

**Bachelorproef
Professionele Opleidingen
Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk**

Academiejaar 2019-2020

**Ondersteuning van gezinnen met een depressieve
ouder met het oog op een veerkrachtige ontwikkeling
van de kinderen.**

Bachelorproef aangeboden door

Leen Michiels

tot het behalen van de graad van

Bachelor in Gezinswetenschappen

Bachelorproefbegeleider: Marianne De Boodt

Voorwoord

Opnieuw gaan studeren na al die jaren was geen evidente keuze. Maar wat ben ik blij dat ik ze toch gemaakt heb. De opleiding Gezinswetenschappen boeide me al langer omdat het een heel brede, praktijkgerichte opleiding is die te combineren viel met werk en gezin. Deze combinatie bleek in realiteit soms wel heel pittig maar ik heb er geen moment spijt van.

Als thema voor mijn projectwerk in het eerste jaar koos ik voor KOPP-kinderen. Het werd een boeiend onderzoeksjaar waarin ik heel wat bijgeleerd heb. Ook in het tweede jaar koos ik voor geestelijke gezondheidszorg als onderwerp. Deze thema's liggen me nauw aan het hart omdat ik ben opgegroeid in een gezin met een psychisch kwetsbare moeder en ik de impact ervan aan den lijve heb ondervonden.

Toen ik in het voorjaar van 2019 tijdens de les praktijkverdieping te horen kreeg dat het Universitair Psychiatrisch Centrum in Duffel een stagiaire zocht om rond KOPP en familiebeleid te werken, heb ik tijdens de pauze meteen gebeld. Ik moest en zou die stageplek bemachtigen. Tijdens mijn eerste aangenaam gesprek met Annie Nuyts, mijn stagebegeleidster, waren we al snel uren aan het praten.

Na een studiedag te hebben bijgewoond rond 'Klimaatopwarming in de psychiatrie' stond het thema van mijn bachelorproef vast. Ik wilde onderzoeken hoe gezinnen met een psychisch kwetsbare ouder ondersteund konden worden zodat hun kinderen zo veerkrachtig mogelijk konden opgroeien. Mijn zoektocht kon beginnen.

Als er iets is wat ik dit jaar geleerd heb, is het wel hoe belangrijk je context is. Daarom wil ik graag mijn context bedanken:

Rudy, Thomas en Marieke voor hun onvoorwaardelijke steun en liefde.

Bieke en Marlies om in mij te blijven geloven wanneer ik dat soms zelf niet meer deed.

Annie Nuyts voor haar wijze woorden, haar steun en haar inspirerende persoonlijkheid.

Marianne De Boodt voor haar kritische blik en motiverende woorden.

Dankjewel!

Leen Michiels

Inhoudstafel

Inleiding 5

DEEL 1: PROBLEEMORIËNTATIE & CENTRALE VRAAG	7
1.1 PROBLEEMORIËNTATIE.....	7
1.1.1 Inleiding.....	7
1.1.2 Depressie: cijfers en symptomen.....	7
1.1.3 Verschillende vormen van depressie	8
1.1.4 Gevolgen van een psychische kwetsbaarheid op de ouderrol	8
1.1.5 Gevolgen van depressie van een ouder voor de kinderen	10
1.1.6 Beschermende factoren	11
1.1.7 Veerkracht binnen gezinnen.....	12
1.2 CENTRALE VRAAG.....	14
DEEL 2: INVALSHOEKEN.....	15
1.3 1^e INVALSHOEK – INZETTEN VAN DE CONTEXT	15
1.3.1 Inleiding.....	15
1.3.2 Het contextuele gedachtengoed van Ivan Boszormenyi-Nagy	15
1.3.3 Ouderschap en psychische kwetsbaarheid	18
1.3.4 Open Dialogue	22
1.3.5 In de praktijk.....	23
1.3.6 Besluit.....	25
1.4 2^e INVALSHOEK: PRATEN MET KINDEREN	26
1.4.1 Inleiding.....	26
1.4.2 Hoor je mij wel?	26
1.4.3 Praten met kinderen van psychisch kwetsbare ouders in de hulpverlening.....	28
1.4.4 Praktische tips om te praten met kinderen	30
1.4.5 Wat met de ouders?.....	32
1.4.6 In de praktijk	33
1.4.7 Besluit.....	34

1.5	3^e INVALSHOEK: KINDREFLEX.....	35
1.5.1	Inleiding.....	35
1.5.2	Kindcheck Nederland	36
1.5.3	En in Vlaanderen?	37
1.5.4	Kindermishandeling in Vlaanderen	40
1.5.5	In de praktijk	43
1.5.6	Conclusie	44
Hoofdstuk 2 VERANDERINGSSTRATEGIEËN.....		45
2.1	INLEIDING.....	45
2.2	VERANDERINGSSTRATEGIE 1: AANBEVELINGEN VOOR HET BETREKKEN VAN DE CONTEXT BIJ OPNAME	45
2.2.1	Stappenplan: hulpverlener, cliënt en context samen op weg	46
2.2.2	Aanbevelingen voor de praktische realisatie.....	48
2.3	VERANDERINGSSTRATEGIE 2: PRATEN MET KINDEREN	49
2.4	VERANDERINGSSTRATEGIE 3: KINDREFLEX.....	52
2.5	BESLUIT	53
ALGEMEEN BESLUIT.....		55
BIJLAGEN	58

Inleiding

‘Hoe is’t?’ Dit is misschien wel de meestgestelde vraag wanneer mensen elkaar ontmoeten. Maar weinig mensen geven een eerlijk antwoord op deze vraag. En nochtans gaat het in onze samenleving met heel wat mensen niet zo goed. Ruim 1 op 3 Vlamingen krijgt in zijn of haar leven te maken met psychische problemen. Jammer genoeg rust er nog steeds een taboe in onze samenleving op psychische problemen en psychiatrie.

Wanneer mensen uit mijn omgeving me vroegen waar ik stage liep en ik hen vertelde dat ik voor het Universitair Psychiatrisch Centrum in Duffel had gekozen begon hun reactie steevast met ‘oei, dat zal wel zwaar zijn’ of ‘amai, dat je daarvoor kiest’. De sfeer werd precies ineens zwaar geladen. Heel wat mensen denken bij psychiatrie nog steeds aan gebouwen met tralies en mensen met een dwangbuis in volledig witte kamers. Gelukkig is de realiteit helemaal anders.

Leven in een gezin waarin iemand kampt met psychische problemen is niet eenvoudig. De impact op de partner en de kinderen mag niet onderschat worden. Psychisch kwetsbare ouders worstelen vaak heel erg met zichzelf waardoor hun functioneren als ouder en partner onder druk komt te staan. Studies tonen aan dat kinderen van ouders met psychische problemen een veel hoger risico lopen om later zelf ook een psychische problematiek te ontwikkelen. De huidige Corona-crisis stelt scherp waar het schoentje wringt in onze geestelijke gezondheidszorg. Getuige hiervan zijn de toegenomen meldingen van huiselijk geweld, kindermishandeling en de talloze oproepen bij de diverse hulpdiensten uit de zorg.

Kinderen zijn heel kwetsbaar en hebben recht op bescherming en zorg. Het is belangrijk dat ze gezien en gehoord worden, vooral wanneer het thuis moeilijk loopt. Als samenleving is het onze taak om te kijken hoe we kinderen van ouders met een psychische kwetsbaarheid preventief kunnen ondersteunen om te vermijden dat zij de volgende generatie psychiatrische patiënten worden.

Als gezinswetenschapper vind ik het heel belangrijk om gezinnen in hun kracht te zetten, een benadering die ook heel erg aansluit bij de herstelvisie die recent zijn ingang begint te vinden in de Vlaamse psychiatrie. Daarom ga ik op zoek naar manieren om gezinnen met een psychisch kwetsbare ouder te ondersteunen zodat de impact ervan op hun kinderen zo klein mogelijk blijft.

De titel van mijn bachelorproef luidt: **Ondersteuning van gezinnen met een depressieve ouder met het oog op een veerkrachtige ontwikkeling van de kinderen.**

In de eerste fase van mijn bachelorproef ga ik wat dieper in op wat een depressie precies inhoudt en wat de gevolgen ervan kunnen zijn op het ouderlijk functioneren en de gevolgen voor kinderen die opgroeien in een gezin waarvan één van de ouders lijdt aan een depressie. Ik sta ook even stil bij een aantal beschermende factoren voor kinderen.

In fase twee onderzoek ik vanuit 3 verschillende invalshoeken hoe hogervermelde gezinnen actief ondersteund kunnen worden. Ten eerste zet ik de contextuele bril op van Nagy en kijk ik hoe de contextuele toepassing ervan in de Open Dialogue aanpak gezinsondersteunend zou kunnen werken. In de tweede invalshoek onderzoek ik het belang van communiceren met kinderen rond psychische kwetsbaarheden en ga ik op zoek naar praktische tips en handvatten voor ouders om

met hun kinderen te spreken over hun psychische problemen en een eventuele hiermee gepaard gaande opname. De derde invalshoek draait rond de Kindreflex, een recente tool van de Vlaamse overheid voor hulpverleners binnen de geestelijke gezondheid om te checken of de thuissituatie van de kinderen van hun cliënten veilig is.

In de derde fase werk ik 3 veranderingsstrategieën uit, eentje voor elk van de hogervermelde invalshoeken. Voor de contextuele invalshoek werk ik een alternatief stappenplan uit dat kan gebruikt worden bij de opname van een depressieve patiënt in een psychiatrisch ziekenhuis waarbij het netwerk van de patiënt actief betrokken wordt. Voor de tweede invalshoek werk ik een folder uit met een aantal praktische tips voor ouders rond praten met hun kinderen over hun opname. Als derde veranderingsstrategie lijst ik een aantal mogelijke initiatieven op die nodig zijn om een succesvolle implementatie van de Kindreflex te ondersteunen.

DEEL 1: PROBLEEMORIËNTATIE & CENTRALE VRAAG

1.1 PROBLEEMORIËNTATIE

1.1.1 Inleiding

1 op 3 Vlamingen krijgt in de loop van zijn leven te maken met psychische problemen en 1 op 7 Vlamingen ontwikkelt een depressie (sociaal.net). De aard, ernst en duur van de problematiek kan variëren, maar de cijfers liegen er niet om: onze maatschappij worstelt met problemen rond geestelijke gezondheid. Psychische stoornissen staan met 34% op nummer 1 als oorzaak van invaliditeit. (Itinera Institute, 2013).

België prijkt met maar liefst 3 zelfdodingen per dag in de Europese top 3 wat betreft suïcide. Uit onderzoek blijkt dat 90% van de mensen die suïcide plegen, vooraf leden aan een psychische stoornis. Het Itinera Instituut wijst ook op het verband tussen psychische stoornissen en de socio-economische status. 72% van de mensen die beroep doen op het OCMW of CAW ervaart psychisch onwelbevinden. Daarnaast toonden ze aan dat de levensverwachting van psychiatrische patiënten gemiddeld 15 jaar minder is dan geestelijk gezonde personen.

Heel wat van de hogervermelde Vlamingen krijgen vroeg of laat kinderen. Opvoeding is voor alle ouders een opdracht die heel wat vraagt: geduld, zelfbeheersing en incasseringsvermogen. Maar wanneer één van de ouders te maken krijgt met een ernstige depressie zal dat invloed hebben op zijn rol als ouder. Opvoeden wordt een hele opgave voor hen en het gezinsfunctioneren kan hierdoor grondig aangetast worden (Wenselaar, 2016, p. 8).

1.1.2 Depressie: cijfers en symptomen

Zoals hierboven reeds vermeld, ontwikkelt 1 op 7 Vlamingen in de loop van zijn leven een zware depressie. Vrouwen hebben maar liefst 2 keer zoveel kans op een depressie dan mannen: 1 op 10 mannen krijgt ooit te maken met een depressie terwijl dit bij vrouwen 1 op 5 is.

Hallucinante cijfers maar wat is dat nu precies, een depressie?

Volgens www.geestelijkgezondvlaanderen.be spreken we van een depressie wanneer iemand gedurende minstens 2 weken last heeft van minstens 5 van de hieronder vermelde symptomen:

- Een neerslachtig gevoel, verdriet, het ervaren van somberheid, vaak moeten huilen
- Geen plezier meer ervaren, ook niet in dingen die men vroeger wel leuk vond
- Men heeft veel minder of juist veel meer eetlust, een sterke gewichtstoename of -afname
- Men kan moeilijk in slaap vallen of slaapt juist heel veel
- Men is erg nerveus en rusteloos of men is juist veel trager, zodanig opvallend dat dit ook wordt opgemerkt door de omgeving
- Men is moe en heeft nergens energie voor
- Men voelt zich niks waard en hebt veel last van schuldgevoelens
- Men heeft moeite om zich te concentreren, om helder te denken en besluiten te nemen
- Men denkt aan suïcide

Belangrijk hier is om wel een onderscheid te maken tussen rouw en een depressie. Bij het verlies van een naaste doen deze symptomen zich ook voor, maar dit zijn de gevolgen van rouwarbeid. In dit geval kunnen hogervermelde symptomen ook langere tijd aanhouden.

1.1.3 *Verschillende vormen van depressie*

Een depressie kan heel wat verschillende vormen aannemen.

Een eerste groot onderscheid dient te worden gemaakt tussen een unipolaire en een bipolaire depressie. Een unipolaire depressie is een depressie waarbij somberheid overheerst, er sprake is van een interesseverlies en het leven wordt een opgave. Bij een bipolaire depressie worden deze sombere gevoelens afgewisseld met gevoelens van euforie. Iemand die lijdt aan deze laatste vorm van depressie wordt ook wel eens manisch-depressief genoemd.

Een depressie kan soms ook gepaard gaan met psychotische kenmerken. Deze manifesteren zich onder de vorm van waanideeën en hallucinaties waardoor patiënten voor korte of langere tijd hun greep op de realiteit verliezen.

Een depressie die voornamelijk gepaard gaat met melancholische kenmerken zorgt ervoor dat de persoon die hieraan lijdt geen plezier of energie meer ervaart.

Bij een depressie met atypische kenmerken wordt gekenmerkt door relatief milde symptomen waarbij er wel positieve reacties worden waargenomen op positieve gebeurtenissen in de omgeving.

Een seizoensgebonden depressie komt ook vaak voor wanneer mensen in het najaar (herfst en winter) een enorme somberheid en lusteloosheid ervaren.

Postpartumdepressie komt voor bij moeders na de bevalling van hun kind. De oorzaak hiervan is meestal hormonaal.

Een dysthyme stoornis is een lang aanhoudende depressie met minder ernstige symptomen waarbij de patiënt zich in een grijze wereld bevindt. Deze vorm van depressie wordt vaak niet ernstig genomen door de omgeving.

Een heel belangrijke positieve boodschap inzake depressie is dat een tijdige behandeling van depressie ervoor kan zorgen dat ze niet ernstiger wordt en verkleint het risico op een terugval.

1.1.4 *Gevolgen van een psychische kwetsbaarheid op de ouderrol*

Hoewel er een heel grote diversiteit is aan psychische en verslavingsproblemen komen heel wat kenmerken bij de meeste ouders terug. We zien niet alleen een toename van het egocentrisme maar ook het verdwijnen van het inlevingsvermogen en zelfbeheersing. Dit alles resulteert in een onaangename gezinssfeer want deze ouders zijn minder spontaan tegen hun kinderen, ze tonen nauwelijks affectie en reageren vaak onvoorspelbaar of kwaad (Wenselaar, 2016, p. 8).

Hieronder lijst ik de kenmerken of symptomen van enkele veel voorkomende psychische problematieken op, waaruit tevens moet blijken dat bepaalde psychische kwetsbaarheden de vaardigheden en mogelijkheden tot een goede opvoeding negatief beïnvloeden. (Dekker et al., 2014).

- Depressie: Neerslachtige gemoedstoestand, problemen met slapen, gebrek aan interesse, motivatie en energie, concentratieproblemen, moeilijk aandacht kunnen geven en beslissingen nemen, suïcidale gedachten of pogingen.
- Bipolaire stoornis: in depressieve periodes: zie onder depressie. In manische periodes, naast de hogervermelde symptomen: gevoelens van euforie, grote spraakzaamheid, weinig of geen nood aan slaap, heel snel afgeleid.
- Schizofrenie: wanen en/of hallucinaties (psychoses) met onsamenhangend gedrag of praten, een afgestompt gevoelsleven, gebrek aan motivatie en energie, verstoord sociaal gedrag.
- Posttraumatische stressstoornis: nachtmerries, obsessieve gedachten, flashbacks, vermijding (van situaties, mensen of zaken die herinneringen oproepen aan de traumatische gebeurtenis), sterke gevoelens van angst.
- Antisociale persoonlijkheidsstoornis: sterke onverschilligheid ten aanzien van de rechten, wensen of gevoelens van andere mensen. Mogelijks ook arrogant, verwaand of oppervlakkig charmant gedrag, liegen of manipuleren, impulsief gedrag, agressie en irritatie, roekeloze onverschilligheid tegenover eigen veiligheid of die van anderen, problemen om werk te behouden of financiële verplichtingen na te komen, geen spijtgevoelens hebben.
- Verslavingsproblematiek: verminderd gehoor, zicht en praten bij gebruik, verminderde reactiesnelheid, minder zelfbeheersing, minder remmingen, agressie of paranoia. Verslaafde ouders zijn heel de dag bezig om te zorgen dat ze hun verslavend middel kunnen gebruiken.

Alle hogervermelde symptomen en kenmerken zorgen voor heel wat problemen bij deze ouders bij de opvoeding van hun kinderen.

Hieronder een overzicht van de meest voorkomende opvoedingsproblemen bij ouders met een psychische kwetsbaarheid (Coppens et al., 2018):

- emotioneel niet beschikbaar zijn voor het kind en lage betrokkenheid tonen
- niet of gespannen reageren ten aanzien van het kind
- een chaotische, onvoorspelbare opvoedingsstijl hanteren
- onvoldoende structuur bieden en toezicht houden
- Het huishouden moeilijk kunnen organiseren
- minder adequaat voorbeeldgedrag stellen
- ongepaste copingstijlen hanteren die later mogelijks door de kinderen gekopieerd worden (bv. eetproblemen, alcoholgebruik of agressief gedrag als uitlaatklep)
- opvoedkennis en -vaardigheden verliezen
- moeilijkheden hebben om opvoedkundige taken ter harte te nemen
- tekortschieten bij administratieve taken
- vijandig of afwijzend gedrag stellen ten aanzien van het kind

1.1.5 Gevolgen van depressie van een ouder voor de kinderen

Met ruim 378.000 zijn ze, de KOPP-kinderen in Vlaanderen. De termen KOPP of KOAP staan voor Kinderen van een Ouder met een Psychische Problematiek of een Afhankelijkheidsproblematiek (bv. verslaving). De reële cijfers liggen wellicht nog veel hoger omdat heel wat kinderen (en volwassenen) de weg naar hulpverlening niet vinden. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat zo'n 41 à 77% van deze kinderen later zelf ook te kampen krijgt met een psychische kwetsbaarheid.

Opgroeien in een gezin met een psychisch kwetsbare ouder heeft een enorme impact op kinderen en vaak zijn ouders met een psychische stoornis zich hier onvoldoende van bewust. Het incasseringsvermogen van deze kinderen wordt zwaar op de proef gesteld. De aanwezigheid van een ouder met psychische problemen heeft een negatieve invloed op de cognitieve en taalontwikkeling van kinderen, hun schoolprestaties en hun sociale, emotionele en gedragsontwikkeling. Daarnaast ontwikkelen deze kinderen ook vaker aandachts- en concentratiestoornissen (Van Der Ende, Van Dalsum, Doezé & Korevaar, 2015, p. 42).

De mogelijke gevolgen voor kinderen van ouders met een psychische kwetsbaarheid verschillen heel erg naargelang de leeftijd van het kind. Hieronder geef ik een overzicht van de mogelijke gevolgen voor de verschillende leeftijdsgroepen (Kop Op Ouders, z.d., z.p.).

Foetus en pasgeboren kinderen: Bij deze categorie doen zich heel vaak allerhande ontwikkelingsproblemen voor. We merken hier vaak een verhoogde foetale activiteit, een vertraagde groei van de foetus en een verhoogd stressniveau. Ouders met psychische problematieken hebben vaker premature baby's met een laag geboortegewicht. Bovendien lopen deze baby's meer risico op een ongunstige ontwikkeling van de hersenen en de emotieregulatie systemen (Kop Op Ouders, z.d., z.p.).

Baby's en peuters: Naast ontwikkelingsproblemen zien we bij deze groep ook heel wat psychosociale problemen terugkomen. Op ontwikkelingsniveau vertonen deze peuters vaak een afwijkend speelgedrag, ontwikkelingsachterstand en een gebrekkige ego-ontwikkeling. Deze groep kent vaak ook een verstoorde emotieregulatie (vaak huilen, driftbuien of overgevoeligheid voor zintuiglijke prikkels). De meeste belangrijke ontwikkelingsproblematiek die ook samenhangt met een aantal psychosociale problemen is het probleem qua hechting. Tot de leeftijd van 2 jaar is de hechting van een kind met zijn primaire zorgfiguur (vaak de moeder) van primordiaal belang. Als deze verstoord wordt, kan dit leiden tot separatieangst, weinig exploratiedrang en weinig oogcontact. De gevolgen van een onveilige hechting mogen niet onderschat worden want deze werken vaak door gedurende het hele verdere leven van het kind, ook wanneer hij of zij volwassen is. Andere psychosociale problemen zijn o.a. eetproblemen en slaapproblemen (Kop Op Ouders, z.d., z.p.).

Basisschoolkinderen: In de leeftijdscategorie van 7 tot en met 12 jaar ontwikkelen deze kinderen vaak extreme verantwoordelijkheidsgevoelens ten aanzien van hun ouders, ook wel parentificatie genaamd waarbij het kind zorg voor zijn ouders opneemt, vaak veel te zwaar voor een kind van zijn of haar leeftijd. Tijdens deze periode kan het kind ook last krijgen van vreemde fantasieën of kunnen er problemen optreden met naar school gaan (vaak als gevolg van de hierboven vermelde separatieangst). Op psychosociaal vlak vertonen deze kinderen vaker angstig gedrag, psychosomatische klachten of ADHD. Ze hebben vaker last van een negatief zelfbeeld, worstelen

vaak met hun emoties en vinden het moeilijk om vriendjes te maken op school. Ze hebben ook vaak last van gevoelens van schuld en schaamt, bezorgdheid en eenzaamheid (Kop Op Ouders, z.d., z.p.).

Adolescenten: Tieners wiens ouder lijdt aan een psychische kwetsbaarheid worstelen ook vaak met parentificatie. Op schoolvlak merken we een verhoogd schoolverzuim, kinderen die vaker blijven zitten of die sneller uitvallen. Daarnaast nemen deze jongeren vaker toevlucht tot alcohol of drugs. Veel van de psychosociale problemen die ook bij basisschoolkinderen worden vastgesteld, zijn ook terug te vinden binnen deze categorie. Daarnaast ontwikkelen deze jongeren vaker angsten of depressies, is er meer sprake van zelfmoordgedachten en vertonen ze vaker agressief gedrag. Problemen met intimiteit zijn ook typisch voor deze groep als dan niet gecombineerd met relationele moeilijkheden. Sommige tieners willen ontsnappen uit hun thuissituatie (o.a. door weg te lopen) (Kop Op Ouders, z.d., z.p.).

Volwassenen: Bij volwassenen is problematisch alcohol- en drugsgebruik één van de kenmerken. Heel wat volwassen kinderen van ouders met een psychische kwetsbaarheid zijn zelf ook veel kwetsbaarder en ontwikkelen vaak zelf ook bepaalde stemmings- of angststoornissen zoals bv. depressie of een bipolaire stoornis. Gedrags- of persoonlijkheidsproblematieken en problemen met relaties, al dan niet voortvloeiend uit mogelijke hechtingsproblematieken zijn ook veelvoorkomend.

1.1.6 Beschermende factoren

Het positieve nieuws is dat 1/3 tot 2/3 van de kinderen die opgroeien in een gezin met een psychische kwetsbare ouder, later zelf GEEN psychische kwetsbaarheid ontwikkelt. Vaak ligt een combinatie van genetische en omgevingsfactoren hier aan de basis, maar een term die we in onderzoek frequent zien terugkomen is dat deze kinderen meer veerkracht bezitten.

Ik werk al een tijdje als telefoonbeantwoorder bij AWEL, de Vlaamse kinderen- en jongerentelefoon en stuitte hier op een interessante studie rond de drempels die jongeren ervaren in het copen met problemen (Denys, 2015). Coping en veerkracht zijn twee begrippen die nauw bij elkaar aanleunen. Coping betekent het vermogen van een persoon om met problemen en stress om te gaan, zonder iets te zeggen over het succes van deze pogingen. De definitie van veerkracht zegt hier wel iets over. Met veerkracht bedoelen we dat iemand het 'goed' doet ondanks tegenslag. Eén van de capaciteiten van een veerkrachtig persoon is een goede coping (Denys, 2015).

Professor Ann Masten bestudeert al jaren veerkracht bij kinderen en definieerde de 8 onderstaande beschermende factoren die belangrijk zijn voor het ontwikkelen van veerkracht bij kinderen:

- Goed genoeg ouderschap
- Goede vrienden en liefdevolle relaties
- Goede band met een mentor
- Warme scholen
- Een geëngageerde samenleving
- Vaardigheden om problemen op te lossen
- Emotieregulatie
- Zelfvertrouwen en hoop

Het ontbreken van één of meerdere van hogervermelde factoren, kan een negatieve invloed hebben op de veerkracht van jongeren en hun copingmechanismen (Denys, 2015).

1.1.7 Veerkracht binnen gezinnen

Ik loop al een tijdje stage in het Universitair Psychiatrisch Ziekenhuis Emmaüs in Duffel en werk hier op de afdeling Stemming 1, waar een dertigtal mensen verblijven die lijden aan een ernstige vorm van depressie. Meer dan de helft van hen heeft kinderen, een gezin dus, dat door de psychische kwetsbaarheid van de ouder en de opname, ernstig ontwricht is.

Een gemotiveerd, multidisciplinair team werkt hard om de patiënt te stabiliseren en van daaruit aan de slag te gaan met het oog op herstel en terugkeer naar de maatschappij. Uit verschillende gesprekken met sociotherapeuten, psychologen en stagiaires van diverse afdelingen blijkt dat afdelingen zelf een grote autonomie hebben en dus zelf bepalen hoe het therapieaanbod binnen hun afdeling eruitziet. Ze bepalen dus zelf of er bv. al dan niet een muziektherapeut wordt aangenomen binnen hun afdeling en op welke vormen van therapie de nadruk wordt gelegd.

In het voorjaar van 2019 heb ik een studiedag bijgewoond “Klimaatopwarming in de psychiatrie: Familie als HOT topic”, die georganiseerd werd door het UPC. De massale opkomst van zowel personeel, familie, studenten en collega’s uit andere psychiatrische ziekenhuizen maakte duidelijk dat familiebeleid hoog op de agenda staat in het werkveld en dat dit ook voor familie en netwerk van patiënten heel belangrijk is.

Sinds enkele jaren is er binnen het UPC Duffel een verantwoordelijke Familiebeleid en -ondersteuning aangesteld. Annie Nuyts studeerde muziektherapie en is verder opgeleid in de contextuele psychotherapie, oplossingsgerichte therapie, EMDR-traumatherapie en dialectische gedragstherapie en werkt al meer dan 20 jaar binnen het UPC Duffel. Inmiddels werden al een aantal initiatieven op poten gezet om de familie en het netwerk van de patiënten meer te betrekken. Zo is men dit jaar gestart met het initiatief rond “Duffeltje het Knuffeltje” waaraan ik ook mag meewerken tijdens mijn stage. Bedoeling is om een knuffeltje te ontwerpen dat aan elk kind, wiens ouder verblijft in één van de afdelingen van het ziekenhuis, wordt meegegeven. Deze knuffel is een steun voor het kind maar biedt ook de mogelijkheid aan ouders, familie of netwerk, en ook personeel tot een dialoog met het kind rond de opname van zijn of haar ouders alle gevoelens die daarbij komen kijken. De Duffelse scholen worden hier ook bij betrokken om de kloof tussen psychiatrie en scholen te verkleinen en om het bespreekbaar maken van emoties hierrond te ondersteunen.

Binnen het ziekenhuis heeft Annie Nuyts een KOPP-werkgroep opgericht met vertegenwoordigers uit alle 19 afdelingen en hieruit is heel recent een eerste ontwerp visietekst rond familiebeleid ontstaan die ik als bijlage toevoeg¹. Deze visietekst bundelt een aantal subthema’s die o.a. te maken hebben met het verhogen van de familie- en kindvriendelijkheid van het ziekenhuis (opname, informatie, toegankelijkheid van de afdelingen, cultuursensitieve zorg en klachtenbehandeling). Daarnaast is er ook aandacht voor de familie als hulpvrager waarbij er ook een aparte visietekst rond KOPP in opmaak is. Een derde belangrijk thema is het betrekken van de familie als partner in de behandeling en het uitbreiden van gezins-, partner-, en familietherapie.

Tijdens het schrijven van deze bachelorproef werd de naam “KOPP-werkgroep” aangepast naar “Werkgroep Zorg voor het Kind” omdat de term KOPP een zoveelste label is waarmee kinderen of volwassenen bestempeld worden. Voor volwassenen die worstelen met de gevolgen van hun moeilijke jeugd kan deze term wel een vorm van erkenning betekenen maar voor kinderen en

jongeren werkt deze term eerder stigmatiserend. Ook naar de ouders toe deed het hen vermoeden dat elk kind van een ouder met een psychische kwetsbaarheid zowiezo een KOPP-kind is of zal worden, wat uiteraard helemaal niet het geval is. Zonder afbreuk te willen doen aan deze term, is er vanuit het ziekenhuis besloten om hem toch zo weinig mogelijk te gebruiken.

Deze visietekst is een “streven naar” maar ik denk dit een belangrijke stap is waarbij het beleid zich officieel engageert tot het op poten zetten van een uitgewerkt familiebeleid over alle afdelingen heen dat zich ook zal vertalen in verankerde initiatieven binnen elke afdeling.

Daarnaast is er ook een “KOPP-verantwoordelijke” aangesteld die allerlei afdelingsoverkoepelende initiatieven op poten zet van uit de werkgroep “Zorg voor het Kind”. Ze zorgt o.a. voor de wekelijkse spelnamiddagen op woensdagnamiddag in de cafetaria en zet mee haar schouders onder de vernieuwing en uitbreiding van de kinderspeelhoek in de cafetaria. Begin volgend jaar zullen er ook al enkele hogescholen een aantal activiteiten komen organiseren voor de kinderen van patiënten en personeel.

Als ik kijk naar de afdeling waar ik stageloop, merk ik dat er al wel meer oog is voor familie maar dat de familiegerichte aanpak nog heel erg in de kinderschoenen staat. Deze afdeling heeft al wel geïnvesteerd in een systeemtherapeut die gesprekken voert met de patiënt en partner, kinderen of andere relevante personen uit het netwerk van de patiënt. Binnen de afdeling Stemming 1 worden er sinds enkele maanden ook sessies “Zorg voor het Kind” georganiseerd. Patiënten worden samen met hun partner of familie uitgenodigd om te praten over ouderschap, waarbij de 4 belangrijke pijlers onderstreept worden om te voorkomen dat kinderen later zelf psychische kwetsbaarheden ontwikkelen. Ik kom hier in fase 2 van mijn bachelorproef uitgebreid op terug. Ik heb al enkele avonden bijgewoond en ook enkele sessies zelf geleid en ik vind deze sessies enorm waardevol. De erkenning die ouders krijgen in het gevecht dat ze leveren, niet alleen met zichzelf maar ook als ouder (zowel de patiënt als de partner) doet hen zichtbaar deugd. Daarnaast voelen veel mensen zich gesteund door de tips die worden gegeven en werkt de uitwisseling van ervaringen tussen verschillende ouders heel verbindend.

Daarnaast worden er ook infonamiddagen georganiseerd voor familie waarbij de werking van de afdeling wordt uitgelegd maar waarbij de systeemtherapeut samen met een sociotherapeut of psycholoog ook psycho-educatie geeft rond depressie. Daarnaast is er ook ruimte voor een informele babbel of vragen en kunnen families ook ervaringen uitwisselen.

Ik stel wel vast dat familieleden en/of vrienden van patiënten nog onvoldoende betrokken worden bij het traject dat de patiënt aflegt binnen de afdeling. De al dan niet familiegerichte aanpak bij personeel hangt vaak af van de persoon zelf. Ik zie bepaalde personeelsleden heel erg familiegericht werken terwijl anderen deze aanpak minder toepassen. Ik wil hiermee absoluut niemand met de vinger wijzen maar ik denk dat er beleidsmatig meer richtlijnen hieromtrent moeten worden uitgewerkt en dat personeel hierin meer moet getraind of onderwezen worden zodat deze familiereflex meer onderdeel gaat uitmaken van hun jobinhoud.

Als gezinswetenschapper stel ik me de vraag wat de gevolgen zijn van een opname van een ernstig depressieve ouder op het gezin en de context. Hoe gaan de overige gezinsleden hiermee om en hoe worden ze hierin begeleid? En vooral, wat is de impact op de kinderen?

Los van een eventuele opname in een psychiatrisch ziekenhuis of voorziening wil ik onderzoeken hoe gezinnen met een psychisch kwetsbare ouder ondersteund kunnen worden om ervoor te zorgen dat de impact ervan op de kinderen zo klein mogelijk blijft.

1.2 CENTRALE VRAAG

Mijn probleemstelling luidt als volgt:

Hoe kunnen gezinnen waarvan één van de ouders lijdt aan een ernstige depressie ondersteund worden zodat ze hun kinderen zo veerkrachtig mogelijk kunnen opvoeden?

Volgende deelvragen wil ik hierbij ook behandelen:

Hoe kan de context gezinsondersteunend werken en hoe kan een psychiatrisch ziekenhuis de context inbrengen?

Hoe kunnen ouders taal gebruiken en de juiste woorden vinden om met kinderen van verschillende leeftijden te praten over depressie?

Hoe kunnen hulpverleners in een psychiatrische setting meer oog hebben voor de kinderen van hun cliënten en een gesprek met deze ouders aangaan omtrent de veiligheid van de kinderen?

DEEL 2: INVALSHOEKEN

1.3 1^e INVALSHOEK – INZETTEN VAN DE CONTEXT

1.3.1 Inleiding

“We zijn allemaal vreemden voor onszelf en als we al enig besef hebben van wie we zijn, dan is dat alleen omdat we leven in de ogen van een ander.” (Paul Auster)

Dit citaat van de Amerikaanse auteur Paul Auster, die zijn in zijn detectiveverhalen vaak schrijft rond identiteit, verwoordt voor mij treffend het belang van de context.

Tijdens mijn stage in het UPC Duffel merkte ik dat in ons medische zorgmodel binnen de psychiatrie de nadruk nog altijd heel erg ligt op het individu. (Foster et al., 2012). Psychiater en psychotherapeut Bart Leroy (2019) benadrukte tijdens de cursus Systeemtherapie dat psychiatrische patiënten lijden met betrekking tot de wereld ofwel de context. Hij stelde dat, wanneer we tijdens eender welke behandeling de omgeving en de wereld negeren, therapie niet zal werken. Deze omgeving of context wordt in de eerste plaats gevormd door het gezin.

Aangezien ik wil onderzoeken hoe gezinnen met een psychisch kwetsbare ouder kunnen ondersteund worden, is deze contextuele invalshoek voor mij van primordiaal belang. Hoe kan deze context mee bijdragen tot het herstel van de psychiatrische patiënt? Maar hoe kan de patiënt zelf, door het opnemen van zijn rol binnen de gezinscontext (als ouder en partner van) deze context mee versterken en wat is de invloed hiervan op zijn eigen herstelproces?

Ik start met een schets van het contextuele gedachtegoed van Boszormenyi-Nagy en een beknopte samenvatting van zijn theorieën. Vervolgens tracht ik de link te leggen naar ouderschap en wat dit betekent voor psychiatrische patiënten. Ik doe hierbij ook beroep op een kwalitatief onderzoek van de Hanzehogeschool Groningen (2012) waarbij ouders met een psychische kwetsbaarheid bevraagd werden over hun ouderrol hoe zij hierin ondersteund willen worden. Daarna behandel ik enkele *best practices* waarbij ik vooral aandacht besteed aan het Finse model van Jaakko Seikkula in de behandeling van patiënten met psychoses nl. Open Dialogue.

Als afsluiting van deze invalshoek bekijk ik hoe de inzichten uit deze invalshoek hun vertaling zouden kunnen vinden in de praktijk en dit zowel binnen als buiten de psychiatrische setting.

1.3.2 Het contextuele gedachtegoed van Ivan Boszormenyi-Nagy

De grondlegger van de contextuele therapie was de Hongaars-Amerikaanse psychiater Ivan Boszormenyi-Nagy. Hij leefde van 1920 tot 2007 en ontwikkelde, samen met enkele andere gezinstherapeuten de contextuele therapie die initieel gericht was op het helpen van mensen met schizofrenie. (Nuyts en Sels, 2017).

Nagy probeert een kader te scheppen waarin de mens kan begrepen worden in al zijn complexiteit: zowel de mens in het heden maar ook zijn band met het verleden en toekomst. De werkelijkheid is ‘relationeel’ stelt hij. Een mens krijgt pas betekenis in verbinding met de ander. Nagy definieert 5

facetten van deze relationele werkelijkheid die elkaar wederzijds beïnvloeden: de feiten, de psychologie, de interactie, de relationele ethiek en de ontische dimensie. (Nuyts en Sels, 2017).

Nagy zegt dat ieder mens zijn werkelijkheid op een unieke manier construeert. We maken allemaal onze eigen verhalen in onze geest die het resultaat zijn van wat we meemaken en hoe we hiermee omgaan. Deze verhalen zijn belangrijk om te begrijpen hoe we geworden zijn tot wie we zijn. Nagy raakt hierbij ook het spanningsveld aan tussen aangeboren versus aangeleerd. Hij benadrukt hierbij dat de psyche of geest niet onveranderlijk is, maar beïnvloed kan worden. Hij ging op zoek naar de manier waarop iemands psychische leven mee gevormd wordt in verbinding met het psychische leven van anderen. (Nuyts en Sels, 2017).

Een essentieel element van de theorie van Nagy wordt gevormd door het 'rechtvaardigheidsbeginsel' dat bij elke mens aanwezig is en dat de mens drijft om verantwoordelijkheid voor zijn daden op te nemen. Hij hanteert hierbij het boekhoudkundig principe van een balans van geven en nemen die in evenwicht moet zijn, niet alleen binnen een generatie maar ook over generaties heen. De ontische dimensie gaat over de nood van mensen aan de ander om echt te kunnen 'zijn'. Los van anderen hebben we geen betekenis, stelt Nagy. Deze interessante relationele dimensie stelt dat het verlies van relaties ons 'zijn' kan ontwrichten en biedt een verklaring voor gedrag dat we op het eerste gezicht moeilijk kunnen begrijpen: waarom mensen vasthouden aan ongezonde relaties, zich na een relatie meteen in een nieuwe relatie storten of moeilijk grenzen kunnen aangeven binnen relaties. (Nuyts en Sels, 2017).

Balans tussen geven en nemen

Nagy kijkt deze balans tussen geven en nemen vooral binnen de ouder-kind relatie, omdat het hier gaat om een asymmetrische relatie waarbij een verstoring in deze balans ernstige gevolgen kan hebben, zelfs over verschillende relaties heen. Een kind, dat het leven krijgt van zijn ouders staat hierdoor in een existentiële schuldpositie ten aanzien van zijn ouders. In optimale omstandigheden zorgen de ouders voor het kind en bieden het vertrouwen en veiligheid. Het kind kan later als volwassene deze schuld gaan aflossen door zelf zorg en verantwoordelijkheid op te nemen voor zijn gezin. (Nuyts en Sels, 2017).

Psychische problemen bij één van de ouders kunnen ervoor zorgen dat de balans van geven en nemen uit evenwicht raakt. Kinderen zijn van nature heel gevend maar als ze te lang geven zonder iets terug te krijgen of als ze te lang zelf te weinig vragen, kan dit zware gevolgen hebben.

Tal van factoren vaak gebaseerd op onverwerkte gebeurtenissen of stressfactoren kunnen ertoe leiden dat ouders hun ouderrol tijdelijk of zelfs voorgoed niet meer kunnen vervullen. In veel gevallen wordt hier, binnen het gezinssysteem een appèl gedaan op de kinderen die vaak een gevende, zorgende rol op zich zullen nemen. We spreken hier over 'parentificatie'. Zolang deze zorgende rol leeftijdsadequaat is, beperkt is in tijd en gezien en erkend wordt door de ouders, kan deze een positief effect hebben op de veerkracht van kinderen. (Roodvoets, 2006 – Nuyts en Sels, 2017).

Als dit echter niet het geval is en kinderen over hun grenzen gaan of niet gezien worden door hun ouders in hun zorgende rol, is er sprake van 'destructieve parentificatie'. Heel wat kinderen die een

dergelijke rol binnen het gezin op zich hebben genomen, worstelen als volwassenen vaak met allerlei psychische problemen. Ze hebben vaak een laag zelfbeeld, hebben meer last van depressieve gevoelens en ervaren een druk om er steeds te moeten zijn voor anderen, waardoor ze sneller opgebrand raken. (Roodvoets, 2006 – Nuyts en Sels, 2017).

Heel wat geparentificeerde kinderen krijgen later te kampen met gevoelens van verdriet en kwaadheid over het verleden en deze gevoelens kunnen heel nefast zijn voor hun tevredenheid en gemoedsrust. Een andere mogelijke reactie is dat deze volwassenen zich gaan loskoppelen van hun emoties en relaties met anderen. Het volwassen kind zal, bewust of onbewust, op zoek gaan naar compensatie en herstel voor deze tekorten om alsnog te krijgen waar het recht op had als kind. In eerste instantie tracht het volwassen kind dit onrecht te verhalen op zijn ouders maar dit kan, om tal van redenen niet mogelijk zijn. Ouders kunnen bijvoorbeeld hun verantwoordelijkheid voor dit onrecht ontkennen of ze hebben hun best gedaan maar dit was niet voldoende. Loyaliteit kan ook een reden zijn waarom kinderen hun ouders niet willen of durven aanspreken over dit onrecht. Hierop gaan we zo meteen iets dieper in. (Roodvoets, 2006 – Nuyts en Sels, 2017).

Als het volwassen kind geen compensatie of herstel vindt bij zijn ouders, kan het zijn dat hij of zij deze compensatie gaat zoeken bij onschuldige derden zoals zijn partner of kinderen. Nagy spreekt hierbij over een situatie van 'destructief recht'. Dit mechanisme zet mensen ertoe aan om het recht te halen waar mogelijk en dat is niet altijd bij diegene die aan de basis ligt van het onrecht. Hierdoor zal er zich dus opnieuw een situatie van onrechtvaardigheid voordoen in de volgende generatie. (Roodvoets, 2006 – Nuyts en Sels, 2017).

Loyaliteit

Naast de hierboven vermelde ontische dimensie, biedt de term 'loyaliteit' ook een verklaring waarom volwassenen of kinderen vasthouden aan ongezonde relaties bv. misbruikte kinderen die dit geheim houden om hun ouders te beschermen. Maar wat betekent deze term nu precies binnen het contextuele gedachtengoed? Loyaliteit in de algemene zin van het woord betekent trouw zijn aan keuzes, mensen en principes. Binnen de context van relaties betekent loyaal zijn: als we loyaal zijn aan mensen, maken we deel uit van een groep (of een systeem) en dit beschermt ons tegen uitstoting. Nagy maakt een onderscheid tussen horizontale loyaliteit en verticale loyaliteit. Met horizontale loyaliteit verwijst hij naar de loyaliteit binnen éénzelfde generatie ofwel binnen relaties die we zelf gekozen hebben bv. vrienden of collega's. Deze loyaliteit is het resultaat van wederzijdse investeringen in de relatie en wordt daarom ook wel verdiende of verworven loyaliteit genoemd. Verticale loyaliteit doelt op de loyaliteit over verschillende generaties heen bv. de band met onze kinderen, ouders of grootouders. Deze verticale loyaliteit hangt samen met een bloedband en deze is onverbreekbaar. Er valt niet te ontsnappen aan deze band, hij is er gewoon. Deze vorm van loyaliteit wordt door Nagy bestempeld als een zijnsloyaliteit of existentiële loyaliteit. (Nuyts en Sels, 2017).

Belangrijk hierbij is te weten dat loyaal zijn aan onze familie niet altijd goed is voor ons. In het beste geval werkt deze loyaliteit in ons voordeel maar vooral als de relatie moeilijk loopt, kunnen mensen lijden onder een druk die uitgaat van de loyaliteit aan hun ouders en familie. Als ouders niet goed voor hun kinderen gezorgd hebben en ze worden later zelf hulpbehoevend dan worstelen kinderen

vaak met de verplichting om zorg voor hun ouders op te nemen hoewel ze dit niet zien zitten. Pleegkinderen en stiefkinderen hebben het vaak heel moeilijk met het schipperen tussen al deze loyaliteiten. Om hun loyaliteit te kunnen tonen, hebben ze de toestemming nodig van bv. hun mama om hun papa graag te zien of toestemming van hun ouders om hun pleegouders graag te zien. Als ze deze toestemming niet krijgen, is er sprake van 'gespleten loyaliteit'. Deze vorm van loyaliteit is heel nefast voor kinderen en kan ertoe leiden dat kinderen zich gaan terugtrekken uit bepaalde relaties of probleemgedrag gaan vertonen.

Kinderen wiens ouders hen vroeger ernstig tekort hebben gedaan, willen vaak breken met hun ouders en proberen krampachtig om niet op hen te lijken. Ze ontkennen elke overeenkomst maar de praktijk leert ons dat dit vaak leidt tot gevoelens van leegte omdat deze kinderen hiermee een stuk van zichzelf ontkennen. Hierdoor is het voor hen vaak moeilijker om zich met anderen te verbinden. Nagy spreekt in dit geval over 'onzichtbare loyaliteit'. (Nuyts en Sels, 2017).

Mensen staan voortdurend in een wirwar van relaties waarbinnen de invloed van loyaliteit doorwerkt. Als de balans van geven en nemen in een vriendschapsrelatie verstoord is, kunnen we proberen deze te herstellen. Maar als dit niet lukt, kunnen mensen ervoor opteren om deze relatie te verbreken. De band verbreken met familie, zoals hierboven aangehaald, is niet zo eenvoudig. (Nuyts en Sels, 2017).

Onze ontwikkelings- en gehechtheidsgeschiedenis bepaalt mee hoe we met deze uitdagingen omgaan en hoe loyaliteit hierin een rol speelt. Elke mens probeert 'zijn draai te vinden in het leven'. In een ideale situatie voelen we ons vrij een eigen leven op te bouwen en groeien we op tot volwassenen die gericht zijn naar de eigen toekomst zonder de band met zijn 'veilige haven' te verliezen. Het feit dat onze ouders ons hiervoor de toestemming geven, kan ons hierbij enorm helpen. Maar als mensen worstelen met zware, onverwerkte emoties over het verleden of wanneer ze vroeger te veel zorg binnen hun gezin hebben opgenomen of op zoek zijn naar erkenning die wellicht nooit zal komen, kunnen deze de 'draai' blokkeren en toekomstige relaties hypothekeren. (Nuyts en Sels, 2017).

Groeien en een eigen weg gaan, houdt onvermijdelijk verlies in, en dat gaat gepaard met gevoelens van rouw. In sommige gevallen kan dit rouwproces voor ouders of kinderen zo confronterend zijn dat ze dit gezamenlijk proces niet aangaan om zichzelf of de ander te sparen. Zo blijven er heel wat zaken onuitgesproken en wordt er verder geleefd met een constante onderhuidse spanning, waardoor ze zich moeilijk kunnen richten op partnerschap, hun eigen kinderen en alle andere toekomstige relaties. De balans van geven en nemen wordt geblokkeerd. (Nuyts en Sels, 2017).

1.3.3 Ouderschap en psychische kwetsbaarheid

Om te kijken of deze contextuele benadering zinvol zou kunnen zijn bij het ondersteunen van gezinnen met ouders die lijden aan een psychische problematiek, is het belangrijk om te weten hoe psychisch kwetsbare ouders hun ouderrol ervaren. Een aantal recente, kwalitatieve studies uit Nederland geven ons hierover meer inzicht. (van der Ende et al., 2016 – van der Ende et al., 2012).

Kwetsbaarheden vs. krachten

Hoe ervaren kwetsbare ouders hun ouderrol?

Uit onderzoek van de Hanzehogeschool in Groningen (van der Ende et al., 2012) blijkt dat ouderschap voor ouders met een psychische aandoening zowel kwetsbaarheden als krachten inhoudt. Deze ouders geven aan dat hun ouderschap bemoeilijkt wordt door hun vaak beperkte energie, structuur, sociale contacten en levenslust. Ze ondervinden moeilijkheden om leuke dingen te doen samen met hun kinderen, in het aangeven van grenzen en structuur en in hun algemene organisatie. Bovendien komt hierbij nog de angst die ze hebben om hun problemen over te brengen op hun kinderen. Gelukkig halen ze ook heel wat positieve elementen uit hun ouderschap. Zo komen psychisch kwetsbare ouders in hun kracht door hun kinderen omdat hun toegenomen gevoel van verantwoordelijkheid hen helpt om alert te blijven op hun rol en gedrag. Kinderen moeten naar school, er moet gekookt worden voor hen en dat zorgt voor een zekere structuur en houvast. Daarnaast geven veel ouders aan dat de gezamenlijke activiteiten met hun kinderen hen energie geven. Het ouderschap biedt ook meer mogelijkheden tot sociale contacten via school en via vriendschappen van hun kinderen. Ouders gaven ook aan dat de loyaliteit en solidariteit met een eigen kind kracht geeft om door te gaan. Tot slot kwam naar voren dat kinderen voor psychische kwetsbare ouders perspectief geven in hun leven. Ze zien een nieuwe generatie zich ontwikkelen met mogelijks weer een nieuwe generatie die daarop volgt. (van der Ende et al., 2012).

Uit de hogervermelde ervaringen met ouderschap blijkt duidelijk dat het behoud en het opnemen van de ouderschapsrol betekenis geeft aan het leven van een psychisch kwetsbare ouder en dat ze hieraan een belangrijk deel van hun identiteit ontleen. (van der Ende et al., 2016 – van der Ende et al., 2012). Het perspectief, het belang van identiteitsontwikkeling en de verticale loyaliteit van Nagy blijkt hier een belangrijke rol te spelen. (Nuyts en Sels, 2017).

Ondersteuning in ouderschap

Een andere heel belangrijke onderzoeksvraag luidde: *Hoe zouden psychisch kwetsbare ouders hun ouderrol zien veranderen en welke ondersteuning hebben ze hierin nodig?*

De antwoorden op deze vraag waren bijna unaniem. Ouders willen graag meer en beter contact met hun kinderen. Ze willen beter leren communiceren met hun kinderen, ook over hun problematiek en zoeken steun om met het gedrag van hun kind om te gaan. Indien de kinderen niet meer bij hun ouders wonen of wanneer de ouders zijn opgenomen, willen ze graag werken aan het weer oppakken van de draad als ouder. (van der Ende et al., 2016 – van der Ende et al., 2012).

In de geestelijke gezondheidszorg wordt aan ouderschap zelf vaak een onderbelichte rol toebedeeld. Hulpverleners weten vaak niet goed hoe ze steun kunnen bieden gericht op de specifieke vaardigheden die de ouderrol met zich meebrengt. Dit zorgt voor 'handelingsverlegenheid' waardoor soms te snel wordt overgegaan tot drastische maatregelen zoals uithuisplaatsing. (van der Ende et al., 2016). De ouders op hun beurt, die door hun psychische kwetsbaarheid soms twijfelen of ze wel de juiste keuzes maken en hun ouderrol aankunnen, voelen zich extra geïsoleerd door hulpverleners. Hierdoor kan het zijn dat ouders zich geremd voelen om

eerlijk te praten over hun psychische problematiek en hulp te vragen, terwijl dat juist nodig is om hun ouderschapsrol goed te kunnen opnemen. (van der Ende et al., 2016).

Hulpverlening en veerkracht binnen gezinnen

Binnen de psychiatrische hulpverlening bestaat het grootste deel van de hulpverleners uit sociotherapeuten of psychiatrisch verpleegkundigen. Ze bevinden zich in een unieke positie omwille van hun frequent, rechtstreeks en langdurig contact met patiënten en hun families. Dit geeft hun de kans om op een actieve manier mee te werken aan preventieve en vroegtijdige interventiestrategieën en zo de gezinnen van de patiënten mee te ondersteunen. Een Australisch universiteitsteam onderzocht waarom dit in de praktijk nog niet of nauwelijks gebeurt. De door van der Ende (2016) hierboven beschreven 'handelingsverlegenheid' kwam als één van de redenen naar voor, vaak door een gebrek aan kennis en opleiding. Daarnaast gaven een aantal verpleegkundigen aan dat ze dit niet hun taak vinden, als gevolg van hun biomedische opleiding die heel sterk gericht is op het individu. Ook de hoge werkdruk en tijdsgebrek werden als barrière ervaren. Bovendien is het beleid in Australië, net als in heel wat West-Europese landen ook nog onvoldoende gericht op de context van psychiatrische patiënten. (Foster et al., 2012).

Net zoals van der Ende (2016) stelde ook Foster in zijn kwalitatief onderzoek vast dat cliënten en families in psychiatrische ziekenhuizen graag benaderd zouden willen worden door verpleegkundigen en dat er zou gesproken worden over hun ouderrol en hun gezin. De kinderen van ouders met een psychische kwetsbaarheid gaven aan dat ze graag hadden dat iemand interesse toonde in hen en uitleg zou geven over wat er aan de hand was. (Foster et al., 2012).

Foster (2012) kijkt in zijn onderzoek naar gezinnen vanuit het perspectief van gezinsveerkracht. Vanuit dit perspectief beschouwt hij het gezin als een geheel met intrinsieke krachten en hulpmiddelen dat groeipotentieel in zich draagt. Positieve relaties en verbinding tussen familieleden maakt gezinnen veerkrachtig en dus beter bestand tegen moeilijkheden en tegenslag. Hulpverlening die zich enkel richt op het individu verwaarloost dit potentieel en deze veerkracht binnen gezinnen. Wanneer de focus enkel gericht is op het individu en zijn problematiek, gaat men voorbij aan de manier waarop de kwetsbaarheid van het individu gevolgen heeft voor het gezin maar ook hoe de context een impact heeft op de psychische problematiek van het individu. Hij spreekt hier niet enkel over het kerngezin maar ook over de intergenerationele banden. (Foster et al., 2012).

Foster heeft daarom met zijn team een zorgkader uitgewerkt waarbij de focus ligt op het gezin. Dit *family focused* kader dient te worden geïmplementeerd binnen organisaties zodat verpleegkundigen en andere hulpverleners ondersteund worden bij de uitvoering van de strategieën van dit kader. Doel van dit zorgkader gericht op het gezin is het herstel van de psychisch kwetsbare ouder te bevorderen, de zorglast voor het gezin te verlichten en preventief en ondersteunend werken naar kinderen. (Foster et al., 2012).

Het gaat hier niet om een uitgebreide en lange begeleiding maar om een aantal heel concrete, ondersteunende acties: het in kaart brengen van de gezinssamenstelling tijdens een intake, informeren hoe het gaat met de kinderen, oog hebben voor de band van de ouder met de kinderen

en zijn noden hieromtrent, oog hebben voor diezelfde noden van de kinderen, correcte, eerlijke informatie verschaffen aan alle gezinsleden... (Foster et al., 2012).

Uiteraard hangt het slagen van deze aanpak af van de band tussen de verschillende gezinsleden. Als de gezinsrelaties zwaar verstoord zijn, kan dit kader niet altijd een oplossing bieden. Maar zelfs wanneer er sprake is van vervreemding of een breuk, kan een minimum aan contact of zelf het praten over de context later opportuniteiten bieden tot herstel en verbinding met het gezin. (Foster et al., 2012).

Ook uit het Nederlandse onderzoek (van der Ende, 2012-2016) blijkt dat, om aan de hierboven vermelde behoeftes van ouders rond hun ouderschapsrol te kunnen beantwoorden, het nodig is om het vaak ruime aanwezige netwerk van informele en professionele steun op een andere manier in te zetten. Het vertrekpunt hierbij is dat hulpverleners de cliënt begeleiden bij het formuleren van en verder werken aan een zelfgekozen doel. Daarnaast kan men de cliënt coachen om zelf ondersteuning voor de ouderrol te organiseren via het eigen netwerk. De context (partner, vrienden, familie, bureu) kan hierbij tijdelijk een deel van de ouderrol overnemen of bijkomende ondersteuning bieden. (van der Ende et al., 2012). Deze emancipatorische, krachtgerichte benadering ziet zich in Nederland vertaald in enkele methodieken zoals Ouderschap met Succes en Tevredenheid en Begeleid Ouderschap. (van der Ende et al., 2016 – van der Ende et al., 2012).

Cruciaal bij deze ondersteuning door hulpverleners is dat deze vorm van hulp samenhangend en integratief moet zijn. In Nederland wordt sinds kort meer en meer gewerkt met een gezinsondersteuningsplan waarbij ouders en kinderen samen werken aan zelfgekozen doelen. Na de opstart ligt de nadruk op het activeren van vrijwilligers en het inzetten van het informele netwerk en indien nodig, de professionele hulpverlening. De vermaatschappelijking van de zorg in de wijken en dicht bij huis kan nieuwe mogelijkheden bieden voor deze gezinsbenadering. (van der Ende et al., 2016).

Uit de diverse kwalitatieve studies kwamen 2 belangrijke, gemeenschappelijke conclusies naar voor in verband met ouderschap en psychische problematiek:

- 1) Het is van primordiaal belang dat gezinnen waarvan één van de ouders worstelt met een psychische problematiek in een zo vroeg mogelijke fase hulp inroepen, hetzij binnen het sociale netwerk hetzij bij professionele hulpverleners. Hierdoor kan er preventief gewerkt worden en vermijdt men een escalatie van de situatie. Het gaat hierbij niet enkel om praktische hulp, maar zeker ook om emotionele ondersteuning.
- 2) Professionele hulpverleners dienen in hun behandeling niet enkel aandacht te hebben voor de cliënt zelf maar ook voor zijn omgeving. Hiermee wordt niet enkel bedoeld aandacht voor de kinderen maar ook aandacht voor het ouderschap. Deze aandacht heeft een dubbele werking: ondersteuning voor hun ouderrol kan een positieve outcome hebben voor het kind maar daarnaast kan deze aandacht voor het ouderschap ook meewerken in het herstel van deze ouders hetgeen

dan ook weer een positieve uitkomst zal hebben op het gezinsklimaat en dus ook de kinderen. (van der Ende et al., 2016 – van der Ende et al., 2012).

Investering in de ouderrol tijdens een crisis kan bijdragen aan herstel, aan steun voor de partner en een betere band met de kinderen kortom een betere gezinssituatie. De partner van de psychisch kwetsbare ouder kan hierbij een essentiële rol spelen. Vandaar dat er moet gewerkt worden aan de bewustwording van deze partner rond de bijdrage die hij of zij kan leveren om de psychisch kwetsbare ouder in zijn ouderrol te ondersteunen of versterken.

1.3.4 Open Dialogue

Finland hanteert een heel andere aanpak inzake psychiatrische zorg dan België. Het land heeft heel wat minder psychiatrische bedden per inwoner en het medicatiegebruik bij psychiatrische patiënten ligt er opvallend lager. Hun geestelijk gezondheidsmodel is niet louter gericht op het stellen van diagnoses maar focust op bredere probleemdomeninen die de klassieke 'ziekte'-labels overstijgen. Hierbij is genezen van een psychische kwetsbaarheid niet het doel, maar wel het verlichten van lijden, het herstellen van veerkracht en het vergroten van de weerbaarheid van de cliënt en zijn gezin. (De Morgen, 2017).

Eén van de meest succesvolle behandelmethodes binnen de Finse geestelijke gezondheidszorg is Open Dialogue, die begin jaren 80 in Fins West-Lapland werd ontwikkeld door een psychotherapeut Jaakko Seikkula. De aanpak werd ontwikkeld specifiek voor de behandeling van mensen met psychose of schizofrenie maar wordt ook toegepast bij mensen die lijden aan een ernstige depressie. Psychoses ontstaan vaak als gevolg van een trauma en zijn een strategie om vreemde ervaringen te overleven. Essentieel bij deze Open Dialogue is het sociale netwerk van de client. (Seikkula, 2006).

Hoofdprincipes Open Dialogue

De Open Dialogue methode is gestoeld op 7 basisprincipes:

- 1) Onmiddellijke hulp: binnen de 24u na crisis of opname wordt er een meeting gehouden met de cliënt, het sociale netwerk en de hulpverleners waarbij in een open dialoog wordt gesproken rond de psychotische verhalen.
- 2) Sociaal netwerk perspectief: De onmiddellijke omgeving wordt betrokken in het behandelproces en zoekt samen een antwoord op volgende vragen: Wie zou kunnen helpen? Wie weet van de problematiek? Wie zou kunnen uitgenodigd worden op de behandelmeeting?
- 3) Flexibiliteit en mobiliteit: De locatie van de meetings wordt gezamenlijk vastgelegd, aangepast aan de specifieke en veranderende noden van elke patiënt.
- 4) Verantwoordelijkheid: Het team is verantwoordelijk voor het hele proces en alle problemen worden openlijk bediscussieerd tussen de behandelend psychiater en het team.

- 5) Psychologische continuïteit: Een geïntegreerd team, zowel met mensen uit het mobiele team als residentieel personeel, wordt samengesteld, met meetings die zo vaak als nodig zijn worden georganiseerd.
- 6) Tolerantie van onzekerheid: een veilige omgeving creëren voor de client waarbij voorbarige behandelplannen worden vermeden. Er wordt ruimte gelaten om de betekenis van de zorgvraag te laten komen.
- 7) Dialoog: de nadruk hier ligt op het tot stand komen van een dialoog. Het gaat hier om samen op zoek gaan naar nieuwe woorden en gezamenlijke taal voor ervaringen die nog geen woorden of taal hebben.

Van primordiaal belang bij Open Dialogue is het garanderen van een gezamenlijke geschiedenis. Iedereen neemt deel aan de gesprekken vanaf het begin, en alles wordt openlijk besproken en beslist. De manier waarop de dialoog wordt gevoerd of de thema's van de dialoog worden nooit op voorhand gepland. Het promoten van verandering bij de cliënt of het netwerk is niet het hoofddoel. Belangrijk bij dialoog is dat alle stemmen gehoord worden en dat reflecties er mogen zijn, zonder een directe therapeutische interventie. Ook transparantie is één van de pijlers van Open Dialogue waarbij professionele hulpverleners openlijk discussiëren over hun eigen observaties in aanwezigheid van het netwerk. Personeel dat bij deze behandelmethode betrokken werd, volgde eerst een specifieke training rond "relation & network education". (Seikkula, 2006).

Uit de resultaten van een 5 jaar durend follow up onderzoek van een aantal cliënten eind jaren '90 bleek Open Dialogue heel effectief. Ruim twee derde van de cliënten gebruikte geen anti-psychose medicatie meer, 81% van hen had geen blijvende psychotische symptomen en 81% was weer aan het werk. Eenzelfde follow up onderzoek van 5 jaar later had dezelfde positieve resultaten. Uit toepassingen van Open Dialogue in andere landen (oa. Zweden, UK, Duitsland en Italië) bleek dat de nood aan verdere behandeling snel verminderde wanneer het netwerk gemobiliseerd werd.

1.3.5 In de praktijk

Het werken rond de contextuele invalshoek heeft me nog meer overtuigd van het belang van de context bij het behandelen van en omgaan met mensen met een psychische kwetsbaarheid, zowel binnen als buiten de psychiatrische setting. Wat me tijdens deze zoektocht heeft verrast, is dat er zo weinig kwalitatief onderzoek bestaat naar wat mensen met een psychische kwetsbaarheid nodig hebben. In Vlaanderen bestaat hierrond zelf helemaal geen recente studies. Het regent klinische studies rond diagnostiek en medicatie-effecten maar hoe kan men weten wat psychisch kwetsbare mensen nodig hebben als men het niet bevroegt?

De theorie van Nagy is duidelijk terug te vinden in de kwalitatieve studies waarbij psychisch kwetsbare ouders bevroegd worden over hun ouderrol. Ouders willen hun ouderrol blijven opnemen en hieraan werken. Ze geven aan dat hun ouderrol hen bij de les houdt en hen in hun kracht zet. Het geeft hen ook hoop voor de toekomst, voor de volgende generatie. De relationele ethiek, het rechtvaardigheidsgevoel en intergenerationele aspect van Nagy klinkt hier heel erg door.

Onderzoek toont bovendien ook aan dat het werken rond ouderschap een actieve bijdrage kan leveren aan het herstelproces van psychisch kwetsbare mensen. Ouders worden in hun kracht gezet en bij de les gehouden door hun ouderschapsrol te ondersteunen. Een term die ik hierbij ook belangrijk vind en die ook werd besproken door Bart Leroy tijdens de lessen Systemtherapie is 'verantwoordelijkheid'. Bart Leroy leidt een aantal mobiele teams in het Leuvense die psychisch kwetsbare patiënten met een zware problematiek ambulante begeleiden. Leroy stelt dat er beroep moet worden gedaan op het verantwoordelijkheidsgevoel van psychisch kwetsbare personen. "Ok, je hebt een depressie/bipolaire problematiek/borderline/..., wat ga je ermee doen?". Dit is een ontschuldigend appèl op de patiënt waarbij deze, samen met de context en/of hulpverlening op zoek kan gaan naar een zelfgekozen doel (bij ouders vaak herstel of weer opnemen van ouderschapsrol) om weer in zijn kracht te komen.

Als ik kijk naar de praktijk in het UPC Duffel dan stel ik vast dat er een aantal afdelingen zijn waar momenteel nog geen sessies 'Zorg voor het Kind' worden georganiseerd. Afdelingen beslissen zelf of ze deze al dan niet willen laten doorgaan en op sommige afdelingen wordt dit niet gedaan omdat men o.a. van mening is dat patiënten met een bepaalde problematiek (bv. verslaving,...) niet bezig zijn met hun ouderrol. Ik ben me ervan bewust dat bepaalde kwetsbaarheden er inderdaad voor zorgen dat de ouderrol naar de achtergrond verdwijnt maar ik vind dat elke ouder, ongeacht zijn problematiek best mag worden gewezen op zijn verantwoordelijkheid. Men kan niet zomaar ontslagen worden uit zijn ouderrol en ik vind het heel belangrijk om hier op zijn minst over te blijven spreken. De sessies rond ouderschap zouden op elke afdeling moeten worden gegeven en ik zou zelfs durven stellen dat vanuit het beleid mag worden gevraagd om deze als 'verplicht' onderdeel van de behandeling toe te voegen.

In het onderzoek van Foster (2012) verwijst hij naar het competentiemodel dat op zoek gaat naar krachten in mensen en gezinnen, waardoor ze doen wat ze doen. Deze benadering vind ik heel waardevol en ik geloof dat hier veel meer op ingezet moet worden, niet enkel binnen de psychiatrische context maar ook daarbuiten. De principes die binnen Open Dialogue (Seikkula, 2006) gehanteerd worden, vormen een stevige basis van waaruit zowel psychiatrie maar ook hulpverlening en context kan vertrekken om families en patiënten met een psychische kwetsbaarheid te ondersteunen. Onmiddellijke hulp waarbij het netwerk wordt betrokken, transparante informatie, het creëren van een veilige omgeving, verantwoordelijkheid nemen en dialoog vormen de kern van deze benadering. Ik ben me ervan bewust dat Open Dialogue niet de toveroplossing is maar de goede resultaten die hiermee geboekt worden bij toch wel ernstige problematieken spreken voor zich. In de derde fase van mijn bachelorproef zal ik deze uitgangspunten, gecombineerd met de contextuele kerngedachten van Nagy verwerken in een stappenplan dat zou kunnen gehanteerd worden binnen psychiatrische afdelingen maar ook bij mobiele hulpverlening en zelfs bij het netwerk.

Nagy leert ons ook dat we de context van psychisch kwetsbare personen moeten blijven bevragen en hier veel meer mee werken, in het bijzonder het gezin van herkomst. Heel wat problemen binnen relaties en gezinnen zijn terug te brengen naar roulerende rekeningen, destructief recht,

destructieve parentificatie of loyaliteiten die spelen met betrekking tot het gezin van herkomst. De documentaire "Als je eens wist" gemaakt door Hilde van Mieghem, geeft een heel goed beeld van hoe hogervermelde problematieken over generaties heen heel wat vreselijke wonden slaan. In de behandelprogramma's op de afdeling Stemming zijn er weinig sessies waar er gewerkt wordt rond context. Vaak zit achter een depressie onverwerkte rouw, complex trauma,... waarbij de patiënt vroeg of laat vastloopt in zijn copingmechanismen. Meer sessies met een contextuele insteek en psycho-educatie hierrond voor zowel de patiënt als zijn netwerk kunnen heel waardevol zijn om mensen bepaalde zaken te helpen herkennen en erkennen. De intergenerationele gevolgen voor kinderen moeten hierbij ook zeker belicht worden zodat ouders inzicht krijgen in hoe hun problematieken doorwerken op hun kinderen.

1.3.6 Besluit

Het contextueel denken van Nagy is een heel relevante, waardevolle benadering die niet alleen helpt bij het begrijpen en verklaren van heel wat psychische problematieken maar ook een heel belangrijke rol kan spelen bij ondersteuning van gezinnen en herstel.

De noden, zoals aangegeven door psychische kwetsbare ouders rond ouderschap, sterken mij in mijn overtuiging dat er veel meer moet ingezet worden op de versterking van de ouderrol bij psychisch kwetsbare cliënten. Dit empowerment heeft een tweeledige werking: het helpt niet alleen bij de versterking van het gezin en heeft een positieve invloed op de kinderen maar levert ook nog een actieve bijdrage aan het herstelproces van de patiënt.

De principes die gehanteerd worden binnen Open Dialogue, een behandeling bij psychose en ernstige depressie die in Zweden is ontstaan, leunen heel nauw aan bij de contextuele visie van Nagy. Ik zal in de derde fase van deze bachelorproef hogervermelde principes en inzichten meenemen en verwerken in een stappenplan dat zowel binnen als buiten de psychiatrische setting, een houvast zou kunnen bieden in de ondersteuning van gezinnen met een psychisch kwetsbare ouder.

1.4 2^e INVALSHOEK: PRATEN MET KINDEREN

1.4.1 Inleiding

Als we kijken naar hoe we kinderen van ouders met een psychische problematiek het best kunnen ondersteunen, komen we tot 4 ogenschijnlijk eenvoudige, maar heel erg belangrijke ondersteuningspijlers:

1. Geef het kind informatie, aangepast aan de leeftijd van het kind over de problematiek en wat er aan de hand is.
2. Maak ruimte voor de gevoelens van het kind.
3. Zorg voor een vertrouwenspersoon voor het kind, buiten het kerngezin.
4. Geef het kind de kans om kind te zijn (voorzie voldoende leuke dingen, hobby's). Het kind mag zorgen maar moet ook voldoende ontspanning hebben.

Pijler 1 informatie blijkt helemaal niet evident te zijn. Tijdens de sessies 'Zorg voor het Kind' geven ouders heel vaak aan dat ze zo weinig mogelijk over hun problematiek met de kinderen delen of hun problemen trachten te verbloemen. Ze doen dit met goede bedoelingen omdat ze bv. hun kinderen niet willen belasten. Daarnaast geven heel wat ouders aan dat ze het moeilijk vinden om hierover met hun kinderen te spreken. Schaamte speelt hier een rol in maar ouders vinden vaak ook niet de juiste woorden om het onderwerp bespreekbaar te maken.

Ik zie hier ook een duidelijke link met pijler 2 nl. de emoties van het kind. Ouders vinden het vaak heel moeilijk om, naast hun eigen problematiek, om te gaan met de vaak moeilijke emoties van hun kind. Een opname is in de meeste gevallen een traumatische ervaring voor kinderen en voorafgaand aan de opname heeft het kind thuis al heel wat moeilijke situaties meegemaakt. In vele gevallen is er geen ruimte voor deze emoties van het kind.

Wat me opviel tijdens mijn stage en tijdens de workshop 'Praten met kinderen' die ik in het UPC Duffel volgde, was dat hulpverleners bijna nooit met kinderen in gesprek gingen. Ik hoorde hier dezelfde barrières terugkomen nl. dat ze niet goed wisten hoe ze met kinderen moesten praten over de opname van hun ouders.

Vermits ik gezinnen met een psychisch kwetsbare ouder wil ondersteunen om hun kinderen zo veerkrachtig mogelijk te helpen opgroeien moet er niet enkel met de ouders gesproken worden maar ook met de kinderen. In deze invalshoek wil ik op zoek gaan naar wat kinderen zelf willen. Hoe willen zij ondersteund worden wanneer 1 van hun ouders het psychisch moeilijk heeft? Daarnaast wil ik gaan kijken naar de redenen waarom hulpverleners, die toch opgeleid zijn om mensen te helpen en met hen in gesprek te gaan, het zo moeilijk vinden om met kinderen te praten. Tot slot wil ik zoveel mogelijk evidence-based tips verzamelen, die zowel door ouders als door hulpverleners gebruikt kunnen worden om het praten met kinderen te vergemakkelijken.

1.4.2 Hoor je mij wel?

Individuele psychische problemen kunnen een gezinsprobleem gaan vormen. Het betrekken en ondersteunen van alle gezinsleden is een absolute noodzaak. (Heller & Zwaagstra, 2018). In de recente literatuur zijn er weinig studies te vinden die peilen naar de ervaringen en aanbevelingen

van kinderen zelf omtrent de ondersteuning die zij wensen wanneer één van hun ouders lijdt aan een psychische kwetsbaarheid. De Nederlandse kinderombudsvrouw Margrite Kalverboer heeft hier in 2018, naar aanleiding van de week van de jonge mantelzorger, onderzoek naar gedaan. Ze heeft gesproken met jongeren tussen 13 en 24 jaar die opgroeiden in een gezin met een ouder met een psychische of verslavingsproblematiek, een beperking of een ernstige ziekte. De onderzoeksresultaten werden weergegeven op een tijdslijn waarbij kinderen aangeven welke hulp ze nodig hebben. Op deze tijdslijn worden vijf verschillende fases onderscheiden: als er nog geen hulp is binnen het gezin, als er hulp komt voor de ouders, bij een crisissituatie, als het kind zelf problemen krijgt tot wanneer kinderen zich gaan losmaken van hun ouder. (Verheul, de Jong en Baracs, 2018).

Uit de gesprekken blijkt als rode draad doorheen alle fasen dat kinderen en jongeren nood hebben om gezien en gehoord te worden. Wanneer in een gezin één van de ouders lijdt aan een psychische problematiek of verslavingsproblematiek vragen kinderen dat burens, de huisarts, wijkagenten, familie, leerkrachten... alert zijn op signalen die kinderen geven over hun thuissituatie. Vraag hen eens hoe het gaat thuis en kijk niet de andere kant op. (Verheul et al., 2018). Dit kan op een heel informele manier door eerlijk een bezorgdheid te uiten bv. "Goh, we zien dat je mama het moeilijk heeft maar hoe is dat voor jou? Loopt het een beetje thuis? Het zal voor jou ook niet makkelijk zijn". Kinderen zijn vaak heel blij met deze oprechte aandacht en de kans om even over hun situatie te kunnen praten. (Augeo, 2020).

Wanneer er al hulpverlening komt voor de psychisch kwetsbare ouder benadrukten kinderen dat deze hulpverleners ook met hen zouden moeten praten en dan liefst zonder hun ouders erbij. Hoe eerder de situatie van kinderen in kaart kan worden gebracht en hoe sneller ook zij ondersteuning krijgen, hoe kleiner de gevolgen voor het kind. (Augeo, 2020). Daarnaast wilden kinderen informatie krijgen van de hulpverleners over wat de problematiek van hun ouders precies inhield. De kinderen vertelden ook dat ze, samen met de overige gezinsleden, begeleid hadden willen worden in het praten met elkaar. (Verheul et al., 2018).

Bij crisissituaties (huiselijk geweld, opname, suïcidepoging...) voelden kinderen zich vaak totaal onzichtbaar. Alle aandacht ging naar de ouder maar kinderen werden over het hoofd gezien en dat terwijl heel wat kinderen vaak al geruime tijd heel wat zorg voor hun ouder op zich namen. Ze wilden uitleg krijgen over wat er gebeurd was en een telefoonnummer (bv. van ziekenhuis of psychiatrisch ziekenhuis) zodat ze contact konden opnemen bij vragen. Ze wilden serieus genomen worden in hun rol van ervaringsdeskundige en mantelzorger. Daarnaast wilden ze ook informatie krijgen of betrokken worden bij de opmaak van een plan van aanpak om een nieuwe crisis te voorkomen. (Verheul et al., 2018). De kinderen onderstreepten ook dat ze, na zo'n crisissituatie veel nood hadden aan een vertrouwenspersoon om hun bezorgdheden en gevoelens te delen. (Verheul et al., 2018).

Heel wat kinderen die opgroeien in een gezin met een psychisch kwetsbare ouder krijgen vroeg of laat zelf te kampen met problemen: mindere schoolprestaties, probleemgedrag, angst- en depressieve stoornissen, problemen met hun sociale ontwikkeling... zijn hier maar enkele voorbeelden van. Om hen te ondersteunen wanneer ze het zelf moeilijk hebben maar ook om in te zetten op preventie gaven de kinderen en jongeren heel wat aanbevelingen die voor hen het verschil hadden kunnen maken:

- Geef informatie en leg hen uit dat de situatie niet hun schuld is. Vaak hebben kinderen of jongeren thuis wel eens moeilijk gedrag gesteld ofwel als bliksemafleider ofwel om papa of mama nog wakker te schudden of bij de les te houden. (Wellens, 2020). Deze ontschuldigende boodschap kan echt helpend zijn voor kinderen omdat ze heel vaak worstelen met schuldgevoelens.
- Ook hier speelt een vertrouwenspersoon een belangrijke rol als steun en toeverlaat.
- Zorg voor contact met lotgenoten: het helpt te weten dat deze jongeren niet alleen staan in hun situatie en ze vinden hierin (h)erkenning voor hun eigen situatie. (Verheul et al., 2018).
- Wees alert, ook als de kinderen ogenschijnlijk rustig en stabiel overkomen. Bevraag hoe het met hen gaat en toon interesse.
- Voldoende momenten om iets leuks te doen, zodat ze gewoon kind konden zijn en even niet bezig hoefden te zijn met hun situatie.
- Er moet op school meer aandacht gegeven worden aan thema's zoals psychische problemen, verslaving, beperkingen en de invloed ervan. Op die manier leren kinderen dat ze niet de enige zijn in deze situatie en dat ze zich niet hoeven te schamen.

Kinderen gaven hierbij aan dat ze dikwijls geconfronteerd werden met vooroordelen van anderen. Ze wilden niet als risicokind aanzien worden maar als een gewoon kind in een moeilijke situatie. (Verheul et al., 2018). Eén van de geïnterviewde kinderen verwoordde dit als volgt:

“Sommige mensen deden opeens anders tegen mij, omdat ze wisten wat mijn moeder had. Dan denk ik: ik ben nog gewoon dezelfde persoon hoor, en mijn moeder trouwens ook.”

Kinderen en jongeren zijn loyaal aan hun ouders, zelfs wanneer deze niet kunnen zorgen voor een goede opvoeding en een veilige thuis. Deze loyaliteit maakt dat kinderen en jongeren met een psychisch kwetsbare ouder hun eigen grenzen niet aangeven. Maar de meeste jongeren komen ooit toch op een punt dat ze voor zichzelf kiezen. Ze zien in dat ze ook voor zichzelf moeten zorgen, dat ze hulp moeten zoeken of accepteren, dat ze thuis vertrekken of dat ze meer afstand nemen op emotioneel vlak. Dit proces kan erg pijnlijk zijn maar het is wel belangrijk. Gezinsbegeleiding, een coach of een therapeut die hen in dit proces ondersteunt, is van primordiaal belang. Het schuldgevoel wanneer ze voor zichzelf kiezen, kan heel groot zijn. Organisaties die jongeren helpen met begeleid wonen, kunnen hierin ook een belangrijke schakel zijn. Voor jongeren die langer nood hebben aan praktische of emotionele ondersteuning dan de meeste van hun leeftijdsgenoten is begeleiding, ook na hun 18 jaar, wenselijk. Traumahulp is voor heel wat jongeren, vroeg of laat ook nodig.

1.4.3 Praten met kinderen van psychisch kwetsbare ouders in de hulpverlening

Uit hogervermeld onderzoek komt duidelijk naar voor dat kinderen zelf wensen om gehoord te worden en dat ze willen spreken over hun situatie met mensen uit hun omgeving of hulpverleners. Wanneer ouders worstelen met een psychische problematiek, ongeacht of er een opname nodig is, komen kinderen vaak in contact met diverse hulpverleners: maatschappelijk assistenten, (ambulante) psychiatrisch verpleegkundigen, ergotherapeuten... Uit onderzoek (Heller & Zwaagstra, 2018) blijkt dat de meerderheid van deze hulpverleners het heel moeilijk vindt om in gesprek te gaan met deze kinderen. Ook tijdens de workshop van Jo Wellens (2020) gaven de

aanwezige hulpverleners aan hiermee te worstelen. Wat zijn de oorzaken of barrières die deze hulpverleners ervaren in het spreken met kinderen?

Heller en Zwaagstra (2018) stelden vast dat heel wat verpleegkundigen kinderen (en ouderschap) een kwetsbaar onderwerp vinden en niet goed weten hoe te beginnen. Daarnaast gaven verpleegkundigen aan dat ze zich niet bekwaam genoeg voelden om met kinderen te spreken. Ze vertelden dat ze technieken, tools en informatie misten rond het spreken met kinderen. Angst voor de mogelijke negatieve reacties van de ouders bv. bestempeld worden als bemoeial, werd ook als reden vermeld net als tijdsgebrek. Tot slot stelden verpleegkundigen dat het systematisch aandacht besteden aan kinderen van ouders met een psychische aandoening niet tot de reguliere behandelpraktijk behoort. (Heller en Zwaagstra, 2018).

Het opheffen of aanpakken van deze barrières is heel belangrijk voor het welzijn van kinderen want verpleegkundigen bevinden zich in een unieke positie. Door het veelvuldig contact krijgen ze niet alleen de kans een vertrouwensband op te bouwen met hun patiënten maar ontmoeten ze vaak ook het gezin en de kinderen. Dit geeft hen een ideale uitgangspositie om enerzijds te praten met de kinderen en anderzijds ook het ouderschap bespreekbaar te maken. Daarnaast kunnen ze een belangrijke signalerende en preventieve rol spelen met betrekking tot het welzijn van de kinderen. (Heller en Zwaagstra, 2018).

Het is begrijpelijk dat het aanknopen van een gesprek met de kinderen niet altijd evident is, maar zoals hierboven vermeld willen kinderen echt zelf dat de hulpverlening ook oog heeft voor hen. Ze verwachten hierbij geen dure woorden of toveroplossingen maar simpelweg oprechte interesse en de kans om gezien en gehoord te worden. (Augeo, 2020). Iets om als hulpverlener in het achterhoofd te houden: "Als ik als volwassen hulpverlener het al eng en vervelend vind om over deze situatie met kinderen te spreken, hoe moet het dan wel niet zijn voor dit kind?" (Augeo, 2020).

Om het gevoel van handelingsonbekwaamheid weg te nemen bij verpleegkundigen is er nood aan training en aanvullende opleiding om zo de kennis en het zelfvertrouwen van deze hulpverleners te vergroten om met kinderen te spreken. Folders rond de thematiek psychische kwetsbaarheid en ouderschap, effecten op de kinderen zouden hierbij kunnen helpen, net als een gezinsvriendelijke familiekamer op elke afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. (Heller en Zwaagstra, 2018).

Tijdsgebrek en angst voor negatieve reacties van ouders kunnen soms wijzen op een onderliggende weerstand of een gebrek aan inzicht in de problematiek rond kinderen. Deze barrières zouden kunnen worden geëlimineerd door het geven van psycho-educatie aan verpleegkundigen rond de gevolgen van opgroeien in een gezin met een psychisch kwetsbare ouder. Door deze informatie groeit het bewustzijn bij verpleegkundigen voor het belang van praten met kinderen van patiënten waardoor ze zich gesterkt voelen om het gesprek toch aan te gaan. (Heller en Zwaagstra, 2018).

De laatste barrière waarmee verpleegkundigen geconfronteerd worden heeft te maken met het beleid binnen de Geestelijke Gezondheidszorg. Vorig jaar werd de Kindreflex in het leven geroepen die tools en handvatten geeft aan hulpverleners die met kinderen in contact komen. Bedoeling is dat elke hulpverlener die in contact komt met kinderen, ongeacht het feit of dit kind al dan niet de directe cliënt is, een inschatting maakt of de situatie waarin dit kind zich bevindt, onveilig of verontrustend is. Hier zal uitgebreid op teruggekomen worden in de derde invalshoek van deze bachelorproef. Het probleem is dat ouderschap en het welzijn van de kinderen momenteel niet

structureel wordt opgenomen in de behandelplannen van residentiële en ambulante psychiatrische voorzieningen. Verpleegkundigen geven aan behoefte te hebben aan kaders en richtlijnen hieromtrent omdat het voor hen niet altijd duidelijk is bij wie de taak ligt om met de kinderen te spreken. Een duidelijke beleidsvisie en richtlijnen zouden hier meer duidelijkheid kunnen scheppen. (Heller en Zwaagstra).

1.4.4 Praktische tips om te praten met kinderen

Kader

Wanneer een hulpverlener met een kind wil praten is het belangrijk om een zo veilig mogelijk kader te scheppen. Dit kan hij doen door zich op gelijke hoogte van het kind te plaatsen, dus best zittend. Het is beter om niet recht tegenover elkaar te zitten maar liever naast elkaar of allebei aan dezelfde hoek van de tafel. Op deze manier scheidt men nabijheid en verbinding. (Augeo, 2018).

Moet er persé gepraat worden?

Het kan zijn dat kinderen helemaal niet willen praten. Het is goed om te benadrukken dat dit ook oké is. Het kind heeft ondertussen toch ervaren dat je interesse hebt getoond. Vertel hem dat je steeds beschikbaar bent om op een ander moment te praten mocht hij dit later toch willen.

Als kinderen moeilijk kunnen praten kan je hen ook voorstellen een tekening te maken of een brief te schrijven. Jij kan eventueel ook voor hen dingen opschrijven bv. met behulp van denkwolkjes of praatwolkjes als een soort van tekstballonnen.

Non-verbale signalen kunnen ook heel veel informatie geven bv. de lichaamshouding van kinderen of de manier waarop ze omgaan met hun ouders. Hun reactie op een bepaalde vraag die wordt gesteld kan ook veel zeggen. Het is cruciaal dat de hulpverlener hier goed op let en hier ook op inspeelt bv. door dit te bevragen: "Vindt je mijn vraag gek of niet fijn?" (Augeo, 2018).

Informatie

Opgroeien met een psychisch kwetsbare ouder is vaak allesbehalve gemakkelijk en een psychiatrische opname is een traumatische ervaring. De basis waaraan kinderen behoefte hebben in zo'n situatie is correcte informatie. Gebruik heel concrete woorden en benoem de dingen zoals ze zijn. (Wellens, 2020). De ervaring leert dat veel kinderen opgelucht reageren wanneer de feiten benoemd worden. (Augeo, 2020). Ouders en hulpverleners hebben de neiging om dingen te verbloemen of te verzwijgen om de kinderen te sparen. Dit helpt hen echter helemaal niet, kinderen hebben nood aan de waarheid. In hun levendige fantasie stellen ze zich de situatie vaak nog veel angstaanjagender voor dus lieg hen niets voor. Wanneer kinderen voelen dat wat er tegen hen gezegd wordt niet klopt met wat ze voelen dan wordt hierdoor het vertrouwen van het kind aangetast. Het kind begint dan te twijfelen aan zijn eigen gevoelens en het kunnen vertrouwen op zijn buikgevoel is cruciaal. (Wellens, 2020).

Uiteraard dient de gegeven informatie aangepast te worden aan de leeftijd van het kind. Woorden zoals 'psychiatrisch ziekenhuis' of 'sociotherapeut' zijn niet ideaal voor **peuters en kleuters**. Probeer hier varianten voor te geven die kinderen wel begrijpen. Vervang 'psychiatrisch ziekenhuis' niet zomaar door 'ziekenhuis' want heel wat kinderen linken een ziekenhuis aan lichamelijk ziek zijn of soms zelfs doodgaan. 'Hoofdziekenhuis' kan een optie zijn of 'lachziekenhuis' waar papa of mama

naartoe gaan als ze niet meer kunnen lachen. De 'hoofddokter', de 'praatmevrouw' of de 'beweegmijnheer' gaan er met mama of papa aan de slag om hen weer beter te maken. Gebruik liever geen termen zoals 'juffrouw' of 'meester' om een eventuele link met de school te vermijden. Je kan zelf nog andere creatieve termen gebruiken, als ze maar duidelijk zijn voor de kinderen. (Wellens, 2020).

Voor deze allerjongsten is het ook fijn en geruststellend om te kunnen zien waar mama of papa nu eventjes zal wonen. Geef het kind een rondleiding op de afdeling zodat het kan zien waar mama of papa slaapt, eet en TV kijkt. Benadruk dat er nu volwassen mensen zijn die heel goed voor mama of papa gaan zorgen. Hierdoor krijgen de kinderen wat meer rust. Hoe groot het gemis van hun ouders ook is, vaak is er ook een stukje opluchting dat papa of mama nu geholpen worden. (Wellens, 2020).

Lagere schoolkinderen zitten met heel wat moeilijke vragen waarop een eerlijk antwoord nodig is. Wanneer kinderen hun mama of papa heel wat pillen hebben zien innemen, stellen ze zich terecht vragen als 'Kan papa of mama doodgaan?' Een mogelijk antwoord zou kunnen zijn dat ze geen ongeneeslijke ziekte hebben maar dat papa of mama soms heel zwarte gedachten hebben. Deze gedachten zijn soms zo donker dat er nog maar 1 gevoel is nl. ik wil er niet meer zijn.

Op deze leeftijd vragen heel wat kinderen zich af of deze psychische problematiek besmettelijk is. Ook hierop is een eerlijk antwoord nodig maar in het antwoord moet vooral de focus liggen op het gezonde stuk. Kinderen zijn nog heel erg aan het groeien en het veranderen dus hun verhoogde risico om later zelf een psychische kwetsbaarheid te ontwikkelen, kan voor een groot stuk worden weggewerkt oa. door heel erg te focussen op de 4 pijlers die aan het begin van dit hoofdstuk vermeld worden. Zet hierbij zeker in op het geloof in hun eigen sterktes. (Wellens, 2020).

Als je praat met **adolescenten** is het aangewezen om deze boodschap wat meer te nuanceren. Ze hebben het recht om te weten dat er een eigen genetisch aandeel is wat mogelijks mee het al dan niet ontwikkelen van een psychische kwetsbaarheid bepaalt. Maar daarnaast is de context ook belangrijk en hoeft dit, door hogervermelde pijlers en eventueel de gepaste begeleiding of therapie, niet noodzakelijk zo te zijn. De hersenen van jongeren zijn plastisch en herstel is altijd mogelijk. (Wellens, 2020).

Wat met schuldgevoelens?

Kinderen van ouders met een psychische problematiek worstelen vaak heel erg met schuldgevoelens. In de thuissituatie hebben kinderen of jongeren vaak al moeilijk gedrag gesteld om diverse redenen. Dit kan uit onmacht zijn, maar het kan ook hun manier zijn om te zorgen bv. door te fungeren als bliksemafleider of in een poging om hun ouder wakker te schudden. (Wellens, 2020). Het proberen wegnemen van deze schuldgevoelens is heel belangrijk. Bevraag dit eerlijk bv. 'Veel kinderen denken dat het hun eigen schuld is, denk jij dat ook?' (Augeo, 2020). Bij lagere schoolkinderen of tieners kan het ook helpen te benadrukken dat het oke is dat ze soms sneller boos worden of moeilijk gedrag stellen. Wanneer ze bv. elke dag na school zich moeten afvragen hoe mama of papa zal zijn thuis of in wat voor situatie ze zullen thuiskomen, dit een enorme druk legt op hen. Hen erkenning geven dat dit voor hen niet evident is, kan heel helpend en ontschuldigend werken. (Wellens, 2020).

Loyaliteit

Kinderen zijn en blijven heel loyaal naar hun ouders toe, zelfs wanneer ze zich in een ongezonde gezinssituatie bevinden of wanneer ze niet goed behandeld of verwaarloosd worden door hun ouders. Vandaar moeten hulpverleners steeds onthouden om tijdens het praten met kinderen zeker niet met de vinger te wijzen naar de ouders. Praat respectvol, objectief en niet verwijtend over de ouders. Zoniet loop je het risico dat het kind nog meer in een loyaliteitsconflict terechtkomt. Spreek uit dat je het kind en zijn ouders wil helpen. Keur de ouders niet af maar leg bv. uit dat zijn ouders misschien zelf nooit geleerd hebben om op een andere manier te reageren als ze boos worden. Wanneer bepaald gedrag van ouders niet acceptabel is, mag dit wel zo benoemd worden. Een voorbeeldje: 'Ouders moeten zorgen dat kinderen genoeg te eten hebben en aandacht krijgen. Jouw mama wil dat ook maar als ze depressief is/gedronken heeft, lukt het haar niet om daarvoor te zorgen. Daarom ga ik bespreken wie mama hierbij kan helpen.' (Wellens, 2020).

Algemene gesprekstips

- Uit eerlijk je bezorgdheid bv. Goh, we maken ons een beetje zorgen, loopt het thuis wel? Kunnen we hulp bieden? (Augeo, 2020).
- Een gesprek met kinderen kan ook tot stand komen door samen met hen de dag door te nemen. Wie maakt je ontbijt voor je naar school gaat? Zijn mama of papa dan al wakker? Moet je je broertjes of zusjes helpen met aankleden? Afhankelijk van de leeftijd van het kind zullen de antwoorden meer inzicht verschaffen of de thuissituatie van het kind al dan niet veilig of verontrustend is. (Augeo, 2018).
- Laat merken aan het kind dat je geluisterd hebt door achteraf op iets terug te komen wat het kind gezegd heeft. Deze oprechte aandacht doet het kind deugd en geeft vertrouwen. (Augeo, 2020).
- Als kinderen aangeven dat het goed gaat maar je ziet andere signalen benoem deze dan openlijk bv. Ik hoor dat het goed gaat, maar ik zie iets anders, zou het zowel goed als slecht met je kunnen gaan? Leg uit dat fijne en minder prettige gevoelens naast elkaar kunnen bestaan. (Augeo, 2020).
- Probeer waarom- vragen en suggestieve vragen te vermijden. Wanneer het kind antwoord met 'ik weet het niet' kan je dit verder bevragen bv. Weet je het niet of vindt je het lastig om het erover te hebben? (Augeo, 2018).
- Er zijn een aantal kinderboekjes zoals bv. Het Kleurenmonster die kunnen helpen om te praten met kinderen rond hun gevoelens en hoe het met hen gaat. (Wellens, 2020).

1.4.5 Wat met de ouders?

Tijdens een eerste contact of gesprek met ouders is het goed te bevragen wat ze al aan informatie met hun kinderen gedeeld hebben over hun problematiek of over een eventuele opname. Als ze dit moeilijk vinden kan er voorgesteld worden of ze dit liever zouden doen in aanwezigheid van een hulpverlener. Wanneer er een opname in een psychiatrisch ziekenhuis is, nodig de kinderen altijd uit op de afdeling zodat de ouders hen kunnen rondleiden. Vraag/meld hen dat je ook met de kinderen eens wil praten omdat je hen als gezin wil ondersteunen. Vaak vinden ouders die psychisch in de knel zitten het een verademing als het zwijgen doorbroken wordt. Het kan helpend werken om hun betrokkenheid en hun inzet te zien en deze ook te benoemen bv. 'Wanneer de

opvoeding niet lekker loopt, ga je drinken en dan wordt je misschien de onbetrouwbare ouder die je juist niet wil zijn'. Vaak hebben ze zelf zo'n vader of moeder gehad en willen ze het patroon doorbreken. Vraag hen eerlijk naar hun ouderschap bv. 'In hoeverre lukt het om de ouder te zijn die je wil zijn?' (Augeo, 2018 & 2020).

Als je weerstand ervaart of een boze reactie wanneer je aangeeft met de kinderen te willen praten, is het goed deze te bevragen bv. Ik zie dat je boos wordt, vanwaar komt deze boosheid? Benadruk dat je hen als gezin wil helpen en ondersteunen. Als de ouders blijven weigeren, is dit vaak een alarmsignaal. Het is aangewezen deze bezorgdheid te bespreken in het multidisciplinair team en het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling in te schakelen. (Augeo, 2018 & 2020). Hierop zal dieper ingegaan worden in het volgende hoofdstuk.

In gezinnen waar ouders kampen met een psychische of verslavingsproblematiek is het risico op kindermishandeling, lichamelijke of emotionele verwaarlozing veel groter. Vaak worden kinderen niet gezien en wordt er niet sensitief gereageerd op hun behoeften. Dit heeft een invloed op het zelfbeeld van deze kinderen. Ze krijgen niet enkel een negatief zelfbeeld waarbij ze ervan uitgaan dat ze niet de moeite waard zijn, maar ze krijgen vaak ook het gevoel dat ze op niemand kunnen rekenen. (Augeo, 2020). Elk kind heeft iemand nodig die er voor hem is, iemand die hem onvoorwaardelijk accepteert en hem laat weten dat hij van betekenis is. Daarom de oproep van kinderen zelf: "Zie ons, luister naar ons, praat met ons!" (Verheul et al., 2018).

1.4.6 In de praktijk

Het raakt me heel erg dat kinderen van ouders met een psychische kwetsbaarheid in ambulante en residentiële settings veel te weinig gezien en gehoord worden. Wanneer iemand worstelt met een psychische problematiek heeft dit een impact op het hele gezin en vooral op de meest kwetsbare partij nl. de kinderen.

Kinderen en jongeren met een psychisch kwetsbare ouder worstelen heel vaak met gevoelens van schuld en schaamte, twee vreselijke emoties om te dragen. Hun zelfbeeld wordt hierdoor vaak aangetast waardoor ook zij later meer risico lopen om een psychische problematiek te ontwikkelen.

Ik merk in het UPC Duffel dat er wel wordt ingezet op het bekwamen van de hulpverleners in het praten met kinderen. Getuige hiervan was de heel interessante workshop van Jo Wellens waar wellicht ook al een vervolg op zal komen binnenkort. Deze initiatieven zijn volgens mij nog iets te vrijblijvend. Het volgen van zo'n workshops en scholing rond praten met kinderen zou verplichte materie moeten zijn zodat hulpverleners zich meer gesteund voelen om met kinderen te praten.

Daarnaast moet zo'n scholing ook opgezet worden rond praten met ouders over hun ouderschap. Tijdens de literatuurstudie heb ik ontdekt dat praten met ouders rond hun ouderschap geen kernfysica is, maar dat men, door eerlijk, authentiek de dingen te benoemen, heel wat weerstand bij ouders kan wegnemen.

Een aantal hulpverleners van het UPC Duffel heeft inmiddels al de workshop rond de Kindreflex gevolgd maar de verdere uitrol ervan bij het voltallige hulpverlenend personeel is een belangrijk speerpunt. Er moet met elke ouder gesproken worden over de thuissituatie en de veiligheid van de kinderen moet bevroegd worden. Wanneer er verontrustende signalen worden opgevangen, geeft

de Kindreflex een houvast om daadkrachtig te handelen en te zorgen dat kinderen en jongeren gezien, gehoord en beschermd kunnen worden.

Bij het praten met ouders en kinderen en bij de toepassing van de Kindreflex dienen hulpverleners voldoende alert te zijn op emotionele mishandeling en verwaarlozing. De gevolgen zijn heel ernstig en deze vorm van mishandeling komt het vaakst voor. Sensibilisering van ouders en hulpverlenend personeel en bespreekbaarheid van dit thema in onze maatschappij zijn heel erg nodig.

1.4.7 Besluit

Er moet dringend meer ingezet worden op praten met kinderen die opgroeien in een gezin met een psychisch kwetsbare ouder. Ouders moeten ondersteuning krijgen in het praten met hun kinderen over deze problematiek maar ook op gezinsniveau moet er meer begeleiding zijn.

Hulpverleners, ondersteund door een duidelijk kader en een aangepaste jobomschrijving, moeten zich gesterkt voelen en zich bewust zijn van hun belangrijke ondersteunende en signaalfunctie naar kinderen toe. Kinderen zijn zo kwetsbaar en hebben recht op een luisterend oor en iemand die ingrijpt als het nodig is.

Het is van belang om niet meteen met de vinger te wijzen naar de ouders maar het gezin te helpen om in hun kracht te komen zodat ze samen elkaar kunnen ondersteunen wanneer het moeilijk gaat.

Jo Wellens verwoordde dit heel treffend tijdens haar workshop 'Praten met kinderen': 'Het is belangrijk om als gezin te proberen te komen tot een gedeeld verhaal waar, samen met mama, papa, broers, zussen en eventueel zelfs het netwerk, over kan gesproken worden. Hierin ligt een duidelijk verband met Open Dialogue. In de derde fase link ik deze invalshoek aan de overige literatuurstudies.

1.5 3^e INVALSHOEK: KINDREFLEX

1.5.1 Inleiding

De impact van een psychisch kwetsbare ouder op de gezinssituatie mag niet onderschat worden. Uit onderzoek blijkt dat kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen vaker slachtoffer worden van kindermishandeling. (Dekker et al., 2014). Natuurlijk is het absoluut niet zo dat alle ouders die depressief zijn of verslaafd, hun kinderen verwaarlozen of mishandelen. De cijfers spreken echter voor zich, het risico is wel groter, waarbij onmacht bij de ouders vaak aan de basis ligt. Het is daarom van levensbelang dat hoe eerder deze kinderen in beeld komen, des te sneller zij en hun gezin ondersteund kunnen worden.

De Vlaamse overheid heeft, naar analogie met de Nederlandse Kindcheck, een tool ontwikkeld die hulpverleners die werken met volwassenen, toelaat om na te gaan of de thuissituatie van de kinderen uit het gezin veilig is nl. de Kindreflex. Heel concreet gaat het over praten met je cliënt over zijn of haar kinderen en hoe het ouderschap loopt. De Kindreflex is niet ontwikkeld met het oog op controle of een mogelijke uithuisplaatsing maar de bedoeling is om preventief te werken, ouders te ondersteunen in hun ouderschapsrol en vroegtijdig te kunnen ingrijpen indien nodig.

Ik heb vorig jaar in mei deelgenomen aan de opleiding en workshop rond de Kindreflex en wil in deze derde invalshoek de Kindreflex bespreken. Daarnaast wil ik onderzoeken hoe deze tool zou kunnen ingezet worden om gezinnen met een psychisch kwetsbare ouder te ondersteunen.

Wanneer we spreken over kindermishandeling denkt men in de eerste plaats vaak aan fysieke of seksuele mishandeling of verwaarlozing. Maar emotionele verwaarlozing of mishandeling is nog altijd de meest voorkomende vorm van kindermishandeling en deze vorm is bijzonder schadelijk voor het kind. Deze vorm wordt vaak over het hoofd gezien omdat de perceptie heerst dat dit een minder 'harde' vorm van mishandeling is en daardoor minder ernstige gevolgen heeft.

In deze invalshoek ga ik wat dieper in op deze vorm van kindermishandeling en de gevolgen ervan. Daarnaast onderzoek ik ook welke de signalen kunnen zijn van emotionele kindermishandeling en hoe deze door hulpverleners met behulp van de Kindreflex kunnen worden opgespoord. Hoe kunnen hulpverleners op een zo constructief mogelijke manier deze vorm van verwaarlozing en mishandeling bespreekbaar maken en aftoetsen?

1.5.2 Kindcheck Nederland

In 2007 werd, op de spoedafdeling van het Medisch Centrum Haaglanden in Nederland, een moeder binnengebracht met een alcoholintoxicatie en een ernstige hoofdwonde. Haar achtjarige zoon was meegekomen omdat niemand in de nabije omgeving van de moeder het kind tijdelijk kon opvangen. De jongen zat uren naast het ziekbed van de moeder terwijl verpleegkundigen haar wonde en alcoholintoxicatie verzorgden. Na het afronden van de verzorging toen de moeder het ziekenhuis kon verlaten, smeekte de jongen bij het verzorgend personeel om in het ziekenhuis te mogen blijven. Hij wilde echt niet mee naar huis met zijn moeder. Gezien de jongen geen medische zorgen nodig had en het ziekenhuis niet over richtlijnen beschikte over wat te doen in dergelijke situaties, werd de jongen tegen wil en dank met zijn moeder naar huis gestuurd.

Hogervermelde situatie ligt aan de basis van de ontwikkeling van de Kindcheck in Nederland: richtlijnen en een stappenplan over wat te doen in situaties waarin hulpverleners geconfronteerd worden met volwassen cliënten en er twijfel of risico bestaat rond de veiligheid van de kinderen. Sinds 1 juli 2013 zijn hulpverleners die met volwassenen werken verplicht om een Kindcheck uit te voeren. Sinds de invoering van de Kindcheck krijgt het meldpunt Kindermishandeling in Nederland zo'n 60 keer meer meldingen van kindermishandeling waarvan het merendeel achteraf terecht bleek te zijn. Vanaf januari 2019 zijn alle hulpverleners bovendien verplicht om elk geval van acute en structurele onveiligheid te melden. De Kindcheck maakt deel uit van de meldcode inzake Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (kortweg de meldcode) en is in Nederland een strikt handelingsprotocol voor alle hulpverleners. (Coppens et al., 2018).

De overheid stelde een basismodel op bestaande uit 5 stappen (Coppens et al., 2018):

- **Stap 1:** Signalen detecteren en in kaart brengen. Wanneer een professionele hulpverlener signalen opmerkt van huiselijk geweld of kindermishandeling, noteert hij deze signalen, net als de uitkomsten van de gesprekken die hij rond deze signalen voert, de stappen die hij zet en de besluiten die hij neemt.
- **Stap 2:** de signalen bespreken met collega's en indien noodzakelijk Veilig Thuis (advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling) of een deskundige inzake sporen van letsels raadplegen.
- **Stap 3:** Een gesprek voeren met de betrokken cliënt. De hulpverlener legt het doel van het gesprek uit, bespreekt de signalen die hij heeft vastgesteld, nodigt de patiënt uit om daarop te reageren en komt daarna pas tot een interpretatie van de feiten. Het kan een optie zijn om geen gesprek met de patiënt te voeren, bv. wanneer hierdoor de kans bestaat dat de veiligheid van de betrokkenen in het gedrang komt of de cliënt het contact met de hulpverlener verbreekt.
- **Stap 4:** Wegen van het geweld of de kindermishandeling. De hulpverlener maakt een inschatting van het risico op huiselijk geweld of kindermishandeling evenals de aard en de ernst van dit geweld. In geval van twijfel is de professional verplicht om Veilig Thuis te raadplegen.

- **Stap 5:** Beslissen om over te gaan tot een melding bij Veilig Thuis of ondersteuning te bieden of te organiseren. De hulpverlener beoordeelt of hij over de nodige competenties beschikt om in voldoende mate effectieve hulp te bieden of te organiseren. Wanneer dit niet of maar gedeeltelijk het geval is, doet hij een melding bij Veilig Thuis.

Sinds 1 januari 2019 werd stap 5 van deze meldcode aangepast. Hulpverleners zijn vanaf dan verplicht om in plaats van een óf-óf beslissing te nemen (óf melden óf hulp bieden/organiseren) twee beslissingen te nemen: beslissen om een melding te maken bij Veilig Thuis (5a) en daar bovenop beslissen of het zelf aanbieden of organiseren van hulp (ook) mogelijk is (5b).

Met de herziening van de meldcode, wordt een melding in de drie onderstaande gevallen verplicht:

1. In alle gevallen van acute en/of structurele onveiligheid. Acute onveiligheid verwijst naar situaties waarin een persoon in direct fysiek gevaar verkeert waardoor diens veiligheid de komende dagen niet kan gegarandeerd worden en directe bescherming vereist is. Structurele onveiligheid verwijst naar gevallen waarin er sprake is van herhaaldelijke of voortdurende onveilige situaties.
2. In alle andere gevallen waarin de hulpverlener meent dat hij in onvoldoende mate effectieve hulp kan bieden of organiseren.
3. Wanneer de hulpverlener die hulp biedt of organiseert vaststelt dat de onveiligheid niet stopt of zich blijft herhalen.

1.5.3 En in Vlaanderen?

In Vlaanderen bestaan er vandaag de dag grote verschillen in de mate waarin hulpverleners al dan niet aandacht schenken aan de ouderrol van hun volwassen cliënten en het welzijn van de kinderen. Waar sommige hulpverleners het als een evidentie zien, vinden anderen het allesbehalve vanzelfsprekend. Onderzoek wijst uit dat hulpverleners uit mobiele teams hier al meer vertrouwd mee zijn omdat ze bij hun cliënten aan huis komen en veel meer situaties zien en opmerken. Hetzelfde geldt voor hulpverleners in de verslaafdenzorg. (Augeo, 2020). De meerderheid van de hulpverleners uit de ambulante en residentiële zorg hebben deze reflex nog niet. Al te vaak wordt er enkel vertrokken vanuit de hulpvraag van de cliënt zelf en is men niet geneigd om ouderschap en de kinderen hierbij te betrekken. (Coppens et al., 2018).

Tijdens de Kind en Gezin conferentie 'de toekomst is jong' in 2016 benadrukten experts dat aandacht hebben voor de veiligheid, het welzijn en de ontwikkeling van kinderen tot de verantwoordelijkheid van alle professionals behoort – ook van professionals die hulp verlenen aan ouders of zorgfiguren. De Nederlandse Kindcheck werd tijdens de conferentie omschreven als een goede praktijk om hulpverleners te ondersteunen bij het nemen van deze verantwoordelijkheid. Voortvloeiend uit deze conferentie heeft de Vlaamse overheid beslist om een Vlaamse variant van de Kindcheck te ontwikkelen en uit te rollen binnen de verschillende sectoren van de geestelijke gezondheidszorg. Dit initiatief werd eind september 2018 voorgesteld en kreeg de naam Kindreflex. (Coppens et al., 2018).

Wat houdt de Kindreflex in?

De essentie van de Kindreflex is dat een hulpverlener probeert via een volwassen cliënt met een psychische problematiek een inschatting te maken van het welzijn van de kinderen zonder ze zelf te zien. Hoe gaat dit nu concreet in zijn werk?

Een hulpverlener bespreekt met zijn cliënt het thema ouderschap en biedt hem de mogelijkheid om in alle vrijheid over zijn kinderen en zijn bezorgdheden te praten. Daarnaast biedt de hulpverlener waar nodig ondersteuning in de ouderrol. De hulpverlener tracht tijdens het contact met zijn cliënt verontrustende gezinssignalen te signaleren en de veiligheid van de kinderen in de mate van het mogelijke te herstellen. (Coppens et al., 2018).

Om een handleiding en houvast te geven aan hulpverleners is de Kindreflex in een stappenplan gegoten dat bestaat uit 6 stappen:

1. Voer een gesprek over de kinderen en het ouderschap.

Benadruk hierbij dat het thema ouderschap en kinderen standaard deel uitmaakt van de begeleiding. Noteer alle relevante gegevens over kinderen of zwangerschap in het dossier (aantal, namen en leeftijd, verblijven de kinderen permanent bij de cliënt). Check of er opvang voorzien is voor de kinderen. Probeer een positief gesprek te voeren rond het ouderschap.

2. Peil naar de veiligheid thuis en het welzijn van de kinderen.

Probeer een beeld te krijgen over het welzijn en de veiligheid van de kinderen in het gezin. Wees je hierbij heel bewust van je eigen normen en waarden. Een inschatting maken over de thuissituatie is een subjectief gegeven. Overleg indien nodig met je collega's. Noteer je bevindingen over de thuissituatie in het dossier.

3. Ondersteun je cliënt in zijn rol als ouder.

Wanneer de thuissituatie van de kinderen in kaart gebracht is, kan je regelmatig met de cliënt het ouderschap bespreken. Voer een KOPP-preventiegesprek en bespreek de 4 beschermende pijlers voor kinderen van ouders met een psychische kwetsbaarheid (boekjes en beeldmateriaal kunnen hier ook nuttig zijn). Betrek indien mogelijk het netwerk van het gezin of ander organisaties of voorzieningen die ondersteuning kunnen bieden. Noteer in het dossier op welke manier je de ouders ondersteunt hebt.

4. Ga verder na of er sprake is van verontrusting of bereidheid.

Deze stap is belangrijk wanneer blijkt uit stap 2 dat er verontrustende signalen zijn of wanneer je na de ondersteuning uit punt 3 merkt dat de verontrusting aanhoudt. Verzamel extra informatie over de thuissituatie. Informeer bij het netwerk en bevraag indien mogelijk ook de kinderen zelf. Stem steeds af met je collega's. Wanneer je vastloopt kan je ook altijd een anoniem telefonisch consult vragen bij het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling of het Ondersteuningscentrum Jeugd. Bespreek je conclusies met je cliënt en ga na of er bereidheid is om de situatie te veranderen. Indien de bereidheid van de ouders aanwezig is kan je verdergaan met stap 3.

5. Herstel de veiligheid.

Als de thuissituatie verontrustend is maar er is wel bereidheid bij de ouders kan je de veiligheid proberen te herstellen door met de cliënt te werken en een gepaste hulpvoorziening te betrekken. Volg de situatie op de voet en wees alert op verontrustende

signalen. Bespreek de voortgang met de cliënt en houd alles goed bij in het dossier. Wanneer de situatie verbetert kan je verdergaan met stap 3.

6. Betrek een gemandateerde voorziening.

Wanneer je bij stap 4 weerstand of verzet ervaart bij de cliënt dien je een gemandateerde voorziening te betrekken (Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK) of Ondersteuningscentrum Jeugd (OCJ)). Bespreek dit met je cliënt en bereid hem voor. Houd contact met de gemandateerde voorziening om de voortgang van je cliënt op te volgen.

Hulpverleners hoeven niet dit hele stappenplan alleen te doorlopen. Er wordt verwacht dat ze de eerste 2 stappen zelf zetten. De volgende stappen kunnen gezet worden in gedeelde verantwoordelijkheid binnen de voorziening of het ruimere netwerk.

Dit stappenplan mag niet gezien worden als een strak keurslijf maar het is een basismodel met een aantal handvatten. Iedere voorziening is vrij om een gepersonaliseerde versie van dit stappenplan uit te werken (bv. Signs of Safety is een methodiek die nauw aansluit bij de principes van de Kindreflex). (Coppens et al., 2018).

Vereisten voor succesvolle implementatie Kindreflex

De praktijk in Nederland toont aan dat een instrument zoals de Kindreflex heel zinvol kan zijn binnen het landschap van de geestelijke gezondheidszorg. Het uitrollen van deze Kindreflex in Vlaanderen de komende periode zal zorgen voor een verhoogde alertheid bij de hulpverleners binnen de geestelijke gezondheidszorg. Hierdoor zal verontrusting sneller in beeld komen en kan er meer preventief gewerkt worden. Toch zijn er ook een aantal knelpunten. Om een succesvolle implementatie van de Kindreflex mogelijk te maken, dient er op een aantal domeinen te worden ingespeeld:

- De overheid moet actief werk maken van het **wegwerken van de wachtlijsten in de jeugdhulpverlening**. Het kan immers niet de bedoeling zijn om door te verwijzen naar een voorziening die niet beschikbaar is. Daarnaast moet er ook meer andere begeleiding komen (oa. contextbegeleiding) om gezinnen mee te ondersteunen in hun ouderschap. Wanneer er wordt ingezet op detectie en signalering, moet er garantie zijn op zorg.
- Daarnaast moet er ook ingezet worden op het **verkleinen van de kloof tussen geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en die voor volwassenen**. Uit onderzoek blijkt dat de communicatie momenteel moeilijk loopt en dat heel wat hulpverleners vastlopen in de complexiteit van de jeugdhulpverlening. Dit vereist oa. teamwerk, intercollegiaal overleg en casusgebonden samenwerking met externe diensten
- **Hulpverleners** zullen **getraind** moeten worden zodat zij over de juiste kennis en vaardigheden beschikken om de Kindreflex te kunnen toepassen.

Alleszins vereist de Kindreflex een ommezwaai in de mentaliteit van GGZ-hulpverleners waarvan een grote groep het vandaag niet vanzelfsprekend vindt om in de dagelijkse praktijk naar de kinderen en het ouderschap te vragen. (Coppens et al., 2018).

1.5.4 Kindermishandeling in Vlaanderen

‘Kindermishandeling en -verwaarlozing is iedere situatie waarin het kind slachtoffer is van geweld van fysieke, psychische of seksuele aard en dit passief (verwaarlozing) of actief (mishandeling).’

Dit is de meest gebruikte definitie van kindermishandeling in Vlaanderen zoals omschreven door het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling. In Vlaanderen ontvangen de 2 gemandateerde voorzieningen (VK en OCJ) jaarlijks zo’n 6.000 meldingen van verontrusting waarbij een maatschappelijk onderzoek volgt. Voor iets meer dan de helft van deze kinderen is het nodig dat de overheid actief ingrijpt. Daarnaast beantwoorden de 2 gemandateerde voorzieningen jaarlijks nog eens 7.500 vragen naar ondersteuning omtrent verontrusting waarbij er geen noodzaak is om in te grijpen. Bovenop deze cijfers ontvangt hulplijn 1712 voor burgers jaarlijks een 3.000-tal meldingen van verontrusting. Men vermoedt dat deze cijfers slechts het topje van de ijsberg zijn omdat veel gevallen van verontrusting onopgemerkt blijven of niet gemeld worden. (Coppens et al., 2018).

Onder kindermishandeling onderscheidt men in de literatuur 5 vormen nl. lichamelijke mishandeling, lichamelijke verwaarlozing, emotionele mishandeling, emotionele verwaarlozing en seksueel misbruik. Vaak komen verschillende vormen van mishandeling gecombineerd voor binnen een gezin. (Coppens et al., 2018).

Wanneer men spreekt over kindermishandeling denkt men vaak enkel aan fysiek of seksueel misbruik. Maar emotionele mishandeling of verwaarlozing komt het vaakst voor, zo blijkt uit onderzoek en de gevolgen ervan zijn even ernstig dan bij de andere vormen van mishandeling of verwaarlozing. Toch blijft emotionele mishandeling of verwaarlozing vaak onder de radar. Genoeg reden om deze vorm van mishandeling onder de loep te nemen. (Coppens et al., 2018).

Emotionele mishandeling

Emotionele kindermishandeling is de meest verborgen, nauwelijks gerapporteerde en minst bestudeerde vorm van kindermishandeling en dat terwijl het wel de meest voorkomende vorm is (36,2% in NL). (Van Harmelen, 2015). Maar wat wordt hieronder nu precies verstaan? Zowel bij emotionele mishandeling als emotionele verwaarlozing gaat het om een inadequaat reageren van ouders op de emotionele behoeften van kinderen. Emotionele mishandeling betekent dat een kind actief gepest wordt, getreiterd, gekleineerd, uitgescholden of dat er te hoge eisen aan een kind gesteld worden die het kind niet kan waarmaken. Het kind groeit op in een uiterst vijandige, afwijzende en onvoorspelbare omgeving, waardoor het kind in angst en onzekerheid leeft en het gevoel krijgt ongewenst te zijn. Er is sprake van emotionele verwaarlozing wanneer de ouder tekort schiet in het geven van aandacht, liefde, warmte en bescherming bv. het kind achterlaten, opsluiten, plezier ontnemen, negeren maar ook onderwijs ontzeggen valt hieronder. (Coppens et al., 2018 – Augeo, 2020). Als kind getuige zijn van huiselijk geweld valt ook onder emotionele mishandeling. (Augeo, 2020).

Gevolgen

Vaak heerst nog steeds de veronderstelling dat de gevolgen van emotionele kindermishandeling minder ernstig zijn dan die van fysiek en seksueel misbruik maar niets is minder waar. Uit onderzoek

(Van Harmelen, 2015) blijkt dat emotionele kindermishandeling een langdurige nefaste invloed heeft op het sociale gedrag en het emotioneel functioneren van slachtoffers.

- Gedragsproblemen: woede, impulscontrole, eetstoornissen, automutilatie, suïcidaal gedrag, alcoholmisbruik
- Problemen op interpersoonlijk functioneren: hechtingsproblematiek, verhoogde afhankelijkheid, agressie, geweld, delinquentie
- Leerproblemen
- Lichamelijke problemen: somatische klachten, slechte lichamelijke gezondheid, verhoogde mortaliteit

Slachtoffers van emotioneel misbruik hebben een veel groter risico om later zelf een aantal psychische kwetsbaarheden te ontwikkelen. Met name depressie en angststoornissen, borderline, dissociatieve symptomen en posttraumatisch stresssyndroom (PTSS) worden vaker geassocieerd met emotionele mishandeling dan met fysiek of seksueel misbruik. (Van Harmelen, 2015 – Augeo, 2020).

Recente studies (Van Harmelen, 2015) onderzoeken de invloed van emotionele kindermishandeling op de werking van ons brein en onze cognitie. Hieruit blijkt dat de hersenstructuur van kinderen die emotioneel mishandeld werden, verandert. Hersenscans tonen een aanzienlijke verkleining van de prefrontale cortex bij slachtoffers (zelfs wanneer er geen sprake was van andere vormen van mishandeling). Dit zou de verminderde cognitieve prestaties bij slachtoffers kunnen verklaren. De prefrontale cortex speelt een cruciale rol in het emotioneel gedrag, emotieregulatie, ons zelfdenken en de stressrespons. Bovendien wordt het gereduceerde volume van de prefrontale cortex ook gelinkt aan een veranderende werking van naastliggende structuren zoals de amygdala (verantwoordelijk voor onze vecht- of vluchtreflex). (Van Harmelen, 2015 – Augeo, 2020).

Men ziet dat slachtoffers van emotionele mishandeling meer en frequenter nadenken over zichzelf en over anderen en dat deze gedachten vaak negatief gekleurd zijn. Dit negatieve denken kan negatieve gevoelens en cognities oproepen in nieuwe situaties. Deze negatief gekleurde situaties versterken op hun beurt dan weer het negatieve denken waardoor slachtoffers vaak in een vicieuze cirkel terecht komen. Dit proces kan verklaren waarom emotioneel mishandelde personen kwetsbaarder worden voor het ontwikkelen en in standhouden van psychische kwetsbaarheden zoals bv. depressieve- en angststoornissen en sluit ook aan bij de resultaten van de hersenscans van emotioneel mishandelde kinderen en volwassenen. (Van Harmelen, 2015).

Uit neurologisch onderzoek blijkt bovendien dat het effect van toxische stress op het lichaam niet mag onderschat worden. Wanneer kinderen langdurig blootgesteld worden aan toxische stress worden hun telomeren korter. Dit zijn de beschermende kapjes aan de uiteinden van de chromosomen die een invloed hebben op de snelheid waarmee cellen verouderen. Kindermishandeling in het algemeen kan potentieel een levenslange negatieve impact hebben op de gezondheid van het kind. (Dekker et al., 2014).

Bovenop alle hogervermelde gevolgen dient ook het fenomeen 'lifetime revictimisation' niet onderschat te worden waarover Dekker et al. (2014) spreekt bij volwassen slachtoffers van kindermishandeling. Ouders die als kind mishandeld werden hebben een aanzienlijk grotere kans

om zelf pleger te worden van kindermishandeling (30%). Dit fenomeen is duidelijk te linken aan het 'destructief recht' waarvan sprake bij Nagy eerder in deze bachelorproef. (Nuyts & Sels, 2017).

Signalen

Wanneer hulpverleners hetzij via de Kindreflex, hetzij door persoonlijk contact met de kinderen trachten in te schatten of er sprake is van emotionele kindermishandeling dienen ze voldoende informatie te hebben over de signalen die kunnen wijzen op emotionele mishandeling. Hierna volgt een overzicht van alarmerende signalen bij kinderen (Augeo, 2020 – Coppens et al., 2018):

- Huilbaby's
- Een kind dat niet groeit
- Afwijkend gedrag bv. kinderen die op alle manieren aandacht proberen te trekken
- Een negatieve zelfbeheersing
- Onverschilligheid of heel erg teruggetrokken gedrag
- Emotioneel uitgeblust lijken
- Een continue staat van alertheid vertonen
- De ouderrol op zich nemen
- Zelden glimlachen of alle oogcontact vermijden
- Geen vertrouwen hebben
- Moeilijkheden op school
- Gevoelig voor stress

Het is hierbij belangrijk om in het achterhoofd te houden dat het ontbreken van deze signalen niet noodzakelijk betekent dat er geen reden is om verder actie te ondernemen. Kinderen kunnen allerlei copingstrategieën ontwikkeld hebben, verbergen hun gevoelens of zeggen niets uit loyaliteit tegenover hun ouders. Anderzijds is het niet omdat bepaalde signalen aanwezig zijn, dat het kind ook daadwerkelijk slecht wordt behandeld. Zich bewust zijn van het eigen referentiekader als hulpverlener en overleggen binnen het team is als hulpverlener onontbeerlijk.

Verbinding maken met ouders als hulpverlener

Emotionele verwaarlozing heeft bijna in alle gevallen te maken met onmacht van de ouders en niet met onwil. Ouders zijn soms overbelast of zijn niet in staat om hun kind voldoende warmte en bevestiging te geven. De psychische kwetsbaarheid van één van de ouders is een belangrijke risicofactor. Wanneer deze factor gecombineerd wordt met andere risicofactoren zoals bv. een echtscheiding, financiële problemen, een verstandelijke beperking, werkloosheid...dient de hulpverlener heel alert te zijn. Hulpverleners dienen op zo'n manier getraind te worden dat ze hun zorgen of vermoedens op een zo positief mogelijke manier met ouders te bespreken. (Augeo, 2020).

Verbinding kunnen maken met de ouders is als hulpverlener allesbepalend voor het houden van een constructief gesprek rond ouderschap. Om deze verbinding te kunnen maken, stelt Coppens et al. (2018) dat hulpverleners steeds volgende basisveronderstellingen goed voor ogen moeten houden:

- Als hulpverlener is het belangrijk om ervan uit te gaan dat alle ouders het beste willen voor hun kind. Ook al staat hun gedrag haaks op de waarden van de hulpverlener.

Ouders willen bij hulpverleners het gevoel krijgen dat ze het juiste doen. Als een hulpverlener hier niet in slaagt, verliest hij de verbinding met de ouders.

- Ouderschap zorgt ervoor dat mensen kwetsbaar worden. Elke ouder worstelt daarom met gevoelens van schuld en schaamte. Het is niet realistisch om altijd het juiste te doen als ouder en dit kan zorgen voor specifiek gedrag bij ouders of bepaalde reacties bij hulpverleners.
- Ouders zijn en blijven de eindverantwoordelijkheid hebben tegenover hun kinderen. Ouders zijn bijgevolg eigenaar van de situatie en hierdoor ook de opdrachtgever van de hulpverleners. Het is de taak van de hulpverlener om aan te sluiten bij datgene wat de ouder belangrijk vindt voor zijn kind. De meerwaarde die een hulpverlener in dit proces kan bieden is de ouder in zijn ouderschap gerust te stellen en er zo mee voor te zorgen dat ouder weer grip krijgt op de situatie.

1.5.5 In de praktijk

De Kindreflex is een heel belangrijk instrument voor alle hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg. Het bespreekbaar maken van ouderschap, liefst in een zo vroeg mogelijk stadium in de geboden hulpverlening, is cruciaal om ouders te helpen in hun ouderrol, waar mogelijk, maar ook tijdig te kunnen ingrijpen wanneer het niet meer lukt om die ouderrol te vervullen.

Er zal echter wel een hele mentaliteitswijziging nodig zijn bij de hulpverleners om deze Kindreflex als standaard op te nemen in het behandelplan van alle organisaties en voorzieningen. De Vlaamse overheid, die dit instrument mee in het leven heeft geroepen, zal ook een bepalende rol spelen in het al dan niet succesvol implementeren van deze Kindreflex. Er zullen meer middelen moeten komen voor de Jeugdzorg want het heeft geen enkele zin om een melding te doen van verontrusting wanneer er geen plaats is voor kinderen in de voorzieningen of wanneer het aan de nodige begeleiding voor verontrustende opvoedingssituaties ontbreekt.

Daarnaast moeten hulpverleners veel meer opleiding krijgen rond de verschillende vormen van kindermishandeling, de gevolgen en de signalen hieromtrent. De focus moet hierbij heel erg liggen op emotionele mishandeling omdat deze vorm nog altijd zwaar onderbelicht is terwijl de gevolgen niet te onderschatten zijn.

Ik denk dat psychiatrische ziekenhuizen hierin zelf alvast een pro-actieve rol kunnen spelen door de Kindreflex te integreren in hun behandelplan. Daarnaast kunnen er workshops en opleidingen georganiseerd worden voor de hulpverleners en kan elk ziekenhuis, op basis van de Kindreflex een stappenplan uitwerken op maat van elke afdeling dat de hulpverleners toelaat elke gezinssituatie te screenen.

Ouders moeten ook voldoende begeleid en ondersteund worden omdat ze uiteindelijk de eindverantwoordelijkheid hebben in het hele verhaal en omdat de grote meerderheid echt het beste voor heeft met zijn kinderen. Samen met de ouders op zoek gaan naar manieren om een zo goed mogelijke ouder te zijn voor de kinderen is van levensbelang voor het hele gezin.

1.5.6 Conclusie

Uit deze invalshoek blijkt duidelijk het belang van een actieve screening en detectie inzake emotionele kindermishandeling. Hulpverleners moeten standaard screenen op emotionele mishandeling en niet enkel focussen op fysieke en seksuele mishandeling. De Kindreflex is hierbij een waardevolle tool die moet uitgerold worden binnen alle sectoren van de geestelijke gezondheidszorg. Hulpverleners moeten getraind worden om de Kindreflex bij elk gesprek toe te passen en een specifieke opleiding rond de gevolgen en signalen van emotionele kindermishandeling is noodzakelijk. Het vroegtijdig ingrijpen in een gezinssituatie en het ondersteunen van ouders kan de langdurige schadelijke effecten voorkomen. Ouders in een zo vroeg mogelijk stadium actief ondersteunen in hun ouderrol kan heel wat negatieve gevolgen voorkomen. Zowel de ambulante als residentiële setting van het psychiatrisch ziekenhuis moeten hier zo snel mogelijk mee aan de slag gaan. Daarnaast is er tevens nood aan meer maatschappelijke bewustwording over de nadelige gevolgen van emotionele kindermishandeling.

Hoofdstuk 2 VERANDERINGSSTRATEGIEËN

2.1 INLEIDING

Het doel van deze bachelorproef is te kijken hoe gezinnen met een depressieve ouder ondersteund kunnen worden zodat hun kinderen zo veerkrachtig mogelijk kunnen opgroeien. Ik heb hiertoe onderzoek gedaan vanuit 3 verschillende invalshoeken om een antwoord te proberen vinden op onderstaande deelvragen:

1. Hoe kan de context gezinsondersteunend werken en hoe kan een psychiatrisch ziekenhuis de context inbrengen? (contextuele invalshoek)
2. Hoe kunnen ouders taal gebruiken en de juiste woorden vinden om met kinderen van verschillende leeftijden te praten over depressie? (invalshoek spreken met kinderen)
3. Hoe kunnen hulpverleners in een psychiatrische setting meer oog hebben voor de kinderen van hun cliënten en een gesprek met deze ouders aangaan omtrent de veiligheid van de kinderen? (invalshoek Kindreflex)

Hieronder geef ik voor elk van deze 3 invalshoeken kort weer welke strategie ik gekozen heb om het veranderingsdoel te bereiken.

1. Contextuele invalshoek: Ik heb getracht om een aantal speerpunten uit de contextuele theorie van Nagy, gecombineerd met een aantal principes uit Open Dialogue te concretiseren en te implementeren in het behandelprogramma van Stemming 1 voor mensen met een ernstige depressie.
2. Invalshoek spreken met kinderen: De literatuurstudie rond deze invalshoek heeft me geleerd dat er nood is aan heel concrete tips en handvatten voor ouders rond hoe praten met hun kinderen over hun opname. Ik heb een folder uitgewerkt met een aantal heel concrete tips voor ouders (zowel voor de patiënt in opname als de partner) en een aantal kinderboeken rond psychische problematieken die ouders samen met hun kinderen kunnen lezen om het thema bespreekbaar te maken.
3. Invalshoek Kindreflex: De Vlaamse overheid heeft een heel waardevolle tool uitgewerkt die hulpverleners moet ondersteunen om een inschatting te maken rond de thuissituatie van de kinderen van hun cliënten maar de implementatie ervan zal de komende jaren heel belangrijk zijn. Ik heb in mijn veranderingsstrategie een aantal aanbevelingen opgesteld die heel belangrijk zijn voor een succesvolle implementatie ervan en ik geef een aantal specifieke aandachtspunten mee rond emotionele verwaarlozing en mishandeling.

2.2 VERANDERINGSSTRATEGIE 1: AANBEVELINGEN VOOR HET BETREKKEN VAN DE CONTEXT BIJ OPNAME

Op basis van mijn literatuurstudie rond de contextuele invalshoek heb ik een stappenplan uitgewerkt dat zou kunnen gebruikt worden bij de opname en behandeling van cliënten op afdeling Stemming van UPC Duffel. Dit stappenplan zou ook relevant kunnen zijn voor andere afdelingen omdat de contextuele basisprincipes waarvan vertrokken wordt, mijns inziens toepasbaar zijn voor bijna alle afdelingen. Als het gaat om cliënten met een verslavingsproblematiek is er, denk ik, wel een aangepaste aanpak nodig.

Daarnaast wil ik ook enkele meer algemene, praktische aanbevelingen meegeven voor de afdeling.

2.2.1 Stappenplan: hulpverlener, cliënt en context samen op weg

Op basis van mijn literatuurstudie rond de contextuele invalshoek heb ik een stappenplan uitgewerkt dat zou kunnen gebruikt worden bij de opname en behandeling van cliënten op afdeling Stemming van UPC Duffel. Dit stappenplan zou ook relevant kunnen zijn voor andere afdelingen omdat de contextuele basisprincipes waarvan vertrokken wordt, mijns inziens toepasbaar zijn voor bijna alle afdelingen. Als het gaat om cliënten met een verslavingsproblematiek is er, denk ik, wel een aangepaste aanpak nodig.

Daarnaast wil ik ook enkele meer algemene, praktische aanbevelingen meegeven voor de afdeling. In mijn literatuurstudie rond de contextuele invalshoek komt duidelijk het belang naar voor van de context en de onlosmakelijke band van het individu met deze context. Nagy geeft aan dat deze verbinding en de bijhorende loyaliteit verticaal kan zijn (familie, ouders, broers, zussen) maar ook horizontaal (vrienden, collega's, burens). (Nuyts & Sels, 2017). Deze theorie is ook terug te vinden in de Open Dialogue aanpak uit Zweden die ik besproken heb en die heel veelbelovende resultaten kent in de behandeling van mensen met een psychose, schizofrenie maar die ook toegepast wordt bij mensen met een ernstige depressie. (Seikkula, 2006).

De principes van Open Dialogue zijn ook terug te vinden in de Eigenkrachtconferenties die recent in het leven geroepen zijn. Deze conferenties, waarbij vrienden en familie van een cliënt samen een plan van aanpak bedenken hoe de cliënt kan geholpen worden, gaan uit van het principe dat de regie steeds in handen blijft van de cliënt. Deze conferenties zijn gestoeld op de Herstelvisie, een recente en beloftevolle aanpak waarbij men krachtgericht gaat werken en vertrekt vanuit de noden en behoeften van de cliënt. In het sociaal werk is deze krachtgerichte benadering al ingeburgerd. Ondertussen klinkt de roep om herstelgericht te werken in de geestelijke gezondheidszorg steeds luider. Er bestaan al een aantal Herstelacademies waarbij opleidingen en workshops worden aangeboden rond psychisch herstel. (Sociaal.net, 2020).

Mentalis, het intersectoraal competentieplatform voor preventieve en ambulante geestelijke gezondheidszorg, heeft in 2016 een onderzoeksnota gepubliceerd omtrent herstelgericht en krachtgericht werken. In deze nota verwijst men ook naar het Open Dialogue model dat als goede praktijk binnen het herstelgericht werk wordt aangeduid. (Mentalis, 2016).

Op basis hiervan heb ik een stappenplan uitgewerkt dat gebruikt zou kunnen worden voor verschillende afdelingen binnen het UPC Duffel, maar hieronder toegespitst op de afdeling Stemming 1. In dit stappenplan verwerk ik ook enkele accenten of aandachtspunten inzake het huidige functioneren van de afdeling.

- Wanneer een patiënt wordt opgenomen, moet er **binnen de 24u na opname een gesprek** worden gehouden met de patiënt en 1 of 2 belangrijke personen uit zijn of haar netwerk in aanwezigheid van een psycholoog of systeemtherapeut en een sociotherapeut. De keuze van deze personen ligt zoveel mogelijk bij de patiënt zelf. Dit hoeft geen familie te zijn, maar het mogen ook vrienden, burens, collega's of andere mensen uit de context zijn.

- Belangrijk hierbij is dat de patiënt de regie behoudt en dat **alles openlijk wordt besproken**. Hij is immers ervaringsdeskundige in zijn situatie. Uiteraard blijft gespecialiseerde hulp (met eventueel medicatie) heel belangrijk maar als uitgangspunt van de gesprekken kunnen volgende vier vragen belangrijk zijn:

1. **Wat is er met je gebeurd?**
2. **Wat is je kwetsbaarheid en je weerbaarheid?**
3. **Waar wil je naartoe?**
4. **Wat heb je daarvoor nodig?**

Het antwoord op deze vragen zal wellicht niet meteen kunnen worden gegeven en kan veranderen in de loop van het behandeltraject maar ze bieden een houvast aan de cliënt en zijn context. Belangrijk bij deze vragen is dat er een ontschuldigende boodschap schuilt in deze vragen nl. je kan er niets aan doen dat je deze psychische problematiek hebt, maar je kan er wel iets MEE doen. De cliënt blijft wel verantwoordelijk en behoudt de regie.

- Ondertussen wordt er samen met de context gekeken hoe er een **veilige omgeving kan gecreëerd worden** voor de client. (Hoe kan de context hierin bijdragen door bv. opvang voor de kinderen, ontlasten van de partner...)
- Op geregelde tijdstippen zal er **opnieuw worden samengekomen (dit kan in het UPC zijn of eventueel via een videoconferentie)** met de vertegenwoordigers uit de context om te kijken hoe het gaat, waar de cliënt nood aan heeft en hoe hij ondersteund kan worden om zijn zelfgekozen doelen te bereiken.
- Met behulp van bovenstaande 4 vragen kan de dialoog tussen de cliënt en zijn context opgestart worden of verder gegarandeerd worden. Er kan verder gewerkt worden rond bv. de ouderrol of er kunnen systeemgesprekken worden georganiseerd met de partner, ouders of andere personen.

Het is heel belangrijk dat de context ondertussen ook psycho-educatie krijgt omtrent de psychische kwetsbaarheid van de cliënt. Dit vergroot niet enkel het begrip en geeft erkenning maar geeft hen ook handvatten in de omgang met de cliënt.

In het ambulante behandelplan zijn al een aantal sessies opgenomen waarbij wordt gewerkt rond de context zoals bv. de sociale cirkels, sessies rond communicatie... maar deze sessies zijn ook heel zinvol binnen de residentiële behandeling. Mogelijke aanvullingen op deze sessies zouden kunnen gaan rond bv. de partnerrelatie en opname, hoe omgaan met mensen die energie vreten/relaties die niet helend werken...

Zoals aangehaald door van der Ende (2012) gaven cliënten aan dat ze heel graag willen spreken over hun ouderrol. De sessies 'Zorg voor het Kind' die al worden georganiseerd op een aantal afdelingen zijn heel zinvol maar de deelname is nog altijd vrijblijvend. Voor patiënten die mama of papa zijn, zou deelname aan deze sessies verplicht onderdeel moeten uitmaken van de behandeling. Nu is deze sessie een éénmalige sessie waarbij rond de KOPP-pijlers wordt gesproken maar er zouden meer sessies kunnen worden georganiseerd rond diverse thema's. Een sessie rond

communiceren met je kinderen (veranderingsstrategie 2), hechting of een avond waarop er een gezamenlijke activiteit kan worden georganiseerd voor ouders en kinderen (bv. spelletjesavond, een wandeling, samen koken,...).

Als ouders het gevoel krijgen dat ze een actieve bijdrage kunnen leveren aan de opvoeding van hun kinderen, kan dit een positief effect hebben op hun herstelproces en resulteert dit wellicht ook in een preventieve bijdrage aan de toekomst van de kinderen. Nagy toonde al aan dat ouderschap cruciaal is voor de identiteit van mensen. Wanneer sommige ouders er, dankzij hun herstelproces, in slagen om de intergenerationele psychische problemen (destructief recht, roulerende rekeningen) een halt toe te roepen, worden ze hierdoor enorm in hun kracht gezet.

2.2.2 Aanbevelingen voor de praktische realisatie.

- Bij het doornemen van de digitale patiëntendossiers moet je heel goed zoeken en lezen om te weten te komen of de patiënt gehuwd is of kinderen heeft. Bij elk patiëntendossier zou een soort voorblad of startpagina moeten zijn waarbij je in één oogopslag kan zien wat de burgerlijke stand is van de patiënt, of deze kinderen heeft en ook de naam en leeftijd van elk kind. Daarnaast zouden ook de namen en contactgegevens van de 1 of 2 verantwoordelijken uit het netwerk van de patiënt meteen zichtbaar moeten zijn (zie stappenplan). De context en het netwerk van de patiënt zouden kort op een overzichtelijke manier in kaart moeten worden gebracht.
- Wanneer hulpverleners het netwerk van de cliënt bevragen (zie stappenplan), kan het soms gebeuren dat mensen zeggen dat ze geen netwerk hebben. Wanneer mensen in een ernstige depressie zitten kan het gebeuren dat ze ervan overtuigd zijn niemand meer te hebben. Onderstaande vragen kunnen zinvol zijn voor hulpverleners om het netwerk in kaart te brengen (Augeo, 2020):
 - * Wie vind het belangrijk dat het goed met je gaat?
 - * Met wie praat je wel eens (over je kind)?
 - * Wie was er op je verjaardag (de verjaardag van je kind)?
 - * Hoeveel mensen in de buurt ken je bij naam en zeg je gedag?
- Er is momenteel op de afdeling Stemming 1 geen aparte ruimte die gebruikt kan worden door families of kinderen wanneer deze op bezoek komen. Om de drempel mee te helpen verlagen is het nodig dat er een ruimte wordt vrijgemaakt die een beetje gezellig kan worden ingericht (met een speelhoekje voor de kinderen) waar gezinnen elkaar kunnen ontmoeten.

Ik ben me ervan bewust dat niet alle hogervermelde voorstellen van vandaag op morgen kunnen worden gerealiseerd. De aanpak uit het stappenplan hoeft niet persé een enorme extra werklust te betekenen voor de afdeling. Het vereist een andere aanpak, een andere manier van werken en vooral een gewijzigde mindset van de hulpverleners maw. een andere organisatiecultuur. De implementatie van zo'n stappenplan moet ook vanuit het management mee ondersteund worden om kans op slagen te hebben. Een testfase op 1 of 2 afdelingen is wellicht nodig zodat er kan worden geëvalueerd en bijgestuurd waar nodig.

Ik vermoed dat de uitrol van zo'n stappenplan wel op de nodige weerstand zal stoten : de machtsverhoudingen binnen de psychiatrische setting dienen te worden herbekeken. De cliënt komt immers als ervaringsdeskundige naast de professionele hulpverleners te staan. Dit zal de nodige tijd en doorzettingsvermogen vergen van de betrokkenen. Het inzetten van meer (al dan niet vrijwillige) ervaringsmedewerkers kan ook een ondersteuning zijn voor dit programma.

Daarnaast beseft ik ook dat sommige cliënten echt nauwelijks nog een netwerk hebben of dat de relatie met hun netwerk zwaar verstoord of verbroken is. Voor deze cliënten is bovenstaand stappenplan allesbehalve evident. Maar uit onderzoek (van der Ende, 2012) blijkt dat zelfs een minimum aan contact met het netwerk of een kleine toenadering al perspectief kan bieden. Een mens lijdt immers niet alleen maar in relatie tot zijn context.

2.3 VERANDERINGSSTRATEGIE 2: PRATEN MET KINDEREN

Een heel belangrijke pijler om gezinnen met een psychisch kwetsbare ouder te ondersteunen en te versterken is hen te leren hoe ze met elkaar kunnen spreken over hun psychische kwetsbaarheid en een eventuele opname. Dit kan voor de kinderen een deel van hun ongerustheid wegnemen en zorgt ervoor dat ze zich gezien en gehoord voelen. Wanneer we ouders tips en tricks kunnen meegeven om met hun kinderen te praten, versterkt hen dit in hun ouderrol hetgeen dan weer een positieve invloed kan hebben op het herstelproces van de ouder.

Uit het onderzoek van de Nederlandse Kinderombudsvrouw blijkt duidelijk dat kinderen zelf aangeven gezien en gehoord te willen worden. Ze dienen als volwaardige gesprekspartner te worden aanzien want zij zijn ervaringsdeskundige in hun gezinssituatie.

Ouders zwijgen tegen hun kinderen over hun psychische kwetsbaarheden om verschillende redenen: uit schaamte, om hun kinderen niet te belasten of omdat ze gewoon de woorden niet vinden. Dit bleek ook uit de sessies 'Zorg voor het Kind' waar we met de ouders over hun ouderschap gesproken hebben. Deze gesprekken en de interessante workshop van kinderpsychiater Jo Wellens hebben me geïnspireerd tot het maken van een folder met heel praktische tips voor ouders om het gesprek aan te gaan met hun kinderen over hun opname. Daarnaast heb ik heel wat praktische tips gehaald uit het Nederlandse Augeo Magazine. Augeo is een particuliere stichting die zich inzet voor het veilig helpen opgroeien van kinderen en die professionals, beleidsmakers en ouders helpt met het vergroten van hun kennis en vaardigheden, zodat zij beter signaleren, handelen en steun bieden aan kinderen in onveilige en stressvolle gezinsomstandigheden. Ik voeg deze folder als bijlage toe.

Ik heb getracht om een folder in heldere, verstaanbare taal te maken, die voor alle ouders verstaanbaar is. Het is mijn bedoeling om laagdrempelig een aantal heel praktische maar heel belangrijke tips mee te geven waardoor ouders zich gesterkt voelen om het gesprek met hun kinderen aan te gaan maar die ook een positief effect hebben op het kind. De folder kan zowel gebruikt worden door de persoon die in opname is als door de partner. In een ideale situatie voeren ze samen het gesprek met hun kind. Daarnaast heb ik doorheen het jaar een lange lijst kinderboeken gelezen rond psychische problemen en heb ik een shortlist gemaakt van de mooiste en meest duidelijke boek rond het thema. Deze boeken zijn ook allemaal beschikbaar in het UPC

zodat ouders deze samen met hun kinderen kunnen lezen om het gesprek rond hun opname of problematiek te vergemakkelijken.

Ik heb deze folder voorgelegd aan Annie Nuyts en ook aan Ingrid Moerman die verantwoordelijk is voor de communicatie binnen UPC Duffel. Er waren een paar kleine opmerkingen maar de folder werd door beiden heel goed onthaald en werd inmiddels ook in de UPC layout gegoten zodat deze kan worden afgeprint en verspreid in alle afdelingen van het UPC Duffel. Mijn collega-studente Pascale De Pauw heeft ook een folder gemaakt rond KOPP-kinderen met de 4 KOPP-pijlers uitgelegd voor ouders. Annie Nuyts heeft ons gevraagd of we het zien zitten om de beide brochures te combineren in een grotere folder zodat alle relevante informatie voor ouders gebundeld wordt en deze op grote schaal binnen het UPC Duffel kan verspreid worden. Deze gecombineerde folder kan gebruikt worden tijdens de sessies 'Zorg voor het Kind' en kan ook op elke afdeling gebruikt worden als hulpmiddel door bv. sociotherapeuten of psychologen om het gesprek rond ouderschap aan te gaan of wanneer ouders vragen hebben rond hun ouderrol of hun kinderen.

- > Wees ook **eerlijk** over **gedachten rond zelfdoding**. Vertel dat mama of papa geen ongeneeslijke ziekte heeft maar dat er soms donkere gedachten zijn. Je mag zeggen dat de gedachten soms zo donker zijn dat er nog maar één gevoel is nl. ik wil er niet meer zijn. Mama of papa is in dit ziekenhuis om geholpen te worden van deze gedachten af te raken.

PRATEN MET TIENERS

- > Tieners weten vaak maar al te goed dat ze zelf een **verhoogd risico** lopen wanneer één van hun ouders psychische problemen heeft. **Minimaliseer** dit **niet** maar beklemtoon dat hersenen van jongeren heel plastisch zijn en dat herstel altijd mogelijk is. Zinvolle websites voor jongeren zijn o.a. www.kopstoring.nl, www.noknok.be, www.fitinjehoofd.be



Kinderboeken rond psychische problemen om samen met je kind te lezen

Hieronder verzamelden we een lijst van mooie kinderboeken rond psychische problemen die een hulp kunnen zijn om je problematiek bespreekbaar te maken.

- > **Een bloem van een tante** – An Swerts & Eline van Lindenhuizen. Bipolaire problematiek. +5 jaar
- > **Het kleurenmonster** – Anna Llenas. Emoties bij kinderen. +3 jaar
- > **Mama is groen, papa is paars** – Juliette Meijer. Psychische problemen. +3 jaar
- > **De visjes van Océane** – Nathalie Slosse & Naomi Christiaens. Zelfdoding, verdriet. +6 jaar
- > **Papa is nooit moe** – Anne Wyckmans & Anne-Mie De Leener. Psychische problemen & bipolaire stoornis. +3 jaar
- > **Als verdriet op bezoek komt** – Eva Eland. Verdriet, link met opname. +4 jaar
- > **Mama is anders** – Heidi Vanrompay. (dissociatieve) identiteitsproblemen, psychische problemen. +6 jaar
- > **Pssst!** – Brenda Froyen. Psychische problemen. +10 jaar



UPC Duffel
geestelijke gezondheidszorg
emmaüs

Stationsstraat 22c
2570 Duffel
www.upcduffel.be

Hoe praten met mijn kinderen over mijn opname?

Infobrochure voor ouders met aandachtspunten en concrete tips



Een psychiatrische opname... wat vertel ik de kinderen?

Een pluim voor jou als ouder om deze brochure te willen lezen. Dit betekent dat je een betrokken ouder bent die het beste voor heeft met zijn kinderen. Het is vast niet makkelijk voor jou. Misschien ben je zelf opgenomen of is je partner in opname en weet je niet goed hoe je dit moet bespreken met je kinderen.

Deze infobrochure bevat enkele concrete tips en aandachtspunten die je hierbij kunnen helpen. Er zijn geen gouden regels maar deze brochure biedt hopelijk een beetje houvast.

Contact

Heb je nog vragen rond het praten met je kinderen of je rol als ouder? Spreek gerust iemand van je afdeling hierover aan of contacteer Annie Nuyts (familie-ondersteuning op ma-woe-do op het nummer 015/30 48 45 of annie.nuyts@emmaus.be).



BASISTIPS

- > **Wees eerlijk.** Geef concrete en correcte informatie en benoem de dingen zoals ze zijn. Hierdoor voelen kinderen zich gezien. Eerlijke informatie kan kinderen geruststellen. Kinderen hebben een grenzeloze fantasie waarin ze de dingen vaak erger voorstellen dan ze in werkelijkheid zijn.
- > Leg uit dat de situatie **niet hun schuld** is. Kinderen denken vaak dat zij schuld hebben aan de opname van mama of papa omdat ze bv. niet altijd luisteren, of hun bord niet leegeten. Het is heel belangrijk dat kinderen deze ontschuldigende boodschap van hun ouders horen. Dit kan voor hen een hele opluchting betekenen.
- > Geef hen toestemming **hun gevoelens te uiten**. Zeg hen dat hun gevoelens er mogen zijn, ook de moeilijke bv. 'Je mag best boos of verdrietig zijn.' Het kan helpen ook je eigen gevoelens eerlijk te verwoorden bv. 'Mama is ook verdrietig omdat ze een tijdje niet bij jou kan zijn.'
- > **Benadruk dat je hen graag ziet** en dat je het belangrijk vindt te weten hoe ze zich voelen. Vraag hen wat ze nodig hebben of wat je zou kunnen doen zodat zich bv. beter of rustiger zouden voelen.
- > **Vind je praten moeilijk?** Vraag een hulpverlener van de afdeling of iemand van je netwerk (partner, familie, vrienden) of ze je willen ondersteunen bij het gesprek. Je kan ook op een andere manier communiceren met je kind door bv. samen te **tekenen** of een **brief te schrijven**.

BLAH...
BLAH...
BLAH...

PRATEN MET KLEUTERS

- > Geef je kind een **rondleiding op de afdeling** (dit kan ook samen met een hulpverlener). Voor jonge kinderen is het fijn en geruststellend te kunnen zien waar mama of papa nu eventjes zal slapen, eten, TV kijken.
- > Woorden zoals psychiatrisch centrum en psychologische vaktaal zijn onbegrijpbaar voor jonge kinderen. **Gebruik** daarom **eenvoudige termen** zoals bv. hoofd-ziekenhuis (om je beter te helpen voelen in je hoofd), lachziekenhuis (waar mama of papa weer leert lachen), praatmevrouw, beweegmijnheer... Gebruik gerust ook andere speelse termen zolang ze maar duidelijk zijn voor je kind.
- > Zeg duidelijk dat er nu **grote mensen** zijn die heel **goed voor mama of papa gaan zorgen**. Deze informatie brengt rust en opluchting voor jonge kinderen.

PRATEN MET LAGERESCHOOLKINDEREN

- > Lagereschoolkinderen zitten vaak met heel veel vragen bv. is de ziekte van mama of papa besmettelijk? Kan ik ook ziek worden? Vertel dat de ziekte niet besmettelijk is. **Benadruk** hierbij dat je kind nog **volop aan het groeien en aan het veranderen is**. Jouw problematiek hoeft voor je kind niet bepalend te zijn.

2.4 VERANDERINGSTRATEGIE 3: KINDREFLEX

Mijn studie rond de Kindreflex en de workshop die ik hierrond vorig jaar gevolgd heb, hebben me ervan overtuigd dat de implementatie ervan binnen de geestelijke gezondheidszorg zo snel mogelijk moet gebeuren. Des te sneller een thuissituatie in kaart kan worden gebracht wanneer een cliënt kinderen heeft, des te sneller er gepaste hulp of ondersteuning geboden kan worden. Op deze manier kunnen hulpverleners uit de geestelijke gezondheid een preventieve rol spelen in de strijd tegen kindermishandeling. Er kan tijdig voor hulp gezorgd worden zodat de escalatie van een situatie kan vermeden worden of bij zo'n escalatie kan er sneller worden ingegrepen.

Ook hier speelt bij heel wat hulpverleners koudwatervrees om te polsen naar de thuissituatie van hun cliënten. Angst voor negatieve reacties van ouders, moeite met het vinden van de juiste woorden of het stellen van de juiste vragen, diffusie van verantwoordelijkheid (ze gaan ervan uit dat een andere hulpverlener dit wel zal bevragen)...spelen hier allemaal een rol in.

De Kindreflex is een heel zinvol initiatief maar de succesvolle implementatie ervan, zal enkel werken wanneer deze in de praktijk ondersteund wordt door een aantal andere praktische initiatieven:

- Psycho-educatie voor ouders: Ouders leren hoe ze met hun kinderen hierover kunnen praten en hoe ze hen kunnen informeren over deze problematiek en wat de gevolgen ervan zijn. Dat bevordert de bewustwording van kinderen. In de ambulante sector zou deze informatie kunnen gegeven worden door een gezinsbegeleider bijvoorbeeld die ook het gezin kan ondersteunen in het praten met elkaar. Hierin zie ik een belangrijke rol weggelegd voor gezinswetenschappers. In psychiatrische ziekenhuizen zou er op elke afdeling een deskundig personeelslid moeten zijn dat deze sessies kan geven aan ouders en eventueel ook een gezinsgesprek kan begeleiden. Een mogelijkheid is ook dit specifiek door een geschoolde familiebegeleider zoals een gezinswetenschapper te laten opnemen, eventueel over verschillende afdelingen heen. Zoals in de eerste invalshoek al aan bod kwam, komt deze versterking van de ouders in hun ouderrol hun herstelproces ook ten goede.
- Training voor hulpverleners: Om hen te bekwalen in deze materie en hen ervoor te sensibiliseren dat praten met kinderen in deze situatie belangrijk is en dat zij dus het verschil kunnen maken. Hun mogelijke rol als vertrouwenspersoon voor kinderen en de cruciale functie die ze hebben om signalen van onveilige thuissituaties op te vangen moet hierin benadrukt worden. Deze training zou ook kunnen worden gegeven door familiebegeleiders of door externe organisaties bv. Familieplatform GGZ. Daarnaast is een specifieke training rond emotionele mishandeling nodig omdat deze vorm van mishandeling heel vaak voorkomt en ernstige gevolgen heeft voor de kinderen. Helaas is vorm van kindermishandeling onderbelicht en hieraan moet zeker ook binnen de Kindreflex voldoende aandacht aan besteed worden.
- Informatiefolders die door hulpverleners bij thuisbezoeken kunnen worden verspreid of die beschikbaar zijn op alle afdelingen van het psychiatrisch ziekenhuis. Deze folders met duidelijke, praktische tips rond het praten met kinderen kunnen zowel voor ouders

als voor hulpverleners een houvast zijn. Deze folders kunnen ook enkele boekentips bevatten rond bepaalde thema's binnen de geestelijke gezondheid. Met behulp van deze boeken kan een gesprek met kinderen vergemakkelijkt worden. Een folder die ik heb uitgewerkt op basis van deze literatuurstudie voeg ik als tweede veranderingsdoel aan deze bachelorproef toe.

- Op meso- en macroniveau is er dringend nood aan een beleidswijziging. We moeten afstappen van de individuele behandeling van psychisch kwetsbare cliënten zonder oog te hebben voor de noden van de kinderen die opgroeien in deze gezinnen zodat niet nemen we als samenleving en hulpverleners onze verantwoordelijkheid niet. Op die manier creëren we misschien een volgende generatie psychisch kwetsbare volwassenen en houden we mee de intergenerationele problemen in stand. Gezinsbegeleiding, zowel ambulante maar ook vooral in de residentiële voorzieningen moet standaard deel uitmaken van de behandelprogramma's. Elke patiënt moet, liefst samen met zijn partner, oudergesprekken volgen cfr. de sessies 'Zorg voor het Kind' die nu in het UPC Duffel worden gegeven. Hulpverleners in de psychiatrische settings moeten extra training krijgen en praten met kinderen moet mee opgenomen worden binnen hun jobomschrijving. De Kindreflex moet bij elk gezin worden afgetoetst.

Ook hier geloof ik dat elke ouder of hulpverlener op zich echt het verschil kan maken. Elk gesprek dat je hebt met een kind kan helpend zijn. Het bespreekbaar maken van de problematiek van hun ouders en het bevragen van het effect ervan op hun gezin en vooral wat dit voor hen betekent, kan hun gevoelens van schuld en schaamte verlichten. De oprechte interesse die getoond wordt en de rol die hulpverleners als vertrouwenspersoon kunnen opnemen, zijn voor kinderen van levensbelang.

2.5 BESLUIT

Ik hoop dat mijn veranderingsstrategieën een actieve bijdrage kunnen leveren aan de ondersteuning van gezinnen met een depressieve ouder.

Het betrekken van de context en zorgen voor ondersteuning vanuit het eigen netwerk kan een stap in de goede richting betekenen in de 'vermaatschappelijking van de zorg' die de Vlaamse overheid ambieert. Als de patiënt de regie in eigen handen kan houden, wordt hij hierdoor niet enkel in zijn kracht gezet maar kan dit ook een positieve bijdrage leveren aan het herstelproces. Ik ben me ervan bewust dat dit niet in alle gevallen werkt. Wanneer de context toxisch werkt voor de cliënt of wanneer er geen netwerk is, zal deze aanpak moeten aangepast worden. Daarnaast wordt bij deze aanpak uitgegaan van een actieve bijdrage van de cliënt zelf en er zullen gevallen zijn waarin de cliënt deze bijdrage niet kan of wil leveren.

De folder rond praten met je kinderen over je opname is een heel laagdrempelige, praktische tool waarmee ouders zelf aan de slag kunnen gaan. De folder bevat heel nuttige handvatten zodat ouders zich gesterkt voelen om met hun kinderen het gesprek aan te gaan over hun problematiek. De lijst met kinderboeken die is opgenomen zorgt voor extra ondersteuning wanneer ouders niet

weten hoe het onderwerp aan te snijden. Deze brochure kan ook interessant zijn voor hulpverleners wanneer ouders met vragen tot bij hen komen rond praten met hun kinderen.

De Kindreflex is een waardevolle tool die zo snel mogelijk dient uitgerold te worden binnen de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. In de ondersteunende tools die ik hierboven vermeld heb, vormen sensibiliseren en ondersteuning door het beleid de uitgangspunten. Alle betrokkenen in het begeleidingsproces van gezinnen met kinderen moeten zich bewust worden van het belang van hun aandeel in dit proces. Ouders en hulpverleners moeten beseffen wat de gevolgen zijn voor hun kinderen als ze opgroeien in een instabiele, onveilige omgeving. Hulpverleners moeten daarnaast tools krijgen om het gesprek rond veiligheid thuis aan te gaan met ouders, ook wanneer dit moeilijk ligt.

Maar daarnaast is er ook een cruciale rol weggelegd voor onze beleidsmakers. Er moeten meer middelen, opvangplaatsen en personeel komen zodat kinderen kunnen opgevangen worden als het thuis niet meer lukt. Maar nog belangrijker is de preventieve ondersteuning aan gezinnen zodat ouders hulp krijgen bij de opvoeding van hun kinderen zodat ze zelf aan de slag kunnen en escalatie voorkomen kan worden.

ALGEMEEN BESLUIT

De combinatie van het schrijven aan mijn bachelorproef en het stagelopen in het UPC Duffel maakte dat ik het afgelopen schooljaar als gezinswetenschapper heel erg gegroeid ben. Mijn stage op de afdeling familiebeleid zorgde ervoor dat ik de theoretische kaders die ik onderzocht heb, kon toetsen in het werkveld. Ik heb met heel veel mensen kunnen praten over de ondersteuning van gezinnen en heb de kans gekregen om aan heel wat sessies actief deel te nemen. Op die manier heb ik kunnen zien wat het effect is van de toepassing van een aantal theoretische kaders in de praktijk.

Ik ben meer dan ooit overtuigd geraakt van het belang van de context en de kracht die uit kan gaan van gezinnen. Tijdens de sessies 'Zorg voor het Kind' hoor je heel wat ouders trots praten over hun kinderen. Het uitwisselen van ervaringen rond ouderschap, het erkenning geven voor de moeilijke situatie en hen handvatten bezorgen om met hun kinderen te praten werkt enorm versterkend. Patiënten worden niet enkel bekeken als 'depressief' maar als een ouder die worstelt met een depressie. **Mensen in hun kracht zetten**, de kern van wat de Herstelvisie beoogt, moet de basis zijn. Naast je cliënt gaan staan en vragen 'wat wil jij?', 'wat verlang jij?' en 'hoe kunnen we je hierbij helpen om dat doel te bereiken?' is essentieel. Ik herinner me een sessie waarbij patiënten gevraagd werden om gedurende een half uur een hobby of passie te komen presenteren aan de groep. 't Is mooi om de fonkeling in de ogen te zien van een vogelliefhebber met een zware depressie wanneer hij komt spreken over de parkieten die hij jarenlang kweekte en nog mooier de tranen in zijn ogen bij het ontvangen van de complimenten van zijn groepsgenoten.

Ik heb heel veel geleerd uit de studies waarbij 'ervaringsdeskundigen' bevroegd werden. Hiermee bedoel ik ouders met een psychische kwetsbaarheid of kinderen in een moeilijke thuissituatie. Hun aanbevelingen zijn minstens even waardevol als eender welk theoretisch kader. Ik stel vast dat dergelijke bevragingen in Vlaanderen niet terug te vinden zijn en ben van mening dat hier veel meer onderzoek naar gedaan dient te worden.

Wat voor mij de aanleiding vormde voor de keuze van het thema en het formuleren van mijn onderzoeksvraag zijn de 378.000 KOPP-kinderen in Vlaanderen. Al deze kinderen groeien op, stichten een gezin, krijgen zelf kinderen, en hoe vergaat het hen daarna? 2/3 van deze kinderen worstelt immers met nadelige gevolgen van deze soms moeilijke jeugd. Hoe gaan zij om met lifetime revictimisation, destructief recht, roulerende rekeningen? Worden hun kinderen de volgende generatie KOPP-kinderen? Hoe kunnen we deze intergenerationele vicieuze cirkel doorbreken?

Vandaar mijn vraag hoe gezinnen met een depressieve ouder ondersteund kunnen worden zodat hun kinderen zo veerkrachtig mogelijk kunnen ontwikkelen.

Uit mijn onderzoek kan ik besluiten dat gezinnen kunnen ondersteund worden door hun context zoveel mogelijk te betrekken bij hun behandelingsproces wanneer er een opname nodig is. Dit netwerk versterkt de **verbinding en dialoog** tussen de cliënt, zijn gezin en zijn omgeving. De cliënt wordt in zijn kracht gezet omdat hij de regie behoudt in het behandelproces. Vertrekpunt hierbij zijn de zelfgekozen doelen en noden van de cliënt. De positieve resultaten van de Open Dialogue methode en de inzichten van Nagy sterken mij in deze overtuiging.

Daarnaast dient het gezin ondersteund te worden in het **praten** met hun kinderen rond de psychische kwetsbaarheid en opname van hun ouder. De folder die ik ontwikkeld heb, geeft hen praktische tips waarmee ze zelf aan de slag kunnen. Op deze manier zorgen we ervoor dat kinderen op een juiste manier informatie krijgen (1 van de 4 KOPP-pijlers) en versterken we de ouder in zijn ouderrol wat ook een gunstige outcome kan hebben voor het **herstel**proces. Het gesprek op gang brengen tussen ouders en kinderen zorgt ervoor dat de kinderen zich gezien en gehoord voelen en uit de bevraging van de Nederlandse kinderombudsvrouw kwam dit als één van de belangrijkste noden uit de bus.

Een gezin is een systeem waarvan veel kracht kan uitgaan maar dat ook heel toxisch kan werken. Daarom is de Kindreflex een belangrijke tool waarmee alle hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg aan de slag moeten om te kijken in hoeverre de thuissituatie voor de kinderen van hun cliënten veilig is. Niet met het oog om een gezin uit elkaar te halen maar juist om **preventief** ondersteuning te kunnen bieden zodat ouders zelf de kans krijgen om de veiligheid te herstellen. Hulpverleners moeten de nodige opleiding krijgen zodat ze zich gesterkt voelen om het gesprek met ouders over dit precaire thema aan te gaan. Uit Nederlands onderzoek blijkt dat ouders met een psychische problematiek aangaven ondersteuning te willen in het (her)opnemen van hun ouderrol. In tegenstelling tot wat veel hulpverleners denken, schieten ouders zelden in het defensief wanneer de veiligheid van hun kinderen bevestigd worden. Meer nog, er overheerst vaak een gevoel van opluchting wanneer de soms moeilijke thuissituatie kan benoemd worden en hulp wordt aangeboden.

Ik ben van mening dat mijn veranderingsstrategieën een wereld van verschil zouden kunnen maken voor gezinnen met een depressieve ouder. Ze zetten allemaal in op herstel, eigen kracht, verbinding en dialoog. Bovendien is de preventieve insteek in alle strategieën aanwezig. **Verantwoordelijkheid** is hierbij tevens een belangrijk uitgangspunt. Een psychische kwetsbaarheid overkomt iemand. Je kan er niks aan doen maar je kan er wel iets mee doen. De cliënt bepaalt welke doelen hij wil bereiken en speelt een actieve rol in het bereiken van deze doelen. Ouders met een psychische kwetsbaarheid dienen ondersteund te worden in hun ouderrol maar blijven wel de eindverantwoordelijkheid dragen voor hun kinderen.

Hiermee komen we opnieuw terecht bij het vertrekpunt van mijn bachelorproef: de kinderen. Als maatschappij dienen we beoordeeld te worden in de manier waarop we omgaan met de meest kwetsbare personen in deze maatschappij. Kinderen zijn het meest kwetsbare onderdeel van onze maatschappij. Het is de gedeelde verantwoordelijkheid van ouders, omgeving, hulpverleners en beleid om te zorgen voor onze kinderen. Een psychische kwetsbaarheid zet de ouderrol vaak onder druk en heeft een grote impact op de kinderen. Daarom moeten ouders in een zo vroeg mogelijk stadium ondersteund worden in hun problematiek en in hun ouderrol. Als gezin praten met je kinderen over de situatie en zorgen dat je kinderen zich gezien en gehoord voelen kan kinderen enorm versterken. Hulpverleners in de geestelijke gezondheid moeten de thuissituatie van hun cliënten bevragen en ondersteuning bieden of hulp inroepen als de veiligheid van de kinderen gevaar loopt.

De documentaire 'Als je eens wist' van Hilde Van Mieghem toont heel duidelijk de verwoestende gevolgen van fysieke mishandeling, misbruik maar ook emotionele mishandeling van kinderen. De geestelijke gezondheidszorg en met name psychiatrische ziekenhuizen spelen een bepalende rol in

het trachten doorbreken van de intergenerationele vicieuze cirkel inzake psychische kwetsbaarheden.

Met de keuze van mijn invalshoeken heb ik getracht het kind steeds centraal te stellen. Tijdens het schrijven van deze bachelorproef ben ik tot het besef gekomen dat een aantal andere invalshoeken die ik niet behandeld heb, hierin ook belangrijk zijn. De rol van de 'niet-kwetsbare' ouder zou ook onderzocht moeten worden omdat deze ook een gezinsondersteunende en -versterkend aandeel heeft. Daarnaast heb ik kort de herstelvisie aangeraakt maar het verder uitdiepen ervan had een mooie aanvulling kunnen betekenen op de contextuele invalshoek. Ik neem deze thema's mee in de hoop dat ik ze in mijn toekomstige professionele context binnen de geestelijke gezondheidszorg verder kan onderzoeken.

De voorgestelde veranderingsstrategieën vragen een klimaatverandering binnen de geestelijke gezondheidszorg. Professionele hulpverleners moeten uit hun expertenrol stappen en naast hun cliënt gaan staan. Ik besef maar al te goed dat een dergelijk proces niet zonder slag of stoot zal verlopen. Er is nood aan durf en moed om cliënten het roer over hun begeleiding en behandeling in handen te geven. Het vraagt een andere kijk om familie en kinderen als ervaringsdeskundigen te zien en actief te laten participeren in het behandelingstraject. Mijn onderzoek toont echter aan dat deze gedeelde verantwoordelijkheid en gezinsondersteuning positieve resultaten kunnen genereren.

Ik ben ervan overtuigd dat een goede hulpverlener het verschil kan maken voor zijn cliënten wanneer hij de hieronder vermelde uitgangspunten in zijn achterhoofd houdt:

Ieder van ons loopt kans vroeg of laat een psychische kwetsbaarheid te ontwikkelen.

Stel jezelf de vraag wanneer dit zou gebeuren: 'Wat zou je zelf willen en hoe zou je zelf behandeld willen worden?'

BIJLAGEN

Bijlage 1: Visietekst UPC Duffel Familiebeleid – december 2019

Visietekst familiebeleid

We kunnen de patiënt niet los zien van zijn omgeving. Een goede samenwerking met de familie¹ van de patiënt is daarom een noodzaak binnen de huidige geestelijke gezondheidszorg. Ook in ons ziekenhuis zetten we in op het maximaal betrekken van de familie bij opname, behandeling en ontslag van de patiënt.

Deze visietekst is bedoeld als richtlijn voor de medewerkers van het UPC Duffel in het omgaan met families met als doel de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

1. UPC Duffel als familie- en kindvriendelijk centrum

-

Hieronder verstaan we een gastvrij onthaal en een respectvolle omgang. We zetten in op een meerzijdig partijdige houding², een aanspreekbaar team, een toegankelijke afdeling en duidelijke informatie. Doorheen het behandeltraject is er ook oog voor de culturele context van de patiënt en zijn familie..

Opname

Familieleden die bij de opname van de patiënt aanwezig zijn, kunnen deelnemen aan het opnamegesprek, tenzij een van de partijen bezwaar heeft. Indien mogelijk worden ze op de kamer van de patiënt toegelaten om hun familielid te installeren en afscheid te nemen. Ze krijgen informatie over het behandeltraject, de bezoeken en de manier waarop ze met de afdeling contact kunnen opnemen en ontvangen een welkomstbrochure. Bij voorkeur wordt bij de opname al een eerste afspraak met de familie vastgelegd. Wanneer familie niet bij opname aanwezig is, streven we ernaar hen zo snel mogelijk te contacteren.

De patiënt duidt een of meer contactpersonen aan bv. familielid, partner, vertrouwenspersoon, familievertegenwoordiger. Hun contactgegevens³ worden in het elektronisch patiëntendossier bewaard, gecontroleerd en aangevuld bij eventuele heropnames en transfer.

¹ Waar in deze tekst familie(s) staat, bedoelen we ook andere belangrijke betrokkenen die het vertrouwen van de patiënt genieten.

² Meerzijdige partijdigheid is de grondhouding waarbij de hulpverlener gericht is op de belangen van alle betrokkenen: de patiënt, ouders, partner, kinderen, maar ook de eventuele afwezigen.

³ Naam, telefoonnummer, e-mailadres en adres

Toegankelijkheid van de afdeling

De afdeling is vlot toegankelijk voor familieleden. Daarbij wordt rekening gehouden met het behandelbeleid van de afdeling. De patiënt en zijn familie worden geïnformeerd over de geldende afspraken.

Op de afdeling is er ruimte voorzien waar de patiënt zijn familie kan ontmoeten. Er wordt ingezet op een kindvriendelijke omgeving waarbij kinderen ook toegang hebben tot de kamer van de opgenomen ouder.

Informatie

Bij een gastvrij onthaal hoort ook het aanbieden van voldoende en duidelijke informatie. Aan de hand van de website, brochures en mondelinge toelichting informeren we de familie over het ziekenhuis, het zorgprogramma, de behandeling, de opnamekosten, de bezoeksregeling, basisinformatie over de werkwijze van de afdeling waar de patiënt verblijft en informatie over familieorganisaties en lotgenotengroepen.

Op infomomenten bieden we psycho-informatie en handvatten ter ondersteuning van de patiënt en zijn familie.

In familiegesprekken kunnen meer persoonlijke vragen en thema's aan bod komen.

De familie krijgt ook informatie over belangrijke ontwikkelingen in de behandeling: doorverwijzing, (voorzien) transfer, ontslagregeling, enzovoort. Indien van toepassing wordt er ook informatie verstrekt over de procedures gedwongen opname en internering.

In geval de patiënt geen toestemming geeft de familie te informeren of ze bij de behandeling te betrekken, wordt enkel niet-persoonsgebonden informatie doorgegeven. De hulpverlener blijft zich inspannen om tijdens de verdere behandeling de dialoog hierrond open te houden met respect voor de uiteindelijke keuze van de patiënt.

Bij voortijdige beëindiging van de behandeling en wanneer de patiënt geen contact met zijn familie wil, verwittigt de hulpverlener de contactpersoon vermeld in het elektronisch patiëntendossier.

Telefonische contacten

In telefonische contacten gelden dezelfde regels: de bejegening is vriendelijk en gastvrij. De hulpverlener maakt ruimte voor het verhaal, de bezorgdheid of de vragen van het familielid met respect voor het beroepsgeheim en de privacy van de patiënt.

Cultuursensitieve zorg

We houden rekening met wensen rond religieuze beleving, sociale gebruiken, rituelen en voedingsgewoonten. Als de patiënt en zijn familie de taal niet machtig zijn, doen we een beroep op tolken of interculturele bemiddelaars.

Behandeling van klachten

Bij ontevredenheid over de samenwerking, het zorgaanbod of de dienstverlening kunnen familieleden terecht bij afdelingsverantwoordelijke, de verantwoordelijke familiebeleid/familieondersteuning, de familievertrouwenspersoon of de ombudspersoon⁴.

2. De familie als partner in de behandeling

-

Uit wetenschappelijk onderzoek⁵ blijkt dat familie zowel een positieve factor kan zijn in het herstelproces van de patiënt, als een beschermende factor tegen herval. Daarnaast beschikt familie over specifieke ervaring met betrekking tot de patiënt en zijn situatie. De familie zorgt ook meestal voor de continuïteit binnen het zorgtraject van de patiënt. Om al deze redenen maakt een degelijke familiewerking een belangrijk onderdeel uit van de behandeling. Net als de patiënt zelf, is de familie hierbij een volwaardige partner.

Deze visie vertaalt zich in het hanteren van een triadisch overlegmodel waarbij patiënt, familie en hulpverlening, elk vanuit hun eigen expertise, betrokken zijn bij de behandeling. Hierbij wordt rekening gehouden met de draagkracht van alle partijen. Voorbeelden hiervan zijn: beluisteren van het levensverhaal, het betrekken van een familielid in crisissituaties of bij ontslagplanning.

3. De familie als hulpvrager

-

De omgeving van de patiënt kan zelf ook lijden onder de situatie en zorg nodig hebben. De hulpverlener maakt ruimte voor het verhaal, de bezorgdheid en de vragen van de familie. Dit kan telefonisch, in individuele gesprekken en familiegesprekken, waar de focus ligt op het verhogen van de draagkracht van zowel de patiënt als de familie. De omgeving van de patiënt kan ook gebaat zijn bij lotgenoten- en zelfhulpgroepen en ondersteuning door familieverenigingen. Informatie hierover is te vinden in de welkomstbrochure voor families.

⁴ Contactgegevens Annie, Marleen en Lou

⁵ Referentie wetenschappelijk onderzoek

We geven bijzondere aandacht aan de zorg voor de kinderen van de patiënt (zie [visietekst KOPP](#)). We stimuleren ouders om hun kinderen bij de opname te betrekken en informeren hen op welke manier ze hun kinderen hierbij kunnen ondersteunen.

4. Gezins-, partner- en familietherapie

•

Naast een zorgvuldige familiebejegening, en oog voor de familie als partner en als zorgvrager kunnen bepaalde thema's extra aandacht vragen. Enkele voorbeelden:

- herstel van partner- en familierelaties of het omgaan met breuken in deze relaties,
- het zoeken naar nieuwe manieren van autonomie of verbinding tussen de patiënt en zijn familie/omgeving,
- verbetering van partnerrelatie en ouderschap,

Wanneer familie- of systeemtherapie aangewezen is wordt dit aangeboden op de afdeling of volgt doorverwijzing naar externe partner-, gezins- en familietherapie,....

Ondersteuning van de implementatie van dit familiebeleid

De familiebetrokkenheid is een vast thema binnen het teamoverleg en het familiebeleid krijgt de nodige aandacht in het kernbeleid.

In de blauwdruk per zorgprogramma wordt de familiewerking gespecificeerd en geconcretiseerd. Deze informatie is via intranet toegankelijk voor alle medewerkers.

In het elektronisch patiëntendossier zijn de contacten met familie onder één rubriek terug te vinden om op deze manier de continuïteit van de zorg te bevorderen.

Via familietevredenheidsenquêtes wordt regelmatig naar de tevredenheid van families gepeild waardoor de zorg voor de patiënt en zijn omgeving kan worden geoptimaliseerd.

Op niveau van de instelling en de zorgprogramma's worden er bijscholingen georganiseerd zodat de teams hun vaardigheden in het omgaan met familieleden kunnen vergroten.

December 2019

Bibliografie

Aandacht voor verwaarlozing, Augeo Magazine editie 17. (maart 2020). Geraadpleegd op 6 maart via www.augeomagazine.nl

Coppens, E., De Cuyper, K., Van Audenhove, C. (september 2018). *De Kindreflex: de ontwikkeling van een Vlaamse Kindcheck met toepassing in de geestelijke gezondheidszorg*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid & Gezin.

Dekker, M., Haagmans, M., Al, C., Mulder, T. (2014). *Impact van psychische en verslavingsproblemen van ouders op de veiligheid van kinderen. Achtergronden bij de Kindcheck*. Zeist: Augeo.

Denys, E. (2015). *Awel, wat moet ik doen? De veerkracht van jongeren bij Awel onderzocht*. Sint-Jans-Molenbeek: Awel vzw. Geraadpleegd op 18 maart 2020 via <https://www.expo.be/awel-wat-moet-ik-doen-de-veerkracht-van-jongeren-bij-awel-onderzocht>

Foster, K., O' Brien, L., & Korhonen, T. (2011). Developing resilient children and families when parents have mental illness: A family-focused approach. *International Journal of Mental Health Nursing*. 21, pp. 3-11.

Heller, Y., Zwaagstra, T. (2018). *Ouderschap en een psychische aandoening: Een kwalitatief onderzoek naar ervaringen van verpleegkundigen met het bespreken van ouderschap en het welzijn van kinderen*. (Onderzoeksverslag in het kader van een afstudeeropdracht). Groningen: Hanzehogeschool Opleiding Verpleegkunde.

Hoe praat je met een kind?, Augeo Magazine editie 10. (oktober 2018). Geraadpleegd op 10 maart via www.augeomagazine.nl.

Leroy, B. (18 november 2019). *Persoonlijke communicatie via het vak systeemtherapie*. Opleiding 3^e jaar Gezinswetenschappen. Brussel, Odisee Hogeschool.

Mentalis (oktober 2016), *De kracht van de herstelblik en – praktijk in de geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 20 april 2020 via https://www.kennisplein.be/Documents/Pages/Nota-Mentalis-%27De-kracht-van-de-herstelblik-en--praktijk-in-de-geestelijke-gezondheidszorg.%27/20161025_Nota%20Mentalis_De%20kracht%20van%20de%20herstelblik%20en%20praktijk%20in%20de%20geestelijke%20gezondheidszorg.pdf

Nuyts, A., & Sels, L. (2017). *Tussen Mensen. Contextueel denken over relaties, familie en samenleving*. Tielt: Uitgeverij Lannoo n.v.

- Roodvoets, C. (2006). *Niemandskinderen. De Gevolgen en verwerking van een onveilige jeugd*. Haarlem: Altamira.
- Seikkula, J., & Arnkil, T.E. (2006). *Dialogical meetings in social networks*. Londen: Karnac Books.
- Vandekerckhove, S. (22 februari 2017). Scandinavië doet het met minder pillen. De Morgen. Geraadpleegd op 18 februari 2020 via <https://www.demorgen.be/tech-wetenschap/scandinavie-doet-het-met-minder-pillen~bd5cee1b/>
- Van Der Ende, P., Van Bussbach, J., & Wunderink, C. (2016). Actief ouderschap, herstel en maatschappelijke participatie. *Tijdschrift voor participatie en herstel*. 4, pp. 3-11.
- Van der Ende, P.C., Korevaar, E.L., & Oosterbaan, H. (2012). *Kracht en steun voor ouderschap van mensen met psychische aandoeningen*. Geraadpleegd op 18 juli 2019 via <https://www.expo.be/kracht-en-steun-voor-ouderschap-van-mensen-met-psychische-aandoeningen>
- Van Harmelen, A. (2015). *Emotionele kindermishandeling*. Geraadpleegd op 3 februari 2020 via https://www.nesda.nl/nesda/wp-content/uploads/2015/02/Proefschrift_NL_Harmelen.pdf.
- Van Herck, P. Van De Cloot, I. (2013). Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België? De feiten achter de mythen. Itinera Institute. Geraadpleegd op 27 februari 2020 via http://www.itinerainstitute.org/wpcontent/uploads/2016/10/pdfs/20120701_geestelijke_gezondheidszorg_pvh.pdf
- Verheul, R., de jong, A. & Baracs, M. (2018). *Hoor je mij wel? Kinderen van ouders met een ziekte, verslaving of een beperking*. (Onderzoeksrapport). Delft: Kinderombudsman geraadpleegd op 5 maart 2020 via www.dekinderombudsman.nl.
- Wellens, J. (16 januari 2020). *Persoonlijke communicatie via workshop 'Praten met kinderen'*. Universitair Psychiatrisch Ziekenhuis Duffel.
- Wenselaar, L. (2016). KOPP/KVO kinderen: verbeter ouderschap door integrale hulpverlening. *Psychopraktijk*, 8 (2), pp.6-10. Geraadpleegd op 2 maart 2020 via [https://link-springercom.odisee.ezproxy.kuleuven.be/content/pdf/10.1007%2Fs13170-016-0021-x.pdf](https://link.springercom.odisee.ezproxy.kuleuven.be/content/pdf/10.1007%2Fs13170-016-0021-x.pdf)

VOLMACHT EN ABSTRACT BACHELORPROEF

Opleiding:	Bachelor in de Gezinswetenschappen	
	Leen	Michiels
Student:	Leen	Michiels
Woonplaats:	Oud-Turnhout	
Interne begeleider: bachelorproefbegeleider	Marianne	De Boodt
Titel bachelorproef	Ondersteuning van gezinnen met een depressieve ouder met het oog op een veerkrachtige ontwikkeling van de kinderen.	
<p>Ik verleen aan hogeschool Odisee een gratis recht tot gedeeltelijk of volledig gebruik van de bachelorproef voor doeleinden van onderwijs en wetenschappelijk onderzoek voor de hele beschermingsduur van de bachelorproef.</p> <p>Ik geef tevens de toestemming dat mijn digitale bachelorproef gratis online ter beschikking wordt gesteld:</p> <p><input type="checkbox"/> via bibliotheekcatalogus binnen LIMO (Odisee)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> internetbreed (open archive)</p> <p><input type="checkbox"/> bachelorproef moet vertrouwelijk blijven op vraag van de externe of interne begeleider voor jaar.</p> <p>Datum: 25/05/2020</p> <p>Handtekening:</p> 		

ABSTRACT (onderstaande info ook opnemen in de Tool 'Digitale bachelorproef')

Kern- / trefwoorden bachelorproef:

(Som een 5-tal kern-/trefwoorden op die aansluiten bij het onderwerp van je bachelorproef)

Contextueel werken in psychiatrie

Praten met kinderen rond psychische kwetsbaarheid

Kindreflex

Gezinsondersteuning

Herstel

Probleemstelling:

Schets kort het probleem of de onderzoeksvraag waarop je een antwoord zocht.

In mijn bachelorproef heb ik getracht een antwoord te vinden op de vraag hoe gezinnen waarvan één van de ouders lijdt aan een psychische kwetsbaarheid (voor mijn bachelorproef heb ik me toegespitst op mensen die lijden aan een depressie) kunnen ondersteund worden zodat de impact van deze problematiek op de kinderen zo beperkt mogelijk blijft.

Korte samenvatting bachelorproef:

(Beschrijf concreet het antwoord op het gestelde probleem of de onderzoeksvraag gestaafd door de literatuur / schrijf in het besluit heel kernachtig wat de meerwaarde van je bachelorproef is of kan zijn. Ongeveer 500 woorden)

Maar liefst 1 op de 3 Vlamingen ontwikkelt in de loop van zijn of haar leven een psychische kwetsbaarheid. En zo'n 378.000 Vlaamse kinderen groeien op in een gezin met een psychisch kwetsbare ouder. Heel wat van deze kinderen groeien op in een onvoorspelbare, onveilige thuissituatie. Het gevolg is dat deze kinderen later zelf ook meer risico lopen om een psychische kwetsbaarheid te ontwikkelen.

In mijn bachelorproef tracht ik op zoek te gaan naar gezinsondersteunende initiatieven om deze intergenerationele vicieuze cirkel te doorbreken.

Ten eerste heb ik het contextuele gedachtegoed van Nagy geraadpleegd en heb ik ingezoomd op de Open Dialogue aanpak die het netwerk van de cliënt heel nauw betreft in het behandelproces. Deze aanpak kent heel goede resultaten en vormde, samen met de contextuele invalshoek van Nagy de basis voor het stappenplan dat ik uitwerkte voor de residentiële setting. In dit stappenplan neemt de context actief deel aan het behandelproces en behoudt de cliënt de regie. Er wordt gewerkt vanuit zelfgekozen doelen en de verantwoordelijkheid ligt grotendeels bij de cliënt. Deze aanpak leunt nauw aan bij de Herstelvisie, een beloftevolle aanpak waarbij de cliënt een evenwaardige positie inneemt ten aanzien van hulpverleners en waarbij krachtgericht gewerkt wordt.

De dialoog tussen mensen is cruciaal bij het maken van verbinding vandaar dat ik onderzocht heb hoe ouders kunnen ondersteund worden in het praten met hun kinderen over hun psychische problematiek en een eventuele opname. Praten met kinderen en hen informatie geven over de problematiek helpt hen om zich gezien en gehoord te worden is tevens één van de 4 preventieve KOPP-pijlers. Daarnaast voelen ouders zich gesterkt in hun ouderrol wat een gunstig effect kan hebben op hun herstelproces. Ik ontwikkelde een folder

met praktische tips voor ouders rond praten met hun kinderen, vergezeld van een shortlist met kwalitatieve kinderboeken rond diverse psychische problematieken.

Tot slot heb ik me verdiept in de Kindreflex, een recent door de Vlaamse overheid ontwikkelde tool voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg. Deze tool helpt hen om af te toetsen of de thuissituatie van de kinderen van hun cliënten veilig is. Een heel belangrijke tool want kindermishandeling in al zijn vormen komt vaker voor in gezinnen met een psychisch kwetsbare ouder en kinderen in deze gezinnen blijven al te vaak onder de radar. Het uitgangspunt hierbij is om vroegtijdig gepaste ondersteuning te kunnen bieden om een eventuele escalatie van de situatie te vermijden. Om een succesvolle implementatie van deze Kindreflex de komende jaren te ondersteunen heb ik enkele praktische initiatieven voorgesteld waaronder o.a. training voor hulpverleners in het bespreken van dit kwetsbare thema met ouders. Daarnaast is er ook psycho-educatie nodig voor ouders en hulpverleners rond de gevolgen van kindermishandeling. Ook emotionele kindermishandeling die vaak onopgemerkt blijft maar wel de meest voorkomende vorm is van familiaal geweld moet meer aandacht krijgen.

De voorgestelde veranderingsstrategieën vragen een klimaatverandering binnen de geestelijke gezondheidszorg. Professionele hulpverleners moeten uit hun expertenrol stappen en naast hun cliënt gaan staan. Ik besef maar al te goed dat een dergelijk proces niet zonder slag of stoot zal verlopen. Er is nood aan durf en moed om cliënten het roer over hun begeleiding en behandeling in handen te geven. Het vraagt een andere kijk om familie en kinderen als ervaringsdeskundigen te zien en actief te laten participeren in het behandelingstraject. Mijn onderzoek toont echter aan dat deze gedeelde verantwoordelijkheid en gezinsondersteuning positieve resultaten kunnen genereren.

Referentielijst:

(Schrijf de 5 belangrijkste referenties waarop je je gebaseerd hebt uit volgens de APA-richtlijnen).

Aandacht voor verwaarlozing, Augeo Magazine editie 17. (maart 2020). Geraadpleegd op 6 maart via www.augeomagazine.nl

Coppens, E., De Cuyper, K., Van Audenhove, C. (september 2018). *De Kindreflex: de ontwikkeling van een Vlaamse Kindcheck met toepassing in de geestelijke gezondheidszorg*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid & Gezin.

Heller, Y., Zwaagstra, T. (2018). *Ouderschap en een psychische aandoening: Een kwalitatief onderzoek naar ervaringen van verpleegkundigen met het bespreken van ouderschap en het welzijn van kinderen*. (Onderzoeksverslag in het kader van een afstudeeropdracht). Groningen: Hanzehogeschool Opleiding Verpleegkunde.

Nuyts, A., & Sels, L. (2017). *Tussen Mensen. Contextueel denken over relaties, familie en samenleving*. Tiel: Uitgeverij Lannoo n.v.

Seikkula, J., & Arnkil, T.E. (2006). *Dialogical meetings in social networks*. Londen: Karnac Books.

E-mailadres:

Noteer je persoonlijke e-mailadres. Zo kan iemand die in je werk geïnteresseerd is contact met je opnemen.

Leen.michiels2@telenet.be