaliseringsbevorderende' aspect is belangrijk: het leren voelen wat er te voelen is, en daar dan woorden aan geven.

Michael: De klassieke psychoanalyse was vooral non-directief. Vandaag komen wij als therapeuten meer tussen, gaan we actiever optreden en meer samen met de patiënt zijn verhaal (re-) construeren.

Isabel: We leren mensen ook omgaan met bepaalde tekorten of frustraties.

Je kunt niet alles oplossen, maar dat betekent niet dat je niets kunt doen. Hoe je tegen de dingen aankijkt en hoe je zaken in de toekomst anders kan bekijken, is ook van belang.

Houdt die directieve, sturende inbreng van de therapeut geen gevaren in?

Michael: Je moet natuurlijk doordacht te werk gaan. Het is belangrijk je altijd goed af te stemmen op de patiënt en het optimale angstniveau voldoende te reguleren. Hierbij ga je als therapeut af en toe doorvragen bij moeilijke onderwerpen, maar deze ook tijdig laten rusten indien de angst te hoog dreigt te worden. Teveel angst is niet werkzaam, maar te weinig 'spanning' ook niet. Een therapeutisch gesprek is geen koffietafel.

Isabel: Veel patiënten die bij ons komen geven aan dat ze zich al lang niet goed in hun vel voelen, dat ze het gevoel hebben dat 'niets meer lukt' of dat ze niet weten wat ze met hun leven kunnen aanvangen. Wij gaan met hen op zoek naar de onderliggende redenen voor hun slecht gevoel.

Dr. Van Compernelle: Mensen moeten een bepaald potentieel hebben om zelf op zoek te kunnen gaan naar antwoorden, zo niet dreigen ze eerder verloren te lopen. Een sturende, directieve inbreng is eerder niet analytisch, maar kan in een klinische behandeling wel complementair zijn, én nodig.

Is de oorzaak of het ontstaan van een probleem altijd vanuit het verleden te verklaren?

Isabel: Niet als je het karikaturaal beperkt tot de kindertijd, zoals wel eens gebeurt. Het is het hele levensverhaal dat telt.

Michael: Patiënten hebben soms een vertekende opvatting hierover. Ze gaan er vanuit dat ze altijd over het verleden zouden moeten praten of telkens over hun vader en hun moeder moeten spreken. Dat is natuurlijk niet zo. Ieders verleden speelt een rol in wie men (geworden) is. We vertrekken in de therapie in eerste instantie vanuit het vrije spreken, waarbij

men alles vertelt wat in zich opkomt en staan er dan bij stil hoe het komt dat sommige onderwerpen moeilijk te bespreken zijn, zoeken de juiste woorden, exploreren de verwachtingen en fantasieën die iemand heeft bij dit vrije spreken enzovoort. Hierbij kan de levensgeschiedenis van de patiënt ons van dienst zijn en nuttige informatie bezorgen.

Dr. Van Compernelle: Het driftmatige in onszelf kan verklaren waarom bepaalde dingen zo hardnekkig moeilijk blijven. En dat krijg je niet aan de oppervlakte met alleen systeemtherapie of gedragstherapie. Bij jongeren zie je bijvoorbeeld dikwijls een vroegkindelijke afhankelijkheid of koppigheid terug de kop opsteken in het zoeken om hun identiteit vorm te geven. Als psychiater moet je dat niet alleen zien, maar ook begrijpen hoe moeilijk het is om dat houvast los te laten.

Michael: Tijdens een (langdurige) therapie treedt er vaak een vorm van 'regressie' op. Hierbij herhaalt men als het ware eerdere ontwikkelingsfasen doorheen de therapie om tot nieuwe uitkomsten te komen. In een veilig en voorspelbaar kader (de opname-eenheid) kan men hierbij nieuwe 'corrigerende emotionele ervaringen' opdoen; ervaringen die niet passen bij het door levenservaringen gecreëerde verwachtingspatroon. Zo kunnen deze verwachtingen bijgesteld worden.

Isabel: Sommige jongeren stellen gedrag dat vaak gezien wordt in een 'jongere/vroegere' fase (bv. koppig gedrag), maar door een aangepaste benadering kun je effectief zaken gaan corrigeren. Het is vooral een proces van zo goed mogelijk afgestemd raken op de patiënt.

Dr. Van Compernelle: Zo krijgt de relatie met de therapeut voor een patiënt soms eenzelfde dynamiek als met bepaalde belangrijke figuren in zijn verleden. We spreken dan van 'overdracht'.

Michael: Ook het omgekeerde valt voor. Bij 'tegenoverdracht' moet je de vraag stellen: waarom ben ik of zijn wij als team geneigd om zo te reageren bij die patiënt. Het is goed hierover gezamenlijk te reflecteren.

Dr. Van Compernelle: Als therapeut moet je naast het luisteren altijd voldoende ruimte inbouwen voor het reflecteren. Wat zeg ik wel, hoe verwoord ik het, en wat zeg ik niet?

Isabel: Je moet je voortdurend goed bewust zijn van wat je doet. Intervisie en bijscholing zijn cruciaal voor wat we doen. En je moet ook je eigen valkuilen kennen.

Zijn er grote verschillen van aanpak tussen de verschillende eenheden?

Dr. Van Compernelle: De grote lijnen lopen gelijk, maar de context is natuurlijk anders. Volwassenen kijken eerder terug op hun gezin van oorsprong, jongeren leven in hun gezin, met hun ouders. In die zin is er op de eenheden in het zorgprogramma Jeugd een belangrijke interactie tussen wat in individuele therapie en gezins-therapie gebeurt.

Martijn: Jongeren zijn nog volop in ontwikkeling, leven vaak ook nog bij hun ouders. Onze behandeling houdt dan ook specifiek rekening met de ontwikkelingsopdrachten waar onze jongeren voor staan: een eigen identiteit vormgeven, leren loskomen van... Of we kijken waar en waarom de ontwikkeling net gestagneerd is om de behandeling daarop te enten. Je kunt een man van 50 jaar niet vergelijken met een jongere van 15 jaar.

Michael: Al zijn er ook mannen van 50 jaar die niet los kunnen komen van de gezinscontext.

Dr. Van Compernelle: Heel vaak, als de ouders van een jongere na de eerste maand opname op gesprek komen, reageren ze aangenaam verrast: 'Mijn zoon of dochter praat al veel meer.' Dit horen we graag. Want dit praten brengt terug interactie en zo verbinding tot stand. Zo kunnen mensen weer samen op weg. Het gevoel bij opname is net vaak dat ze mekaar kwijt geraakt zijn.

Michael: Belangrijk is het vestigen van een vertrouwensband en een werkrelatie. Veel mensen die hier aankomen, hebben alle vertrouwen in de

medemens verloren. Eerst moeten we dat basisvertrouwen (her)installeren. Pas dan kan je verder werken.

Martijn: In dit gesprek ligt de nadruk sterk op het verbale, maar soms werken we als psycholoog ook met creatieve methodieken. Deze bieden vaak een eerste stap om iets van zichzelf te kunnen uitdrukken of om in voeling met zichzelf te komen. Met jongeren is het 'samen dingen doen' erg belangrijk. Soms komt men al doende tot vertrouwen in elkaar, tot contact. Jongeren komen uit zichzelf of vanuit hun context niet altijd tot spelen of tot creativiteit. Juist in 'het doen' kunnen ze soms opnieuw een zekere vrijheid voelen, wat contact toelaten of opnieuw plezier beleven. Zo komt er een nieuwe dynamiek op gang of ontstaat er geleidelijk ook ruimte om te spelen met gedachten en gevoelens, waar vroeger alles verstard was.

Michael: Dat geldt ook voor volwassenen. Zij zijn het spel, het plezier en de creativiteit op een of andere manier onderweg vaak verloren of hebben dit nooit kunnen ontwikkelen. Dat spelplezier (terug) installeren, heeft dikwijls een heel positief effect. En hiermee is meteen ook het cliché weg-gewerkt als zouden wij ons alleen op negatieve elementen concentreren. Zowel het positieve als het negatieve zijn onderdeel van het menselijke leven en verdienen hun plaats in therapie.

Dr. Van Compernelle: We analyseren niet alleen, we bouwen vooral op.

Isabel: Met beide voeten in de realiteit. In voortdurend contact met het gezin, de school, het werk, het vrijwilligerswerk... Die contacten van patiënten proberen we zo warm mogelijk te houden tijdens een opname. Want dat is de context waar de patiënt na zijn opname naar terugkeert.

Studiedag Dwingende vrijheid

Op 19 november vindt de jaarlijkse studiedag van de Stichting Psychoanalyse en Cultuur plaats in het KASK in Gent. Thema dit jaar is 'Dwingende vrijheid'.

Vrijheid kan dwingend zijn, is het uitgangspunt van deze studiedag met heel wat deskundigen uit de wereld van de psychoanalyse en de cultuur. Onder hen dr. Mark Kinet, psychiater van Kliniek Sint-Jozef. Maar ook schrijver Yves Petry, cultuurwetenschapper Daan Rutten, filosofiedocent Frank Vande Veire, docent Franse Literatuur Sjep Houppermans, moraalfilosofe Tinneke Beeckman, klinisch psycholoog en psychoanalytisch psychotherapeut David Schrans en psychoanalytici Jo Smet, Katrien Steenhoudt en Trui Missinne staan op het programma. Dagvoorzitter is Trees Taversier, psychoanalytica.

Meer informatie:
www.stichtingpsychoanalyseencultuur.eu

“Geef kinderen en jongeren preventief meer veerkracht”

Kliniek Sint-Jozef heeft al enkele jaren een KOPP-werking in eigen huis, maar samen met de partners van PritLink ontwikkelt het nu ook een ambulante aanbod. De groepsessies vinden plaats in het Huis in de Stad in Roeselare en ook het mobiel team speelt een rol. “Met KOPP kunnen we preventief het verschil maken door jongeren meer veerkracht te geven”, klinkt het bij psychologe Heidi Vandenberghe en bachelor in de toegepaste psychologie Hilde Desloovere.

Kinderen van een ouder met psychische problemen (KOPP-kinderen) passen zich vaak goed aan de situatie aan. Ze doen erg hun best op school en ze proberen de ouders zo weinig mogelijk tot last te zijn. Zo blijven ze vaak onder de radar. Al komt het omgekeerde ook wel voor: dat het kind of de jongere zich extra laat gelden. Hoe dan ook, KOPP-kinderen zijn kwetsbaar. Ze lopen een groter risico om zelf ook psychische problemen te ontwikkelen. Preventie kan veel leed voorkomen.

“De belangstelling voor de problematiek van KOPP-kinderen heeft vooral sinds 2004 een duw in de rug gekregen. Over heel Vlaanderen werden regionale werkgroepen opgericht, met als doel preventie, sensibilisering en vorming van hulpverleners. In onze eigen regio bleef er ambulante echter een leemte. Met PritLink willen we dat hiaat invullen. Hier is echt nood aan. Door KOPP-kinderen meer veerkracht te geven, kunnen we ze beter wapenen”, vertelt Hilde Desloovere, bachelor in de toegepaste psychologie bij het kinderteam van CGG Mandel en Leie Izegem.

“Jaarlijks willen we een aanbod organiseren voor kinderen van 8 tot 12 jaar en voor jongeren van 13 tot 16 jaar. Telkens met zes groepsessies, voorafgegaan en gevolgd door een ge-

zinsgesprek. Let wel: wij bieden geen hulpverlening of therapie, wij werken preventief”, licht Heidi Vandenberghe, kinderpsychologe bij CGG Largo Roeselare, toe.

Beschermend en belastend

“In de eerste sessie laten we de kinderen en jongeren kennismaken en geven we algemene informatie. Tijdens de tweede sessie komt een psychiater langs. Ook de ouders worden voor deze bijeenkomst uitgenodigd, maar niet samen met de kinderen. Ouders krijgen zo de kans om eens los van de eigen problematiek met een psychiater te praten over psychische problemen en het ouderschap. Terwijl de ouders met de psychiater samenzitten, kunnen de kinderen en de jongeren hun ontmoeting met de psychiater voorbereiden. Zo kunnen ze vooraf goed nadenken over wat ze willen vragen of vertellen.

In de derde sessie staat het gezin centraal. We laten de kinderen aan het woord: wat ze leuk en wat ze minder prettig vinden. We leren ze iets over rollenpatronen en hoe ermee om te gaan. In de volgende sessie staat het ‘sterker worden’ centraal. We laten de kinderen hun kwaliteiten, krachten en talenten ontdekken. In sessie vijf ligt de focus op ‘helpers’: kinderen staan er niet alleen voor. Wie staat klaar om te helpen? Wie of wat kan hen sterker maken? Hierbij hoort een stukje psycho-educatie over beschermende en belastende factoren.

Een beschermende factor is bijvoorbeeld de informatie die kinderen krijgen over de ziekte en het ziekteverloop. Goede informatie geeft houvast. Ook voldoende tijd maken voor eigen activiteiten werkt beschermend. Het is niet goed als kinderen alleen met de zorg voor de ouder bezig zijn. Ook het durven delen van ervaringen en gevoelens met anderen, is een be-



schermende factor. Vandaar ook het nut van deze groepsessies.

Belastende factoren zijn dan weer de schuld en schaamte die vaak opduiken. ‘Ik ben te lastig en daarom is mijn mama ziek geworden’, is een vaak voorkomende gedachte. Veel kinderen durven hierover niet te spreken. Ook onvoorspelbaarheid is erg belastend: ‘Hoe zal papa zijn als hij straks thuis komt?’ Het gebrek aan een netwerk werkt eveneens belastend.”

Durven praten

“De zesde en laatste groepsessie gaat

(v.l.n.r.) Hilde Desloovere en Heidi Vandenberghe:
"De nood aan begeleiding is groot, maar helaas: ook de drempel om in te stappen is hoog. We moeten de KOPP-problematiek met zijn allen beter bespreekbaar maken."



over 'beter naar huis'. Tijdens deze sessie evalueren we wat we geleerd hebben en polsen we of er nog vragen zijn. Deze sessie is tegelijk een voorbereiding op het afsluitende gezinsgesprek.

Dat gezinsgesprek dient om het traject verder te laten lopen. Het is een terugkoppeling vanuit de jongere. Er samen kunnen over praten, geeft het kind kracht. Communicatie is ontzettend belangrijk. Een kind dat kan zeggen 'Ik ben boos' of een jongere die aangeeft 'Ik wil meer zelfstandigheid', is vaak een goede stap vooruit. Durven praten, durven dingen delen: daar gaat het om. Elke groep bestaat uit minimum zes

en maximum tien jongeren. De nood aan begeleiding is groot, maar helaas: ook de drempel om in te stappen is hoog. We moeten de KOPP-problematiek met zijn allen beter bespreekbaar maken. Psychiatrische ziekenhuizen, PAAZ'en, CGG's, CAW's, mobiele teams, CLB's, huisartsen: iedere hulpverlener die in contact komt met volwassenen met een psychische problematiek zou even moeten polsen hoe met de kinderen gaat en het KOPP-aanbod bekendmaken.

Het is niet altijd evident, dat beseffen we heel goed. Eigenlijk moet de ouder het kind een mandaat geven om aan

de KOPP-sessies deel te nemen. Terwijl de ouder heel goed weet: ze gaan daar over mij praten. Dat is niet gemakkelijk. Ook het kind moet dikwijls schaamte en/of schuld overwinnen. Het is daarom aangewezen om voorzichtig te werk te gaan en zowel kind als ouder te 'ontschuldigen'."

Goed gevoel

"In april 2016 zijn we gestart met een kindergroep. Er waren heel wat aanmeldingen, maar er zijn altijd kinderen die op het laatste ogenblik afhaken. Uiteindelijk zijn we gestart met acht: een enthousiaste groep die op een heel positieve manier geëvolueerd is. Ook de ouders zelf hielden er een goed gevoel aan over, zo bleek uit de evaluatie.

In een groep kunnen er ook broers en zussen zitten. Het is goed dat alle kinderen van het gezin de kans krijgen om deel te nemen. De groep kent een positieve dynamiek. Kinderen en jongeren leren niet alleen van ons, maar ook van elkaar. Het beseft dat ze niet de enigen zijn in hun situatie, maakt ze sterker. Ze geven elkaar steun. En ze wisselen adressen uit om contact te houden met elkaar. Bij de pubergroep is dat nog meer het geval dan bij de kinderen. Dat is allemaal erg goed voor het zelfbeeld van deze jongeren.

Het mobiel team verzorgt het inleidende gezinsgesprek. De meerwaarde van het mobiel team is dat deze hulpverleners erg dicht bij de mensen staan. Ze kennen vaak de context. Ze kennen de draaglast en de draagkracht van de gezinnen. Veel aanmeldingen komen uit het mobiel team. Tijdens het afrondende gezinsgesprek waken we erover dat we de ouder in zijn rol als ouder bevestigen. Zo ondersteunen we ook hem of haar."



“Rauw en ruig kan ook mooi, intens en waardevol zijn”

Muziek zegt soms meer dan woorden. Ook in een therapeutische setting. Bovendien werkt zingen verbindend en tijdens improvisaties leer je elkaar te verbinden. Muziektherapie neemt dan ook een bijzondere plaats in. We gingen erover praten met muziektherapeute Nele Fiers en met twee leuke jongedames die we voor de gelegenheid (en voor de anonimiteit) Stefanie en Sara zullen noemen.

“Alles wat muziek is, kan hier”, lacht Nele ter verwelkoming. “Spelen, zingen, luisteren en vooral heel veel improviseren. Vanuit de buik, zo vrij mogelijk. Alleen, met zijn tweeën of in groep. Improviseren klinkt gemakkelijk, maar dat is het niet altijd. Het is minder vrijblijvend dan het lijkt. Bij improvisatie komen dikwijls gevoelens naar boven: wat doet dit met mij, welk beeld roept dit bij me op, welke emotie brengt dit teweeg, bij mezelf en in de groep? Via improvisatie kan je je binnenwereld vormgeven in klank en soms is het zelfs een goede manier om er woorden voor te vinden. Geregeld kiezen we ook om bekende liedjes te zingen. Dat geeft meer houvast: je weet waar het lied begint en waar het eindigt. Zingen werkt heel verbindend. En soms luisteren we gewoon. Naar liedjes met een persoonlijke betekenis of naar muziek zonder woorden. Luisteren naar muziek kan heel troostend zijn.”

“Toen ik hier aankwam, speelde ik geen enkel muziekinstrument”, vertelt Stefanie. “Muziek is soms iets vreemds voor mij: ik voel iets, maar ik kan het niet verwoorden. Soms komt muziek zelfs té dichtbij. Ze maakt gevoelens los en daar kan ik geen weg mee, en dat vind ik lastig. Samen zingen is gemakkelijker. Dat ontspant mij. Je voelt je ook deel van een groep. Iedereen in de groep mag liedjes voorstellen. Dat is fijn.”

“Ik vond vooral de eerste keer best moeilijk”, zegt Sara. “Ik had schrik voor de reacties van de anderen. Wat als ze het niet goed vinden? Ondertussen heb ik hier wel geleerd dat ik anderen mag vertrouwen. Je hoeft geen specialist te zijn om hier je ding te doen.”

“Het is trouwens helemaal niet de bedoeling om ‘mooie’ muziek te maken”, valt Nele bij. “Wat is trouwens ‘mooi’? Belangrijk voor ons is het buikgevoel, het authentieke, het echte. En soms is dat rauw of ruig of chaotisch. Wij streven geen esthetisch ideaal na. Tegelijk is die waarachtigheid, die echtheid, op een bepaalde manier ook erg mooi, intens en waardevol.”

● **Muziktherapeute Nele Fiers met Stefanie en Sara:**
“Vaak grijpen er structureel voelbare veranderingen plaats zonder dat je die specifiek kunt benoemen. Muziektherapie is een deel van een behandeling. Je kunt muziektherapie hier niet los zien van de rest.”

Je blootgeven

“Veel hangt af van de groep”, vindt Stefanie. “Als er enkele goede muzikanten bij zitten, dan durf je zelf toch minder naar buiten te komen. Maar hoe beter je elkaar kent, hoe beter het lukt om je in een groep te manifesteren. Muziek maken is je blootgeven. Zo voelt het toch aan. Je toont iets van jezelf, waar je geen vat op hebt. Ik heb zelfs al het gevoel dat ik veel over mezelf prijsgeef als ik een liedje kies om samen naar te luisteren.”

“Soms geven mensen in de muziektherapie meer van zichzelf bloot dan ze beseffen”, bevestigt Nele. “Anderen reageren daarop. Je kunt jezelf niet voortdurend camoufleren. Soms is het ook genoeg geweest. Dan laat ik iedereen even op adem komen. Of luisteren we naar rustige of geruststellende muziek.”

“Natuurlijk heeft elk zijn voorkeur in muziek”, weet Stefanie. “Als iemand house kiest, dan heb ik daar respect voor, ook al heb ik zelf niets met house. Maar het is wel leuk om eens andere muziekstijlen te leren kennen.”

“Ik vind het nog altijd moeilijk om de stap te zetten”, bekent Sara. “Om een nummer te kiezen om samen naar te luisteren. Hoe gaan mensen op mijn keuze reageren, vraag ik me altijd af. Zal het passen? Zullen ze het tof vinden? Of stom? Ik vind het straf als iemand voor zijn mening durft uit te komen en bijvoorbeeld een hardrockgroep voorstelt. Ik hou me liever op de achtergrond. Ik luister wel graag. Vaak herken ik iets van mezelf in een nummer. Dat kan deugd doen. Het gevoel dat je niet alleen met je gevoelens zit.”

“Hebben jullie het gevoel dat je een evolutie doormaakt binnen de sessies muziektherapie?” wil muziktherapeute Nele graag weten.

“Ik zeker wel”, antwoordt Sara volmondig. “In het begin durfde ik bijna niet op een instrument te spelen. Tot iemand uit de groep plots zei: doe maar je ding. Ja, de groep heeft me over de streep getrokken. Daar ben ik wel blij om. Nu speel ik piano, triangel...”

“Ik voel soms dingen die ik niet kan verwoorden, maar ik voel ze tenminste al”, aarzelt Stefanie. “Ik kan me hier ook wel ontladen. Ik laat muziek nu meer toe. Ik vind het minder bedreigend. Muziek kan me overspoelen met emoties en mijn gedachten op hol doen slaan. En dan kan ik dat niet beheersen. Muziek kan me op andere momenten wel tot

rust brengen. Ik vind dit absoluut geen evidente therapie. Ik kom ook niet altijd met volle goesting, als ik eerlijk mag zijn. Ik heb de eerste sessie aan Nele gezegd: ‘Dit wordt niks.’ Maar we staan toch al een stap verder.”

Samenspel

“Of we doelgericht werken? In het begin is er in elk geval een zekere verkenningsfase”, licht Nele toe. “Observatie is een belangrijk deel van mijn opdracht. Kijken wat komt en daarop inspelen. Deelnemers ondersteunen, vragen stellen, tegengewicht geven, aanmoedigen, ... Je kunt het gerust vergelijken met wat in gesprekstherapie gebeurt, maar dan met muziek in plaats van met woorden. Sommige jongeren en volwassenen missen elk vertrouwen als ze hier binnenkomen, terwijl anderen vrij en vrank beginnen te spelen. De eersten moet je aanmoedigen, de laatsten moet je soms grenzen stellen. Ik speel zo goed mogelijk in op elk individu. Het is telkens weer anders. Ik wil ook niet te sturend optreden. De vrijheid is belangrijk in muziektherapie. De muziek is louter een middel, een instrument, nooit een doel op zich. Het gaat om het herkennen en erkennen van emoties, het delen van beelden, het losmaken van gevoelens, het op gang brengen van een dynamiek. Met wat we hier bereiken, wordt in andere therapieën verder gewerkt, en omgekeerd.”

“Als ik helemaal zou mogen kiezen, dan zou ik nog altijd het liefst in een hoekje gaan zitten tijdens de muziektherapie”, glimlacht Sara oprecht. “Al geef ik toe dat ik het wel leuk vind om een instrument te bespelen. Ja, soms voel ik me zelfs op mijn gemak met een instrument.”

“Wat ik leuk vind, is dat je jezelf gemakkelijker kunt openstellen naar anderen. Je doet samen dingen die je niet gewend bent. Je leert anderen te vertrouwen en zij vertrouwen jou. Dat is een goed gevoel”, zegt Stefanie.

“Het is hier inderdaad een veilige ruimte. Maar ik vind het toch moeilijk om een verband te leggen met de therapie, eerlijk gezegd”, oppert Sara.

“Dat hoeft ook niet”, stelt Nele gerust. “Vaak grijpen er structureel voelbare veranderingen plaats zonder dat je die specifiek kunt benoemen. Muziektherapie is een deel van een behandeling. Je kunt muziektherapie hier niet los zien van de rest. Het is het samenspel van al die therapieën en invalshoeken dat iets los kan maken, kan structureren of in beweging kan brengen.”



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 Verbrugghe

Psychosociale revalidatie
Dr. Hanne Vermeersch

ZORGPROGRAMMA VERSLAVING

Eenheid

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

ZORGPROGRAMMA OUDEREN

Eenheid

Ouderen
Dr. An Verbrugghe

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)

