

Ontwenningafdeling, Sint Jozef Pittem

De ontwenningafdeling -één van de vijf autonoom functionerende afdelingen binnen het centrum voor psychiatrie en psychotherapie Sint Jozef Pittem- voorziet in een specifieke behandeling voor volwassenen (20 tot 60 jaar) met alcohol- en/of medicatieproblemen. Volledige alcoholabstinentie is de primaire doelstelling. Problematisch middelengebruik wordt bekeken als een aandoening met multifactoriële etiologie. Het bio-psycho-sociale model vormt hierbij een bruikbare achtergrond. Het behandelprogramma is gebaseerd op een geïntegreerd model waar gebruik gemaakt wordt van technieken uit verschillende denkkaders (gedragstherapeutisch, cliëntgericht en psychodynamisch).

De behandeling van mensen met alcoholproblemen is een lange termijnproject. Veel van onze patiënten hebben meerdere opnames nodig en langdurende ambulante begeleiding na de opname (psychologisch, sociaal,...) is vaak wenselijk. De residentiële behandeling beschouwen wij dan ook als een *fase* in het herstelproces.

Deze residentiële fase verloopt op haar beurt ook gefaseerd. Na doorverwijzing vanuit de 0^{de} of 1^{ste} lijn (vb. kennissen, ex-patiënten, PAAZ, huisarts, OCMW,...) en/of een intakegesprek bij de arts van de afdeling komt de patiënt terecht in een drie weken durend opnameprogramma. De klemtoon ligt er op medisch-psychiatrische begeleiding van de ontwenning (o.m. medicamenteuze ondersteuning van de ontwenningverschijnselen). In deze fase neemt ook de opbouw of het versterken van de motivatie om nuchter te kunnen blijven en om zich te engageren voor de verdere behandeling, haar start. Dit wordt bewerkstelligd dmv het bieden van objectieve informatie via psycho-educatie, motivationele gespreksvoering en een globaal ondersteunend-empathische begeleiding. Het bepalen van de doelstelling(en) voor de behandeling en de toewijzing aan één van de behandelgroepen gebeurt ook in deze opnamefase.

Patiënten die hier al een ontwenningbehandeling volgden en die na een periode van abstinentie een terugval kenden, komen terecht in de heropnamegroep waar specifiek aan terugvalpreventie gewerkt wordt. Het versterken van de motivatie voor nuchterheid, het herkennen van risicosituaties en het zoeken naar alternatieven voor het drinken of slikken, staan hierbij centraal.

Na de opnamegroep (3 weken) of heropnamegroep (tot 6 weken), kunnen de patiënten doorstromen naar één van de drie behandelgroepen. Wanneer iemand voor het eerst opgenomen wordt, is de overgang naar de behandel fase de regel; heropnamepatiënten kunnen afronden na enkele weken in de heropnamegroep verbleven te hebben.

De primaire focus van de behandeling is de afhankelijkheid, de doelstelling het reorganiseren van het leven zonder middel. Een aantal kernelementen helpen ons in het streven naar dit objectief.

Een *ondersteunende* houding, ingebed in een veilig leefklimaat vormt het draagvlak waarbinnen de behandeling kan plaatsvinden. Ondersteuning vertaalt zich o.m. in het laagdrempelig aanwezig zijn, het benadrukken van de mogelijkheden tot verandering en het in het licht stellen van de krachtbronnen waarover iemand beschikt. Een veilig leefklimaat wordt gefaciliteerd door het creëren van een gezellige omgeving waar duidelijke afdelingsregels een veilig kader bieden. De therapie sessies zijn voor het overgrote deel groepssessies en ook hierin schuilt een sterk ondersteunend element: lotgenoten helpen elkaar in het vinden van de noodzakelijke motivatie en moed om hun problemen aan te pakken.

Motivatie en motivatiebevordering zijn een tweede belangrijke peiler van de behandeling. Hoewel motivatie één van de belangrijkste factoren is in het al dan niet nuchter blijven, is dit geen noodzakelijke voorwaarde om aan een ontwenningbehandeling te beginnen. Motivatie kan tijdens de behandeling ontstaan, evolueren (van extern naar intern) of sterker worden met behulp van motivatiebevorderende strategieën. Mensen zijn bereid om te veranderen als ze voldoende lijdensdruk ervaren, inzicht in en kennis hebben over de mechanismen van hun verslaving, over voldoende zelfeffectiviteit en zelfwaarde beschikken en als ze zicht hebben op mogelijke alternatieven en hulpmiddelen. De lessenreeks over verslaving is een belangrijk middel om de kennis over verslaving te

verhogen. Een ondersteunende en aanvaardende houding van het personeel en de contacten met lotgenoten, faciliteren het ter sprake brengen van de last die de verslaving met zich meebrengt en dragen bij tot het opbouwen van een gezond gevoel van zelfwaarde. Het vinden van een evenwicht tussen het scherpstellen van de lijdensdruk en het ondersteunen van het zelfwaardegevoel is vaak dansen op een slappe koord. Motiverende gesprekstechnieken, waar de nadruk gelegd wordt op de eigen keuze tot verandering en op de positieve elementen in iemands leven, kunnen hierbij een hulpmiddel zijn.

De visie op *terugval* en, hierbij aansluitend, terugvalpreventie sluiten naadloos aan bij het motivatieverhaal. Terugval zouden we kunnen omschrijven als een noodzakelijk kwaad: veel patiënten kennen tijdens hun herstelproces één of meerdere terugvallen. Terugval wordt niet begrepen als een falen, maar als een bron van betekenis over de functie van de verslaving of de hiaten in de verdediging tegen het product. Het leren kennen van particuliere risicosituaties, het aanleren van vaardigheden en cognitieve technieken en meer algemene levensstijlveranderingen maken deel uit van de terugvalpreventie die elke patiënt op zijn menu heeft staan.

Als laatste, hier te bespreken, belangrijke peiler van de behandeling vermeld ik het *werken met de context* van de patiënt. In het begin van de behandeling nodigen we één of meerdere directe betrokkenen uit. Niet alleen zijn zij belangrijk om, in een diagnostische fase, mee te helpen om een totaalbeeld van de verslaving te krijgen; zij hebben meestal ook een belangrijke ondersteunende rol na de behandeling. Het is dus van essentieel belang om met hen op eenzelfde golflengte te zitten (vb. dmv informatielessen voor familieleden, nazorg voor koppels,...). Om het dagdagelijkse leven en de eventuele ambulante hulpverlening na de opname vlot op de behandeling te laten aansluiten, proberen we ook afspraken te maken met andere betrokkenen (vb. werkgever, OCMW, Begeleid Wonen,...).

Zoals gezegd ligt de eerste doelstelling van de behandeling op het vlak van de verslaving, de secundaire focus van behandeling is in elk van de behandelgroepen verschillend.

In de eerste groep ligt deze bijkomende focus op de gerelateerde psychosociale problematiek (vb. werk, vrije tijd, woonst, financiële problemen,...). Het werkmodel is psycho-educatief gestructureerd, de focus ligt op het hier en nu en de interventies zijn oplossingsgericht. Het cognitief-gedragstherapeutisch denken is een belangrijke bron van inspiratie voor de gehanteerde methodes (vaardigheidstrainingen, functionele analyse, terugvalpreventie).

Een tweede groep is ontworpen voor mensen die naast het afhankelijkheidsprobleem willen stilstaan bij samengaande psychische of psychiatrische problematiek, voornamelijk as-I problematiek. Er is een aanbod van ervaringsgerichte psychotherapie. Doelstellingen zijn o.m. het verhogen van het inzicht in het verband tussen het middelenmisbruik en psychische problemen en het verhogen van de psychische weerbaarheid.

Als laatste is er de recent opgestarte groep waar de behandeling gericht is op de middelenafhankelijkheid en de hiermee verbonden lichte tot matige persoonlijkheidsproblematiek, voornamelijk as-II problematiek. Specifiek is het gelijktijdige aanbod van cognitief-gedragstherapeutische en ondersteunende verbale psychotherapie. Er wordt veel aandacht besteed aan het uitbouwen van een veilig groepsklimaat. Doelstellingen zijn o.m. verhogen van het inzicht in het (inter-)persoonlijk functioneren, trainen van basale copingmechanismen om met de gedragsproblemen eigen aan de persoonlijkheidsproblematiek om te gaan en motiveren voor verdere psychotherapie of begeleiding op ambulante of residentiële basis.

De behandelingsfase kan in elke groep afgerond worden in een partiële hospitalisatievorm (daghospitaal of midweekstelsel). De richttermijn voor de behandeling ligt tussen de 7 en de 12 weken.

Na de opname kunnen de patiënten hier terecht voor verschillende vormen van nazorg: individuele doktersconsultaties, groepsnazorg (ondersteunende gespreksgroep), groepspsychotherapie en koppelnazorg voor patiënten met hun partner.

Vanzelfsprekend doen we ook beroep op andere instanties om het nuchter blijven een grotere kans te geven (CGGZ, huisarts,...).

