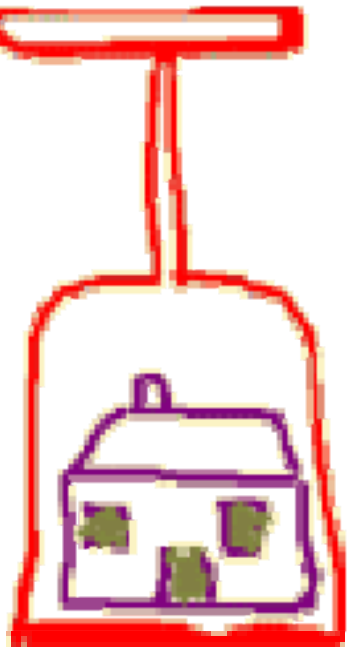
En met wie kan jij dan praten?

Hoe koppers en hulpverleners elkaar beter kunnen bereiken



Door: Natalie van der Linden
En
Marie-Claire Thorenaar

Hoe kunnen koppers en hulpverleners elkaar beter bereiken?



Eindscriptie Sociaal Pedagogische Hulpverlening, voltijd
Haagse Hogeschool
Scriptiebegeleidster: Manon Postma
Datum: 25 april 2007

Verdriet
Stopt ze

Zwijgend onder
De dekens

Ze bleef geloven:
Geluk kan altijd nog
Komen

En er zijn
Altijd nog die lakens:

Witte vlaggen
Vol overgave

Uit: *Storms, Werner (2001).* Een veilig gevoel. *Amsterdam: Clavis.*

Voorwoord

Wij hebben een scriptie geschreven over het onderwerp kinderen van ouders met psychiatrische problematiek (KOPP) en hoe deze kinderen door de hulpverlening beter bereikt kunnen worden. In de afgelopen maanden hebben wij veel informatie gezocht en uitgewerkt rond dit onderwerp.

Wij willen hierbij Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen, te Boechout in België bedanken voor alle informatie die zij ons hebben kunnen verstrekken over dit onderwerp en de motivatie die zij ons gegeven hebben om een scriptie te maken over dit onderwerp.

Wij willen Parnassia bedanken voor alle informatie en inzichten die zij ons hebben kunnen geven over het onderwerp en die mede bijgedragen heeft tot het ontwerp van ons product.

Dan willen wij onze ouders, broers, zussen, verdere familie en lieve vrienden bedanken voor alle steun die zij ons tijdens ons afstudeerproject hebben gegeven. Dit om blijven door te gaan, ons nieuwe inzichten te geven en kritisch naar ons werk te kijken.

Als laatste, maar zeker niet de minste willen wij onze afstudeerbegeleidster Manon Postma bedanken voor alle goede feedback en het vertrouwen dat zij in ons had om dit afstudeerproject tot een goed einde te brengen. Bedankt voor de prettige samenwerking de afgelopen maanden.

Veel plezier met het lezen van ons verslag.

Marie-Claire Thorenaar en Natalie van der Linden

Inhoudsopgave

Hoofdstuk	bladzijde
1. inleiding	9
1.1 motivatie	9
1.2 probleemstelling	10
1.3 doelstelling	10
1.4 onderzoeksvraag	10
1.5 deelvragen	11
1.6 methoden van dataverzameling	11
1.7 verantwoording van het onderzoek	12
1.7.1 betrouwbaarheid	12
1.7.2 interne geldigheid	12
1.7.3 externe geldigheid	12
1.8 opzet onderzoeksrapport	12
2. Wat is KOPP?	14
3. Welke positieve en negatieve factoren spelen er voor een kopper rond de ziekte van zijn ouder(s)?	15
3.1 de risicofactoren	15
3.1.1 risicofactoren bij het kind	15
3.1.2 risicofactoren bij de ouder	16
3.1.3 risicofactoren binnen het gezin	16
3.1.4 risicofactoren buiten het gezin	18
3.2 de stressvolle factoren	19
3.2.1 zelfmoord	19
3.2.2 bezoeken aan een psychiatrisch ziekenhuis	19
3.2.3 geweld	20
3.3 de beschermende factoren	20
3.3.1 beschermende factoren bij het kind	20
3.3.2 beschermende factoren bij de ouder	21
3.3.3 beschermende factoren binnen het gezin	21
3.3.4 beschermende factoren buiten het gezin	22
4. Met welke emoties zitten koppers rondom de ziekte van hun ouder(s)?	23
4.1 emoties	23
4.1.1 schaamte	23
4.1.2 onbegrip en eenzaamheid	23
4.1.3 angst	23
4.1.4 schuldgevoelens	23
4.1.5 loyaliteit	24
4.1.6 gebrek aan aandacht en erkenning	24
4.1.7 erfelijkheid en twijfel rondom eigen gezondheid	24
4.1.8 rouw	24
4.1.9 weinig vertrouwen in anderen en zichzelf	25
5. Rollen die kinderen van psychisch zieke ouders aan kunnen nemen	26
6. Wat willen koppers weten over de ziekte van hun ouder(s)?	27
6.1 Wat willen koppers weten	27
6.1.1 erfelijkheid	27
6.1.2 schuld hebben aan de ziekte van de ouder(s)	27
6.1.3 Wat houdt de ziekte van mijn ouder in?	27
6.1.4 Waarom is mijn ouder niet normaal?	27

6.1.5 Gaat het ooit over? 27
6.1.6 opnam 27
6.1.7 Hoe om te gaan met agressie van een ouder? 28
6.1.8 Hoe lang duurt het herstelproces? 28
6.1.9 Kan iemand weer ziek worden? 28
6.1.10 Waarom kan iemand niet zomaar opgenomen worden? 28
6.1.11 Hoe krijg ik hem van de drank af? 28
6.1.12 Waarom doet iemand dit zichzelf aan? 28
6.1.13 Waar kan ik terecht? 28
7. Waar hebben koppers vanuit de hulpverlening behoefte aan? 29
7.1 Wat willen koppers vanuit de hulpverlening zien? 29
7.1.1 Een luisterend oor 29
7.1.2 Uitleg over de ziekte van de ouder 29
7.1.3 Vragen hoe het met het kind zelf gaat 29
7.1.4 Betrokken worden bij de behandeling (als kinderen dit willen) 30
7.1.5.Kopp-groepen, therapie of één op één gesprekken 30
7.1.6 Geen behoefte aan hulp 30
7.1.7 Beschouw het onderwerp als normaal 30
8. Hoe denken koppers zelf beter bereikt te kunnen worden? 31
8.1 Hoe kunnen koppers volgens hun beter bereikt worden 31
8.1.1 Preventie vanuit school/GGZ of iets dergelijks 31
8.1.2 Beter weten welke hulp er beschikbaar is 31
8.1.3 Drempel naar de hulpverlening toe verkleinen 31
8.1.4 Hulpverleners naar de kinderen zelf laten vragen of deze uitnodigen 31
8.1.5 Er zijn als iemand om hulp of een gesprek vraagt 31
9. Wat is er al aan hulpverlening voor deze groep? 32
9.1 Welke hulpverlening is er al? 32
9.2 Wat weten koppers over de hulpverlening die er al is en wat vinden zij hier van? 32
10. Knelpunten vanuit de hulpverlening in het bereiken van koppers 34
10.1 Waardoor zijn koppers moeilijk te bereiken? 34
10.1.1 De ouders hebben geen ziekte inzicht 34
10.1.2 Het gezin leeft geïsoleerd 34
10.1.3 Koppers vallen vaak niet op door hun overlevingsstrategie 34
10.1.4 De kinderen die geen contact hebben met hun ouders 34
10.1.5 Wanneer kinderen gaan puberen komen zij vaak niet meer mee met hun ouders 35
10.1.6 Kinderen willen zich niet bemoeien met de hulpverlening 35
10.1.7 Ouders vinden het zelf moeilijk om de situatie om te gaan 35
10.1.8 Ouders hebben het gevoel gefaald te hebben in de opvoeding 35
10.1.9 De ouders denken dat zij hun kinderen nog meer belasten met hun ziekte 35
10.1.10 Kinderen willen niet graag praten over de problemen thuis, omdat zij loyaal zijn naar hun ouders toe 35
11. Wat wil een hulpverlener weten over de wensen en behoeften van de koppers? 36
11.1 Wensen en behoeften 36
11.2 Vragen 36
11.3 In de praktijk 36

12. Hoe denken hulpverleners koppers beter te kunnen bereiken en wat denken zij dat hier voor nodig is? 37
12.1 Hoe koppers beter te bereiken? 37
12.1.1 Maatschappelijk bewustzijn 37
12.1.2 studiedagen voor leerkrachten 37
12.1.3 Meer aandacht en doorverwijzing door de hulpverlening zelf 37
12.1.4 Laagdrempelige hulpverlening en voorlichting 37
12.1.5 Meer bekendheid van het onderwerp KOPP 37
13. Conclusies en aanbevelingen 38
13.1 conclusies 38
13.1.1 Wat is een kopper precies? 38
13.1.2 Welke positieve en welke negatieve factoren spelen er voor een kopper rond de ziekte van zijn ouder(s)? 38
13.1.3 Wat willen koppers weten over de ziekte van hun ouder(s)? 39
13.1.4 Met welke emoties zitten koppers rondom de ziekte van hun ouder(s)? 40
13.1.5 Waar hebben koppers vanuit de hulpverlening behoefte aan? 40
13.1.6 Hoe denken koppers zelf beter bereikt te kunnen worden? 41
13.1.7 Wat is er al voor hulpverlening voor deze groep? 41
13.1.8 Wat zijn de knelpunten waar hulpverleners tegen aan lopen in het bereiken van koppers? 42
13.1.9 Wat wil een hulpverlener weten over de verwachtingen van kinderen ten aan zien van de hulpverlening? 43
13.1.10Hoe denken hulpverleners dat koppers het best bereikt kunnen worden? 43
13.2 Aanbevelingen 43
14. Antwoord op onze probleemstelling, doelstelling en onderzoeksvraag 44
14.1 koppers 44
14.2 hulpverleners 45
14.3 conclusies 46
15. Verantwoording van ons product 47
15.1 De opties waar wij niet voor gekozen hebben 47
15.2 Waarom wij voor het product kiezen dat wij gaan maken 47
15.3 Wat moet er in de voorlichting naar voren komen 48
15.4 Wat komt er allemaal in het product 48
15.5 evaluatie van het product 48
Nawoord 50
Literatuurlijst 51

Bijlagen
Bijlage 1 ziektebeelden 54
Bijlage 2 Rollen die kinderen van psychisch zieke ouder aan kunnen nemen 56
Bijlage 3 Mogelijke gevolgen voor de kinderen 58
Bijlage 4 Wat is er al aan hulpverlening voor deze groep? 60
Bijlage 5 Vragen enquête van de koppers 74
Bijlage 6 Uitwerking enquêtes van de koppers 75
Bijlage 7 Enquête hulpverleners 82
Bijlage 8 Uitwerking enquête hulpverlener 1 83
Bijlage 9 Uitwerking enquête hulpverlener 2 85
Bijlage10 Uitwerking enquête hulpverlener 3 87

Bijlage 11 Uitwerking enquête hulpverlener 4 89
Bijlage 12 Uitwerking enquête hulpverlener 5 91
Bijlage 13 Uitwerking enquête hulpverlener 6 93
Bijlage 14 Uitwerking interview 1 95
Bijlage 15 Uitwerking interview 2 97

1. Inleiding

Wij maken ons afstudeeronderzoek over kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek.

1.1 Motivatie

Dit jaar heb ik een half jaar stage gelopen in België. Tijdens deze stage zag ik op het journaal een reportage over ouders van kinderen in de gevangenis. Voor de kinderen van deze ouders was er een boekje gemaakt om begrijpelijker te maken waarom een van de ouders in de gevangenis zit en wat de meest voorkomende vragen van deze kinderen zijn. Hierbij moest ik gelijk denken aan kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek. Ook wel KOPP of koppers genoemd. Deze kinderen zitten vaak ook met een hoop vragen rondom de ziekte van hun ouders. Hierop ben ik op mijn stageplaats eens gaan informeren hoe zij met kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek omgaan. Ik liep op dat moment stage in een dagopvang voor psychiatrische patiënten. Deze is gesitueerd in Boechout, België. Het bereiken van deze koppers bleek best moeizaam te verlopen, omdat deze kinderen moeilijk te bereiken zijn. Mijn collega's op mijn stageplek vertelden dat zij deze kinderen niet vaak zien. Het is ook zo dat de ouders van deze kinderen vaak niet willen dat hun kinderen in contact komen met de hulpverlening. Dit omdat zij het er zelf erg moeilijk mee hebben dat zij in de psychiatrie zitten en hun kinderen niet met hun problemen willen belasten. Zij vinden het tevens moeilijk om hun kinderen te vertellen wat er met hun aan de hand is. En als deze kinderen al te bereiken zijn weten hulpverleners vaak niet goed hoe zij op de vragen van deze kinderen in moeten spelen. Zij weten daarbij vaak niet welke vragen er bij kinderen spelen om hun gericht te informeren. Weten zij dit wel dan is het vaak zo dat zij op weerstand van ouders stuiten als zij kinderen uitleg willen geven over de problematiek van de ouder.
Het lijkt mij daarop interessant om eens te onderzoeken wat kinderen van psychisch zieke ouders over de ziekte van hun ouders willen weten en met welke vragen zij zitten, als mede waar zij tegen aanlopen in hun weg naar de hulpverlening toe. Daarbij wil ik ook graag weten wat hulpverleners nodig hebben om deze doelgroep te kunnen bereiken. Mijn collega's gaven aan dat niemand eigenlijk weet hoe er goed op de doelgroep KOPP ingespeeld moet worden. Dit doordat zij niet weten wat de wensen en behoeften van deze doelgroep zijn. Hiermee werd mijn nieuwsgierigheid nog meer gewekt en was het onderwerp voor mijn scriptie gevormd.

Natalie van der Linden

Op mijn stage in België zat een jongen met een ouder met een psychische stoornis. Ik merkte aan hem dat hij het moeilijk had in de omgang met zijn moeder. Mijn stagebegeleidster vertelde mij dat er nog veel te weinig informatie is voor kinderen van ouders met psychische problematiek. Ik bedacht me dat eigenlijk alleen de patiënt, in dit geval de ouder, in het middelpunt van de hulpverlening staat. Mijn collega's zeiden dat deze kinderen vaak vragen rondom de ziekte van hun ouder hebben, maar hier is nog te weinig oog voor. Ik vind het belangrijk dat kinderen geïnformeerd worden en met hun vragen terecht kunnen waardoor zij de ziekte van hun ouder kunnen verwerken. Ik dacht hier wil ik meer van weten. Ik stelde aan mijn stagebegeleidster voor dat ik hier omtrent informatie zou gaan opzoeken en ik hiervoor een dossier over kon gaan maken. Tijdens de zoektocht raakte ik zo gefascineerd door het onderwerp dat ik hier mijn scriptie over wilde gaan maken.

Marie-Claire Thorenaar

Uiteindelijk bleek hierdoor onze gezamenlijke interesse voor het onderwerp koppers gewerkt. Wij werden gefascineerd door de informatie die wij rond dit onderwerp vonden. Daarbij waren wij allebei erg verbaasd dat het vanuit de hulpverlening moeilijk blijkt om deze groep kinderen te bereiken, terwijl wij van koppers zelf vernomen hebben dat zij weinig aandacht krijgen vanuit de hulpverlening. Aangezien SPH'ers in het werkveld vaak in aanraking komen met deze doelgroep en eigenlijk vaak te weinig weten van dit onderwerp om deze groep kinderen goed te kunnen begeleiden. Zij weten niet waar deze kinderen behoefte aan hebben en op hun beurt vinden deze kinderen geen aansluiting bij de hulpverlening. Om te zorgen dat deze groep kinderen beter bereikt kan worden hebben wij besloten om hier onze scriptie over te maken. Wij hebben er tevens voor gekozen om dit samen te doen, aangezien wij zowel koppers als hulpverleners willen interviewen en dit alleen wel heel veel werk is binnen zo'n korte tijd om al die interviews te doen en dat ook nog eens alleen uit te werken.

Marie-Claire en Natalie

1.2 Probleemstelling

Nadat onze interesse voor het onderwerp gewekt was zijn wij op zoek gegaan naar meer informatie over het onderwerp. Dit hebben wij gedaan door middel van gesprekken met hulpverleners van verschillende GGZ instellingen en koppers. Het bleek dat zij vinden dat ze elkaar moeilijk kunnen bereiken. Hulpverleners weten niet hoe zij de kinderen kunnen bereiken en koppers vinden dat er geen oog voor hen is.
Daarnaast vinden koppers de hulpverlening die er al voor hen is, doe-praatgroepen, een te hoge drempel hebben om zich snel aan te melden
Door middel van dit onderzoek willen wij te weten komen waar zowel hulpverleners als koppers behoefte aan hebben. Dit zodat koppers en hulpverleners elkaar beter kunnen bereiken.

1.3 Doelstelling

- Wij willen te weten komen hoe hulpverleners koppers beter kunnen bereiken en wat daarvoor nodig is.
- Wij willen te weten komen hoe koppers omgaan met de ziekte van hun ouder(s) en welke wensen en behoeften zij hebben ten aanzien van de hulpverlening.
- Met dit onderzoek willen wij ervoor zorgen dat koppers beter bereikt kunnen worden en zij hun weg binnen de hulpverlening beter weten te vinden en antwoord krijgen op hun vragen.

1.4 Onderzoeksvraag

1. Hoe denken hulpverleners koppers beter te kunnen bereiken en wat denken zij dat hiervoor nodig is?
2. Hoe gaan koppers om met de ziekte van hun ouder(s) en wat zijn hun wensen en behoeften ten aanzien van de hulpverlening?
3. Hoe kunnen koppers beter bereikt worden zodat zij hun weg binnen de hulpverlening beter weten te vinden?

Wij willen dit onderzoek samen uitvoeren, omdat wij om deze onderzoeksvraag te beantwoorden zowel de koppers als hulpverleners interviewen. Aangezien wij van beide groepen willen weten wat de wensen en behoeften zijn en wij die beter op elkaar af willen stellen. Het is veel werk om zowel bij de koppers als bij de hulpverleners onderzoek uit te voeren en dit is de reden dat wij dit onderzoek samen doen.

1.5 Deelvragen

1. Wat is een kopper precies?
2. Welke positieve en welke negatieve factoren spelen er voor een kopper rond de ziekte van zijn ouder(s)?
3. Wat willen koppers weten over de ziekte van hun ouder(s)?
4. Met welke emoties zitten koppers rondom de ziekte van hun ouder(s)?
5. Waar hebben koppers vanuit de hulpverlening behoefte aan?
6. Hoe denken koppers zelf beter bereikt te kunnen worden?
7. Wat is er al voor hulpverlening voor deze groep?
8. Wat zijn de knelpunten waar hulpverleners tegen aan lopen in het bereiken van koppers?
9. Wat wil een hulpverlener weten over de verwachtingen van kinderen ten aan zien van de hulpverlening?
10. Hoe denken hulpverleners dat koppers het best bereikt kunnen worden?

1.6 Methoden van dataverzameling

In eerste instantie hebben wij literatuuronderzoek gedaan aan de hand van het lezen van boeken, artikelen lezen van internet en uit tijdschriften. Wij hebben ook nog een aantal boeken gelezen speciaal voor koppers. Dit om ons zo meer te kunnen verdiepen in het onderwerp en te weten te komen wat er allemaal al is. Wij hebben dit ook gelezen om zo onze vragen voor het onderzoek vast te kunnen stellen.
Naast het literatuuronderzoek hebben wij praktijkonderzoek gedaan. Dit zowel onder koppers als hulpverleners, omdat wij van beide kanten wilden weten waar er behoefte aan is en hoe zij denken dat zij elkaar beter kunnen bereiken.
In eerste instantie wilden wij de koppers zowel enquêteren als interviewen, maar als snel bleek dat deze groep liever anoniem blijft en liever een enquête in willen vullen dan er over willen praten. Doordat wij een groot aantal enquêtes terug kregen hebben wij er voor gekozen om niet verder te zoeken naar mensen die geïnterviewd wilden worden en puur de enquêtes te gebruiken voor ons praktijkonderzoek. Deze enquêtes zijn echter wel allemaal anoniem ingevuld. Wanneer wij citeren uit deze enquêtes zal hier dus geen naam bij staan, omdat deze namen privé zijn en wij deze privacy accepteren.
Onder de hulpverleners hebben wij wel zowel enquêtes afgenomen als interviews gehouden. Het bleek dat zowel enquêtes als interviews houden onder deze groep wel kon. De ene persoon gaf de voorkeur aan het invullen van de enquête terwijl de ander ons graag te woord stond voor een interview. Dit heeft er toe geleid dat wij de hulpverleners zowel geënquêteerd als geïnterviewd hebben. Voor citaten in onze scriptie hebben wij echter alleen de functie van de geïnterviewde gebruikt. Dit omdat wij van een aantal mensen, zeker onder de geënquêteerden alleen de functie weten en niet de naam.

1.7 Verantwoording van het onderzoek

1.7.1Betrouwbaarheid
Wij nemen aan dat de betrouwbaarheid van de koppers redelijk groot is. Dit doordat er door zo'n veertig koppers enquêtes zijn ingevuld door de leeftijdcategorie 12 tot 18 jarigen. De doelgroep die wij wilden bereiken. Wij denken dat de enquêtes voor 100% naar waarheid zijn ingevuld. Wel wordt de waarheid gekleurd door het beeld dat de koppers zelf hebben van hun situatie. .
Door verschillende hulpverleners gesproken en geënquêteerd te hebben is de betrouwbaarheid ook vergroot. Dit tevens doordat zij niet allemaal werkzaam zijn binnen dezelfde afdeling en instelling. Dit geeft een gevarieerd beeld van hoe er binnen verschillende instellingen over het onderwerp KOPP gedacht wordt. Wel zijn wij ons er van bewust dat de ervaringen van de hulpverleners met de doelgroep hun ervaringen kleuren, waardoor wij een gekleurd beeld van de situatie zoals deze is krijgen.
Wij hebben voor ons literatuuronderzoek bronnen gebruikt die zo recent mogelijk zijn of waarvan wij aan de hand van recente bronnen die wij hebben gelezen vonden dat deze waardevolle informatie bevatte om toe te voegen.

1.7.2 Interne geldigheid
De ervaringen van onze respondenten zijn gekleurd door de ervaringen die zij met het onderwerp hebben. Aangezien wij wel behoorlijk wat respondenten hebben kunnen bereiken is de interne geldigheid van ons onderzoek redelijk groot. Echter door de beperkte tijd die wij voor dit onderzoek hebben is de interne geldigheid niet optimaal.

1.7.3 Externe geldigheid
De externe geldigheid van het onderzoek blijft beperkt tot Den Haag en Antwerpen. Dit komt omdat wij hier ons onderzoek gedaan hebben. Het is echter niet zo te zeggen dat ons onderzoek niet met andere gebieden te generaliseren zal zijn. Wij hebben daar echter geen onderzoek gedaan en hierdoor geld de externe geldigheid vooral voor Den Haag en Antwerpen.

1.8 Opzet van het onderzoeksrapport

- *Voorblad*
- *Voorwoord*
- *Inhoudsopgave*
- *Inleiding*

In de inleiding zullen wij meer vertellen over hoe wij tot de keuze van deze scriptie zijn gekomen, wat wij te weten willen komen, hoe wij dit aan hebben gepakt en zullen wij meer vertellen over de verantwoording van ons onderzoek.

- *analyse van de dataverzameling*

In onze analyse van de dataverzameling zullen wij literatuur en praktijk met elkaar combineren. Wij zullen waar er verschillen in zitten aangeven waar wij deze concrete informatie vandaan hebben gehaald. Daarbij zullen er verschillende citaten staan uit de enquêtes en interviews die wij hebben afgenomen. Bij de koppers zullen hier echter geen namen bij staan, omdat wij deze niet weten. Van de hulpverleners weten wij ook niet alle namen en zullen wij daarom hun functie gebruiken, omdat deze wel van allen bekend is.

- *conclusies en aanbevelingen*

Hierin zullen wij onze conclusies per deelvraag weer geven en de aanbevelingen die wij hierna hebben aan de hand van de conclusies die wij getrokken hebben.

- *Antwoord op onze probleemstelling, doelstelling en onderzoeksvraag*

Hierin geven wij aan de hand van de dingen die relevant zijn voor de koppers en die relevant zijn voor de hulpverleners antwoord op onze probleemstelling, doelstelling en onderzoeksvraag.

- *Verantwoording van ons product*

Hierin beschrijven wij waarom wij voor het product kiezen dat wij gemaakt hebben en wat dit wordt.

- *evaluatie*

Hierin vindt u een evaluatie van het proces terug met zijn sterkte en zwakke punten

- *Nawoord*
- *Literatuurlijst*
- *Bijlagen*

2. Wat is KOPP?

Onder KOPP worden kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek verstaan. Vaak wordt hier de afkorting kopp-kind of kopper voor gebruikt.
Deze afkortingen worden gebruikt om aan te geven over welke groep het gaat en aangezien kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek te lang is om elke keer te schrijven is hier een afkorting voor bedacht.

“Het hanteren van een term of afkorting heeft zo zijn voor- en nadelen. Een voordeel van de term ‘KOPP’ is dat je bij een bepaalde groep hoort; er bestaat een woord voor wat jou is overkomen. Je bent niet de enige. Dat kan troost bieden. De herkenbaarheid van zo’n term vergemakkelijkt vervolgens de communicatie, trekt de aandacht en maakt het onderwerp bespreekbaar […] Een afkorting brengt onmiskenbaar een etiket en een zekere generalisatie met zich mee. En dat kan lastig zijn, want zoals we zullen zien zijn er veel verschillen mogelijk tussen kinderen die opgroeien bij een psychisch zieke ouder.” (Gameren, van, 2006, 17)

Binnen onze afstudeeropdracht zullen wij de term kopper gebruiken. Niet dat wij alle koppers over een kam willen scheren, maar het geeft voor ons wel duidelijk aan over welke groep kinderen wij spreken, ondanks de verschillen die er onderling zijn.

Veel kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek zullen de afkorting KOPP of kopper wel kennen. Denk hierbij aan kinderen van ouders met schizofrenie, een depressie, manisch-depressief of een persoonlijkheidsstoornis. Voor meer informatie over verschillende ziektebeelden, zie de bijlage.
Het valt echter wel op dat veel kinderen waarvan de ouder een verslavingsproblematiek heeft zich niet kan vinden in de term KOPP. Zij zien verslaving vaak als iets anders dan een psychiatrische ziekte, terwijl een verslaving dit ook is.
“Hoewel verslaving net als schizofrenie en depressies in het diagnoseboek van psychiaters thuishoren, wordt deze koppeling met psychische problematiek niet door iedereen gemaakt.” (Gameren, van, 2006, 21)

3. Welke positieve en welke negatieve factoren spelen er voor een kopper rond de ziekte van zijn ouder(s)?

Binnen een gezin waar een van de ouders psychisch ziek is kunnen er verscheidene gevolgen zijn voor de kinderen binnen zo'n gezin. In dit hoofdstuk willen wij de positieve en negatieve factoren behandelen die van invloed kunnen zijn op de koppers. Deze positieve en negatieve factoren komen vooral aan de orde in de literatuur van, van Gameren (2006), Dingemans en de Pater-Zijlstra (1998) en van der Stel en van der Keuken (1992). Wij gebruiken tevens de antwoorden die de koppers gegeven hebben in de enquêtes.

3.1 De risicofactoren

3.1.1 Risicofactoren bij het kind

- *De leeftijd*

De leeftijd van het kind waarop de psychisch zieke ouder ziek wordt, bepaalt veel. Dit komt doordat of het kind zijn ouder(s) nooit anders heeft gekend dan psychisch ziek of op latere leeftijd te maken krijgt met een psychisch zieke ouder.
Als kinderen op een latere leeftijd te maken krijgen met een psychisch zieke ouder dan ervaren zij dat de ouder opeens ander, onverklaarbaar gedrag gaat vertonen. In deze periode krijgen zij te maken met een verlieservaring en een periode van rouw, omdat de ouder niet meer is wie deze in eerste instantie was. Wanneer een ouder ziek is mist een kind een gezond rolmodel, waar zij van kunnen leren en gedrag van kopiëren.

In onze enquêtes komen een veilige hechting en het rouwproces niet specifiek aan de orde. Wel geven 20% van de respondenten aan dat het pijn doet om te zien dat hun ouder ziek is. Wij denken zelf dat zij wel degelijk een rouwproces doormaken of doorgemaakt hebben, maar dit wordt niet expliciet geuit. Een veilige hechting komt niet specifiek aan de orde. Wel geven kinderen die twee zieke ouders hebben of in een één ouder gezin zijn opgegroeid vaker aan zich thuis niet veilig te voelen, dan kinderen die nog een gezonde ouder hebben. Het zich niet veilig voelen of bang zijn voor een ouder geeft volgens ons wel aan dat een kind niet helemaal veilig gehecht is.

Het is echter niet zo dat de kinderen die twee zieke ouders hebben gelijk helemaal geen goede band hebben met hun ouders. Vaak is er een van de ouders waar zij beter mee overweg kunnen en toch nog op terugkunnen vallen.

- *De persoonlijkheid van het kind zelf*

Een kind dat gevoelig is voor alles wat er om die persoon heen gebeurt, zal het lastiger hebben met de ziekte van de ouder dan een kind die minder moeite heeft met veranderingen.
Wanneer dit kind weinig regelmaat heeft, zal het daar moeilijk mee hebben, omdat het een houvast zoekt.

Dit kind is erg gevoelig voor veranderingen in huis en verandering van de stemming van de zieke ouder. Het heeft er moeite mee om op de nieuwe situatie te reageren en zal hierdoor gedrag kunnen gaan vertonen wat niet goed voor het kind is (bijvoorbeeld heel agressief worden of juist heel angstig en teruggetrokken).
Veel kinderen geven aan het moeilijk te vinden om, om te gaan met het gedrag van hun zieke ouder. Dit betreft meer dan een kwart van de respondenten.

Soms weten kinderen niet goed wat zij met de thuissituatie aan moeten en krijgen zoveel stress te verwerken. Hierdoor worden zij dan zelf depressief. “Ben wel depressief geweest.” “Door de thuissituatie heb ik op vrij jonge leeftijd een depressie ontwikkeld.” Kinderen die in ongunstige omstandigheden opgroeien kunnen last krijgen van een laag zelfbeeld en faalangst.

3.1.2 Risicofactoren bij de ouder

- *Ernst en duur van de ziekte*

Het geen zorgt voor de grootste risicofactor bij de ouder is de ernst en de duur van de ziekte. Het maakt dan niet uit of een ouder bijvoorbeeld schizofreen of depressief is, maar het doet er wel toe hoe lang en in welke mate.
Als een ouder eenmalig, een paar maanden depressief is dan heeft dit een veel kleinere invloed op het kind dan als een ouder eens in de zoveel tijd een terugval krijgt van een langere of kortere tijd.

Wanneer een ouder eenmalig ziek is geweest kwam tevens uit de enquête naar voren dat dit minder impact had.
“ Was vervelend toen mijn moeder ziek was, ze was vaak verdrietig. Nu is ze weer beter.” “De ziekte heeft weinig impact op mij gehad.” “ De depressie heeft de relatie met haar niet slechter gemaakt.” “ Nu weer een goede band, eerst kon ik hem niet vertrouwen. Nu komt dat vertrouwen weer terug.”

Wanneer ouder langdurig ziek is geven meer respondenten aan op hun tenen te moeten lopen.
Van de respondenten geeft 12,5% aan dat zij moeite hebben met de onvoorspelbaarheid van het gedrag van de zieke ouder. “ Soms gooit ze zomaar met dingen en soms kan ik ineens heel goed met haar praten.” “Het ene moment was ze gezellig en het andere moment niet meer.”

- *Geen ziekte-inzicht*

In veel gevallen heeft de ouder die ziek is zelf geen ziekte-inzicht. Deze ouder wil geen behandeling hebben, omdat hij zich niet ziek voelt. De ziekte wordt hierdoor gebagatelliseerd. Er wordt dan door de ouders gezegd dat het allemaal zo erg nog niet is of dat er niets aan de hand is. Hierdoor wordt het probleem niet erkend en kunnen de kinderen met hun problemen bij niemand terecht. Er ontstaat dan een vicieuze cirkel waarin de situatie thuis chronisch en onbesproken blijft. De kinderen nemen echter wel ander gedrag bij hun ouder waar en merken dat hun ouder anders is dan andere ouders, maar hebben hier geen zekerheid over. Dit omdat er nooit een diagnose is gesteld.
Uit de enquêtes blijkt dat wanneer een ouder geen ziekte-inzicht heeft de kinderen geen duidelijkheid krijgen en het contact vaak slechter wordt. “Ik zou graag met zekerheid willen weten wat er aan de hand is, maar dit zal niet mogelijk zijn, omdat hij zijn medewerking niet verleent.” “Slecht contact, heb dit alleen maar omdat het voelt als een verplichting.”

3.1.3 Risicofactoren binnen het gezin

- *Druk op de gezonde ouder*

Binnen een gezin waarin een psychisch zieke ouder leeft komt vaak een grote druk te staan op de gezonde ouder. Deze moet enerzijds voor de kinderen zorgen en anderzijds voor de psychisch zieke ouder. De aandacht is dan vaak moeilijk te verdelen. De zieke

ouder vraagt een hoop aandacht en daar moet de gezonde ouder er voor zijn. Dit als de zieke ouder thuis is, maar ook als deze opgenomen is.
De kinderen komen hierbij dan nog wel eens in het gedrang, omdat het al moeilijk genoeg is om het gezin draaiende te houden.
De gezonde ouder kan de kinderen dan minder individuele aandacht geven, er is minder tijd om naar de verhalen van de kinderen te luisteren of om de kinderen een aai over de bol te geven.

In de enquêtes wordt aangegeven aan dat de druk op de andere ouder groot is en deze zich aan probeert te passen aan de situatie van de zieke ouder, waardoor zij dit ook van de kinderen gaan vragen.“ Ons als kinderen werd gevraagd om ons zoveel mogelijk aan te passen aan mijn vader.”

Wanneer de zieke ouder niet in staat is om voor de kinderen te zorgen, moet de andere ouder dit doen. Sommige kinderen geven aan hierdoor goed bij de gezonde ouder terecht te kunnen, maar soms is het echter zo dat de gezonde ouder ook niet weet hoe met de situatie om te kunnen gaan. Deze moet zijn aandacht verdelen tussen de zieke ouder en de kinderen, kunnen soms zelf moeilijk over de situatie praten en hierdoor kunnen zij hun kinderen niet altijd geven wat zij nodig hebben. Dit uit zich vooral in emotioneel niet beschikbaar zijn voor de kinderen. “ Mijn vader is wel beschikbaar voor praktische zaken, maar emotioneel is hij er niet.”

- *Disfunctioneel ouder – kindcontact*

Wanneer het contact tussen ouder en kind niet goed is, kan dit voor het kind lijden tot problemen. Het omgaan van de ouder met de kinderen heeft namelijk een grote impact. “De opvoeding van zieke ouders kenmerkt zich vaker door vlakke emoties, minder lichamelijk contact zoals knuffels of op schoot zitten, minder goedkeuring, geringere spontaniteit, minder responsiviteit, minder voorspelbaarheid en meer boosheid” (Gameren, van, 2006, 150)
In de enquêtes wordt tevens aangegeven dat het gedrag van de zieke ouder onvoorspelbaar is (12,5%) en dat de gespekken met de zieke ouder minder diepgaand zijn. Daarbij is er bij 32,5% een gespannen sfeer in huis en komt er bij 20% van de respondenten thuis agressie voor.

- *Geen steun aan elkaar*

Het is belangrijk dat een kind met zijn vragen en gevoelens bij zijn ouders terecht kan. In een gezin waar een van de ouders psychisch ziek is, is dit niet altijd het geval. Omdat de ene ouder zo bezig is met zijn ziek zijn en de andere ouder bezig is het met ziek zijn van de zieke ouder is er geen aandacht voor de kinderen. Deze kunnen hierdoor niet bij hun ouders terecht en zullen op zichzelf terug geworpen worden. Hierdoor zullen zij moeite hebben om steun bij iemand te zoeken, omdat hun ouders er niet voor hen waren. Zij raken er zo aan gewend om hun eigen zaakjes op te knappen.

Vooral de oudste kinderen krijgen hier mee te maken. Zij zorgen vaak voor hun jongeren broers en zusters, waardoor zij extra belast worden.
Mochten broers en zussen ook nog eens niet bij elkaar terecht kunnen, dan zal het nog extra moeilijk worden om ergens steun te zoeken. Wanneer iedereen zo met zichzelf bezig is en geen steun aan anderen kan geven, zal iedereen er aan gewend raken om nooit bij een ander met zijn problemen terecht te kunnen.

Wanneer er niemand beschikbaar is voor het kind of dat ouders niks vertellen of liegen tegen de kinderen, kunnen zij het vertrouwen in hun ouders, maar vooral ook in andere mensen kwijtraken.

Sommige kinderen geven aan dat broers en zussen al het huis uit zijn waardoor zij zich eenzaam en alleen gaan voelen thuis. Zij kunnen met hen niet meer overal over praten, terwijl ze thuis allemaal een moeilijke periode hebben doorgemaakt. Zij zien elkaar nu minder en dat is voor de achterblijver nog wel eens pijnlijk. “Mijn broers en zussen waren het huis al uit en ik kreeg niet de hulp die ik nodig had.”

3.1.4 Risicofactoren buiten het gezin

- *Geen steun van buitenaf*

Wanneer er door de omgeving geen steun wordt gegeven aan het gezin waarbinnen een zieke ouder is. Dit kan komen doordat het gezin geïsoleerd leeft. Alle steun van buitenaf wordt dan afgehouden. Soms worden kinderen wel voorgelicht en krijgen praktische steun, maar zij ervaren zelf een gebrek aan erkenning en emotionele steun. De steun sluit niet aan bij hun wensen en behoeften en hierdoor ervaren zij een tekort aan steun van buitenaf.
Sommige respondenten geven aan geen steun van buitenaf te ervaren. Dit omdat het gezin gesloten is en zij het zelf op proberen te lossen. “Wij proberen er met z’n vijven wel uit te komen.” Heel soms is er naar hun idee echter niemand beschikbaar.

- *Weinig sociale contacten*

Wanneer het gezin weinig sociale contacten heeft, raakt het eerder in een sociaal isolement. Wanneer een ouder in het gezin ziek wordt, zal het gedrag van die persoon veranderen. Hierdoor kan het zijn dat de persoon die ziek is zich hiervoor schaamt en sociale contacten zowel met familie als andere personen binnen het sociale netwerk afstoot. Deze kan door zijn ziekte ook te weinig sociale vaardigheden vasthouden, waardoor de kring met sociale contacten steeds kleiner zal worden.

Het kan ook zijn dat het gezin zich schaamt voor de zieke ouder of deze wil beschermen en hierdoor sociale contacten af houdt.
Zo kunnen de kinderen niet terecht bij andere volwassenen, die hun een ander voorbeeld kunnen geven dan van hoe het er thuis aan toe gaat.
De ziekte van de ouder draagt er ook toe bij dat de kinderen geen vriendjes meer mee naar huis durven nemen. Dit omdat het gedrag van de zieke ouder vreemd en onvoorspelbaar kan zijn en zij zich hier tegenover leeftijdsgenoten voor schamen.
Sommige respondenten geven aan dat er weinig sociale contacten zijn en dat zij op weinig mensen terug kunnen vallen. Dit zeker wanneer de ziekte van een ouder alleen in de familie bekend is of als ouders geen ziekte-inzicht hebben.

- *Een lagere economische status*

Wanneer een ouder psychisch ziek wordt is de kans groot dat deze zijn baan verliest. Zeker wanneer deze persoon hoofdverdiener was zal het gezin er financieel gezien op achteruit gaan. Hierdoor krijgt het gezin minder mogelijkheden om iets te doen met het geld dat ze hebben.

3.2 De stressvolle factoren

3.2.1 Zelfmoord

- *Dreigen met zelfmoord*

Het kan voorkomen dat een kind geconfronteerd wordt met een zelfmoordpoging van ouder of met de dreiging hiervan.
Een ouder kan indirect zeggen: “Het hoeft voor mij niet meer” of direct zeggen: “Ik maak er een eind aan”.
Kinderen die met deze dreiging te maken krijgen hebben vaak een hoop verwarde en verdrietige gevoelens. Maar zeker ook gevoelens van onvermogen en onbelangrijkheid. Wanneer een ouder dreigt om er een eind aan te maken geeft dit een kind het gevoel er niet toe te doen, het niet waard te zijn om voor te leven.

Een kind durft deze gevoelens dikwijls niet te uiten. Dit omdat het kind het gevoel heeft dat zijn gevoelens niks betekenen tegenover een radeloze ouder.
Wanneer schaamte rondom de ziekte van de ouder en dus een groot taboe een rol speelt zal een kind het nog moeilijker vinden om zijn gevoelens naar voren te brengen, dan in een gezin waar hier wel over gesproken kan worden.

Het kan tevens de reactie uitlokken dat kinderen op hun tenen gaan lopen om te zorgen dat hun ouder het zo goed mogelijk heeft. Dit in de hoop om de ouder van deze zelfmoordgedachte af te brengen.
Een klein aantal respondenten geeft aan dat zij een ouder hebben die suïcidale gedachten en of neigingen heeft. Dit geeft voor kinderen een grote druk en dit maakt dat zij vaak extra op hun hoede zijn bij hun ouder. Sommige kinderen geven aan dat hun ouder alleen die gedachten heeft, maar ze niet uit zal voeren.

- *Daadwerkelijk zelfmoord plegen*

Wanneer een ouder er voor kiest om daadwerkelijk zelfmoord te plegen is dit een van de moeilijkste confrontaties die een kind mee kan maken. “…blijft het de meest complexe vorm van rouw die iemand moet doorlopen.” (Gameren, van, 2006, 161)
Een kind heeft geen afscheid van zijn ouder kunnen nemen. Daarbij is het vaak zo dat iemand de zelfmoord niet aan zag komen. Het geeft daarbij een hoop gevoelens van machteloosheid en onbegrip. Zelfs wanneer een kind op het ontwikkelingsniveau is om de zelfmoord in de context met de ziekte te plaatsen.
Wij hebben geen respondenten waarvan een ouder zelfmoord heeft gepleegd.

3.2.2 Bezoeken aan een psychiatrisch ziekenhuis

Voor de meeste kinderen is dit een heftige en confronterende gebeurtenis. Niet alleen de eigen ouder is meestal anders en kan nog wel eens raar gedrag vertonen, maar tevens de andere mensen die opgenomen zijn op een psychiatrische afdeling.
Vaak is het nog eens zo dat deze kinderen zonder voorbereiding op de afdeling terecht komen. Er wordt hun niet verteld wat zij aan kunnen treffen of wat zij überhaupt zullen zien.

Vaak wordt er ook niet aan kinderen gevraagd of zij hun zieke ouder wel op willen zoeken. Soms zijn kinderen hier nog niet aan toe en is het zinvoller om hen thuis te laten en mee te nemen wanneer deze er wel aan toe zijn.
Een aantal respondenten geeft aan dat zij wel eens mee zijn geweest wanneer een ouder opgenomen was. Zij hebben vaak echter een hoop informatie gemist waardoor dingen voor hen vaak onbegrijpelijk waren en zij nog met veel vragen rondom de ziekte van hun ouder zitten.

3.2.3 Geweld

In gezinnen waarbinnen een psychisch zieke ouder leeft komt ook nog wel eens geweld voor. Wanneer dit veelvuldig voor komt spreken we van mishandeling.
Dit kan zijn door de ouder die psychisch ziek is, omdat deze de situatie niet meer aan kan, het overzicht niet meer heeft en hierdoor de controle over zichzelf verliest. Dit kan zich dan uiten in geweld naar de kinderen toe. Dit is vaak verbaal of fysiek.
Het komt echter vaak voor dat de partner zijn frustraties botviert op de kinderen. De partner kan de situatie niet meer aan en ontlaad zijn ongenoegen op de kinderen. Er zal door mannen vaker fysiek geweld gebruikt worden dan door vrouwen. Dit is gebaseerd op verhalen van ervaringsdeskundigen.[1] Vrouwen zullen meer verbaal geweld gebruiken tegenover hun kinderen.
Bij 20% van de respondenten kwam nogal wat agressie voor thuis. Dit bestaat uit zowel verbale, fysieke als emotionele agressie.
“Er is veel ruzie in huis, mijn moeder ontploft om de stomste dingen.” “Ze kan soms heel agressief worden en dan gooit ze met dingen.” Het alsmaar als kind de grond ingetrapt worden door je zieke ouder.”

3.3 De beschermende factoren

3..3.1 Beschermende factoren bij het kind

- *De persoonlijkheid van het kind zelf*

Als een kind zich makkelijke aan past of aan een bepaalde verwachting bij de ouders voldoet ondanks de problemen die er in het gezin zijn, zal dit kind makkelijker overleven binnen het gezin. Het zal hier dan over het algemeen beter uitkomen dan andere kinderen.

Zoals bij een depressieve moeder die een goedlachse baby heeft. Dit geeft haar enigszins een lichtpuntje en dit werkt weer door op het kind en de relatie met de ouder. Daarbij wordt het voor een kind ook makkelijker als deze de situatie van de zieke ouder los kan zien van zichzelf. Doordat het kind dan weet dat de ouder niet ziek is door zijn toedoen.
Hierdoor groeit de zelfwaardering en het zelfvertrouwen van een kind en dat stelt het kind beter in staat om, om te gaan met de ziekte van zijn ouder.
Een aantal respondenten geeft aan de ziekte en de ouder los van elkaar te zien. Hierdoor kunnen zij beter met de situatie om gaan en objectiever naar de situatie kijken. Zij weten dat hun ouder ziek is, maar dat dit niet hun schuld is. “ Ik kan de situatie nu los

[1] Gameren, Sandra, van (2006). *Leven met een psychisch zieke ouder.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

laten", " Ik weet dat de ziekte van mijn moeder niet door mij komt." "Ik zie haar niet alleen als een ziek iemand, maar als een echte moeder die ook haar eigen karaktertrekken heeft en op haar manier om gaat met alles wat er op haar af komt."

3.3.2 Beschermende factoren bij de ouder

- *De mate waarin de ouder met een psychiatrische stoornis in staat is om voor de kinderen te blijven zorgen.*

Soms kan een gezin ondanks de problemen die er zijn door de ziekte van de ouder redelijk goed blijven draaien. Een ouder probeert ondanks dat het ziek is tijd op te brengen voor de kinderen en open te zijn over wat er aan de hand is. Dit versterkt de band, waardoor er vanuit de kinderen meer begrip opgebracht kan worden voor de ziekte van de ouder.
Van de respondenten geeft 56% aan dat ondanks dat hun ouder ziek is dat zij toch nog een redelijk tot goede relatie met hun ouder hebben. Dit komt vooral omdat hun ouder zijn best doet om er voor het kind te zijn. Daarbij geeft openheid over de ziekte ook meer duidelijkheid en is de ouder vaker in staat beter voor de kinderen te blijven zorgen.

- *Ouder- kind relatie*

Ondanks dat een ouder ziek is hoeft dit de ouder- kind relatie niet in de weg te staan. Ondanks dat een ouder soms een andere kijk op de wereld kan hebben door zijn ziektebeeld. Denk bijvoorbeeld aan iemand die als diagnose schizofrenie heeft. Dit hoeft echter niet te betekenen, dat deze persoon de affectie voor de kinderen verliest. Deze geeft het kind aandacht en probeert er voor het kind te zijn. Al is het maar een half uurtje per dag wat je samen hebt, dit versterkt de band wel. Het functioneren als ouder zijnde is dan belangrijker dan de gestelde diagnose. Van de respondenten geeft 10% aan dat zijn zieke ouder echt zijn best doet om er voor hen te zijn en zij waarderen dit heel erg. Vaak is er ook nog een gezonde ouder in de familie. Mocht de zieke ouder niet beschikbaar zijn, dan kan de band met de gezonde ouder nog heel goed zijn. Zolang deze aandacht heeft voor de kinderen, hun affectie kan bieden en interesse kan hebben voor wat zij doen. Het is tevens belangrijk dat deze ouder structuur en regelmaar biedt en dat de gewone activiteiten van de kinderen gewoon door kunnen gaan. Ook het stimuleren van de kinderen om deel te nemen aan een club of om vriendjes mee naar huis te nemen heeft een gunstige invloed op het verloop van de jeugd van een kind. Daarbij is openheid over de ziekte van de psychisch zieke ouder heel belangrijk. Dit creëert begrip en als er ruimte is om gevoelens te mogen tonen dan is de sfeer veel minder gespannen.

3.3.3 Beschermende factoren binnen het gezin

- *Emotionele steun*

Wanneer een kind zijn gevoelens mag uitten rondom de ziekte van zijn ouder doet dit een kind veel goed. Het leert zo dat het kan praten over hoe het met hem gaat en dat, dat ook mag, ondanks dat een van de ouders psychisch ziek is.
Wanneer zeker de gezonde ouder regelmatig vraagt hoe het gaat, maar het kind ook stimuleert om leuke dingen te doen heeft dit een gunstig effect op het kind.
" Mijn ouders doen erg hun best om er voor mij te zijn, om me te steunen en ze zijn trots."

- *Informatieve steun*

Wanneer een kind verteld wordt wat er met de zieke ouder aan de hand is, schept dit veel duidelijkheid. Wanneer het kind informatie krijgt dat aangepast is op zijn ontwikkelingsniveau kan het leren realistisch om te gaan met de ziekte van zijn ouder. Wanneer kinderen meer weten over de ziekte van hun ouder, kunnen zij dingen vaak beter plaatsen en er beter mee omgaan. “Ik had het er moeilijk mee om mijn moeders beperkingen te kunnen accepteren en had vele vragen. Ook over mezelf.” “Het heeft me geholpen dat ik met deze vragen terecht kon en er over kon praten.”

3.3.4 Beschermende factoren buiten het gezin

- *Steun van bekenden*

Naast de steun die kinderen van hun ouders, broers en zussen kunnen krijgen zijn er ook nog anderen buiten het gezin waar kinderen steun kunnen zoeken.
Dit kunnen bijvoorbeeld de grootouders zijn, een oom of tante of vriendjes en vriendinnetjes waar ze terecht kunnen. Het hoeft dan niet altijd zo te zijn dat er over de situatie thuis gepraat wordt, maar als het kind ergens zichzelf kan zijn, kan spelen en geaccepteerd wordt zoals het is. Dit is voor een kind heel belangrijk. Als het thuis niet de veiligheid kan ervaren die het nodig heeft, maar op een andere plek wel dan kan dit een gunstig effect hebben op het kind zelf. Dit in de ontwikkeling van het kind met betrekking tot het zelfbeeld en het omgaan met emoties.

Het is tevens belangrijk dat een kind als individu gezien wordt en beoordeeld wordt op zijn eigen kwaliteiten dan alleen maar als onderdeel het gezin.
Van de respondenten geeft 40% aan dat zij steun ervaren van buitenaf. Dit vooral van vrienden en familie buiten het gezin. Soms bijvoorbeeld van een conciërge, buren of de kerk.

- *Sociale contacten*

Het is belangrijk om kinderen te stimuleren om sociale contacten aan te gaan. Hierdoor kunnen zij leren van hun leeftijdsgenoten en dit vergroot sociale vaardigheden. Door minder geïsoleerd te leven vergroot dit de weerbaarheid voor later in de maatschappij. Veel respondenten geven aan wel vrienden of andere mensen buiten het gezin te hebben waar zij terecht kunnen en hun eigen hobby’s te hebben.

> Er komen in gezinnen me een psychisch zieke ouder dus een heleboel risicofactoren, maar ook een heleboel beschermende factoren voor. Wij denken dat het de invloed van deze factoren best groot is. Hoe meer risicofactoren er thuis zijn, hoe ongunstiger dit zal zijn voor het opgroeien van een kind. Zij de beschermende factoren echter heel sterk dan zal een kind minder last hebben van de ziekte van de ouder. Volgens ons zal wanneer een van je ouders psychisch ziek is, dit altijd iets met je doen. Het hangt alleen van het aantal beïnvloedende factoren af hoeveel impact dit op het kind zelf heeft.

4. Met welke emoties zitten koppers rondom de ziekte van hun ouder(s)?

Koppers kunnen met heel wat emoties rondlopen. Vaak delen zij die gevoelens niet met anderen terwijl zij daar vaak wel behoefte aan lijken te hebben.
We beschrijven hieronder met welke emoties rondom de ziekte van hun ouder(s) de kopper kan rondlopen. Voor elke kopper kan dit verschillend zijn, maar er zijn ook veel overeenkomsten tussen de koppers.

4.1 Emoties

4.1.1Schaamte
Veel koppers schamen zich voor hun thuissituatie, voor hun zieke ouder. Ze durven niets te vertellen aan andere mensen en durven geen vrienden meer mee naar huis te nemen.
Ze gaan vanuit dit gevoel van schaamte contacten vermijden. Ze hebben vaak het gevoel de enige te zijn met een dergelijke thuissituatie. Uit de enquêtes blijkt dat 12,5% van de respondenten zich schaamt voor zijn ouder en geen mensen mee naar huis durft te nemen.

4.1.2 Onbegrip en eenzaamheid
Voor kinderen is het vaak moeilijk om te gaan met het taboe rond geestelijke gezondheidszorg. Door veel mensen wordt iemand die psychisch ziek is “gek” genoemd. Nog niet iedereen begrijpt wat psychisch ziek zijn inhoudt. Er heerst hier omtrent dan ook nog een groot taboe. Voor een kind maakt dit het eens zo moeilijk om met iemand hierover te praten. Hoe leg je aan je vrienden uit wat je ouder heeft? De meeste kinderen vertellen het dan ook niet en zonderen zich langzaam meer en meer af. Hierdoor raken zij in een isolement en raken vervreemd van de buitenwereld. Koppers voelen zich vaak niet thuis in de onbezorgde leefwereld van leeftijdsgenoten. Ze hebben al zoveel meer meegemaakt.

4.1.3 Angst
Veel koppers leven in een voortdurende angst. Angst om hun ouder te verliezen, angst voor de onvoorspelbaarheid (hoe zal het morgen zijn?), angst dat hun ouder een zelfmoordpoging zal doen, angst dat hun ouder zal weglopen, angst voor geweld door de ouder en nog veel meer angsten spelen bij koppers.
Sommige koppers durven niet met anderen over hun thuissituatie te praten of zijn bang om afgewezen te worden.[2]
Van de respondenten geeft 12,5 % aan dat zij angst ervaren over hoe ouders reageren en hoe snel zij van stemming kunnen wisselen. Wanneer een ouder op het moment wel goed is, geeft 7,5% aan dat er angst is voor een terugval. Een ouder zou wel weer eens depressief kunnen worden, psychotisch kunnen raken of weer manisch kunnen worden. Dit brengt veel angst en onzekerheid met zich mee.

4.1.4 Schuldgevoelens
Koppers voelen zich vaak schuldig over hun thuissituatie. Voorbeelden van schuldgevoelens die bij koppers spelen zijn: “Ik ben niet braaf genoeg geweest”, “Mama voelt zich slecht, omdat ik niet geluisterd heb”. Wanneer een ouder zelfmoord pleegt hebben de kinderen hier ook vaak schuldgevoelens over. “Waarom heb ik dit niet aan zien komen?” “Ben ik niet lief genoeg geweest?” Dit komt niet naar voren uit onze

[2] Trimbos-instituut (2003). *Splinters.* KIPIZIVERO-serie

enquêtes. Hier hebben geen jongeren gereageerd waarvan een van de ouders zelfmoord heeft gepleegd.
Een aantal kinderen voelen zich schuldig tegenover hun ouders. Niet zo zeer over dat zij misschien schuld hebben aan de ziekte. Wel voelen zij zich nog wel eens schuldig over hun gedrag of gedachten. 5% voelt zich schuldig voelen over dat zij negatief over hun ouders denken.
Van de respondenten geeft 10% aan dubbele gevoelens te hebben tegenover hun ouder. Zij hebben bijvoorbeeld een hekel aan hun ouder. Niet zozeer aan de ouder zelf, maar aan de ziekte en dat doet hen pijn. Dat het pijn doet dat de ouder ziek is wordt door 25% van de respondenten beaamd.

4.1.5 Loyaliteit
Dit kan zich uiten in verschillende vormen. Heel wat koppers verbergen hun eigen emoties of houden ze voor zich. Ze zorgen voor zichzelf om het gezin niet nog meer te belasten. Ze maken zichzelf als het ware “onzichtbaar” om zo de anderen te sparen.
Kinderen kunnen ook loyaal zijn aan het gezin door als bliksemafleider te fungeren. Wanneer er zich met het kind problemen voordoen verschuift de aandacht van de moeilijkheden die er zijn in het gezin naar het kind, zodat er meer kans bestaat dat het gezin intact blijft.
Zwijgen over wat er thuis gaande is kan eveneens een uiting zijn van loyaliteit. Zodat de buitenwereld geen slecht idee krijgt over het gezin.

4.1.6 Gebrek aan aandacht en erkenning
Het gezin staat vaak zo op zijn kop dat er maar weinig tijd overblijft voor de kinderen. Zij krijgen hierdoor minder aandacht. De zieke ouder staat vaak centraal binnen deze gezinnen, waardoor de kinderen over het hoofd worden gezien. Er is vaak onvoldoende erkenning voor de moeilijke positie van het kind.

4.1.7 Erfelijkheid en twijfel rond de eigen geestelijke gezondheid
Deze kinderen hebben vaak angst om te worden zoals hun moeder of vader. Deze angst geeft bij sommige koppers aanleiding tot een overdreven alertheid op hun eigen functioneren. Ze gaan hun eigen gedrag, gedachten en gevoelens onder een vergrootglas leggen. Dit kan soms heel ver gaan. Sommigen geven zich als het ware niet de toestemming voor bepaalde gevoelens, bijvoorbeeld: sterke blijheid bij een manische ouder, droevig zijn bij een depressieve ouder.
Deze angst kan er ook toe leiden dat koppers steeds weer proberen aan te tonen dat ze niet zijn of zullen worden zoals hun zieke ouder.
Van de respondenten hebben er 7,5% vragen over erfelijkheid. Zij willen weten in hoeverre zij de ziekte van hun ouder ook kunnen krijgen. Een aantal kinderen geeft aan zelf al psychische problemen te hebben en zich zorgen te maken over de eigen gezondheid. “ Ik maak me ook zorgen om mezelf. Wat heeft het met mij gedaan; soms heb ik het gevoel alsof ik de ziekte van mijn moeder heb overgenomen.” (respondent 6)

4.1.8 Rouw
Heel wat koppers missen een echte vader- of moederfiguur. Hun ouder is vaak lichamelijk wel aanwezig, maar op emotioneel en psychisch gebied neemt de ouder de ouderrol niet op. Ze krijgen geen of weinig affectie en aandacht van de zieke ouder. Hierdoor maken koppers een rouwproces door, waarbij ze afscheid nemen van de liefdevolle ouder zoals ze hem/ haar vroeger gekend hebben.
Uit de antwoorden van onze respondenten wordt niet specifiek aangegeven dat zij een rouwperiode hebben meegemaakt. Wij denken dat dit komt, omdat zij dit verlies zelf niet

als een rouwperiode ervaren of niet weten dat over een verlies ook gerouwd kan worden. Wel geven zij aan dat het pijn doet om te zien dat zij een zieke ouder hebben, 25% van de geënquêteerden, en dat zij het moeilijk vinden, omdat zij niets aan de situatie kunnen veranderen. Dit komt vaker voor wanneer een ouder op latere leeftijd psychisch ziek is geworden dan wanneer dit al van voor de geboorte mee speelt. Wanneer een ouder al vanaf de geboorte ziek is, weet een kind ook niet beter. Het is gewoon.

4.1.9 Weinig vertrouwen in anderen en in zichzelf

Koppers hebben vaak moeite om mensen te vertrouwen. Ook hebben zij nog weinig vertrouwen in zichzelf, vaak doordat ze van thuis uit maar weinig bevestiging hebben gekregen in de dingen die ze deden. Koppers gaan zich dan ook eerder wegcijferen in relaties met anderen of juist te snel teveel van zichzelf geven uit angst om tekort te schieten.[3]

Uit de enquêtes komt hierbij naar voren dat 20% van de respondenten weinig zelfvertrouwen heeft. Daarbij wordt tevens wel eens aangegeven dat zij moeite hebben anderen te vertrouwen of dingen te vertellen. Ook geven de respondenten aan vaak moeite te hebben met relaties, omdat zij het soms moeilijk vinden om vertrouwen te hebben in hun partner. Een aantal antwoorden die terug komen uit de enquêtes zijn onder andere: “Ze begrijpen het toch niet, want zij hebben dit niet meegemaakt.” “Alles wat mijn vriend deed en zei ging ik op een schaaltje wegen.”

Er spelen voor koppers een heleboel emoties mee bij de ziekte van hun ouder(s). Zoals schuldgevoelens en angst. Wij kunnen ons goed voorstellen dat deze emoties er zijn. Wij denken echter dat wanneer er meer openheid is binnen een gezin en ruimte voor de emoties van kinderen dat dit het aantal negatieve emoties reduceert. Wanneer er geen ruimte is om over de ziekte en eigen emoties te praten zullen de koppers veel meer met hun emoties blijven zitten en geen geruststelling krijgen. Wij denken dat zij dan veel meer negatieve dingen bij zichzelf gaan zoeken. Wij denken dat hierdoor veel meer gevoelens van schuld en weinig zelfvertrouwen naar voren zullen komen.

[3] Anoniem, *Nieuwsbrief 12, jaargang 4, januari 2005*. URL: http://www.kinderenjongerentelefoon.be/lkvkjt/nieuwsbrief/NB_12.pdf . Beschikbaar: 12-12-06.

5. Rollen die kinderen van psychisch zieke ouder(s) aan kunnen nemen

Ieder kind probeert zijn jeugd zo goed mogelijk door te brengen. Met twee gezonde ouders is het meestal zo dat de jeugd van een kind vrij probleemloos verloopt en het kind de ruimte krijgt om te kunnen experimenteren met gedrag. In gezinnen waarbij een psychisch zieke ouder is zal deze ruimte er veel minder tot niet zijn. Het gevolg hiervan is dat kinderen thuis vaak een bepaalde rol aan gaan nemen. Deze rollen zijn vaak overlevingsmechanismen om in het ontwrichte gezin een bepaalde structuur aan te kunnen nemen. Met deze structuur weten kinderen zich beter ergens door heen te slaan. De structuur binnen het gezin wordt door de ouders niet gegeven dus zal het kind zelf ergens voor moeten kiezen. Hieronder willen wij de meest voorkomende rollen[4] bespreken die kinderen binnen een gezin met een psychisch zieke ouder aan kunnen nemen.
De verantwoordelijke: deze neemt de ouderrol over en regelt alles thuis.
De aanpasser: Doet thuis wat er van hem gevraagd wordt.
De verzoener: troost iedereen die verdrietig is.
De zondebok: lijdt de aandacht van de problemen af door zelf problemen te veroorzaken
Het aan zijn lot over gelaten kind: Vraagt en krijgt geen aandacht.
De clown: probeert met humor de situatie dragelijk te houden.
Voor meer informatie over deze rollen, zie de bijlage.

Uit onze enquêtes komen niet alle rollen naar voren. Welke er wel in terug naar voren komen zijn:
D verantwoordelijke:“Mijn moeder kon mij moeilijk los laten en ik wilde niet bij haar weg, omdat ik voor haar “moest” zorgen vond ik.”
De aanpasser: “Ik ben wel erg het aangepaste kind, als ik dit niet was werd hij heel erg boos, dus dat is er wel ingewerkt.” “Ons als kind werd gevraagd om zoveel mogelijk begrip te hebben voor zijn situatie, dus aanpasgedrag.” “Als ik een slechte dag had vertelde ik dit niet tegen mijn moeder als ik zag dat zij slecht in haar vel zat.”

Er zijn in de literatuur zes verschillende rollen terug te vinden die kinderen aan kunnen nemen. In onze enquêtes komen er echter twee heel duidelijk naar voren. Deze worden dan tevens benoemd. Wij denken dat dit wel de rollen zijn die door de koppers zelf het snelst herkend worden. Daarbij kan niet elke kopper weten welke rol er aan zijn gedrag toegeschreven wordt. Wij hebben hier in de enquêtes niet concreet naar gevraagd. Dus hierdoor werd niet gevraagd dit concreet te benoemen. Daarbij denken wij dat niet alle rollen herkend zullen worden door de koppers en dat deze daarom niet naar voren zijn gekomen uit de enquêtes.

[4] Stel, Jaap, van der en Joke van der Keuken (1992). *Kinderen, gezin en alcohol. Preventie en hulpverlening.* Assen: Dekker & van de Vegt.

Anoniem. *KOPP - Vlaanderen.* URL: http://www.koppvlaanderen.be/kopzorgen.htm.

6. Wat willen koppers weten over de ziekte van hun ouder(s)?

Wanneer er in een gezin een psychisch zieke ouder is zitten de kinderen van deze ouder met een tal van vragen. Dit des te meer wanneer er weinig openheid is binnen een gezin en de kinderen ook bij niemand anders terecht kunnen met hun vragen en onzekerheden. Het is echter niet te zeggen dat wanneer er wel openheid is binnen een gezin en de kinderen wel ergens terecht kunnen met hun vragen en onzekerheden dat zij geen vragen hebben. Zij zullen echter vaak wel sneller een antwoord krijgen op hun vragen. Hieronder willen wij een beeld schetsen van wat kinderen van een psychisch zieke ouder willen weten over hun ouder.

6.1. Wat willen koppers weten

6.1.1Erfelijkheid
Veel kinderen vragen zich af of de ziekte van hun ouder erfelijk is. Deze vraag is heel begrijpelijk, want soms vertoont een ouder gedrag dat heel raar en ongewoon is. Kinderen zijn bang dat zij misschien zelf later ook zo worden als hun ouder en vragen zich af of het erfelijk is.
Uit de enquêtes krijgen wij van 7,5% van de respondenten terug dat zij zich tevens zorgen maken over erfelijkheid. “Ik maak me ook zorgen om mezelf. Wat heeft het met mij gedaan; soms heb ik ook het gevoel alsof ik de ziekte van me moeder heb overgenomen.”

6.1.2 Schuld hebben aan de ziekte van de ouder(s)
Veel kinderen voelen zich schuldig en denken dat zij schuld hebben aan de ziekte van hun ouder. Ze krijgen het gevoel nooit iets goed te kunnen doen en dat het daarom door hun komt dat hun ouder ziek is. Vaak is dit ook een vraag die zij hebben.

6.1.3 Wat houdt de ziekte van mijn ouder in?
Veel kinderen worden niet geïnformeerd over wat hun ouder eigenlijk heeft. Ze nemen wel een ander gedrag waar, maar weten niet precies hoe dit komt. Wanneer zij uitleg krijgen over de ziekte van hun ouder en welk gedrag de ouder daarbij kan vertonen kunnen zij het vreemde gedrag meer plaatsen en weten zij waarom een ouder zo doet. Van de respondenten van de enquête vraagt 10% zich af wat de ziekte van hun ouder in houdt.

6.1.4 Waarom is mijn ouder niet normaal?
Kinderen weten vaak dat er iets aan de hand is. Een ouder gaat echter vreemd en afwijkend gedrag vertonen en veel kinderen schamen zich hier ook wel voor. Zij vragen zich dan af waarom een ouder niet normaal kan doen. Daarnaast krijgen zij vaak het gevoel dat zij de enige zijn met zo’n ouder.

6.1.5 Gaat het ooit over?
Kinderen blijven altijd hopen dat hun ouder ooit weer normaal wordt. Van de respondenten vraagt 7,5% zich dan ook af of hun ouder ooit weer beter wordt.

6.1.6 Opname
Wanneer een ouder opgenomen wordt ontstaat er voor de kinderen veel onduidelijkheid. Wat gaat er nu met hun ouder gebeuren en wat gaat er met hun gebeuren.

6.1.7 Hoe om te gaan met agressie van een ouder?
Naast dat koppers zich afvragen hoe zij om moeten gaan met de ziekte van hun ouder, vragen zij zich tevens af hoe om te gaan met agressie, die zowel verbaal als non-verbaal kan zijn. De agressie komt meestal voort uit de ziekte. Zij weten echter niet hoe zij moeten reageren op een woede aanval van een van de ouders.

6.1.8 Hoe lang duurt het herstelproces?
Kinderen hopen dat hun ouder weer beter wordt. Zij willen graag dat hun gezin weer normaal wordt. Zij vragen zich wel af hoe lang dit gaat duren, zo ook 7,5% van de respondenten.

6.1.9 Kan iemand weer ziek worden?
Kinderen vragen zich af of hun ouder weer ziek kan worden. Wanneer een al weer een lange periode thuis is en alles goed gaat, vragen veel kinderen zich toch af of een ouder niet weer ziek kan worden.

6.1.10 Waarom kan iemand niet zomaar opgenomen worden?
Veel kinderen zien hun ouder erg ziek zijn, maar deze blijft vaak gewoon thuis. Zeker wanneer een ouder niet mee wil werken aan een behandeling of dit niet nodig vindt. Zij vragen zich dan af waarom een ouder niet opgenomen wordt, omdat zij zien dat het niet gaat met iemand. Zij vragen zich dan af waarom vindt de hulpverlening de situatie dan niet dringend genoeg om iemand op te nemen?

6.1.11Hoe krijg ik hem van de drank af?
Kinderen van alcoholverslaafde ouders vragen zich vaak af hoe zij hun ouder van de drank af kunnen krijgen. Dit vooral omdat zij hun ouder kapot zien gaan aan de drank.

6.1.12 Waarom doet iemand dit zichzelf aan?
Vooral kinderen van alcoholverslaafde ouders vragen zich af waarom zij dit zichzelf aan doen. Door zichzelf zo kapot te maken met drank en er niet mee te kunnen stoppen.

6.1.13 Waar kan ik terecht?
Hoewel wij van veel kinderen de reactie krijgen dat zij geen hulp nodig hebben of zij aangeven deze wel vanuit hun omgeving te krijgen. Er zijn ook jongeren die via internet of uit boeken hun informatie verkrijgen. Weer andere jongeren vragen zich af waar zij terecht kunnen. Welk hulpaanbod is er voor hun beschikbaar en hoe komen zij daar terecht.

Het valt ons op dat koppers met veel vragen zitten en tevens een verscheidenheid aan vragen, bijvoorbeeld vragen van over hoe om te gaan met een zieke ouder tot vragen over regelgeving. Volgens ons wordt er blijkbaar nog niet voldoende antwoord op gegeven tegen over deze kinderen.

7. Waar hebben koppers vanuit de hulpverlening behoefte aan?

Wat willen koppers nu graag dat de hulpverlening voor hen doet. Wij kunnen zelf wel met heel wat antwoorden komen, maar de vraag is wat zij nu echt graag willen. Hieronder willen wij graag behandelen wat wij hierover hebben gevonden[5].

7.1 Wat willen koppers van de hulpverleners zien?

7.1.1 Een luisterend oor
Kinderen willen graag kwijt hoe zij over de situatie denken en waar zij het moeilijk mee hebben. Er hoeft geen kant en klare oplossing te komen, als zij maar kwijt kunnen waar ze mee zitten en het gevoel hebben dat er naar hun geluisterd wordt. Dit ontbreekt nog wel eens. “ Luister gewoon en geef niet zo snel een oordeel. Aanhoren doet voor mij meer dan mijn moeder beoordelen over de beslissingen die ze gemaakt heeft. “

7.1.2 Uitleg over de ziekte van de ouder
Vaak weten kinderen niet goed wat er met hun ouder aan de hand is en zij willen hier graag uitleg over hebben. Dit geven de respondenten van onze enquêtes ook aan. Vaak gebeurt dit echter niet en weten zij niet goed wat de ziekte van hun ouder in houdt. Er wordt ook wel vaak een naam aan gegeven en die krijgen zij nog wel vaak mee, maar wat nu werkelijk de symptomen van de ziekte zijn en wat er eigenlijk met iemand gebeurt weten kinderen niet. Wanneer zij weten wat de ziekte van hun ouder in houdt is het niet te zeggen dat het dan makkelijk wordt, maar zij weten in elk geval dat het vreemde gedrag van de ziekte vandaan komt.

7.1.3 Vragen hoe het met het kind zelf gaat
Kinderen hebben er behoefte aan als er eens aan hen gevraagd wordt hoe het met hen gaat. Niet dat alles alleen maar om hun ouder draait of dat er gedacht wordt dat zij toch niet begrijpen wat er met een ouder aan de hand is. Even een minuutje extra aandacht door even te vragen hoe het gaat is vaak al voldoende. Zo voelt een kind zich ook gewaardeerd. Dit betekent overigens niet dat een kind verder geen uitleg of een luisterend oor wil hebben.
“Zodra er iets is met een ouder; moet er gewoon meteen aandacht worden besteed aan de kinderen; zonder dat dit meteen negatieve aandacht m.b.t. de ouders trekt (bijv. Kinderbescherming of zo). Behandelaars van de ouders dienen ook contact op te nemen met de kinderen en iemand te regelen die met ze praat (Op zijn minst in ieder geval praten). Ik had het fijn gevonden als iemand naar ons had omgekeken.” ”…naar mijn idee heeft überhaupt nooit iemand gevraagd wat ik er nou van vond en hoe ik me voelde. Ik ben jaren bang voor mijn vader geweest maar niemand heeft dat geweten want niemand vroeg ernaar en een bang kind gaat dat niet zo eventjes zeggen.”

[5] Gameren, Sandra, van (2006). *Leven met een psychisch zieke ouder.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Jansen, Pien (1996). *Leven op een zeepbel. Kinderen van psychisch zieke ouders.* Amsterdam: Babylon – de Geus.

Storms, Werner (2001). *Een veilig gevoel.* Amsterdam: Clavis.
Van den Berg, Leen (2001). *Lege ogen.* Amsterdam: Clavis.

7.1.4 Betrokken worden bij de behandeling (als kinderen dit willen)
Veel kinderen hebben er behoefte aan om te weten wat er met hun ouder gebeurt. Wanneer zij bijvoorbeeld bij hun ouder op bezoek komen en deze zit opeens in de separeercel of reageert met een heel vervlakt affect door de medicatie heeft dit een grote impact op de kinderen. Zeker als zij niet weten waarvoor dit is en wat er eigenlijk met een ouder gebeurt. Wanneer zij betrokken worden en dat betekent vaak dat hun uitgelegd wordt waarom een bepaalde keuze wordt gemaakt in de behandeling van de ouder is er vaak al meer duidelijkheid en minder geschoktheid.

7.1.5 Kopp-groepen, therapie of één op één gesprekken[6]
In sommige gevallen willen kinderen wel degelijk naar een kopp-groep (10% van de respondenten) of is het beter voor hen dat ze therapie volgen om alles op een rijtje te zetten. Zo kunnen zij beter met de ziekte van hun ouder om leren gaan. Volgens de preventiemedewerker die wij hebben gesproken werken kopp-groepen goed voor deze kinderen. Al willen sommigen in het begin niet. Volgens haar heen zij er veel aan vooral door erkenning en herkenning in de groep.
Soms is het nodig om niet alleen een kopp-groep te volgen. Sommige mensen hebben meer baat bij een therapie om de dingen voor zichzelf een plekje te geven.
Er zijn respondenten die aangeven wel graag hulp te willen hebben. Zij weten echter niet altijd waar deze te vinden. Zij zouden het fijn vinden om eens met kinderen te praten die ook een psychisch zieke ouder hebben. Hiervoor zijn er kopp-groepen. Sommigen zouden eigenlijk wel in therapie willen om alles op een rijtje te kunnen zetten. Dit kan individueel zijn, maar ook met het hele gezin. Weer anderen willen liever een één op één gesprek, omdat zij niet in een groep willen/ durven praten.

7.1.6 Geen behoefte aan hulp
Veel kinderen, 40%, geven echter aan geen behoefte te hebben aan hulp. Zij willen het zelf op lossen. Vaak vinden zij het moeilijk om hulp te zoeken of vinden dat er niemand bij betrokken hoeft te worden, want anderen begrijpen toch niet wat er aan de hand is. Van de respondenten die geen hulp willen hebben zeggen de meesten er geen behoefte aan te hebben. Ze willen niet zielig gevonden worden en vinden dat zij hun eigen boontjes wel kunnen doppen. Weer anderen hebben wel behoefte aan hulp van naasten, maar niet van de hulpverlening. Ze willen gewoon naar iemand toe kunnen waarbij ze zich prettig voelen. Weer anderen zoeken zelf informatie op, op internet of in boeken en vinden dat zij hierdoor geen hulp vanuit de hulpverlening meer nodig hebben.

7.1.7 Beschouw het onderwerp al normaal
Een aantal respondenten krijgt het idee dat hulpverleners het raar vinden om over kinderen en een psychisch zieke ouder hebben te praten. Dit maakt het voor hen extra moeilijk om de stap te nemen eens met hen te gaan praten. Zij willen dan ook dat het als iets normaals beschouwd wordt, want de meeste kinderen weten wel dat zij niet de enige zijn met een zieke ouder.

Kinderen willen serieus genomen worden. Zij hebben het gevoel vaak over het hoofd gezien te worden. Wanneer de hulpverlening hen ziet staan, zullen zij sneller met hun verhaal naar voren komen, dan nu gebeurt.

---

[6] Storms, Werner (2001). *Een veilig gevoel.* Amsterdam: Clavis.
Van den Berg, Leen (2001). *Lege ogen.* Amsterdam: Clavis.

8. Hoe denken koppers zelf beter bereikt te kunnen worden?

Voor deze deelvraag hebben wij alleen praktijkonderzoek verricht, omdat hier in de literatuur niets over te vinden is. Tenminste geen concrete uitspraken over hoe zij denken zelf beter bereikt te kunnen worden. Wat wij uit de enquêtes van onze doelgroep terug kregen was het volgende.

8.1 Hoe kunnen koppers volgens hun beter bereikt worden

8.1.1 Preventie vanuit school/ GGZ of iets dergelijks
Een aantal mensen geeft aan behoefte te hebben aan goede voorlichting. Dat er op school of vanuit de GGZ iets aan preventie is voor deze kinderen. Dit om hen duidelijk te maken wat psychisch ziek zijn in houdt. Zo weten zij al iets meer over psychisch ziek zijn en heeft geeft hen een duwtje in de rug naar de hulpverlening toe.

8.1.2 Beter weten welke hulp er voor hen beschikbaar is (groepen, individueel, boeken)
Dit zou ook onder het kopje preventie kunnen vallen, maar het valt op dat er behoorlijk wat respondenten zijn die niet weten welke hulp er voor hen beschikbaar is. Dit zouden zij wel graag willen weten.

8.1.3 Drempel naar de hulpverlening toe verkleinen
Veel respondenten geven aan dat de drempel naar de hulpverlening toe verkleint moet worden. Een groot deel wil niet naar de hulpverlening toe, omdat deze drempel zo hoog is. Een naam als Parnassia heeft al gelijk heel veel lading en dit maakt de stap er naar toe nog groter.

8.1.4 Hulpverleners naar de kinderen zelf laten vragen of deze uitnodigen.
Omdat de drempel voor kinderen naar de hulpverlening toe zo groot is zouden zij het fijn vinden als er eens een hulpverlener naar hen vraagt. Als de behandelaar van de ouder hen uit zou nodigen voor een gesprek. Dit met of zonder ouders erbij. Kinderen willen graag jong of niet weten wat er aan de hand is. In gesprek met de behandelaar of een hulpverlener kunnen zij zo meer informatie krijgen over de ziekte van hun ouder en zo kunnen zij vragen stellen over dingen waar zij mee zitten. Dit helpt hen bij het verwerkingsproces.

8.1.5 Er zijn als iemand om hulp of een gesprek vraagt.
Wanneer kinderen uit zichzelf naar een hulpverlener toe stappen verwachten zij eigenlijk dat deze er voor hen is. Een paar minuten wachten kan wel, maar niet over een paar weken pas een afspraak kunnen hebben. Het is voor hen al een hele grote stap om naar een hulpverlener toe te stappen. Wanneer zij dan een afwijzende reactie krijgen zullen zij niet snel nog eens komen praten.

Wij denken dat de hulpverlening voor koppers een stuk laagdrempeliger moet worden. De naam van een psychiatrische instelling geeft voor koppers nogal een lading en hen het gevoel dat zij behandelt moeten worden terwijl hun ouder ziek is en niet zij. Daarbij weten zij niet altijd waar zij terecht kunnen. Wij denken dat dit zou wel iets meer bekendheid mogen krijgen zodat zij, wanneer zij daar behoefte aan hebben, een ingang weten te vinden.

9. Wat is er al voor hulpverlening voor deze groep?

Er is voor de doelgroep koppers een groot aanbod aan hulpverlening. Hieronder zullen wij een aantal verschillende vormen uitleggen. Deze zijn echter wel gebaseerd op het aanbod dat er is voor jongeren van 12 tot 18 jaar. Voor anderen de doelgroepen en meer informatie over de inhoud van wat er voor koppers is verwijzen wij u naar de bijlage.

9.1 Welke hulpverlening is er al

Voor de doelgroep koppers van 12 tot 18 jaar zijn er doe- en praatgroepen. Dit in de leeftijdscategorieën van 12 tot 15 en van 16 tot 25 zijn voor de doelgroep waar wij onze scriptie over maken. Binnen deze groepen worden ervaringen uitgewisseld, maar daarnaast wordt er ook gezellig gekletst.

Er zijn informatie boekjes te verkrijgen voor deze kinderen. Boekjes kunnen verkregen worden via de behandelaar van de ouder, de website van het trimbosinstituut en familievereniging Stichting Perspectief-in-labyrint.
Via Similes, de familievereniging in Vlaanderen zijn er leesboeken te bestellen voor jongeren.

Daarnaast kunnen jongeren informatie vinden op verschillende internetsites.
In Nederland zijn dit naast de websites van GGZ instellingen de volgende sites[7]:
www.kopstoring.nl, www.drankjewel.nl, www.trimbos.nl
De volgende sites zijn vooral voor jongeren in België, maar ook geschikt voor de jongeren in Nederland om meer informatie te krijgen. Dit zijn de volgende sites[8]:
www.koppvlaanderen.nl, www.koap.nl

Koppers kunnen met vragen ook vaak terecht bij een maatschappelijk werker, de hulpverlener of psychiater van de ouder. Deze hulp is niet speciaal gericht op de doelgroep, maar deze personen kunnen een kopper wel verder helpen.

9.2 Wat weten koppers over de hulpverlening die er is en wat vinden zij hier van

Van onze respondenten geeft 52,5% aan te weten welke hulpverlening er voor hen beschikbaar is. Dit verschilt van kopp-groepen tot maarschappelijk werk en gesprekken met de psychiater. Het valt op dat onze respondenten blijkbaar onder hulp verstaan iemand of een groep waar zij terecht kunnen om mee te praten. Het blijkt dat de respondenten van onze enquêtes internet niet zien als een bron om hulp te zoeken. Wel zoeken zij hier informatie op over de ziekte van hun ouders en hebben zij het idee dat ze

[7] Trimbos instituut. *Trimbos Kopstoring.* URL: http://www.kopstoring.nl/index2.html. Beschikbaar: 07-03-2007.

Trimbos Instituut. *www.drankjewel.nl.* URL: http://www.drankjewel.nl/jongeren.asp Beschikbaar:07-03-2007.

Trimbos Instituut. *Trimbos instituut.* URL: http://www.trimbos.nl/default2.html Beschikbaar:07-03-2007.

[8] Anoniem. *KOAP.* URL: http://www.koap.be/index2.html. Beschikbaar: 07-03-2007.

Anoniem. *KOPP – Vlaanderen.* URL: http://www.koppvlaanderen.be Beschikbaar: 07-03-2007.

hier terecht kunnen met vragen. Van onze respondenten gebruikt 17,5% hier het internet voor.
Of onze respondenten weten dat er boekjes beschikbaar zijn voor hen komt niet heel duidelijk naar voren. Wij hebben hier niet concreet naar gevraagd, dus hier hebben wij geen goed zicht op gekregen.

Meer dan de helft van de respondenten zegt te weten welke hulp zij kunnen krijgen. Toch geeft 40% van de respondenten aan geen behoefte te hebben aan hulp. Waarom zij geen hulp willen hebben wordt in de veel antwoorden niet onderbouwd, daarom hebben wij hier geen goed beeld van. Wel geven vaal anderen aan zelf informatie op te zoeken of met bekenden te praten over de ziekte van de ouder. Dit komt alleen niet concreet aan bod bij de vraag of zij behoefte hebben aan hulp en waarom wel of niet., maar wordt wel aangegeven in eerdere vragen in de enquête. Bij de vragen bij wie zij terecht kunnen met hun vragen en van wie zij steun ervaren. Een aantal personen geeft echter aan zijn eigen problemen wel op te kunnen lossen en anderen zeggen door de beperkte impact van de ziekte geen behoefte te hebben aan hulp. Van de respondenten geeft 15% aan vroeger wel hulp gewild te hebben, maar nu niet meer. Zij hebben al hulp gekregen of hebben de ziekte van de ouder nu kunnen accepteren.
Van onze respondenten geeft 27,5% aan ook daadwerkelijk behoefte te hebben aan hulp. Hiervan geven de meeste personen aan behoefte te hebben aan een luisterend oor gevolgd door een kopp-groep. Zij geven aan behoefte te hebben om met lotgenoten ervaring uit te wisselen, dit omdat dit volgens ons herkenning en erkenning geeft.
Van de koppers die daadwerkelijk hulp krijgen komt 15% bij een kopp-groep terecht. Van deze koppers geeft 12,5% aan hier iets aan te hebben. De andere 2,5% zegt dat deze zich zielig vond in zo'n groep en ze willen helemaal niet zielig gevonden worden.

Veel koppers komen in aanraking met andere soorten hulpverleners. Dit zijn dan vaak maatschappelijk werkers, psychiaters en therapeuten waarmee zij kunnen praten. Deze hulpverleners bieden niet speciaal een programma van 12 tot 18 jarigen aan, maar zij kunnen zoals uit de enquêtes blijkt wel als hulpverlener gelden waar de jongeren terecht kunnen.

10. Knelpunten vanuit de hulpverlening in het bereiken van koppers

In dit hoofdstuk willen wij behandelen tegen welke problemen hulpverleners aanlopen in het bereiken van de koppers. Dingemans en de Pater- Zijlstra (1998) hebben in hun boek over gezinsbegeleiding bij psychotische patiënten een aantal punten benoemd waardoor koppers moeilijker te bereiken zijn. Tevens gebruiken wij de informatie die wij hebben verkregen uit enquêtes en interviews met hulpverleners van verschillende psychiatrische instellingen.

Zoals al eerder omschreven, is er best wat hulpverlening voor koppers of zijn er in elk geval groepen waar zij terecht kunnen en kunnen zij leestmateriaal mee krijgen.
Nu is het zo dat dit allemaal erg mooi klinkt, maar dat koppers in de praktijk een stuk moeilijker te bereiken zijn. Wij willen in dit hoofdstuk ingaan op de knelpunten die er binnen de hulpverlening bestaan in het bereiken van koppers.

10.1 Waardoor kunnen hulpverleners koppers vaak moeilijk bereiken

10.1.1De ouders hebben geen ziekte-inzicht en daardoor al helemaal het idee hebben dat hun kind(eren) geen problemen ervaren. Wanneer een ouder zichzelf niet ziek vindt laat deze zich ook niet behandelen. Hierdoor wordt het probleem niet onderkend. Wanneer in een gezin de problemen niet onderkent worden zullen kinderen hier zelf weinig mee doen, omdat zij niet beter weten dan hoe de situatie is en daardoor wordt er geen hulp gezocht. Dit komt voornamelijk naar voren in van Gameren (2006).

10.1.2 Het gezin leeft geïsoleerd. Er zijn weinig contacten met de buitenwereld en vooral oudere kinderen gaan het huishouden regelen. Tevens regelen zij alles voor de andere broertjes en zusjes en voor de ouders. Dit gaat zelfs tot het ziek melden van hun ouders op het werk. De psychiater en preventie medewerker die wij geënquêteerd en gesproken hebben herkennen deze situatie zeker uit de praktijk. Vaak willen kinderen zo normaal mogelijk over komen en hierdoor zorgen zij ervoor dat het gezin blijft draaien.

10.1.3 Koppers vallen vaak niet op door hun overlevingsstrategie. Deze kinderen hebben alles onder controle en zijn vaak goed op school. Hierdoor kunnen mensen uit de omgeving van de koppers de problemen niet signaleren. Het valt de preventiemedewerker op dat veel koppers niet gesignaleerd worden, omdat zij een aangepast leven lijden. Ze doen het goed op school, zijn lief en zorgzaam, altijd op tijd en vriendelijk. Hierdoor vallen de problemen thuis niet op. Het is zo ook moeilijk om deze kinderen te herkennen, omdat niet alle kinderen die zich voorbeeldig gedragen thuis problemen hebben.

10.1.4 De kinderen die geen contact hebben met hun ouders. Dit komt nogal eens voor op latere leeftijd. Dit begint vaak in de late pubertijd en wanneer kinderen het huis uit gaan. Zij hebben dan al zoveel ellende meegemaakt waardoor zij het contact met hun ouders afstoten. Wanneer zij geen contact meer hebben met hun ouders en zelf geen hulp zoeken zijn zij daardoor niet meer te bereiken voor de hulpverlening.

10.1.5 Wanneer kinderen gaan puberen komen zij vaak niet meer met hun ouders mee. Zij krijgen hun eigen bezigheden en gaan zich meer onttrekken aan het leven thuis. Wanneer een ouder opgenomen is zullen zij niet altijd meer langs komen op het bezoekuur. Hierdoor ziet de hulpverlening deze kinderen minder en zal daarom minder snel met hun in gesprek komen. Wanneer een ouder dagbehandeling volgt komen

pubers vaak al helemaal niet meer in de dagvoorziening en bij ambulante begeleiding zullen kinderen niet mee komen naar de bezoeken die de zieke ouder af moet leggen. Komt een hulpverlener op huisbezoek dan zullen deze kinderen teven niet altijd thuis zijn. Hierdoor wordt het voor de hulpverlener moeilijk om deze groep kinderen te bereiken. Het is het lastig om te weten te komen wat zij willen weten en wat hun wensen en behoeften zijn ten aan zien van de hulpverlening.

10.1.6 De kinderen zich niet willen bemoeien met de hulpverlening. Kinderen willen niet zielig gevonden worden. Hun ouder is ziek, niet zij. Zij hebben hierdoor niet altijd de behoefte om zich met de hulpverlening te bemoeien.

10.1.7 Ouders vinden het zelf moeilijk om met de situatie om te gaan. Laat staan er met de kinderen over te praten. In eerste instantie loopt de hulpverlening die koppers aangeboden krijgen via de ouders. Met hen wordt de situatie thuis eerst besproken en aan de hand daarvan komt dan vaak pas een gesprek met de kinderen. Dit het liefst met de ouders erbij, omdat het de communicatie binnen het gezin open houdt. Zo worden de kinderen wel geïnformeerd over de situatie thuis en wanneer dit in het bijzijn of door de ouders gebeurt geeft dit tevens het gevoel dat de situatie thuis bespreekbaar is.

10.1.8De ouders hebben het gevoel gefaald te hebben in de opvoeding. Ouders vinden het vaak bedreigend wanneer er over hun kinderen gesproken wordt. Wanneer hier expliciet naar gevraagd wordt kan dit de ouders het gevoel geven geen goede ouders te zijn, waardoor het contact geblokkeerd wordt.

10.1.9De ouders denken dat ze de kinderen nog meer belasten met hun ziekte. De maatschappelijk werker die wij gesproken hebben beaamt dit. Hij ziet vaak terug dat ouders hun kinderen niets over de problemen willen vertellen, omdat zij hun kinderen niet willen belasten. Ouders denken dan vaak dat als zij niets vertellen dat de kinderen ook niets weten. Iets wat niet waar is, maar waardoor het wel een stuk moeilijk wordt om koppers te bereiken. Ouders moeten er namelijk eerst mee instemmen dat hun kinderen in contact komen met de hulpverleners.

10.1.10Kinderen willen niet graag over de problemen thuis praten, omdat de zij loyaal zijn naar hun ouders toe. Als de kinderen erover praten, voelen zij dit als verraad. Het heeft daarom zijn tijd nodig om de kinderen er toch over te laten praten. Het is vooral bij pubers belangrijk om een over school, vrijetijdsbesteding of een baantje te praten. Wanneer zij het gevoel krijgen dat zij gedwongen worden om iets te moeten zeggen zullen zij het contact met de hulpverlening vaak afkappen.

Wij denken dat het moeilijk blijft om kinderen te bereiken vanuit de hulpverlening zeker wanneer ouders niet willen dat hun kinderen met hulpverleners gaan praten. Daarbij zien wij in zowel in ons literatuur als praktijkonderzoek terug dat kinderen loyaal zijn naar hun ouders toe. Wanneer ouders niet willen dat hun kinderen bereikt worden zal dit niet gebeuren.

11. Wat wil een hulpverlener weten over de wensen en behoeften van koppers?

In dit hoofdstuk willen bij behandelen wat hulpverleners willen weten over de wensen en behoeften van de koppers. Er zijn veel hulpverleners die dit wel graag willen weten, maar er zijn tevens een aantal hulpverleners, uit onze enquêtes zijn dit vooral behandelmedewerkers op de groep, die niks met dit onderwerp hebben. Uit ons onderzoek komt naar voren dat niet alle hulpverleners vinden dat zij koppers verder moeten helpen, omdat zij de ouder(s) onder behandeling hebben en niet de kinderen. Zij willen de koppers dan wel door verwijzen, maar er zelf geen hulp aan verlenen.

11.1 Wensen en behoeften

De hulpverleners die wel graag willen weten wat de wensen en behoeften van de koppers zijn zouden graag het volgende willen weten:

- Welke vragen ze hebben koppers? Willen ze bijvoorbeeld weten of de ziekte van hun ouder ooit nog over gaat. Willen ze iets weten over erfelijkheid of over der ziekte zelf en hoe om te gaan met hun zieke ouder? Willen ze meer weten over het gedrag van de zieke ouder?
- Welke hulp willen deze jongeren krijgen?
- Wat verwachten zij van de hulp die ze krijgen?

11.2 Vragen

Wij hebben ook gevraagd met welke vragen koppers zitten volgens de hulpverleners. Dit zijn volgens hen de volgende:

- Gaat het ooit over?
- Zal mijn vader/ moeder zelfmoord plegen?
- Zorg ik wel goed voor mijn vader of moeder?
- Waarom is mijn ouder soms ineens boos?
- Wat houdt de ziekte van mijn ouder in?
- Is het erfelijk?

11.3 In de praktijk

In de praktijk blijkt echter dat hulpverleners niet altijd doorverwijzen of concreet iets met de kinderen van doen. De redenen die hier voor worden gegeven zijn dat hulpverleners de ouders zien als hun cliënt en daarbij niet automatisch aan de kinderen denken. Een andere reden die hiervoor genoemd wordt is dat hulpverleners op papier, maar een half uur per cliënt per dag hebben om daar iets mee te doen. De tijd die zij dan aan hun cliënt besteden is op dat moment daadwerkelijk voor de cliënt. Door de beperkte tijd worden de kinderen dan over het hoofd gezien. Wanneer een hulpverlener de kinderen al wel spreekt denkt deze er niet altijd aan om de kinderen, wanneer zij dat willen, door te verwijzen. Dit komt op dat moment dan niet in hen op.

Het valt ons op dat hulpverleners soms wel op de wensen en behoeften van de koppers in willen spelen en soms niet. Wel willen hulpverleners die hier niet op in willen spelen de kinderen wel door verwijzen. Dit lukt echter niet altijd, omdat zij daar niet altijd bij stil staan. Bijna alle hulpverleners die hebben meegewerkt aan ons praktijkonderzoek weten over het algemeen wel met welke vragen koppers zitten.

12. Hoe denken hulpverleners koppers beter te kunnen bereiken en wat denken zij dat hiervoor nodig is?

Wij willen niet alleen weten wat koppers denken over hoe zij beter bereikt kunne worden, maar wij wilden tevens van hulpverleners weten hoe zij denken dat koppers beter bereikt kunnen worden.

12.1 Hoe koppers beter te bereiken

12.1.1 Maatschappelijk bewustzijn
De hulpverleners die wij hebben gesproken en geënquêteerd denken dat er bij de maatschappij meer bewustzijn moet komen voor het onderwerp KOPP.
Dit kan volgens hen door middel van Sire spotjes, advertenties in jongerenbladen, een aflevering bij klokhuis, VPRO programma's en wellicht dat schoolartsen standaard naar de thuissituatie kunnen informeren.

12.1.2 Studiedagen voor leerkrachten
Studiedagen voor leerkrachten kunnen ook een goed middel zijn om zich meer van de problematiek bewust te worden. Deze studiedagen bestaan al wel, maar zijn nog niet heel bekend zegt de preventiemedewerker die wij gesproken hebben. Het onderwerp van deze studiedagen is "Hoe om te gaan met psychiatrisch zieke ouders?"

12.1.3 Meer aandacht en doorverwijzing door de hulpverlening zelf
Wel vinden alle hulpverleners die wij hebben gesproken en geënquêteerd dat er vanuit de hulpverlening meer mee gedaan moet worden. Er moet beter doorverwezen worden en er moet meer aandacht zijn voor de kinderen van ouders met psychiatrische problematiek. Niet dat zij de koppers altijd zelf moeten helpen, maar dat zij deze kinderen in elk geval door kunnen verwijzen.

12.1.4 Laagdrempelige hulpverlening en voorlichting
De psychiater en verpleegkundig afdelingshoofd die wij geënquêteerd hebben vinden dat de hulpverlening vaak te hoogdrempelig is voor koppers. Ze hebben het gevoel dat hun ouder problemen heeft, maar zij zelf niet en daarom ook geen contact met de hulpverlening willen. Informatie en hulp moeten voor koppers dus laagdrempeliger zijn. Hierbij valt te denken aan voorlichting geven op scholen.

12.1.5 Meer bekendheid van het onderwerp KOPP
Veel hulpverleners geven aan dat er vanuit maatschappelijk oogpunt meer aandacht en bekendheid zou moeten komen voor KOPP. Dit verlaagt de drempel naar de hulpverlening toe. De meesten zijn het er wel mee eens dat de drempel naar de hulpverlening niet altijd laag genoeg is. Daarbij weten zij zelf ook niet altijd waar zij koppers naar door moeten verwijzen.
Wanneer er meer bekendheid komt over het onderwerp zullen de koppers zelf beter de weg kunnen vinden en zal de drempel om hulp te vragen misschien iets lager zijn.

13.Conclusies en aanbevelingen

Wij zullen onze conclusies per deelvraag behandelen,waarna wij aan de hand van de conclusies die wij hieruit hebben getrokken onze antwoorden zullen geven op de probleemstelling, doelstelling en onderzoeksvraag

13.1 Conclusies

13.1.1 Wat is een kopper precies?

Wat wij uit ons onderzoek onder een kopper verstaan is een kind van een psychisch zieke ouder. Dit kan zowel met een psychische ziekte zijn die op latere leeftijd wordt gediagnosticeerd, maar eveneens kinderen van een ouder met ADHD of een Autisme spectrumstoornis of kinderen van een verslaafde ouder.

13.1.2 Welke positieve en welke negatieve gevolgen zijn er voor een kopper rond de ziekte van zijn ouder(s)?

Het valt ons op dat zowel in de literatuur als de praktijk veel dezelfde dingen terug komen die zowel positief als negatief ervaren worden. Hoewel wij niet een goed beeld hebben wat de precieze impact is van wanneer een ouder altijd al ziek is geweest tijdens het leven van een kind of op latere leeftijd ziek wordt. Wij kunnen wel concluderen dat een psychiatrische aandoening bij een ouder voor alle kinderen een diepe impact heeft op de ontwikkeling. Wat wel op valt is de ernst en chroniciteit van de ziekte in combinatie met het vangnet voor een kind. Wanneer een ouder uiteindelijk weer beter wordt en zeker wanneer een kind ook een goed vangnet heeft gehad in de tijd dat de ouder ziek was blijkt deze impact niet heel groot te zijn. Dit wordt door respondenten zelf aangegeven. Wanneer een ouder tijdelijk ziek is geweest en een kind het gevoel heeft niet echt ergens terecht te kunnen blijkt dit een diepere impact te hebben op de verdere ontwikkeling van het kind. Het valt op dat wanneer een ouder chronisch ziek is dat kinderen alsnog een goede band met de ouder kunnen hebben. Zeker wanneer zij anderen hebben om op terug te kunnen vallen blijkt de impact van de ziekte van de ouder vaak te overzien. Wij denken daarom dat het erg belangrijk is dat koppers mensen hebben waar zij op terug kunnen vallen en waar zij terecht kunnen wanneer het thuis lastig is. Dit blijkt vooral uit de enquêtes. Wanneer koppers steun ervaren uit de omgeving leert hen dit om met de problemen om te gaan. De steun die koppers ervaren loopt uiteen van steun vanuit het gezin zelf tot vriendjes en van naaste familie tot de conciërge op school.

Het blijft van belang dat kinderen naast emotionele steun ook informatieve steun krijgen, zodat zij beter weten wat de ziekte van hun ouder in houdt. Hierdoor wordt voor hen een hoop duidelijkheid geschept. Er worden een hoop vragen weggenomen en het kind kan beter onderscheidt maken tussen de ouder als persoon en de ziekte.

Wat ook belangrijk gevonden wordt door de koppers is dat naast de gezonde ouder ook de zieke ouder er voor hen probeert te zijn. Dit contact hoeft niet diepgaand te zijn, want dat lukt door de ziekte niet altijd. Wanneer kinderen merken dat hun ouder zijn best doet voor het kind valt op dat deze kinderen in de praktijk een positiever beeld over hun zieke ouder hebben dan wanneer een ouder dit niet op kan brengen. Wij denken dat wanneer een ouder er probeert voor de kinderen te zijn dat de koppers zich hierdoor meer gewaardeerd voelen door hun ouder, omdat deze belangstelling toont voor de kinderen.

Dit is ook belangrijk voor een veilige hechting en voor de verdere ontwikkeling van het kind.

Zelfmoord gedachten van een ouder zijn voor kinderen heel moeilijk om mee om te gaan. Zowel uit de literatuur als de praktijk blijkt dat dit voor nogal wat stress zorgt, omdat kinderen nooit weten of een ouder zich daadwerkelijk iets aan zal doen. Wanneer een ouder uiteindelijk zelfmoord pleegt blijkt uit de literatuur dat dit ongelofelijk moeilijk te accepteren is. Hoe dit in de praktijk is dat weten wij niet. Wij hebben geen antwoorden van respondenten waar een van de ouders zelfmoord heeft gepleegd. Wij weten dus niet wat het effect hiervan in de praktijk is. Wij kunnen ons wel voorstellen dat dit heel erg moeilijk is en vooral om dit te accepteren en een plekje te geven.

In veel gezinnen waar een ouder psychisch ziek is komt nogal wat geweld voor. Wanneer dit veel voor komt spreken we van mishandeling. Het geweld kan zowel verbaal, fysiek als seksueel zijn. Uit onze enquêtes komen alleen verbaal en fysiek geweld naar voren. Wij denken dat seksueel geweld heel moeilijk is om over te praten en daarbij denken wij niet dat wij deze kinderen met onze enquête hebben bereikt. Wat ons wel op valt is dat ouders door hun ziekte nogal eens geweld gebruiken. Wij denken dat dit komt omdat zij niet goed weten hoe met de situatie om te gaan. Dit maakt echter wel dat kinderen bang worden voor hun ouder en een laag zelfbeeld ontwikkelen. Vooral een laag zelfbeeld blijkt hier een groot gevolg van te zijn. Dit komt voornamelijk naar voren uit de antwoorden van onze enquêtes.

13.1.3 Met welke emoties rondom de ziekte van hun ouder(s) zitten koppers?

Het valt op dat de respondenten die geantwoord hebben met nogal dezelfde emoties zitten als wat er in de literatuur staat. Wij denken dat dit komt, doordat hier al veel onderzoek naar gedaan is en over geschreven is. Wat wel op valt dat als we het over schuldgevoelens hebben, dat in de literatuur veel naar voren komt dat kinderen denken dat dit komt door het gedrag dat zij vertonen, terwijl dit niet uit de enquêtes naar voren komt. Het kan zo zijn dat schuldgevoelens rondom het eigen gedrag dat een kind presenteert veel meer naar voren komt als kinderen nog wat jonger zijn en niet meer zo zeer wanneer zij in de pubertijd komen. In deze periode voelen zij zich meer schuldig dat zij niet langs willen bij hun zieke ouder en hierdoor doen zij het toch, want anders laten zij hun ouder in de steek. Wat zij zich ook afvragen is wanneer een ouder verslaafd is, waarom zij deze niet van de drank af kunnen helpen terwijl zij dit zo proberen. In de meeste boeken komt weinig over kinderen van verslaafde ouders terug. In de boeken waar het wel over kinderen van verslaafde ouders gaat lezen wij veel dezelfde dingen terug. Behalve dat zij zich nog dingen afvragen die specifiek met de verslaving zelf te maken hebben. Wij denken dat kinderen van verslaafde ouders minder besproken zijn, omdat zij zich vaak in eerste instantie niet aangesproken voelen als het over kinderen van psychisch zieke ouders gaat. Wij denken dat zij dan niet gelijk de link leggen met verslaving.

Kinderen gaan zich ook op een bepaalde manier gedragen naar hun ouders toe. Hierin zijn verschillende rollen te onderscheiden. Welke rollen wij vooral terug zien bij onze respondenten zijn de aanpasser en de verantwoordelijke. De andere rollen zien wij niet terug in de praktijk. Wij denken dat dit komt doordat koppers de benaming van deze rollen zelf niet kennen en vaak ook niet zien welke rol zij binnen het gezin aannemen. Daarbij hebben wij hier niet expliciet naar gevraagd in onze enquêtes, dus is het moeilijk om hier de resultaten van waar te nemen. Soms wordt wel aangegeven dat mensen de

ouderrol overnemen of zich aan de situatie aanpassen en welk effect dit heeft, maar op andere rollen wordt niet uit hun zelf ingegaan. Voor hulpverleners zou het handig zijn om iets over deze rollen te weten. Hierdoor kunnen zij gedrag van koppers makkelijker verklaren. Hier moet volgens ons wel voorzichtig mee omgegaan worden. Je moet mensen niet gelijk in een hokje te stoppen en er mee oppassen dat je niet de verkeerde conclusies trekt. Er hoeft namelijk geen zieke ouder thuis te zijn. Het kan echter wel helpen bij het verklaren van problemen en het gedrag dat dit met zich mee brengt.

13.1.4 Wat willen koppers weten over de ziekte van hun ouder(s)?

In veel gevallen zijn er behoorlijk wat overeenkomsten tussen de literatuur en de praktijk. Zoals vragen rondom erfelijkheid. Kan ik het ook krijgen? Mijn kinderen later? Wat heeft het met mij gedaan en word ik net zo? Ook vragen zij zich vaak af wat de ziekte van hun ouder in houdt. Wat wij wel terug lezen in de literatuur en niet echt tegen komen is de vraag of kinderen zelf schuld hebben aan de ziekte van hun ouder. Hierop zien wij meer dat ze zich schuldig voelen over het contact dat zij met hun ouder(s) hebben.
Wij hebben gemerkt dat wij in ons praktijkonderzoek nog veel meer vragen van kinderen tegen komen.
Vooral als het gaat over hoe om te gaan met een zieke ouder. Hoe lang duurt het herstelproces en kan iemand ook weer een terugval krijgen?
Waarom kan iemand niet zomaar opgenomen worden? Dit geeft vooral voor kinderen heel veel vragen, omdat zij graag zouden willen dat hun zieke ouder weer zo goed mogelijk kan functioneren.
Tevens komen wij weinig tegen over kinderen van verslaafde ouders, terwijl er hier toch nog wat op gereageerd hebben. Zij vragen zich over het algemeen dezelfde dingen af als kinderen van ouders met andere psychische ziektes. Wat zij zich specifiek af vragen is vaak hoe zij hun ouder van de drank af kunnen krijgen en waarom iemand zichzelf zoiets aan doet. Waarom maakt iemand zichzelf zo kapot met drank?
Wij merken ook dat kinderen zich toch wel af vragen waar zij terecht kunnen, hoewel wij ook van veel kinderen terug krijgen dat ze geen hulp nodig hebben en daar geen vragen over hebben. Wij denken dat dit komt, omdat sommige kinderen vinden dat ze het allemaal zelf op moeten lossen. Wij mogen niet vergeten dat er veel gezinnen zijn die een goed vangnet hebben waarbij de kinderen helemaal geen behoefte hebben aan hulp van buitenaf, omdat zij met mensen die dicht bij hun staan kunnen praten over de situatie.

13.1.5 Waar hebben koppers vanuit de hulpverlening behoefte aan?

Waneer we gaan kijken naar welke hulp kinderen willen krijgen vanuit de hulpverlening valt op dat zij graag willen dat er iemand naar hen luistert en er iemand naar hen vraagt. Zij geven vaak aan meer uitleg te willen over de ziekte van de ouder en wat er nu precies met de ouder gaat gebeuren.
Soms willen zij graag een gesprek of in therapie. Dit om dingen te verwerken, maar meer vanwege de erkenning en de herkenning. Dit zeker wanneer zij met lotgenoten praten. In de enquêtes wordt nog wel eens aangegeven dat koppers niet in een groep willen praten, maar 1 op 1 gesprekken willen hebben, omdat zij het moeilijk vinden of niet in een groep willen praten. Hoewel de preventiemedewerker die wij hebben gesproken aan geeft dat een groep voor koppers het beste is om in te praten zetten wij daar onze vraagtekens bij. Wij zijn het er wel mee eens dat ze dit kunnen proberen, maar denken wel dat niet iedereen er baat bij heeft om in een groep te praten over de problemen thuis. Soms willen zij alleen hun verhaal kwijt en is het verder goed. Daarbij

zijn er, denken wij, ook mensen die zich juist in een groep helemaal terug trekken en dichtklappen. Voor hen zal dit dan juist niet werken.
Sommigen geven aan geen behoefte te hebben aan hulp, omdat zij vinden dit niet nodig te hebben.
In de literatuur wordt aangegeven dat de koppers het gevoel hebben er alleen voor te staan en dat niemand hun begrijpt. Dit komt in de praktijk ook terug. Onze respondenten geven ook vaak aan dat zij vaak veel steun ervaren van vrienden of naasten. Hierdoor vinden zij dat zij geen behoefte hebben aan hulp. Er zijn namelijk al mensen in hun leven die er voor hen zijn.
Onze respondenten geven aan dat hulpverleners hun niet als iets speciaals en moeilijks moeten beschouwen, maar dat zij het onderwerp op en zo normaal mogelijke manier moeten benaderen. Wanneer zij niet als iets speciaals beschouwd worden praat dit makkelijker. Koppers vinden zichzelf namelijk niet zielig en speciaal.

13.1.6 Hoe denken koppers zelf beter bereikt te kunnen worden?

Onze respondenten geven aan dat zij behoefte hebben aan informatie over de ziekte van hun ouder. Vaak weten zij echter niet hoe zij aan deze informatie moeten komen. Onze respondenten geven aan dat het verstandig kan zijn om hiervoor iets aan preventie te doen via school of de GZZ. Hierdoor kunnen zij dan te weten komen welke informatie er beschikbaar is en hoe zij aan deze informatie kunnen komen.
Tevens vinden zij de drempel naar de hulpverlening toe te hoog. Een naam als Parnassia heeft namelijk heel veel lading en dit maakt de drempel best wel hoog om hier naar toe te stappen. Wij denken zelf ook dat de hulpverlening de drempel mag verkleinen. Het is echter wel verstandig als de hulp die zij nu kunnen krijgen wel door ervaren mensen gegeven blijft worden. Wij denken dat wanneer er meer bekendheid is van het onderwerp door onder meer preventie dat hierdoor de drempel al wat verlaagd wordt zodat koppers zich eerder op durven te geven voor een kopp-groep.

Koppers geven ook aan dat zij graag zouden willen dat een hulpverlener hen eens uit nodigt om eens te vragen hoe zij over de ziekte van hun ouder denken en wat dit met hen doet. Deze houding geeft volgens hen aan dat ze er mogen zijn en dit verkleint de drempel om er ook daadwerkelijk over te praten.
Het wordt ook belangrijk gevonden dat wanneer een kind zelf naar een hulpverlener toe stapt dat deze beschikbaar is. Wanneer dit zo is zullen zij eerder met hun verhaal komen dan wanneer zij nog dagen of weken moeten wachten voordat ze eens langs kunnen komen.
Wij denken dat het belangrijk is dat hulpverleners beschikbaar zijn voor koppers wanneer zij zelf met hun verhaal naar een hulpverlener toe komen. Hierdoor voelen zij zich serieus genomen en wanneer zij meer hulp of informatie willen kan hen dit gegeven worden. Dit verkleint volgens ons de drempel om nog eens terug te komen met vragen.

13.1.7 Wat is er al voor hulpverlening voor deze groep?

De hulpverlening die er voor deze groep bestaat, bestaat voornamelijk uit kopp-groepen. Naast een kopp-groep kunnen koppers ook nog wel terecht bij maatschappelijk werk of een psychiater.
Naast mensen om mee te praten zijn er boekjes en folders die meer informatie geven over psychisch zieke ouders en wat je kunt doen als je hier mee zit.
Daarnaast zijn er een aantal sites op het internet waar informatie terug te vinden is.

Van de respondenten weet meer van de helft waar zij heen zouden kunnen met hun vragen. Er is echter tevens een groot deel die hier geen gebruik van maakt. Dit omdat zij hier geen behoefte aan hebben of al genoeg weten. De personen die echter gebruik hebben gemaakt van een kopp-groep zijn over het algemeen tevreden. De meesten vonden hier erkenning en herkenning van de thuissituatie. Sommigen voelden zich echter maar zielig in zo'n groep en vonden het helemaal niks. Zij willen namelijk niet zielig gevonden worden
Veeljongeren zoeken informatie op het internet. Welke sites zij hiervoor opzoeken weten wij niet. Dit hebben wij hen niet gevraagd, dus hier hebben wij geen beeld van.
Wij weten niet of de respondenten bekend zijn met de boekjes die er voor koppers uitgegeven zijn. Dit omdat wij dit niet gevraagd hebben. Wij denken echter dat wanneer iemand een kopp-groep volgt of gevolgd heeft dat zij makkelijker te weten komen waar zij nog meer informatie kunnen vinden. Hier zijn namelijk mensen aanwezig die meer over het onderwerp weten.
Toch hoeft het volgens ons niet zo te zijn dat andere koppers dit niet weten, zij moeten zich denken wij alleen wat meer in het onderwerp verdiepen om de mogelijkheden te vinden waar zij terecht kunnen.

13.1.8 Wat zijn de knelpunten waar hulpverleners tegen aan lopen in het bereiken van koppers?

Het wordt voor hulpverleners moeilijk om koppers te bereiken wanneer ouders geen ziekte inzicht hebben. Wanneer zij niet vinden dat zij ziek zijn zullen zij er niet mee instemmen dat er met hun kinderen gepraat wordt over de problemen, want die zijn er volgens hen niet. Daarbij komen veel van deze mensen niet in aanraking met de hulpverlening waardoor de problematiek als het ware onzichtbaar blijft.
Dan kan het tevens zo zijn dat een gezin heel geïsoleerd leeft en weinig tot geen contacten heeft met anderen. Hierdoor komt de problematiek ook niet aan het licht en blijven de kinderen onbereikbaar.
Dit zijn ook vaak mensen die niet met de hulpverlening in aanraking komen. Wij denken dat wanneer er in een gezin niet naar de problematiek gekeken wordt dat het heel moeilijk is om te laten zien dat er wel iets aan de hand is. Daarbij wil elk kind het liefst dat zijn ouder door anderen als een leuk en normaal persoon gezien wordt waardoor zij zelf ook niet met de problemen naar buiten zullen komen.
Wanneer ouders niet willen dat er over de problemen gepraat wordt zullen kinderen dit ook niet doen. Zij zijn vaak heel loyaal naar hun ouders toe en hierdoor een hulpverleners niet snel vertellen wat er aan de hand is.
Waar hulpverleners tevens tegenaan lopen is dat zeker veel pubers niet meer mee komen naar het bezoekuur en wanneer een ouder ambulant onder behandeling is zij ook niet meer mee komen. Hun ouder is immers ziek, niet zij. Zij willen zich dan niet altijd met de hulpverlening bemoeien of soms zelfs even geen contact hebben met hun ouder.
Dan zijn er ook nog een hoop ouders die het zelf heel moeilijk vinden om met de situatie om te gaan. Zij hebben het gevoel gefaald te hebben in de opvoeding, willen kinderen niet belasten met hun problemen en als zij al niet weten hoe met de situatie om te gaan, hoe moeten de kinderen dit dan kunnen. Wij denken dat het vaak geen onwil is van ouders om hun kinderen eens met een hulpverlener te laten praten, maar vaak onmacht. Zij hebben zelf meestal het beste met hun kinderen voor en willen niet dat zij in de problemen komen.
Dan wanneer kinderen wel met hulpverleners in aanraking komen zien wij dat hulpverleners nogal eens snel van alles willen weten, terwijl kinderen dit vaak moeilijk

vinden om te vertellen. Daarbij wordt het onderwerp vaak geforceerd en dat spreekt kinderen ook niet aan waardoor zij dichtklappen en hierdoor al helemaal niks meer vertellen.

13.1.9 Wat wil een hulpverlener weten over de verwachtingen van kinderen ten aan zien van de hulpverlening?

Uit ons onderzoek blijkt dat er nog best wel wat hulpverleners zijn die vinden dat zij de ouder behandelen en niet het kind. Zij geven echter wel aan dat zij kinderen willen doorverwijzen wanneer deze meer willen weten. Het valt ons op dat ook vooral de personen die alleen met de ouders werken vaak geen idee hebben van de verwachtingen van de koppers. Wel weten zij bijna allemaal ongeveer met welke vragen koppers zitten.
Van de hulpverleners die wel met koppers in aanraking komen of dit wel willen valt op dat zij wel dingen willen weten over wat de koppers van hen verwachten.
Wij denken echter dat het geen onwil is dat veel hulpverleners alleen willen doorverwijzen, maar zij hebben denken wij vaak nog meer taken dan ook nog de koppers intensief te begeleiden tijdens de ziekte van hun ouders.

13.1.10 Hoe denken hulpverleners dat koppers het best bereikt kunnen worden?

Hulpverleners geven net als koppers aan dat zij er behoefte aan hebben als er meer voorlichting is voor deze groep. Zodat een grotere groep kinderen bereikt kan worden. Namelijk niet elke ouder komt in de hulpverlening terecht en niet elk kind heeft behoefte aan een gesprek met een hulpverlener, maar informatie over het onderwerp kan geen kwaad.
Daarbij mag de hulpverlening laagdrempeliger worden. De drempel naar de hulpverlening toe is nu veel te hoog. Hierdoor komen ook veel koppers volgens veel hulpverleners te weinig naar de hulpverlening toe.
Daarbij geven hulpverleners aan dat er een beter maatschappelijk bewustzijn mag komen voor het onderwerp. Hierdoor kan het taboe rondom psychiatrie volgens ons mede iets doorbroken worden.
Dan moet er volgens de hulpverleners ook binnen de hulpverlening beter doorverwezen worden. Dit gebeurt te weinig wanneer hulpverleners in aanraking komen met koppers. Wanneer een kopper er behoefte aan heeft zal er doorverwezen moeten worden als de desbetreffende hulpverleners deze persoon niet verder kan helpen. Dit gebeurt alleen niet optimaal. Dit is iets bij de hulpverleners dat verbeterd zal moeten worden.

13.2 Aanbevelingen

Wij denken dat het belangrijk is dat de wensen en behoeften van de koppers en hulpverleners beter op elkaar afgestemd worden. Hierdoor is een betere communicatie mogelijk. Daarbij is het voor hulpverleners belangrijk om te weten waar koppers thuis tegenaan lopen en hoe dit komt. Het is belangrijk om te weten hoe zij ergens op reageren en waarom.
Wij denken dat het belangrijk is om koppers er bewust van te maken dat hun problemen er mogen zijn en dat dit helemaal niet zo raar is. Er zijn nog veel meer kinderen met een vergelijkbare problematiek thuis. Volgens ons begint bewustwording voor koppers, hulpverleners en de maatschappij bij voorlichting over het onderwerp. Om het eens meer bespreekbaar te maken.

14. Antwoord op onze probleemstelling, doelstelling en onderzoeksvraag

14.1 Koppers

Wat wij met ons onderzoek te weten wilden komen is hoe koppers om gaan met de ziekte van hun ouder(s) en welke behoefte zij hebben ten aanzien van de hulpverlening. Daarbij wilden wij te weten komen hoe zij denken beter bereikt te kunnen worden door de hulpverlening.

Hoe koppers omgaan met de ziekte van hun ouders is heel verschillend. De een praat er veel over met bekenden, bij anderen wordt dit juist binnen het gezin gehouden en hoeft de buitenwereld van niets te weten.
Sommige kinderen gaan de rol van de ouders thuis juist op zich nemen en zorgen voor hun broertjes en zusjes, maar ook voor de ouders. Dit kan in praktische zin zijn in het huishouden, maar sommige kinderen zijn er ook emotioneel voor hun ouders.
Weer andere kinderen passen zich aan, aan de situatie thuis en proberen moeilijkheden te vermijden. Dit zeker wanneer een ouder snel van stemming kan veranderen of dat zij niet weten wat ze thuis aan zullen treffen. Sommigen van hen worden daardoor heel stil en teruggetrokken, terwijl anderen proberen zo lief mogelijk te zijn. Wanneer een ouder het goede gedrag echter nooit bekrachtigd of zomaar boos wordt zal dit een negatieve invloed hebben op de ontwikkeling van het kind. Wanneer er een ouder is die wel blij is dat een kind zo is, dan zal dit veel minder negatief zijn voor de ontwikkeling.
Dan zijn er tevens nog kinderen die door hun doen en laten de problemen op hen richten zodat de problemen die er thuis zijn even ondergeschoven worden.

Wanneer koppers thuis de ruimte hebben gehad om hun gevoelens te mogen uiten en er een gezonde ouder beschikbaar was of de zieke ouder zijn best doet er op zijn manier voor de kinderen te zijn. Koppers kunnen de ziekte van de ouder dan vaak makkelijker relativeren. Wanneer er geen ruimte is om gevoelens te uiten en geen van beide ouders beschikbaar is voor de kinderen, wordt dit een stuk moeilijker.
Hulp uit de omgeving blijkt tevens belangrijk te zijn in het omgaan met de ziekte van de ouder. Wanneer er iemand is om mee te praten of om jezelf bij te kunnen zijn scheelt dit al heel erg in hoe kinderen om gaan met de ziekte van de ouder. Zo kunnen zij thuis dan even van zich af zetten.
Wanneer er iemand voor een kind is zal het kind minder snel het gevoel krijgen alleen te zijn, dat er niemand voor hem is en dat mensen er niet voor hem zullen zijn. Dit versterkt het gevoel van eigenwaarde van het kind.

Wat kinderen ook belangrijk vinden is om meer te weten over de ziekte van de ouder. Wat is het, welk gedrag van mijn ouder hoort bij de ziekte, hoe zit het met erfelijkheid, hoe kan ik er mee om gaan, wat doen de medicijnen, waarom wordt mijn ouder wel of niet opgenomen. Antwoord op vragen lijdt er toe dat kinderen zelf minder snel een verklaring gaan zoeken voor wat er met hun ouder is en hoe dat komt. Maar ook dat zij zich minder gaan schamen voor het bizarre gedrag van hun ouder.

Wat koppers graag willen van de hulpverlening is dat deze hen meer uit kan leggen over de ziekte van de ouder, omdat zij dan meer begrijpen war er aan de hand is en dingen minder verwarrend voor hen worden. Zij willen ook graag uitleg over behandeling en waarom iets juist wel of niet gedaan wordt met hun ouder. Zij snappen namelijk vaak niets van de regelgeving.

Zij willen ook graag dat een hulpverlener er voor hen is met een luisterend oor of even vraag hoe het met hen gaat. Zo dat zij in elk geval weten dat zij er wel mogen zijn. Sommigen hebben behoefte aan contact met lotgenoten, therapie, 1 op 1 gesprekken of willen systeemtherapie. In elk geval vinden zij het prettig om hun ervaringen op een rijtje te kunnen zetten en te verwerken.
Anderen geven echter aan helemaal geen behoefte te hebben aan contact met de hulpverlening. Dit omdat zij vinden dat zij niet weten wat er in hen om gaat of dat zij al andere mensen uit hun omgeving hebben waar zij met hun problemen terecht kunnen.

Wat koppers graag zelf zouden willen zien om beter bereikt te worden is dat de drempel naar de hulpverlening toe verkleind wordt. Dit kan door middel van preventie. Iets wat zou kunnen beginnen op school.
Wanneer er meer aan preventie gedaan wordt kunnen zij op een wat ongedwongen manier te weten komen wat psychisch ziek zijn in houdt en waar zij terecht kunnen. Dit kan zijn via internet, door over de ziekte van hun ouders te lezen of door hulp te zoeken. Zij hoeven dit dan niet gelijk te doen, maar zij weten in elk geval waar zij terecht kunnen. Wat deze kinderen tevens heel belangrijk vinden in de hulpverlening beter kunnen bereiken en hulpverlening hun is dat een hulpverlener voor hun beschikbaar is als zij eenmaal de stap hebben genomen om daar naar toe stappen. Wanneer een hulpverlener er dan voor hen kan zijn is de stap minder groot om nog eens terug te komen. Wanneer iemand niet beschikbaar is zal een kopper niet snel nog een keer komen.

14.2 Hulpverleners

Wat wij in ons onderzoek van de hulpverleners te weten wilden komen is hoe zij denken dat zij koppers beter kunnen bereiken en wat hiervoor nodig is.

Hulpverleners geven aan dat het voor hen vaak moeilijk is om koppers zelf te bereiken. Dot komt enerzijds doordat ouders het vaak moeilijk vinden om hun kinderen over de ziekte van de ouder(s) te vertellen. Vaak willen zij dan niet dat hun kinderen met hulpverleners in aanraking komen. Wanneer ouders dit niet willen zullen kinderen hiervoor niet toegankelijk zijn.
Het is tevens vaak zo dat niet alle kinderen mee komen met de ouders, dus zij die dan niet te zien krijgen.

Dan zijn er ook nog hulpverleners waarvan de ouder patiënt is en zij geen tijd hebben voor de familie. Dit komt vooral doordat er veel bezuinigd wordt. Hulpverleners moeten al zo veel, hebben nauwelijks tijd voor hun eigen patiënten, laat staan voor familie en dat betekent dus ook niet voor de kinderen.

Dan zijn er ook nog zorgmijders dus deze kinderen worden al helemaal niet bereikt.

Tevens willen hulpverleners graag weten welke vragen zij moeten beantwoorden aan de kinderen zodat het makkelijker is om met hen in gesprek te komen. Willen ze wat weten over erfelijkheid, of het ooit over gaat of waarom een ouder zo raar doet of zijn er ook nog andere vragen?

Zij denken dat het belangrijk is dat er aandacht is voor preventie voor deze doelgroep, zodat er zo veel mogelijk kinderen bereikt kunnen worden. Dit betreft dan zowel

kinderen van ouders die wel in aanraking komen met de hulpverlening als kinderen die niet in aanraking komen met hulpverlening.
Zo komen de koppers meer over psychisch ziek zijn te weten en weten de koppers waar zij terecht kunnen. Volgens hulpverleners is dit heel belangrijk.

Nu weten zij wel dat er veel aan hulpverlening is voor 12 tot 18 jarigen, maar een voorlichting voor op scholen, waarmee dus veel kinderen bereikt worden bestaat eigenlijk nog niet. Zo'n voorlichting is er alleen voor basisscholen.

14.3 Conclusie:

Ieder kind beleeft de ziekte van zijn ouder op zijn eigen manier. Daarbij heeft ieder kind een andere manier om hier mee om te gaan en daarbij zijn eigen gevoelens. Wij denken dat het heel belangrijk is, dat een kind op zijn eigen manier op de psychische ziekte van de ouder kan reageren. Er zitten wel terugkomende patronen in het gedrag en de gevoelens van de koppers, maar hoe iemand dit beleeft kan niemand zeggen.

Wij denken dat het belangrijk is dat deze gevoelens er mogen zijn en dat deze ook erkent worden. Dit is namelijk belangrijk voor een positieve ontwikkeling van het kind.
Volgens ons zou meer bekendheid van het onderwerp tevens goed doen, net zoals het goed doorverwijzen door de hulpverlening.

Met voorlichting kunnen meer kinderen bereikt worden en kan het taboe op psychisch ziek zijn wat meer doorbroken worden. Maatschappelijk bewustzijn is hierbij van belang.
Daarnaast is het goed wanneer hulpverleners naar de kinderen vragen en voor deze kinderen kunnen zijn. Zij zullen ze niet altijd zelf verder kunnen helpen. Doorverwijzen en weten waar naar toe zou al veel helpen. Hierdoor krijgen jongeren de hulp die zij nodig hebben, wanneer zij hier om vragen.

Om meer jongeren te kunnen bereiken denken wij dat er meer voorlichting nodig is. Hierdoor komen zij meer te weten over het psychisch ziek zijn van hun ouder en weten zij waar zij terecht kunnen met hun vragen en problemen. Dit draagt er toe bij dat zij eerder met hun problemen naar buiten komen.

15. Verantwoording van het product

Zowel uit ons literatuur- als praktijkonderzoek is gebleken dat koppers behoefte hebben aan laagdrempelige informatie en hulp. Om naar hulpverleningsinstanties te gaan, vinden zij vaak te hoogdrempelig, omdat de instanties een bepaalde lading heeft. Ze hebben het gevoel dat als zij naar die instanties gaan, ze “gek” zijn. Tevens hebben hun ouders problemen waardoor zij in de hulpverlening zitten en vinden de koppers niet dat zij ook in de hulpverlening terecht hoeven te komen.

15.1 De opties waar wij niet voor gekozen hebben

Wij hadden er voor kunnen kiezen om een voorlichting voor leraren te maken. Wij hebben hier niet voor gekozen, omdat er al informatiedagen voor leerkrachten bestaan en vertrouwenspersonen op scholen er door Parnassia al op gewezen worden waar zij kinderen naar toe door kunnen verwijzen en hoe zij op deze kinderen moeten reageren.

Daarnaast hebben wij er ook voor kunnen kiezen om iets aan de doorverwijzing te doen tussen hulpverleners. Hier zijn ze bij Parnassia echter al actief mee bezig om te verbeteren en zou zouden wij naar ons idee nog maar een beperkte groep kinderen bereiken.

Dan hadden wij ook nog voor een andere vorm van voorlichting kunnen kiezen zoals een reclamespotje maken of een programmaonderdeel voor een educatief programma. Wij hebben hier niet voor gekozen, omdat wij de kinderen interactief met het onderwerp bezig willen laten zijn en hun verschillende mogelijkheden aan willen reiken waar zij terecht kunnen.

15.2 Waarom wij voor het product kiezen dat wij gaan maken

Wij willen een voorlichting maken voor op middelbare scholen. Hier willen wij iets mee doen, omdat wij merken dat zeker op middelbare scholen een heel groot taboe ligt op psychisch ziek zijn. Daarbij hebben jongeren op de middelbare school veel meer leraren dan op de basisschool waardoor problemen veel moeilijker te signaleren zijn.

Doordat koppers het vaak moeilijk vinden om over hun thuissituatie te praten, willen wij op een manier informatie geven, zodat zij niet hoeven te vertellen dat zij een kopper zijn. Omdat koppers vaak niet opvallen en daardoor moeilijk te signaleren zijn, willen wij informatie geven zodat ze zelf iets aan het probleem kunnen doen. Hierdoor hebben wij er voor gekozen om onze voorlichting op jongeren op middelbare scholen te richten.

Op middelbare scholen wordt er voorlichting gegeven over allerlei thema’s. Hierbij komt KOPP niet aan bod. Ook zijn er vele lespakketten beschikbaar, maar ook hierin wordt KOPP niet besproken.
Marije van den Bos van PsyQ heeft tegen ons gezegd dat zij ons product een goed idee vindt. Ze vertelde dat de meeste studenten folders maken en dat daar niet echt meer behoefte aan is, omdat er al goede folders bestaan.
Wel gaf zij aan dat het haar beter lijkt om een algemeen lespakket te maken dan dit speciaal op koppers te richten. Dit omdat er anders alleen maar een bepaalde groep kinderen is die zich aangesproken voelt en het, het onderwerp psychisch ziek zijn bij anderen nog niet veel bekender maakt. Dit terwijl het handig is om juist dit taboe te

doorbreken. Bijna iedereen kent wel iemand die psychisch ziek is of misschien heeft een kind hier zelf wel last van en dan weet deze nog niets meer over psychisch ziek zijn. Hierdoor hebben wij er voor gekozen om een algemeen voorlichtingspakket te maken.

15.3 Wat moet er in het voorlichtingpakket naar voren komen

Het volgende moet hierin naar voren komen:

- Beeldvorming en vooroordelen over psychisch ziek zijn.
- Persoonlijke verhalen aan de hand van twee casussen. Eentje over een jongere die last heeft van psychiatrische problematiek en de ander over een jongere waarvan een van de ouders psychiatrische problemen heeft.
- Psychiatrische ziektebeelden, suïcide en een ouder met psychiatrische problematiek.
- De hulpverlening + tips

Hierdoor wordt het hulpverleningsaanbod aan koppers bekend gemaakt zonder dat zij zich gelijk aangesproken hoeven te voelen en weten zij waar zij verder terecht kunnen met vragen.

15.4 Wat komt er allemaal in het product

- Een docentenhandleiding met tips over hoe de les gegeven kan worden.
- In de docentenhandleiding twee casussen aan de hand waarvan de les gegeven kan worden.
- Stellingen waarmee over de gespreksonderwerpen gediscuseerd kan worden
- Folders over psychisch ziek zijn, verschillende aandoeningen en bestemd voor verschillende doelgroepen. Deze moeten de leerlingen dan indelen.
- Een folder voor de leerlingen met meer informatie en links

Wij hebben voor deze opzet gekozen, omdat wij vinden dat informatie geven over het onderwerp psychiatrie belangrijk is. Daarnaast hebben wij gekozen voor verschillende interactieve vorm. Een leraar kan dan kiezen wat het best bij zijn leerlingen aan zal sluiten. Daarbij is het lespakket geschikt voor VMBO, HAVO en VWO. Wij hebben ook gekozen voor een interactieve vorm omdat wij uit ervaring weten dat leerlingen hierdoor beter opletten. Uit eigen ervaring en uit gesprek met middelbare scholieren blijkt dat zij de stof dan beter opnemen. Wanneer zij stil moeten zitten gaan zij zich vervelen en letten niet meer op.
Met een interactieve vorm moeten zij zelf na en meedenken over het onderwerp. Hierdoor hopen wij dat de taboe rondom psychisch ziek zijn iets meer doorbroken wordt en dat koppers tevens weten waar zij terecht kunnen wanneer zij meer willen weten.

15.5 Evaluatie van het eindproduct

Wij denken dat wij door dit eindproduct jongeren bewuster kunnen maken van het onderwerp psychiatrie. Daarbij willen wij hen laten weten dat zij niet de enige zijn waarbij thuis problemen spelen. Wij denken juist dat door de interactieve vorm en het gebruik van casussen, dit bij zal dragen aan het begrip en herkenning door de leerlingen.
Wij denken dat dit product in de praktijk bruikbaar is. Door verschillende invalshoeken aan te reiken om de lessen te geven is dit deze lesdoos geschikt voor zowel het VMBO, de HAVO en het VWO.

Daarnaast denken wij dat de docentenhandleiding zo is opgesteld dat leraren zonder meer informatie te zoeken de les kunnen geven.
Voor de leerlingen hebben wij een extra folder gemaakt zodat zij wat meer informatie krijgen over de psychiatrie en hierin staan tips van wat zij kunnen doen, wanneer ze ergens mee zitten. Bij wie en waar kunnen ze terecht. Ze hoeven hier dan niet gelijk iets mee te doen, maar ze weten wel waar ze terecht kunnen.

Wel hebben wij dit product ontworpen voor de regio den Haag, dit omdat wij hier onderzoek hebben gedaan. Hier hebben wij daarom de meeste informatie over. Wel is het product generaliseerbaar naar andere regio's. Dan zullen de namen van de instellingen, in dit geval Parnassia en de Jutters, wel veranderd moeten worden.

Nawoord

Ondanks dat er al veel over het onderwerp KOPP is geschreven hebben wij u nieuwe informatie kunnen verschaffen over dit onderwerp.

Dit ligt vooral in het gegeven hoe koppers en hulpverleners elkaar beter kunnen bereiken. Hier was in de literatuur nog niets over te vinden en nog geen onderzoek over gedaan.
Wij denken dat deze scriptie meer inzichten kan verschaffen in hoe koppers en hulpverleners elkaar beter kunnen bereiken.
Er zal op meerdere terreinen voorlichting kunnen geven over het onderwerp KOPP.
Daarnaast denken wij dat het hulpverleners meer inzicht kan geven in hoe zij beter met de doelgroep koppers van 12 tot 18 jaar om kunnen gaan.

Deze scriptie is een aanzet om verder onderzoek te doen in het beter bereiken van hulpverleners en koppers. Hier hebben wij te weinig onderzoekstijd voor gehad om dit uitgebreid te onderzoeken, maar de onderzoeksresultaten kunnen zeker gebruikt worden voor verder onderzoek.

Marie-Claire Thorenaar en Natalie van der Linden

Literatuurlijst

Boeken:
Borgesius, Els (1994). *Hulpverleners en familie: partners in de zorg: een handleiding voor hulpverleners in de ggz.* Assen: Van Gorcum.

Dingemans, P.M.en M.A. de Pater- Zijlstra (1998). *Gezinsbegeleiding bij psychotische patiënten. Een aanzet tot transmurale hulpverlening.* Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Gameren, Sandra, van (2006). *Leven met een psychisch zieke ouder.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Jansen, Pien (1996). *Leven op een zeepbel. Kinderen van psychisch zieke ouders.* Amsterdam: Babylon – de Geus.

Jansen, Wilma (2006). *Ziek in je hoofd.* Groningen/ Houten: Wolters – Noordhoff.
Pols, J.J. , N.M.C. Schiebaan, Bonne en J. van der Wal (2003). *Als het anders gaat.* Heerenveen: Groen.

Stel, Jaap, van der en Joke van der Keuken (1992). *Kinderen, gezin en alcohol. Preventie en hulpverlening.* Assen: Dekker & van de Vegt.

Storms, Werner (2001). *Een veilig gevoel.* Amsterdam: Clavis.

Van den Berg, Leen (2001). *Lege ogen.* Amsterdam: Clavis.

Brochures:
KOPP-werkgroep Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen te Boechout. (2004). *Hoe gaat het dan met de kinderen?* Boechout: Cera Foundation.

KOPP-werkgroep Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen te Boechout. (2005). *Met wie kan jij er dan over praten?* Boechout, Cera Foundation.

KOPP-werkgroep Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen te Boechout. (2004). *Wat gebeurt er dan met jou?*Boechout, Cera Foundation.

Trimbos-instituut (2003). *Splinters.* KIPIZIVERO-serie

Internetpagina's:
Anoniem, *Nieuwsbrief 12, jaargang 4, januari 2005*. URL: http://www.kinderenjongerentelefoon.be/lkvkjt/nieuwsbrief/NB_12.pdf . Beschikbaar: 12-12-06.

Anoniem. *OASE Centrum G.G.Z. Dendermonde*. URL: http://users.skynet.be/oase/kopp.html. Beschikbaar: 14-12-2006.

Anoniem. *KOAP.* URL: http://www.koap.be/index2.html. Beschikbaar: 14-12-2006.

Anoniem. *KOPP- Vlaanderen.* URL: http://www.koppvlaanderen.be/gevolgen.htm. Beschikbaar: 14-12-2006.

Anoniem. *KOPP - Vlaanderen.* URL: http://www.koppvlaanderen.be/kopzorgen.htm. Beschikbaar: 14-12-2006

Anoniem. *KOPP – Vlaanderen.* URL: http://www.koppvlaanderen.be/zelfdoen.htm. Beschikbaar: 14-12-2006

Anoniem. URL: http://zoeken.dokterdokter.nl/woord/actingout/. Beschikbaar: 27-02-2007.

Trimbos Instituut. *www.drankjewel.nl.* URL: http://www.drankjewel.nl/jongeren.asp. Beschikbaar:07-03-2007.

Trimbos instituut. *Trimbos Kopstoring.* URL: http://www.kopstoring.nl/index2.html. Beschikbaar: 14-12-2006

Trimbos Instituut. *Trimbos instituut.* URL: http://www.trimbos.nl/default2.html. Beschikbaar:07-03-2007.

Bijlagen

Ik heb een opgeruimd karakter
Ik krijg de hoogste bergen klein
Ik sluit deuren die nog open staan
En lekkende kranen draai ik dicht

Zo blijf ik droog, in mijn ogen

Maar jij kunt zien
Hoe ik met hoge schouders ga
Hoe mijn keel is dichtgesnoerd. Hoe onveilig
Ik mij voel, vooral in mijn eigen vel

Ik wist het wel, maar wilde het niet:
Verborgen verdriet trapt altijd na

Uit: Storms, Werner (2001). *Een veilig gevoel.* Amsterdam: Clavis.

Bijlage 1

Ziekte beelden

Hieronder meer informatie over verschillende ziektebeelden. Wilt u meer over weten psychiatrische ziektebeelden kijk dan op www.trimbos.nl.

- **Stemmingsstoornissen** → Hierbij is het gevoelsleven, de stemming verstoord.
  Depressie → Een aanhoudend gevoel van leegte, somberheid, eenzaamheid, vaak schuldgevoelens en wanhoop. Deze gevoelens beïnvloeden het functioneren in het dagelijks leven zodanig dat deze verstoord raakt. Een bekend symptoom is dat mensen het liefst de hele dag in bed willen liggen en niet meer goed voor zichzelf zorgen.
  Manisch-depressief → Periodes van depressie en manie wisselen zich af. Wanneer iemand manisch is, wil hij vaak veel ondernemen, doet roekeloze dingen of is snel geïrriteerd. Wanneer deze persoon depressief is, wil deze juist helemaal niks.

- **Fobieën** → Het kan zijn dat iemand een **straatfobie** heeft, dus de straat niet op durft. Of dat iemand bang is voor kleine ruimtes (**claustrofobie**) of dat ze bang zijn om vuil te worden en vaak per dag hun handen wassen. Als iemand erg bang is voor spinnen noemen we dat tevens een fobie.

- **Psychotische stoornissen** → Deze mensen denken dingen die er niet zijn. Bijvoorbeeld dat iedereen die persoon wil vermoorden of denken een bekend persoon te zijn. Dit noemen we **wanen**.
  Er zijn ook mensen die dingen zien, voelen en horen die er niet zijn. Bijvoorbeeld een baby op iemands schoot die er niet is, beestjes op hun huid of stemmen horen die anderen niet kunnen horen. Dit noemen we **hallucinaties.**
  Een voorbeeld van een psychotische stoornis is **schizofrenie**. Deze mensen hebben last van wanen en/of hallucinaties. Deze duren soms maanden, soms een paar weken. Deze mensen gedragen zich voor de omgeving vaak vreemd. Ze lachen bijvoorbeeld om iets droevigs en huilen om iets leuks.

- **Eetstoornissen** → Deze mensen hebben vaak een negatief zelfbeeld. Ze voelen zich dik terwijl ze dit vaak niet zijn. Ze zijn bang om aan te komen door eten.
  Anorexia → Hierbij doet iemand er alles aan om zoveel mogelijk af te vallen. Deze persoon blijft zichzelf dik zien in de spiegel terwijl ze vaak heel mager zijn.
  Boulimia → Deze mensen zijn vaak niet te mager, maar krijgen eetbuien als zij zich niet goed voelen. Hier krijgen zij echter zo'n schuldgevoel over dat ze hun eten weer proberen kwijt te raken. Dit door bijvoorbeeld veel te braken of te gaan sporten.

- **Verslaving** → Dit kan zijn aan drank, drugs of medicijnen. Ze gebruiken hiervan zoveel dat dit hun leven gaat beheersen en zij niet meer normaal kunnen functioneren in het dagelijks leven. Alles draait om de verslaving en zij zullen er alles aan doen om hieraan toe te kunnen geven. Dit ten koste van alles om hen heen, zoals hun gezin, werk en relaties.

- **Persoonlijkheidsstoornissen** → Deze mensen hebben een probleem dat met hun persoonlijkheid te maken heeft. Bijvoorbeeld dat zij zich meer dan anderen voelen, wat er ook gezegd wordt. Dit is een **narcistische persoonlijkheidsstoornis**. Of dat

zij zich altijd vast klampen aan anderen en geen eigen mening hebben, maar doen wat anderen vragen. Dit is een **afhankelijke persoonlijkheidsstoornis.**
De bekendste is waarschijnlijk **borderline** → Deze mensen stoten anderen af, trekken ze weer aan. De stemming slaat van het ene op het andere moment om. Ze denken zwart – wit en kunnen heel manipulatief zijn.

- **ADHD** → Deze mensen zijn vaak druk. Zo wordt ADHD meestal uitgelegd. ADHD is tevens dat mensen zich moeilijk kunnen concentreren. Ze zijn snel afgeleidt door van alles wat er in hun omgeving gebeurd. Ze hebben aandachtsproblemen en zijn vaak heel impulsief in wat ze doen.

- **Autisme** → Iemand met autisme heeft vaak **moeite met sociale situaties**. Ze kunnen zich niet inleven in hoe iemand anders zich voelt, ze kunnen niet goed reageren op gedrag en gevoelens van anderen, kijken je vaak niet aan.
  Ze hebben **problemen met communicatie**. Vaak is hun taalgebruik minder ontwikkeld. Dit is echter meestal alleen zo bij klassiek autisme. Niet bij verwante ziektes zoals het syndroom van asperger. Ze kunnen een gesprek niet goed beginnen of volhouden.
  Ze hebben **problemen met hun gedrag**. Hebben abnormaal veel interesse in één of een paar onderwerpen en weten hier heel veel van. Hebben dwangmatige gewoonten. Kunnen zich soms op een rare manier bewegen. Zijn soms erg gehecht aan een bepaald voorwerp.

Bijlage 2

Rollen die kinderen van psychisch zieke ouders aan kunnen nemen

De verantwoordelijke
Dit kind is vaak de oudste in het gezin of enig kind. Deze zorgt meestal voor de jongere broertjes en zusjes, ook neemt deze vaak een deel van het huishouden over en fungeert als steunfiguur voor de andere ouder. Vaak is het ook dat bij deze kinderen parentificatie voor komt. Dit is het opnemen van taken die niet bij het ontwikkelingsniveau van het kind liggen. Deze liggen dus veel hoger dan wat een kind van die leeftijd zou moeten kunnen. Een kind in deze rol leert vaak dat volwassenen niet voor hem beschikbaar zijn en zorgt dat deze alles zelf regelt. Het gevolg si dat dit kind vaak goed kan organiseren en controleren.
Dit kind heeft er uiteindelijk vaak veel moeite mee om zich in een gelijkwaardige situatie aan te passen, omdat het gewend is om alles zelf te moeten doen.
Hij krijgt waardering voor zijn organisatietalent en zal het veelal goed doen op school, maar eigenlijk voelt dit kind veel wantrouwen en onzekerheid tegenover anderen. Dit omdat het niet altijd op steun van de ouders heeft kunnen rekenen.

De aanpasser
Dit kind past zich altijd aan de omstandigheden aan. Het kind zal niet veel opvallen, omdat anderen immers zorgen dat alles loopt. Dit kind vindt vaak dat het niets aan de situatie kan veranderen en accepteert maar hoe alles loopt.
Dit kind heeft er echter vaak veel moeite mee om zichzelf doelen te stellen en heeft hierdoor moeite op school. Deze wordt in veel gevallen niet afgemaakt.
Ze krijgen vaak geen positieve, maar ook geen negatieve aandacht. Dit omdat ze niet speciaal opvallen.

De verzoener
Dit kind probeert de situatie voor zichzelf en anderen zo aangenaam mogelijk te maken. Het zal anderen troosten als ze het moeilijk hebben en proberen ruzies te sussen.
Dit kind klaagt nooit en zal geen teleurstellingen laten blijken. Het laat tevens niet merken wat hem nou eigenlijk bezig houdt. Dit kind is altijd bezig met anderen en lijdt zo de aandacht van zichzelf af.

De zondebok
Dit kind trekt altijd alle negatieve aandacht naar zich toe. Ze vertonen vaak negatief gedrag. Doordat zij in de problemen komen door hun gedrag krijgen zij aandacht van hun ouders. Deze kunnen vaak makkelijker omgaan met de problemen van hun kind dan met hun eigen problemen.
Eigenlijk is het problematische gedrag van dit kind een schreeuw om aandacht, omdat het kind de situatie thuis niet aan kan. Er wordt vaak echter meer gekeken naar het gedrag dat het kind vertoont dan naar het achterliggende probleem.

Het aan zijn lot over gelaten kind
Dit is het kind waar geen aandacht aan besteed wordt. Dit kind beschermt het gezin door voor zichzelf te zorgen. Het zal geen aandacht vragen en moeilijkheden ontlopen. Hierdoor krijgt het kind ook niet de aandacht dat het nodig heeft. Iets wat lijdt tot grote eenzaamheid.

De clown

Dit kind probeert door middel van humor de situatie thuis zo dragelijk mogelijk te maken. Door zijn grappen probeert hij de ernst van de situatie te verminderen. Het kind met deze rol krijgt hiermee wel veel aandacht. Het helpt echter niet om zo zijn eigen gevoelens en verdriet te verwerken, omdat dit kind constant bezig is met anderen op te vrolijken.

Deze kinderen hebben leren leven met deze rollen. Het is echter wel belangrijk dat deze rollen later losgelaten kunnen worden. Dit later goed te kunnen functioneren in de maatschappij. In de praktijk blijkt echter dat het moeilijk is om dit te kunnen. Een kind weet niet beter dan zich zo te gedragen. Het heeft iets vertrouwds. Het geeft houvast. Om deze vaak enige vorm van houvast op te geven is moeilijk.

Bijlage 3

Mogelijke gevolgen voor kinderen

De meeste kinderen van ouders met alcoholproblemen krijgen zelf geen problemen. Wel hebben ze meer kans op psychische, gedrags- en verslavingsproblemen.
Kinderen van een ouder met alcoholproblemen hebben tijdens hun jeugd vaker last van:

- problemen op school
- gevoelens van schuld en schaamte
- slecht slapen en/of bedplassen
- lichamelijke klachten
- depressie en/of angst
- eetproblemen
- agressie, of andere gedragsproblemen[9]

De gevolgen voor kinderen van een psychisch zieke ouder hangt sterk samen met de leeftijd en ontwikkelingsfase van het kind. Jonge kinderen zijn nog elk moment van de dag afhankelijk van het gedrag van hun ouders. De gevolgen voor hun persoonlijkheids- en identiteitsontwikkeling is groter.
Omdat ouders met psychiatrische problemen vaak minder responsief zijn, kan dit bij kinderen onder de vijf jaar leiden tot hechtingsproblemen en scheidingsangst. Dit kan resulteren in minder “ontdekkend” gedrag. Er kunnen zich problemen voordoen in de ontwikkeling van zelfvertrouwen en leren vertrouwen op anderen. Er is een achterstand mogelijk in de ontwikkeling van het eigen “ik” en in de cognitieve ontwikkeling.
Oudere kinderen beseffen beter wat er aan de hand is, maar nemen de ouderrol vaak over en worden zo belast. Ze maken zich zorgen over hoe het met hun vader of moeder op wat langere termijn verder zal gaan.
In de leeftijd van zes tot twaalf jaar kan verandering van stemming het gevolg zijn, bijvoorbeeld angst, somberheid en huilen. Ook verandering in sociaal gedrag is mogelijk. Verder kan er sprake zijn van rolwisseling. Met name de oudste kinderen nemen de ouderrol over en voelen zich verantwoordelijk voor de situatie. In gezinnen waarvan de moeder psychisch ziek is nemen de meisjes soms haar taken in de huishouding en opvoeding van de andere kinderen over. Deze rol kan zich ook uitbreiden tot “partner” van de vader in emotioneel en seksueel opzicht.

Kinderen krijgen soms psychosomatische klachten en hun schoolprestaties gaan achteruit.

Kinderen van twaalf tot achttien jaar kunnen rebels en deviant gedrag vertonen of sociaal geïsoleerd raken (o.a. moeilijk kwaad worden, contact verbreken, onduidelijke angsten, schaamte voor de ouder, rationaliseren van problemen). Er kunnen zich conflicten voordoen tussen de jongere en zijn ouders en tussen de jongere en school. Er kan sprake zijn van een moeizamer losmakingproces. En tenslotte kan ook hier de rolwisseling optreden of voortduren (Dhondt en van Doesum, 1990).[10]

<u>Latere relaties</u>

[9] http://www.drankjewel.nl/volwassen/vervolg.asp?art=114&show=sub&RecId=3alcoholproblemen
Beschikbaar: 13 februari 2007
[10] Borgesius, Els (1994). *Hulpverleners en familie: partners in de zorg: een handleiding voor hulpverleners in de ggz.* Assen: Van Gorcum.

De band tussen ouder en kind heeft ook effect op het volwassen leven. Onderzoekers spreken liever over de mate van gehechtheid. Er zijn aanwijzingen dat het kunnen aangaan van liefdesrelaties en nauwe banden als vriendschappen, samenhangt met hechting tussen moeder en baby. De Britse psychiater Bowlby was de eerste die een dergelijke link legde. Uit onderzoek naar vrouwen die op jonge leeftijd hun moeder verloren, kwam naar voren dat de enige voorspelbare factor naar later hechtingsgedrag een consequente, ondersteunende en emotioneel alerte verzorger was. De vrouwen die op een responsieve en betrouwbare overgebleven ouder of verzorger konden steunen, konden dat als volwassene ook op een partner.

Het prijskaartje van veerkrachtige overlevers zagen sommige onderzoekers terug bij het onderwerp relaties. En ook de kopper zelf noemt het omgaan met anderen en het aangaan van een liefdesrelatie soms als een struikelblok. Door copingstijlen als rationaliseren en intellectualiseren, het uitschakelen van emoties en vermijden kan het voor koppers later moeilijk zijn intieme en wederkerige relaties te onderhouden. Dit lijkt vooral het geval als de zieke ouder van de andere sekse is. Ook parentificatie, waarbij kind- en ouderrollen zijn omgewisseld, speelt hierbij mee. Door jarenlang vooral gegeven te hebben, kan het moeilijk worden liefde, aandacht en zorg te ontvangen van anderen. En dat trekt een wissel op menselijke verhoudingen. Bij relaties moet er een balans zijn tussen geven en nemen. Sommigen zoeken een partner met (psychische) problemen waarbij men zich opgooit als helper en redder. Psychologen kunnen dan beweren dat zij een vernieuwde poging wagen iemand met een psychische stoornis te helpen, daar waar het hen bij de ouder niet gelukt was. Het is niet gemakkelijk te ervaren dat je ervaringen uit je jeugd je kunnen verhinderen op latere leeftijd een intieme en gezonde relatie te onderhouden.
Maar laten we niet gaan beweren dat alle koppers niet of onvoldoende in staat zijn bevredigende relaties aan te gaan. Er zijn ook koppers die getrouwd of ongetrouwd samenwonen.

Sommige koppers geven aan dat hun “anders” zijn of het zichzelf als “anders” ervaren, hen belemmert in het sociale verkeer. Doordat zij meer hebben meegemaakt en in het bijzonder dingen hebben meegemaakt of gezien die veel mensen zich niet eens kunnen voorstellen, hebben sommigen het gevoel anders in het leven te staan. Ze noemen zichzelf serieuzer of te serieus, minder oppervlakkig of levenswijzer. De waardering voor bepaalde aspecten van het leven wordt als anders ervaren. Het lijkt een voordeel niet oppervlakkig in het leven te staan, maar niet iedereen beleeft dat zo. Sommigen geven aan daardoor geen of moeilijk aansluiting bij leeftijdgenoten te kunnen vinden. Dat kan vooral op jongere leeftijd als niet prettig worden ervaren. Het gevoel nergens te kunnen aarden, niet sociaal vaardig te zijn of zelfs minderwaardig, kan een reden zijn om deskundige hulp in te schakelen. Maar ook zonder dergelijke redenen kan met besluiten om in therapie te gaan.[11]

[11] Gameren, Sandra van (2006). *Leven met een psychisch zieke ouder. Houten:* Bohn Stafleu van Loghum.

Bijlage 4

Wat is er al aan hulpverlening voor deze groep?

Hier beschrijven we het hulpverleningsaanbod dat er voor koppers en/ of zijn ouders is. Wij geven enkel het aanbod van de instanties in de regio weer waar wij ons onderzoek doen.
Ook hebben wij de manier van aanmelden vermeld, omdat dit weergeeft of het laagdrempelig voor de koppers of ouders is.
Tevens vertellen wij wat de kosten die er eventueel bij komen kijken, zijn. Dit kan een belemmering voor koppers of ouders zijn.

Parnassia en de Jutters

Speel & doegroep voor kinderen (7 en 8 jaar) van ouders met psychische problemen of verslavingsproblemen

De groep
Als een vader of moeder psychische of verslavingsproblemen heeft, kan dit ook voor de kinderen ingrijpende gevolgen hebben. Het doel van de speel & doegroep is het ondersteunen van kinderen die opgroei(d)en bij ouders met psychische of verslavingsproblemen.
In de speel & doegroep praten kinderen met elkaar over hun situatie. Ook leggen de begeleiders uit wat psychische problemen en verslavingsproblemen inhouden. Andere onderwerpen die aan bod komen zijn: het bespreekbaar maken van de problemen van de ouder, het uiten van gevoelens van de kinderen, omgaan met de problemen van de ouder, omgaan met schaamte en schuldgevoelens en omgaan met pesten. Dit gebeurt op een speelse manier, die aangepast is aan de leeftijd van de kinderen.

Anne, 7 jaar: *"In een groep kan ik andere kinderen helpen en zij kunnen mij helpen."*
Johan, 8 jaar: *"Soms wordt mijn moeder erg boos en dan moet ik huilen."*
Danny, 7 jaar: *"Ik vind het fijn om te weten dat ik niet de enige ben."*

Ouders worden steeds betrokken bij de speel & doegroep. Vooraf maken de kinderen samen met de ouders kennis met de begeleiders van de groep. Kinderen en ouders krijgen dan informatie over de inhoud van de groep. De kinderen krijgen geen therapie. De groepen zijn juist bedoeld om te voorkomen dat kinderen problemen ontwikkelen. Voor deze groep is geen verwijzing nodig van de huisarts en de kinderen worden niet als cliënt van Parnassia/ de Jutters ingeschreven. Ook worden er geen dossiers aangelegd.

Praktische informatie
Aantal bijeenkomsten: 7 wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur en 2 ouderbijeenkomsten.
Data en tijd: Meerdere keren per jaar, bij voldoende deelname.
Aantal deelnemers: 6 tot 8 deelnemers per groep.
Kosten: Geen.
Begeleiding: Elke groep wordt begeleid door twee ervaren begeleiders: een medewerker van Parnassia, psycho-medisch centrum en een medewerker van de Jutters.
Organisatie: De groep wordt georganiseerd vanuit het preventieproject kinderen van ouders met psychiatrische problemen en kinderen van verslaafde ouders van de preventieafdelingen van de Jutters en Parnassia.

Plaats: De groep wordt aangeboden in Den Haag, kinderen uit Zoetermeer en de randgemeenten van Den Haag mogen wel aan de groep deelnemen.

Informatie en aanmelding
Voor informatie, aanmelding en vragen kan men telefonisch contact opnemen of een e-mail sturen.

Aanmeldingsformulier
Er moet een aanmeldingsformulier ingevuld en opgestuurd worden.

Kort na de aanmelding ontvangt men een uitnodiging voor een persoonlijk gesprek met een van de medewerkers. Dit gesprek is kosteloos en vrijblijvend.[12]

Doe-praatgroep voor kinderen (9 tot 12 jaar) van ouders met psychische problemen of verslavingsproblemen

De groep
Als een vader of moeder psychische of verslavingsproblemen heeft, dan kan dit ook voor de kinderen ingrijpende gevolgen hebben. Het doel van de doe-praatgroep is het ondersteunen van kinderen die opgroei(d)en bij ouders met psychische of verslavingsproblemen.
In de doe-praatgroep praten kinderen met elkaar over hun situatie. Ook leggen de begeleiders uit wat psychische problemen en verslavingsproblemen inhouden. Andere onderwerpen die aan bod komen zijn: het bespreekbaar maken van de problemen van de ouder, het uiten van gevoelens van de kinderen, omgaan met de problemen van de ouder, omgaan met schaamte en schuldgevoelens en omgaan met pesten. Dit gebeurt op een speelse manier, die aangepast is aan de leeftijd van de kinderen.

Sharon, 10 jaar: *"In een groep kan ik andere kinderen helpen en zij kunnen mij helpen."*
Jordy, 9 jaar: *"Soms wordt mijn vader erg boos en soms moet hij ook huilen."*
Lisa, 11 jaar: *"Ik heb het meest geleerd van de vragen, over psychisch ziek zijn en verslavingen, hoe het ontstaat enzo…, dat wist ik allemaal nog niet."*

Ouders worden steeds betrokken bij de doe-praatgroep. Vooraf maken de kinderen samen met de ouders kennis met de begeleiders van de groep. Kinderen en ouders krijgen dan informatie over de inhoud van de groep. De kinderen krijgen geen therapie. De groepen zijn juist bedoeld om te voorkomen dat kinderen problemen ontwikkelen. Voor deze groep is geen verwijzing nodig van de huisarts en de kinderen worden niet als cliënt van Parnassia/de Jutters ingeschreven; er worden geen dossiers aangelegd.

Praktische informatie
Aantal bijeenkomsten: 8 wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur.
Data en tijd: meerdere keren per jaar, bij voldoende deelname.
Aantal deelnemers: 6 tot 8 deelnemers per groep.
Kosten: geen.
Begeleiding: Elke groep wordt begeleid door twee ervaren begeleiders: een medewerker van Parnassia, psycho-medisch centrum en een medewerker van de Jutters.

[12] http://www.parnassia.nl/files/KOPP-KVOspeel_doegroep7-8jaar_DH_augustus.2005.pdf Beschikbaar: 13 februari 2007

Organisatie: De groep wordt georganiseerd vanuit het preventieproject kinderen van ouders met psychiatrische problemen en kinderen van verslaafde ouders van de preventieafdelingen
van Parnassia en de Jutters.
Plaats: De groep wordt aangeboden in Den Haag, kinderen uit Zoetermeer en de randgemeenten van Den Haag mogen wel aan de groep deelnemen.

Informatie en aanmelding
Voor informatie, aanmelding en vragen kan men telefonisch contact opnemen of een e-mail sturen.

Aanmeldingsformulier
Er moet een aanmeldingsformulier ingevuld en opgestuurd worden.

Kort na de aanmelding ontvangt men een uitnodiging voor een persoonlijk gesprek met een van de medewerkers. Dit gesprek is kosteloos en vrijblijvend.

Jongerencursus voor jongeren (12 tot 15 jaar) met ouders met psychische problemen of verslavingsproblemen

De cursus
Als je vader of moeder psychische of verslavingsproblemen heeft, dan kan dat ook voor jou ingrijpende gevolgen hebben. Het kan zijn dat je door de situatie waarin je bent opgegroeid niet lekker in je vel zit. Je merkt misschien dat er veel dingen in het gezin draaien om de ziekte of verslaving van je ouder(s). Of je hebt allerlei verantwoordelijkheden van je ouders overgenomen zoals het huishouden doen of zorgen voor je jongere broertjes en zusjes. Je hebt allerlei vragen rondom de ziekte of verslaving van je ouder(s). Misschien voel je je wel heel erg schuldig over de problemen van je ouders. Of ben je juist heel boos of verward.

Dave, 14 jaar: *“Je weet niet precies wat er aan de hand is. De stemming van mijn moeder kan opeens veranderen. Zonder dat je weet waarom. Daar word je zelf ook wel eens gek van. Ik zou willen dat ik mij er minder van aan kon trekken. Maar ik ben niet onverschillig genoeg.”*
Maaike, 12 jaar: *“Thuis doe ik echt veel. Boodschappen, koken. Ik ben eigenlijk heel belangrijk thuis. Maar soms kom ik in de knoei met mijn huiswerk en zie ik mijn vriendinnen alleen op school. Soms zou ik willen dat dat anders was”*

Er zijn heel veel jongeren die een vader of moeder hebben met psychische problemen of verslavingsproblemen. Ongetwijfeld hebben ze een aantal soortgelijke ervaringen meegemaakt en lopen ze rond met dezelfde vragen en gevoelens. Praten met leeftijdsgenoten die zelf weten wat het is om een ouder met psychische problemen of verslavingsproblemen te hebben, kan heel fijn zijn.
Tijdens de cursus is er uitgebreid de mogelijkheid om met leeftijdgenoten ervaringen uit te wisselen. Daarnaast is er in de cursus ruimte en aandacht voor je vragen.
Onderwerpen die aan bod komen zijn: psychiatrische ziektes, verslavingen, het gedrag van de ouder, hoe men kan omgaan met de ouder omgaan, hoe stelt men grenzen, hoe men zijn eigen leven leiden.
Voor deze cursus is geen verwijzing nodig van de huisarts en je wordt niet als cliënt van Parnassia/de Jutters ingeschreven. Er wordt geen dossier aangelegd.

Praktische informatie
Aantal bijeenkomsten: 10 wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur en 3 ouderbijeenkomsten.
Data en tijd: Meerdere keren per jaar, bij voldoende aanmeldingen.
Aantal deelnemers: 6 tot 8 deelnemers per groep.
Kosten: Geen.
Begeleiding: Elke cursus wordt begeleid door twee ervaren begeleiders van Parnassia, psycho-medisch centrum en/of de Jutters Organisatie: De cursus wordt georganiseerd vanuit het preventieproject kinderen van ouders met psychiatrische problemen en kinderen van verslaafde ouders van de preventieafdelingen van de Jutters en Parnassia.
Plaats: De cursus wordt aangeboden in Den Haag, jongeren uit Zoetermeer en de randgemeenten van Den Haag kunnen wel aan de cursus deelnemen.

Informatie en aanmelding
Voor informatie, aanmelding en vragen kan men telefonisch contact opnemen of een e-mail sturen.

Aanmeldingsformulier
Er moet een aanmeldingsformulier ingevuld en opgestuurd worden.

Kort na de aanmelding ontvangt men een uitnodiging voor een persoonlijk gesprek met een van de medewerkers. Dit gesprek is kosteloos en vrijblijvend.

Jongerencursus voor jongeren (16 tot 25 jaar) met ouders met psychische problemen of verslavingsproblemen

De cursus
Als je vader of moeder psychische of verslavingsproblemen heeft, kan dat ook voor jou ingrijpende gevolgen hebben. Het kan zijn dat je door de situatie waarin je bent opgegroeid niet lekker in je vel zit. Je merkt misschien dat er veel dingen in het gezin draaien om de ziekte of verslaving van je ouder(s). Of je hebt allerlei verantwoordelijkheden van je ouders overgenomen zoals het huishouden doen of zorgen voor je jongere broertjes en zusjes. Je hebt allerlei vragen rondom de ziekte of verslaving van je ouder(s). Misschien voel je je wel heel erg schuldig over de problemen van je ouders. Of ben je juist heel boos of verward.

“*Mijn vader zat soms uren voor zich uit te staren zonder iets te zeggen, daar werd je zelf ook gek van”*
“Ik moet mijn moeder vaak vertellen wat ze moet doen in het huishouden. Vanaf mijn dertiende moest ik instanties bellen en zo”
“Toen het gebeurd was wilde mijn moeder gewoon haar verhaal bij mij kwijt. Ze overlegde ook veel dingen met mij. Maar ik kon moeilijk bij haar terecht.”
“Soms vraag ik me af: Kan ik het ook krijgen, ik lijk zo op mijn vader?

Er zijn heel veel jongeren die een vader of moeder hebben met psychische problemen of verslavingsproblemen. Ongetwijfeld hebben ze een aantal soortgelijke ervaringen meegemaakt en lopen ze rond met dezelfde vragen en gevoelens. Praten met leeftijdsgenoten die zelf weten wat het is om een ouder met psychische problemen of verslavingsproblemen te hebben, kan heel fijn zijn.
Tijdens de cursus is er uitgebreid de mogelijkheid om met leeftijdgenoten ervaringen uit te wisselen. Daarnaast is er in de cursus ruimte en aandacht voor vragen. Onderwerpen

die aan bod komen zijn: psychiatrische ziektes, verslavingen, het gedrag van de ouder, hoe kan men omgaan met de ouder, hoe stelt men eigen grenzen, hoe kan men zijn eigen leven leiden.
Voor deze cursus is geen verwijzing nodig van de huisarts en je wordt niet als cliënt van Parnassia/de Jutters ingeschreven. Er wordt geen dossier aangelegd.

Praktische informatie
Aantal bijeenkomsten: 10 wekelijkse bijeenkomsten van twee uur.
Data en tijd: Meerdere keren per jaar, bij voldoende aanmeldingen.
Aantal deelnemers: 6 tot 10 deelnemers per groep.
Kosten: € 10.
Begeleiding: Elke cursus wordt begeleid door twee ervaren begeleiders van Parnassia, psycho-medisch centrum en/of de Jutters.
Organisatie: De cursus wordt georganiseerd vanuit het preventieproject kinderen van ouders met psychiatrische problemen en kinderen van verslaafde ouders van de preventieafdelingen van de Jutters en Parnassia.
Plaats: De cursus wordt aangeboden in Den Haag, jongeren uit Zoetermeer en de Randgemeenten van Den Haag kunnen wel aan de cursus deelnemen.

Informatie en aanmelding
Voor informatie, aanmelding en vragen kan men telefonisch contact opnemen of een e-mail sturen.

Aanmeldingsformulier
Er moet een aanmeldingsformulier ingevuld en opgestuurd worden.

Kort na de aanmelding ontvangt men een uitnodiging voor een persoonlijk gesprek met een van de medewerkers. Dit gesprek is kosteloos en vrijblijvend.

Moeder- baby interventie ondersteuning voor moeders met psychische, psychiatrische of verslavingsproblemen en hun baby s tot 10 maanden

De interventie
De moederbaby interventie biedt ondersteuning aan moeders met psychische, psychiatrische of verslavingsproblemen.
Een baby krijgen is leuk, maar vraagt ook veel aandacht en energie. Met de komst van de baby is er waarschijnlijk veel voor je veranderd. Naast alle dingen die je altijd al deed, moet je nu ook veel tijd stoppen in de verzorging van de baby. En dat is best lastig als je je energie ook nodig hebt om goed voor jezelf te zorgen.

“Soms heb ik gewoon geen puf meer om met mijn baby te knuffelen en te spelen. Daar voel ik me wel eens schuldig over.”
“Ik snap niet altijd wat mijn baby wil en wat ik moet doen. Ik vraag me vaak af of ik het wel goed doe. Ik zou het fijn vinden als er eens iemand met me mee keek.”
“Ik vind het heel moeilijk als mijn baby maar blijft huilen en het me niet lukt om hem te troosten. Zeker als het al zo vol is in mijn hoofd en ik eigenlijk behoefte heb aan een beetje rust.”
De moeder- baby interventie vindt bij je thuis plaats. Tijdens deze huisbezoeken heb je gesprekken met een van onze begeleiders en worden er video-opnamen gemaakt van dingen die je met je baby doet, bijvoorbeeld tijdens het in bad doen, aankleden, eten of spelen. Samen met de begeleider kijk je deze beelden terug en krijg je advies en tips.

Tijdens de interventie leer je het contact tussen jou en je baby te verbeteren, zodat je (weer) meer plezier krijgt in dat contact. Daarmee vergroot je de kans dat jouw baby zich gezond zal ontwikkelen.

Praktische informatie
Aantal contacten 8-10 huisbezoeken van 1 tot 2 uur.
Start op aanvraag, elk moment in het jaar.
Kosten: Geen.
Begeleiding: De ondersteuning wordt begeleid door een ervaren medewerker van de Jutters
Organisatie. Deze mogelijkheid wordt geboden vanuit het preventieproject kinderen van ouders met psychiatrische problemen en kinderen van verslaafde ouders van de preventieafdelingen van de Jutters en Parnassia.
Plaats: Den Haag.

Informatie en aanmelding
Voor informatie, aanmelding en vragen kan men telefonisch contact opnemen of een e-mail sturen.[13]

Moeder- peutergroep voor moeders met ernstig psychische problemen of verslavingsproblemen en hun kleuters (1 tot 4 jaar)

De groep
Opvoeden, het lijkt zo gewoon. Maar het is niet gemakkelijk, zeker als je zelf problemen hebt. Soms kunnen de zorg en aandacht die kinderen van je vragen je zwaar vallen en zou je wel wat steun kunnen gebruiken. Jonge kinderen hebben van alles nodig. Peuters moeten worden aangemoedigd en hebben hulp nodig om de wereld te ontdekken. Dat vraagt nogal wat van moeders. Vooral als je in een situatie zit dat je extra zorg voor jezelf nodig hebt.

"Ik ben vaak erg moe en somber. Dan kan ik geen energie opbrengen om eens met de kinderen naar buiten te gaan of leuke dingen te doen. Soms voel ik me daar schuldig over."
"Mijn dochtertje is vaak zo koppig. Dan wil ze niet eten. Ik weet niet wat ik dan moet doen. Mijn geduld raakt snel op."

Tijdens de ochtend is er volop gelegenheid om te praten over dingen waarmee je met peuters te maken krijgt. Je raakt met elkaar aan de praat en je kunt van elkaar leren. Daarnaast ga je samen met je kind spelletjes doen, liedjes zingen, knutselen en spelen. Dit kan erg leerzaam zijn en veel plezier geven. Door samen opdrachten te doen en te spelen, leer je oog te krijgen voor wat er speelt in het leventje van je kind. Bovendien krijg je de gelegenheid om met andere moeders ervaringen uit te wisselen over bepaalde thema's die te maken hebben met de opvoeding van kinderen en de beleving van het moederschap, zoals consequent blijven, complimentjes geven, wat vind ik belangrijk in de opvoeding van mijn kind?

Praktische informatie

---

13 http://www.dejutters.com/ufc/file2/dejutters_sites/svermeeren/82d2bb9a0c327744618eefee62fa8ccc/pu/KOPP_KVOmoederbabyinterventie.pdf Beschikbaar: 14 februari 2007

Aantal bijeenkomsten: 15 wekelijkse bijeenkomsten van 2 uur.
Data en tijd: Iedere dinsdagochtend van 9.30 tot 11.30 uur,: start meerdere keren per jaar.
Plaats: Wijkcentrum Escampade, Escamplaan 65, Den Haag
Aantal deelnemers: 6 tot 8 moeders met kinderen per groep.
Kosten: Geen.
Begeleiding: De groep wordt begeleid door twee agogen van Stichting Welzijn Escamp in samenwerking met de afdelingen Preventie van Parnassia en De Jutters Organisatie. De cursus wordt georganiseerd vanuit het preventieproject kinderen van ouders met psychiatrische problemen en kinderen van verslaafde ouders van de preventieafdelingen van Parnassia en De Jutters in samenwerking met Stichting Welzijn Escamp.

Informatie en aanmelding
Voor informatie, aanmelding en vragen kun je telefonisch contact opnemen of een e-mail sturen.[14]

Speel en doegroep voor kinderen (7 en 8 jaar) van ouders met ernstige psychische problemen of verslavingsproblemen

De groep
Als een vader of moeder ernstig psychische of verslavingsproblemen heeft, dan kan dit ook voor de kinderen ingrijpende gevolgen hebben. Het doel van de speel- en doegroep is het ondersteunen van kinderen die opgroei(d)en bij ouders met ernstig psychische of verslavingsproblemen. In de speel- en doegroep praten kinderen met elkaar over hun situatie. Ook leggen de begeleiders uit wat psychische problemen en verslavingsproblemen inhouden. Andere onderwerpen die aan bod komen zijn: het bespreekbaar maken van de problemen van de ouder, het uiten van gevoelens van de kinderen, omgaan met de problemen van de ouder, omgaan met schaamte en schuldgevoelens en omgaan met pesten. Dit gebeurt op een speelse manier, die aangepast is aan de leeftijd van de kinderen.

Anne, 7 jaar: *“In een groep kan ik andere kinderen helpen en zij kunnen mij helpen.”*
Johan, 8 jaar: *“Soms wordt mijn moeder erg boos en dan moet ik huilen.”*
Danny, 7 jaar: *“Ik vind het fijn om te weten dat ik niet de enige ben.”*

Ouders worden steeds betrokken bij de speel- en doegroep. Vooraf maken de kinderen samen met de ouders kennis met de begeleiders van de groep, die informatie geven over wat ze precies gaan doen. De groep is géén therapie, maar preventie. De groep is juist bedoeld om te voorkomen dat kinderen problemen ontwikkelen.

Praktische informatie
Aantal bijeenkomsten: 7 wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur en 2 ouderbijeenkomsten.
Data en tijd: meerdere keren per jaar, bij voldoende deelname.
Aantal deelnemers: 6 tot 8 deelnemers per groep.
Kosten: Geen.

---

14 http://www.dejutters.com/ufc/file2/dejutters_sites/svermeeren/c971a345f75364feff2a28516b61ae9b/pu/KOPP_KVOmoeder_peutergroep.pdf Beschikbaar: 14 februari 2007

Begeleiding: Elke groep wordt begeleid door twee ervaren begeleiders: een medewerker van Parnassia, psycho-medisch centrum en een medewerker van De Jutters Organisatie. De groep wordt georganiseerd vanuit het preventieproject kinderen van ouders met psychiatrische problemen en kinderen van verslaafde ouders van de preventieafdelingen van De Jutters en Parnassia.
Plaats: De groep wordt aangeboden in Den Haag, kinderen uit Zoetermeer en de randgemeenten van Den Haag mogen wel aan de groep deelnemen.

Informatie en aanmelding
Voor informatie, aanmelding en vragen kan men telefonisch contact opnemen of een e-mail sturen.[15]

Doe-praatgroep voor kinderen (9 tot 12 jaar) van ouders met psychische problemen of verslavingsproblemen

De groep
Als een vader of moeder psychische of verslavingsproblemen heeft, kan dit ook voor de kinderen ingrijpende gevolgen hebben. Het doel van de doe-praatgroep is het ondersteunen van kinderen die opgroei(d)en bij ouders met psychische of verslavingsproblemen.
In de doe-praatgroep praten kinderen met elkaar over hun situatie. Ook leggen de begeleiders uit wat psychische problemen en verslavingsproblemen inhouden. Andere onderwerpen die aan bod komen zijn: het bespreekbaar maken van de problemen van de ouder, het uiten van gevoelens van de kinderen, omgaan met de problemen van de ouder, omgaan met schaamte en schuldgevoelens en omgaan met pesten. Dit gebeurt op een speelse manier, die aangepast is aan de leeftijd van de kinderen.

Sharon, 10 jaar: "*In een groep kan ik andere kinderen helpen en zij kunnen mij helpen."*
Jordy, 9 jaar: "*Soms wordt mijn vader erg boos en soms moet hij ook huilen."*
Lisa, 11 jaar: "*Ik heb het meest geleerd van de vragen, over psychisch ziek zijn en verslavingen, hoe het ontstaat enzo,, dat wist ik allemaal nog niet."*

Ouders worden steeds betrokken bij de doe-praatgroep. Vooraf maken de kinderen samen met de ouders kennis met de begeleiders van de groep. Kinderen en ouders krijgen dan informatie over de inhoud van de groep. De groep is géén therapie, maar preventie. De groep is juist bedoeld om te voorkomen dat kinderen problemen ontwikkelen.

Praktische informatie
Aantal bijeenkomsten: 8 wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur.
Data en tijd: Meerdere keren per jaar, bij voldoende deelname.
Aantal deelnemers: 6 tot 8 deelnemers per groep.
Kosten: Geen.
Begeleiding: Elke groep wordt begeleid door twee ervaren begeleiders: een medewerker van Parnassia, psycho-medisch centrum en een medewerker van de Jutters.

15
http://www.dejutters.com/ufc/file2/dejutters_sites/svermeeren/30692ecb559d5e95f54edec8c6324bae/pu/doegroep7_8jaar.pdf Beschikbaar: 14 februari 2007

Organisatie: De groep wordt georganiseerd vanuit het preventieproject kinderen van ouders met psychiatrische problemen en kinderen van verslaafde ouders van de preventieafdelingen van Parnassia en de Jutters.
Plaats: De groep wordt aangeboden in Den Haag, kinderen uit Zoetermeer en de randgemeenten van Den Haag mogen wel aan de groep deelnemen.

Informatie en aanmelding
Voor informatie, aanmelding en vragen kan men telefonisch contact opnemen of een e-mail sturen.[16]

Jongerencursus voor jongeren (12 tot 15 jaar) met ouders met ernstige psychische problemen of verslavingsproblemen

De cursus
Als je vader of moeder ernstig psychische of verslavingsproblemen heeft, kan dat ook voor jou ingrijpende gevolgen hebben. Het kan zijn dat je door de situatie waarin je bent opgegroeid niet lekker in je vel zit. Je merkt misschien dat er veel dingen in het gezin draaien om de ziekte of verslaving van je ouder(s). Of je hebt allerlei verantwoordelijkheden van je ouders overgenomen zoals het huishouden doen of zorgen voor je jongere broertjes en zusjes. Je hebt allerlei vragen rondom de ziekte of verslaving van je ouder(s). Misschien voel je je wel heel erg schuldig over de problemen van je ouders.
Of ben je juist heel boos of verward.

Dave, 14 jaar*: "Je weet niet precies wat er aan de hand is. De stemming van mijn moeder kan opeens veranderen. Zonder dat je weet waarom. Daar word je zelf ook wel eens gek van. Ik zou willen dat ik mij er minder van aan kon trekken."*
Maaike, 12 jaar: *"Thuis doe ik echt veel. Boodschappen en koken. Ik ben eigenlijk heel belangrijk thuis. Maar soms kom ik in de knoei met mijn huiswerk. Ik zie mijn vriendinnen alleen op school. Soms zou ik willen dat dat anders was."*

Er zijn heel veel jongeren die een vader of moeder hebben met ernstig psychische problemen of verslavingsproblemen. Ze hebben vaak soortgelijke ervaringen en lopen rond met dezelfde vragen en gevoelens. Praten met leeftijdsgenoten die zelf weten wat het is om een ouder met ernstig psychische problemen of verslavingsproblemen te hebben, kan heel fijn zijn. Tijdens de cursus is daar uitgebreid gelegenheid voor. Daarnaast is er ruimte en aandacht voor je vragen. Onderwerpen die aan bod komen zijn: psychiatrische ziektes, verslavingen, het gedrag van je ouder, hoe kun je met je ouder omgaan, hoe stel je je grenzen, hoe kun je je eigen leven leiden.

Praktische informatie
Aantal bijeenkomsten: 10 wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur en 3 ouderbijeenkomsten.
Data en tijd: Meerdere keren per jaar, bij voldoende aanmeldingen.
Aantal deelnemers: 6 tot 8 deelnemers per groep.
Kosten: Geen.

16
http://www.dejutters.com/ufc/file2/dejutters_sites/svermeeren/d11344e9e86c02e1956eb632a77b7bae/pu/KOPP_KVOdoe_praatgroep9_12jaar.pdf Beschikbaar: 14 februari 2007

Begeleiding: Elke cursus wordt begeleid door twee ervaren begeleiders van Parnassia, psycho-medisch centrum en/of De Jutters.
Organisatie: Dit is een cursus vanuit het preventieproject kinderen van ouders met psychiatrische problemen en kinderen van verslaafde ouders van De Jutters en Parnassia.
Plaats: De cursus wordt aangeboden in Den Haag, jongeren uit Zoetermeer en de randgemeenten van Den Haag kunnen wel aan de cursus deelnemen.

Informatie en aanmelding
Voor informatie, aanmelding en vragen kan men telefonisch contact opnemen of een e-mail sturen.[17]

Jongerencursus voor jongeren (16 tot 25 jaar) met ouders met ernstige psychische problemen of verslavingsproblemen

De cursus
Als je vader of moeder ernstig psychische of verslavingsproblemen heeft, dan kan dat ook voor jou ingrijpende gevolgen hebben. Het kan zijn dat je door de situatie waarin je bent opgegroeid niet lekker in je vel zit. Je merkt misschien dat er veel dingen in het gezin draaien om de ziekte of verslaving van je ouder(s). Of je hebt allerlei verantwoordelijkheden van je ouders overgenomen, zoals het huishouden of de zorg voor je jongere broertjes en zusjes. Je hebt vragen rondom de ziekte of verslaving van je ouder(s). Misschien voel je je wel heel erg schuldig over de problemen van je ouders of ben je juist heel boos en verward.

“Mijn vader zat soms uren voor zich uit te staren zonder iets te zeggen, daar word je zelf ook gek van. Soms vraag ik me af : Kan ik het ook krijgen, ik lijk zo op mijn vader?”
“Ik moet mijn moeder vaak vertellen wat ze moet doen in het huishouden. Vanaf mijn dertiende moest ik instanties bellen enzo.”
“Toen het gebeurd was wilde mijn moeder gewoon haar verhaal bij mij kwijt. Ze overlegde ook veel dingen met mij. Maar ik kon moeilijk bij haar terecht.”

Er zijn heel veel jongeren die een vader of moeder hebben met ernstig psychische problemen of verslavingsproblemen. Vaak lopen ze rond met vergelijkbare ervaringen, dezelfde vragen en gevoelens. Praten met leeftijdsgenoten die zelf weten wat het is om een ouder met ernstig psychische problemen of verslavingsproblemen te hebben, kan heel fijn zijn. Tijdens de cursus is er uitgebreid de mogelijkheid om met leeftijdgenoten ervaringen uit te wisselen. Daarnaast is er ruimte en aandacht voor je vragen. Onderwerpen die aan bod komen zijn: psychiatrische ziektes, verslavingen, het gedrag van je ouder, hoe kun je met je ouder omgaan, hoe stel je je grenzen, hoe kun je je eigen leven leiden.

Praktische informatie
Aantal bijeenkomsten: 10 wekelijkse bijeenkomsten van twee uur.
Cursusdata en tijd: Meerdere keren per jaar, bij voldoende aanmeldingen.
Aantal deelnemers: 6 tot 10 deelnemers per groep.
Kosten: €10.

---

17 http://www.dejutters.com/ufc/file2/dejutters_sites/svermeeren/faae07e46e1ae6459c3efe6a45f055bd/pu/KOPP_KVOjongeren12_15jaar.pdf Beschikbaar: 14 februari 2007

Begeleiding: Elke cursus wordt begeleid door twee ervaren begeleiders van Parnassia, psycho-medisch centrum en/ of De Jutters, centrum voor Jeugd GGZ Haaglanden.
Organisatie: Dit is een cursus vanuit het preventieproject kinderen van ouders met psychiatrische problemen en kinderen van verslaafde ouders van De Jutters en Parnassia.
Plaats: De cursus wordt aangeboden in Den Haag, jongeren uit Zoetermeer en de randgemeenten van Den Haag kunnen wel aan de cursus deelnemen.

Informatie en aanmelding
Voor informatie, aanmelding en vragen kan men telefonisch contact opnemen of een e-mail sturen.[18]

Gezinsinterventie gezinsgesprekken voor gezinnen waarbij een van de ouders ernstig psychische problemen of verslavingsproblemen heeft

De interventie
Wanneer een vader of moeder ernstige psychische problemen heeft, kan dat voor het hele gezin ernstige gevolgen hebben. De kinderen vinden het vaak moeilijk om te begrijpen wat er met hun vader of moeder aan de hand is. Voor ouders is het moeilijk om de problemen bespreekbaar te maken. Vaak weet het gezin niet goed hoe ze het beste met de (gevolgen van de) problemen van de ouder om kunnen gaan. Daarnaast kunnen kinderen zich schuldig voelen of schamen omdat hun ouder psychische problemen heeft. Of de kinderen zijn boos of verdrietig.

"Door de gezinsinterventie heb ik geleerd om met mijn kinderen te praten over de invloed van mijn problemen op hun leven."
"Mijn ouders hebben nu ook oog voor de dingen die ik belangrijk vind in mijn leven, gelukkig!"
"Nu we besproken hebben dat mijn zoontje het leuk zou vinden als ik af en toe bij voetbal kwam kijken, ga ik om de week met hem mee. Hij geniet er van als ik er ben, ik ook!"

De gezinsgesprekken richten zich op het verbeteren van de communicatie binnen het gezin. Onder leiding van een begeleider van De Jutters vinden een beperkt aantal gesprekken plaats (maximaal 6) met ouders en kinderen afzonderlijk en met het hele gezin. Gedurende deze gesprekken wordt stil gestaan bij de beleving die de afzonderlijke gezinsleden hebben van de ziekte van de ouder. Bovendien wordt over die ziekte informatie gegeven. Alle gezinsleden krijgen de gelegenheid om met elkaar te bespreken hoe zij de gevolgen van de ziekte beleven en wat de invloed is op hun leven. Bovendien wordt besproken hoe ieder in de toekomst met (de gevolgen van) de ziekte om kan gaan.

Praktische informatie
Doelgroep: Gezinnen waar een van de ouders een ernstig psychisch of verslavingsprobleem heeft. De leeftijd van de kinderen in het gezin kan uiteenlopen van 4 tot 21 jaar.

---

18 http://www.dejutters.com/ufc/file2/dejutters_sites/svermeeren/ce66b6a3f790377e895a61b875666ac2/pu/KOPP_KVOjongeren16_25jaar.pdf Beschikbaar: 14 februari 2007

Aantal bijeenkomsten: 6 tot 8 bijeenkomsten waarbij zowel de ouder als de kinderen individueel met de begeleider spreken als dat er een gesprek met het hele gezin plaatsvindt.
Locatie: Bij het gezin thuis of op een locatie van De Jutters of Parnassia.
Kosten: Geen.
Begeleiding: Een medewerker van De Jutters of Parnassia.
Organisatie: De gesprekken zijn mogelijk dankzij het preventieproject kinderen van ouders met psychiatrische problemen en kinderen van verslaafde ouders.

Informatie en aanmelding
Voor informatie, aanmelding en vragen kan men telefonisch contact opnemen of een e-mail sturen.[19]

Een steuntje in de rug, een cursus voor ouders met psychische en/ of verslavingsproblemen

De cursus
De cursus een steuntje in de rug is bedoeld voor vaders en moeders die als gevolg van psychische of verslavingsproblemen ondersteuning zoeken bij de opvoeding van hun kind(eren). Opvoeden is een hele klus, zeker als je zelf last hebt (gehad) van psychische of verslavingsproblemen. Dat de opvoeding dan minder goed loopt is niet vreemd. Soms zijn schuld- en schaamtegevoelens zo sterk dat het moeilijk is om steun te vragen. Tenslotte wil iedere ouder dat het goed gaat met zijn/haar kind(eren). In deze cursus staat het ouderschap centraal.
Er wordt in de cursus rekening gehouden met de beperkingen die de ouders hebben als gevolg van de psychische klachten en/of verslaving.

"Sinds ik de cursus heb gevolgd voel ik mij niet meer zo onzeker. Ik weet nu beter hoe ik met mijn kinderen om kan gaan, ook in mijn slechtere periodes."
"Ik heb nu niet meer het gevoel overal verantwoordelijk voor te zijn. Door beter samen te werken met mijn man zijn de kinderen rustiger geworden."
"Eindelijk durf ik in mijn gezin te praten over mijn psychische klachten. Ik schaam mij niet meer zo en ik merk dat dit ook voor de kinderen beter is."

Belangrijke onderdelen van de cursus zijn:
- herkenning;
- steun door uitwisseling van ervaringen rond ouderschap en opvoeding;
- informatie over de invloed van persoonlijke problemen op de ontwikkeling van kinderen;
- het bespreekbaar maken van de persoonlijke problemen met de kinderen, waarbij rekening gehouden wordt met de leeftijden van de kinderen;
- aandacht voor de ontwikkelingsfasen van kinderen; vergroten van de opvoedingsvaardigheden van de ouder.

Praktische informatie
Aantal bijeenkomsten: 6 wekelijkse bijeenkomsten van 2 uur + 2 maatjes bijeenkomsten.
Cursusdata en tijd: Meerdere keren per jaar, bij voldoende deelname.

---

19 http://www.dejutters.com/ufc/file2/dejutters_sites/svermeeren/3c491f7b2ca88cc06562b4e218c37124/pu/KOPP_KVOgezinsinterventie.pdf Beschikbaar: 14 februari 2007

Aantal deelnemers: 6 tot 10 deelnemers.
Kosten: Geen.
Begeleiding: Elke groep wordt begeleid door twee ervaren begeleiders: een medewerker van Parnassia, psycho-medisch centrum en een medewerker van de Jutters.
Organisatie: De cursus wordt georganiseerd vanuit het preventieproject kinderen van ouders met psychiatrische problemen en kinderen van verslaafde ouders van de preventieafdelingen
van Parnassia en de Jutters.

Informatie en aanmelding
Voor informatie, aanmelding en vragen kan men telefonisch contact opnemen of een e-mail sturen.[20]

Moeders met problemen

Psychische of psychiatrische problemen en opvoeden

De cursus
De cursus moeders met problemen is bedoeld voor moeders die zelf ernstig psychische of psychiatrische problemen hebben en die daardoor in de problemen komen met het opvoeden van hun kind(eren). In de cursus ontdek je dat andere moeders vaak dezelfde gevoelens hebben, dezelfde hoge eisen aan zichzelf stellen, en ook zichzelf wegcijferen voor kinderen en gezin.

"Vaak zeg ik ja als mijn zoontje iets vraagt terwijl ik eigenlijk nee had willen zeggen."
"Als ik zeg dat die rommel moet worden opgeruimd, wordt er niet naar me geluisterd."
"Door mijn eigen problemen heb ik het gevoel dat mijn kind tekort komt . Ik moet het dan goedmaken."

Veel moeders kennen deze twijfels, onzekerheden en schuldgevoelens. Als zij daarnaast ook zelf problemen hebben, worden deze gevoelens steeds sterker. Door aan de cursus deel te nemen ontdek je dat het goed is om voor jezelf op te komen en ervoor te zorgen dat er wel naar je geluisterd wordt. Kinderen zijn belangrijk, moeders ook!

Thema's
Onderwerpen waar het over kan gaan zijn: wat is de ideale moeder, geen nee kunnen zeggen, eeuwige twijfels hebben, er altijd moeten zijn voor je kind, je overal verantwoordelijk voor voelen, het goed moeten maken als je kind tekort komt.

Praktische informatie
Aantal bijeenkomsten: 5 wekelijkse bijeenkomsten van 2 uur.
Cursusdata en tijd: Meerdere keren per jaar, bij voldoende aanmeldingen.
Aantal deelnemers: 8 tot 10 moeders per cursus.
Kosten: Geen.
Begeleiding: De cursus wordt begeleid door twee ervaren begeleiders van zowel Parnassia als De Jutters.

---

20 http://www.dejutters.com/ufc/file2/dejutters_sites/svermeeren/328a31a2733387606df87c1216903149/pu/Opvoedingsondersteuning.pdf Beschikbaar: 14 februari 2007

Organisatie: De cursus wordt georganiseerd vanuit het preventieproject kinderen van ouders met psychiatrische problemen en kinderen van verslaafde ouders van de preventieafdelingen van De Jutters en Parnassia.
Plaats: Den Haag.

Informatie en aanmelding
Voor informatie, aanmelding en vragen kun je telefonisch contact opnemen of een e-mail sturen.[21]

21
http://www.dejutters.com/ufc/file2/dejutters_sites/svermeeren/37998caf3894153bd25e480ec33f088b/pu/KOPP_KVOmoedersmetproblemen.pdf Beschikbaar: 14 februari 2007

Bijlage 5

Vragen enquêtes van de koppers

1.Wat is je geslacht?

2.Wat is je leeftijd?

3.Welke opleiding doe/ deed je?

4.In wat voor gezin ben je opgegroeid?

5.Als je bij vraag 4 anders hebt ingevuld wil je dan hieronder de situatie invullen.

6.Uit hoeveel kinderen bestaat het gezin en het hoeveelste kind ben jij?

7.Woon je nog thuis?

8.Welke ouder is/ was er ziek?

9. Is er bekend welke ziekte je ouder heeft en zo ja welke ziekte is dit?

10. Hoe oud was je toen je ouder(s) ziek werd(en)?

11. Is je ouder onder behandeling of onder behandeling geweest?

12. Hoe is de relatie met je gezonde ouder en wil je dit uitleggen.

13. Hoe is de relatie met je zieke ouder en wil je dit uitleggen?

14.Krijg je steun van mensen uit je omgeving en zo ja van wie?

15. Wat doet de ziekte van je ouder(s) met jou? Hoe reageer jij daar op?

16. Wat vind je niet leuk thuis?

17. Wat vind je wel leuk thuis?

18. Heb je contact met de hulpverlening en zo ja wat voor contact? (bijvoorbeeld via je ouder(s) of zelf hulp gezocht).

19. Bij wie kan je terecht bij vragen en andere dingen rondom de ziekte van je ouder(s)?

20. Weet je welke hulp er voor jou beschikbaar is ? Zo ja welke en wat vind je er van?

21. Welke hulp zou jij graag willen krijgen en waarom?

22. Van wie zou jij die hulp willen krijgen?

23. Heb je tips voor mensen die jou kunnen helpen rondom de ziekte van je ouder(s)? zo ja welke tips?

Bijlage 6

Uitwerking enquêtes van de koppers

Dit zijn de uitwerkingen van de veertig enquêtes die wij terug hebben gekregen van de koppers. De resultaten daarvan hebben wij hieronder verwerkt.
Bij sommige vragen zal het percentage hoger dan 100% zijn. Dit doordat er dan meerdere antwoorden op één vraag gegeven kunnen worden.

1.Wat is je geslacht?

Man	12%
Vrouw	84%

2.Wat is je leeftijd?

18 jaar	30%
16 jaar	25%
17 jaar	22,5%
13 jaar	15%
12 jaar	7,5%

3.Welke opleiding doe/ deed je?

HAVO	37,5%
VMBO	22,5%
VWO	17,5%
HBO	10%
Universiteit	7,5%

4.In wat voor gezin ben je opgegroeid?

Alleen met moeder	14%
Alleen met vader	0%
Bij beide ouders	62%
Anders	24%

5.Als je bij vraag 4 anders hebt ingevuld wil je dan hieronder de situatie invullen.

Scheiding	10%
Al eerder uit huis	6%
Opa en oma	5%
Pleeggezin	3%

6.Uit hoeveel kinderen bestaat het gezin en het hoeveelste kind ben jij?

Twee kinderen	40%
Drie kinderen	22,5%
Vier kinderen	15%
Enig kind	12,5%
Vijf kinderen	10%

In 5% van de enquêtes wordt aangegeven dat de kopper tevens stief broers/zussen heeft, omdat een van de ouders hertrouwd is met iemand die al kinderen heeft.

7.Woon je nog thuis?

Ja	76%
Nee	24%

8.Welke ouder is/ was er ziek?

Vader	40%
Moeder	50%
Beide	10%

9. Is er bekend welke ziekte je ouder heeft en zo ja welke ziekte is dit?

Depressie	25%
Manisch – depressief	22,5%
Borderline	20%
Alcoholverslaving	17,5%
Psychose/ schizofrenie	12,5%
Autisme/ syndroom van Asperger	7,5%
Post traumatische stress stoornis	2,5%
Meerdere persoonlijkheid stoornis	2,5%

10. Hoe oud was je toen je ouder(s) ziek werd(en)?

Voor mijn geboorte	40%
8 jaar	12,5%
10 jaar	10%
vlak na mijn geboorte	10%
13 jaar	7,5%
17 jaar	7,5%
9 jaar	5%
2 jaar	5%
12 jaar	2,5%

11. Is je ouder onder behandeling of onder behandeling geweest?

Ja	84%
Nee	16%

12. Hoe is de relatie met je gezonde ouder en wil je dit uitleggen.

Goede relatie	69%
Redelijke relatie	15%
Moeilijke/ slechte relatie	8%
Geen contact of kent hem/ haar niet	5%
Heeft geen gezonde ouder	3%

Wanneer een relatie met de gezonde ouder goed of redelijk goed is wordt hier veel aangegeven dat deze ouder beschikbaar is voor het kind. Dat deze ze steunt en uitleg geeft.

Wanneer een relatie met een ouder moeilijk of slecht is komt dit vooral doordat de ouder zelf niet om weet te gaan met de zieke ouder en er hierdoor ook niet voor het kind kan zijn.

Wanneer iemand zijn ouder niet kent, komt dit vaak doordat de ouders gescheiden zijn.

Bij sommige mensen zijn beide ouders ziek. Hiervan geven sommige respondenten dan ook aan geen gezonde ouder te hebben.

13. Hoe is de relatie met je zieke ouder en wil je dit uitleggen?

Goed	43%
Moeilijk	15%
Weinig tot geen contact	15%
Redelijk	13%
Slecht	13%
Uit elkaar gegroeid	3%

Wanneer de relatie met de zieke ouder goed is of redelijk komt dit doordat de ouder probeert er voor het kind te zijn. De relatie is dan soms oppervlakkig, omdat de ouder op een ander niveau functioneert. Maar deze doet wel zijn best voor de kinderen en dat wordt gewaardeerd.

Bij een moeilijke of slechte relatie met de zieke ouder komt vaak geweld voor. Deze ouder kan dan verbaal of fysiek nogal gewelddadig zijn. Het kan ook zo zijn dat een kind niet goed met de ouder kan communiceren waardoor de relatie moeizaam verloopt. Wanneer er weinig tot geen contact is, komt dit doordat de ouder niet beschikbaar is voor het kind, geen ziekte inzicht heeft of kinderen niet thuis wonen waardoor zij weinig contact met hun zieke ouder hebben.

Soms is het ook zo dat ouder en kind uit elkaar zijn gegroeid tijdens de ziekte van de ouder.

14.Krijg je steun van mensen uit je omgeving en zo ja van wie? (bijvoorbeeld, familie, buren,kerk)

Vrienden	32,5%
Familie	27,5%
Gezin	20%
Niemand	10%
Conciërge	2,5%
Kerk	2,5%
Werk	2,5%
Vrienden van ouders	2,5%
Alle mensen uit mijn omgeving	2,5%

15. Wat doet de ziekte van je ouder(s) met jou? Hoe reageer jij daar op?

Hoe moet ik omgaan met mij zieke ouder?	27,5%
Het doet kinderen pijn, om te zien dat ouder ziek is	25%
Geeft veel vragen	20%
(komt het nog wel goed?)	7,5%
(Erfelijkheid)	7,5%
(Wordt mijn ouder weer ziek?)	7,5%
(Hoe komt het dat mijn ouder ziek is?)	5%
(Welke ziekte heeft mijn ouder?)	10%

Onzekerheid	20%
Meer begrip hebben voor de ziekte door er over te lezen	20%
Niet makkelijk met anderen durven praten over gevoelens	17,5%
Angst voor het gedrag (agressief) van zieke ouder	15%
Boosheid	12,5%
Schaamte tegenover anderen, geen mensen mee naar huis durven nemen	12,5%
Dubbele gevoelens tegenover zieke ouder	10%
Soms zelf depressieve gevoelens	10%
Het aangepaste kind zijn, omdat dit niet anders kon.	10%
Gevoelens van wanhoop, omdat je niks aan de situatie kan doen	10%
Bewuster in het leven staan, de kleine dingen in het leven waarderen	10%
Gebrek aan assertiviteit	7,5%
Stemmingswisselingen door de sfeer thuis	7,5%
Het gevoel hebben er alleen voor te staan	7,5%
Snel volwassen worden	7,5%
Zich schuldig voelen over dat je negatief over ouder denkt	5%
Faalangst	2,5%
Verlatingsangst	2,5%

16. Wat vind je niet leuk thuis?

De gespannen sfeer	32,5%
Agressie	20%
Onvoorspelbaar gedrag van de zieke ouder	12,5%
Zieke ouder is soms niet beschikbaar	12,5%
Op je tenen moeten lopen voor de zieke ouder	12,5%
Ruzies	12,5%
Negatieve sfeer	10%
Egoïstisch gedrag van de zieke ouder	10%
Geen diepgaande gesprekken kunnen houden met de zieke ouder	7,5%
Niet veilig kunnen voelen thuis	5%
Chaos en rommeligheid	2,5%
Passiviteit van de zieke ouder	2,5%
Alles wordt gecontroleerd	2,5%
Onzekerheid over wat er met de zieke ouder aan de hand is	2,5%
Het idee hebben nergens terecht te kunnen	2,5%
Het huishouden moeten doen	2,5%

17. Wat vind je wel leuk thuis?

Kan gezellig zijn	30%
Op beide ouders terug kunnen vallen	12,5%
Niets was leuk	12,5%
Dat de zieke ouder er probeert te zijn	10%
Samen kunnen lachen	7,5%
Goed met een van de ouders kunnen praten	7,5%
Warmte	7,5%
Contact met broers en zussen	7,5%
Vertrouwde omgeving	5%
Huisdieren	5%
Eigen kamer	5%
Een spelletje kunnen doen	5%

Dingen samen kunnen overleggen	5%
Samen eten	2,5%
Tv kijken met ouders	2,5%

18. Heb je contact met de hulpverlening en zo ja wat voor contact? (bijvoorbeeld via je ouder(s) of zelf hulp gezocht).

Nee	50%
(Reden is niet bekend)	37,5%
(Hulp voor eigen problemen, niet over ziekte ouder)	5%
(geen behoefte aan hulp)	2,5%
(nu geen hulp meer, vroeger wel)	2,5%
(geen hulp nodig, beperkte impact ziekte van ouder)	2,5%
ja	45%
(kopp-groep)	15%
(therapie)	7,5%
(maatschappelijk werk)	5%
(via school)	5%
(psycholoog)	5%
(onbekend welke hulp)	5%
(psychiater)	2,5%
niet bekend of de persoon wel of geen hulp krijgt	5%

19. Bij wie kan je terecht bij vragen en andere dingen rondom de ziekte van je ouder(s)?

niemand	17,5%
internet	17,5%
ouders	12,5%
moeder	10%
vader	7,5%
school	2,5%
maatschappelijk werk	2,5%
conciërge	2,5%
tante	2,5%
psychiater	2,5%
vriendje	2,5%
vrienden	2,5%
GGZ	2,5%
Boeken	2,5%
Huisarts	2,5%
Therapeut	2,5%
Verschillende hulpverleners	2,5%
Weet ik niet	2,5%
Geen behoefte aan	2,5%

20. Weet je welke hulp er voor jou beschikbaar is? Zo ja welke en wat vind je er van?

Ja	52,5%
(kopp-groep)	17,5%
(maatschappelijk werk)	10%

(psychiater)	7,5%
(GGZ)	5%
(geen uitleg erbij)	5%
(huisarts)	2,5%
(psycholoog)	2,5%
(gezinstherapie)	2,5%
nee	42,5%
ongeveer	5%

21. Welke hulp zou jij graag willen krijgen en waarom?

Geen	40%
(niet onderbouwd waarom niet)	25%
(niet nodig)	7,5%
(kan zelf problemen wel oplossen)	7,5%
Wil wel hulp krijgen	27,5%
(luisterend oor)	7,5%
(kopp-groep)	5%
(niet onderbouwd)	5%
(maatschappelijk werk)	2,5%
(1 op 1 gesprekken)	2,5%
(gezinstherapie)	2,5%
(praktische hulp)	2,5%
Wilde vroeger wel hulp, nu niet meer	15%
(luisterend oor)	7,5%
(uitleg over de ziekte)	5%
(maatschappelijk werk)	2,5%
Geen antwoord gegeven op deze vraag	10%

22. Van wie zou jij die hulp willen krijgen?

Geen antwoord gegeven op deze vraag	30%
Niemand	15%
Lotgenoten/ kopp-groep	10%
Bekenden/ familie	10%
Vrienden	10%
Therapeut	7,5%
Hulpverlener	5%
School/ vertrouwenspersoon	5%
Geen idee	5%
Psycholoog	2,5%

23. Heb je tips voor mensen die jou kunnen helpen rondom de ziekte van je ouder(s)? zo ja welke tips?

Geen tips	15%
Bied een luisterend oor/ aanwezig zijn	15%
Maak de hulpverlening laagdrempeliger	12,5%
Geef informatie	10%
Weet het niet	10%
Denk niet dat je weet wat een ander voelt	7,5%
Betrek het gezinbij de behandeling	7,5%
Praat openlijk over de situatie	7,5%

Biedt preventie aan op scholen of iets dergelijks	5%
Vraag ons hoe het gaat	5%
Biedt systeemtherapie aan	5%

Bijlage 7

Enquête hulpverleners

1. geslacht
man/ vrouw

2. Bij welke organisatie bent u werkzaam en op welke afdeling:

3. functie:

4. Komt u vaak in aanraking met de kinderen van mensen met een psychiatrische problematiek?

5. Hoe komt u met hen in contact?

6. Als u contact heeft met deze kinderen, hoe verloopt dit contact dan?

7. Tegen welke problemen loopt u aan in het contact met kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek. Wilt u dit uitleggen.

8. Hoe komt het dat u tegen deze problemen aan loopt denkt u?

9. Weet u met welke vragen deze kinderen zitten rondom de ziekte van hun ouder Zo ja, wilt u dit dan toelichten?

10. Waar denkt u dat deze doelgroep behoefte aan heeft?

11. Weet u wat er aan hulpverlening bestaat voor kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek, zo ja welke?

12. Wat vindt u van deze hulpverlening en kunt u dit toelichten.

13. Wat wilt u weten over de wensen en behoeften van de kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek?

14. Wat wilt u weten over de verwachtingen die deze doelgroep heeft van de hulpverlening?

15. Wat zou u graag willen dat er voor deze doelgroep is zodat de hulpverlening voor hun beter bereikbaar wordt?

16. Wat is hier volgens u voor nodig?

Bijlage 8

Uitwerking enquête hulpverlener 1

1. geslacht
vrouw

2. Bij welke organisatie bent u werkzaam en op welke afdeling:
Zelfstandig gevestigd kinder en Jeugdpsychiater

3. functie: zie 2

4. Komt u vaak in aanraking met de kinderen van mensen met een psychiatrische problematiek?
Regelmatig

5. Hoe komt u met hen in contact?
Zij worden aangemeld door de ouders zelf, school of huisarts. (officieel altijd door de huisartsen aangemeld)

6. Als u contact heeft met deze kinderen, hoe verloopt dit contact?
Prettig over het algemeen, Deze kinderen zijn wel meer afwachtend tav hulpverleners.

7. Als u geen contact heeft met deze kinderen, hoe komt dit dan volgens u?
NVT

8. Tegen welke problemen loopt u aan in het contact met kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek? Wilt u dit uitleggen.
Deze kinderen hebben over het algemeen veel loyaliteit naar ouders, vinden het moeilijk om hun sores te vertellen immers de ouder heeft “echt”een psychiatrische ziekte, zij mankeren weinig
Ook is er vaak sprake van parentificatie, vooral bij oudste(meisjes) in een gezin. Het kind kan geen kind zijn en ontleent eigenwaarde aan het zorgen voor het gezin en de zieke ouder.

9. Hoe komt het dat u tegen deze problemen aan loopt denkt u?
Door de werkwijze en setting waarin ik werk, ik vraag er ook gewoon naar.

10. Weet u met welke vragen deze kinderen zitten rondom de ziekte van hun ouder?
Zo ja, wilt u dit dan toelichten?
Vaak gewoon informatie over het ontstaan, oorzaken en beloop. Soms over of het erfelijk is. Gaat het ooit over? Dreigt zelfmoord.

11. Waar denkt u dat deze doelgroep behoefte aan heeft?
Aan een luisterend en begripvol oor en neutrale betrouwbare informatie.
Ook al zijn er Kopp groepen, weinig van mijn ‘klantjes’ gaan er heen, ze willen niet ook met andermans ellende worden opgescheept, ook al lijkt het mij wel goed om juist wel te gaan. Gedeelde smart……
Ik weet dat er ook veel contact is via MSN, dat is anoniemer en je hoeft niet te praten als je niet wilt.

12. Weet u wat er aan hulpverlening bestaat voor kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek? Zo ja welke?
Familie is heel belangrijk of goede vrienden, scholen en begeleiders van scholen zijn vaak heel goed, Jeugdzorg biedt soms steun, en de GGZ soms al is dat vaak moei;lijk omdat het kind zelf geen ‘stoornis’ heeft. Natuurlijk de Kopp groepen.

13. Wat vindt u van deze hulpverlening? Kunt u dit toelichten?
Op zich prima, de drempel ligt mi bij huisartsen en scholen die vergeten er op te letten en het dus niet aanbieden en dij de kinderen zelf door schaamte en loyaliteit.

14. Wat wilt u weten over de wensen en behoeften van de kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek?
?

15. Wat zou u graag willen dat er voor deze doelgroep is zodat de hulpverlening voor hun beter bereikbaar wordt?
Sire spotjes, Advertenties in jongeren bladen, een item op klokhuis, Vpro programma en wellicht dat schoolartsen er standaard naar kunnen informeren.
(zoals de alzheimer campagne Hij heeft het maar zij zit er mee)

16. Wat is hier volgens u voor nodig?
Meer bewustzijn in de maatschappij voor de problemen

Bijlage 9

Uitwerking enquête hulpverlener 2

1. Geslacht
Vrouw.

2. Bij welke organisatie bent u werkzaam en op welke afdeling:
De Jutters, kinder en jeugd GGZ Haaglanden en doe via de Jutters ook werkzaamheden voor Bureau Jeugdzorg.

3. Functie
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige

4. Komt u vaak in aanraking met de kinderen van mensen met een psychiatrische problematiek?
Zeer regelmatig, zowel binnen de Jutters, als via Bureau Jeugdzorg, en via het ZAT (zorg en adviesteam van het voortgezetonderwijs.

5. Hoe komt u met hen in contact?
Zeer regelmatig, zowel binnen de Jutters, als via Bureau Jeugdzorg, en via het ZAT. Jongeren die bij mij worden aangemeld, en waarbij er sprake is van KOPP/KVO problematiek geef ik het advies om de KOPP/KVO groep te volgen en meld ik de jongere aan.

6. Als u contact heeft met deze kinderen, hoe verloopt dit contact?
Het contact verloopt goed. Motiverende gesprekstechnieken en inzicht in de problematiek is van groot belang. De jongere voelt zich gehoord.

7. Als u geen contact heeft met deze kinderen, hoe komt dit dan volgens u?
Vaak door een gesloten systeem. Verwijzers van ouders, dan wel andere betrokken instanties, en ook de school verwijzen de kinderen niet altijd naar een KOPP/KVO groep.

8. Tegen welke problemen loopt u aan in het contact met kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek? Wilt u dit uitleggen.
Daar loop ik niet echt tegen aan. Jongeren kunnen beter voor zich zelf op komen, dan jonge kinderen (onder de 12 jaar). Bij pubers/adolescenten zie je echter wel meer schaamtegevoelens en durven ze op school niet altijd te melden wat er thuis gaande is. Loyaliteitsconflicten spelen hier mede een rol in.

9. Hoe komt het dat u tegen deze problemen aan loopt denkt u?
Leeftijd gerelateerd, levensfase gerelateerd. Je wilt na school andere dingen doen dan naar een KOP/KVO groep. Echter blijkt later dat ze het fijn vinden deel te nemen.

10. Weet u met welke vragen deze kinderen zitten rondom de ziekte van hun ouder?
Zo ja, wilt u dit dan toelichten?
Ik laat de jongeren altijd een vragenlijst maken.

11. Waar denkt u dat deze doelgroep behoefte aan heeft?
Psycho-educatie;
Erkenning;
Herkenning;
Hun verhaal kwijt kunnen zonder taboe.

12. Weet u wat er aan hulpverlening bestaat voor kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek? Zo ja welke?
Ja, dat weet ik, ik ben zelf zeer actief binnen het KOPP/KVO gebeuren. De Jutters/Parnassia geeft ook een goede nieuwsbrief uit over het KOPP/KVO project.

13. Wat vindt u van deze hulpverlening? Kunt u dit toelichten?
KOPP/KVO is een preventie activiteit en geen HULPVERLENING. Juist door de laagdrempeligheid krijg je de jongeren binnen.
De Jutters/Parnassia heeft een zeer uitgebreid KOPP/KVO aanbod, breed en divers. Voor alle leeftijden.

14. Wat wilt u weten over de wensen en behoeften van de kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek?
Welke vragen ze hebben.
Waar ze tegen aanlopen.
Hoe ziet hun steunsysteem er uit?
Welke hulp is er thuis?
Welke niet?
Is het veilig thuis?
Wie is de vertrouwenspersoon?
Hoe is het contact tussen de jongeren en de ouder(s)?
Hoe is de affectie?
Is er wel/ niet sprake van verwaarlozing?
Hoe gaat het op school?
Hoe is het sociale netwerk?
Gebruikt iemand alcohol en of drugs?

15. Wat zou u graag willen dat er voor deze doelgroep is zodat de hulpverlening voor hun beter bereikbaar wordt?
Meer actieve rol door en van verwijzers.

16. Wat is hier volgens u voor nodig?
Verantwoordelijkheidsgevoel en betrokkenheid en een invoelend vermogen.
Signaleren.

Bijlage 10

Uitwerking enquête hulpverlener 3

1. geslacht
vrouw

2. Bij welke organisatie bent u werkzaam en op welke afdeling:
Werkzaam bij Stichting Lindenhof; boddaertcentrum

3. functie:
Pedagogisch medewerker

4. Komt u vaak in aanraking met de kinderen van mensen met een psychiatrische problematiek?
soms

5. Hoe komt u met hen in contact?
Door de dagbehandeling

6. Als u contact heeft met deze kinderen, hoe verloopt dit contact?
Moeizaam omdat ze er vaak niet openlijk over spreken.

7. Als u geen contact heeft met deze kinderen, hoe komt dit dan volgens u?
omdat ze er vaak niet openlijk over spreken.

8. Tegen welke problemen loopt u aan in het contact met kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek? Wilt u dit uitleggen.
Ze praten er niet snel over

9. Hoe komt het dat u tegen deze problemen aan loopt denkt u?
n.v.t.

10. Weet u met welke vragen deze kinderen zitten rondom de ziekte van hun ouder?
Zo ja, wilt u dit dan toelichten?
Of ze wel goed voor hun vader of moeder zorgen.
Waarom ouders soms ineens boos zijn.
Kinderen weten vaak niet wat een ziekte(beeld) precies inhoud.

11. Waar denkt u dat deze doelgroep behoefte aan heeft?
KOPP cursus (die bestaat al)

12. Weet u wat er aan hulpverlening bestaat voor kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek? Zo ja welke?
KOPP cursus

13. Wat vindt u van deze hulpverlening? Kunt u dit toelichten?
Ik vind dit een goede manier van hulpverlening. Het is laagdrempelig en de nadruk ligt op praten over je gevoelens. Sloeg goed aan bij de kinderen die bij ons kwamen.

14. Wat wilt u weten over de wensen en behoeften van de kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek?
Waar ze mee zitten. Welke problemen ze ervaren;

15. Wat zou u graag willen dat er voor deze doelgroep is zodat de hulpverlening voor hun beter bereikbaar wordt?
Weet ik niet

16. Wat is hier volgens u voor nodig?
Weet ik niet

Bijlage 11

Uitwerking enquête hulpverlener 4

1.geslacht
vrouw

2. Bij welke organisatie bent u werkzaam en op welke afdeling:
st perspektief; locatie de anjerhof in naaldwijk

3. functie:
begeleidster

4.Komt u vaak in aanraking met de kinderen van mensen met een psychiatrische problematiek?
soms

5.Hoe komt u met hen in contact?
Via de patiënten; krijgen we dan het telefoonnummer; of via de plek waar de patiënten vandaan komen

6. Als u contact heeft met deze kinderen, hoe verloopt dit contact?
Telefonisch; per brief; mail of persoonlijk contact

7. Als u geen contact heeft met deze kinderen, hoe komt dit dan volgens u?
Kinderen hebben geen contact met de patiënten; of ze willen zich niet zoveel bemoeien met de hulpverlening

8. Tegen welke problemen loopt u aan in het contact met kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek? Wilt u dit uitleggen.
kinderen weten niet altijd hoe om te gaan met hun ouders; en tonen soms onbegrip naar hun ouders toe.

9. Hoe komt het dat u tegen deze problemen aan loopt denkt u?
Kinderen krijgen te weinig begeleiding;

10. Weet u met welke vragen deze kinderen zitten rondom de ziekte van hun ouder? Zo ja, wilt u dit dan toelichten?
Hoe om te gaan met de ouders?
Welke ziekte heeft mijn ouder?

11.Waar denkt u dat deze doelgroep behoefte aan heeft?
uitleg over ziektebeeld van ouder en hoe ermee om te gaan
uitleg over hoe om te gaan met hun ouder.

12. Weet u wat er aan hulpverlening bestaat voor kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek? Zo ja welke?
Nee

13.Wat vindt u van deze hulpverlening? Kunt u dit toelichten?
???

14. Wat wilt u weten over de wensen en behoeften van de kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek?
???

15. Wat zou u graag willen dat er voor deze doelgroep is zodat de hulpverlening voor hun beter bereikbaar wordt?
begeleiding waar ze terecht kunnen afspreken met de begeleider.

16.Wat is hier volgens u voor nodig?
dat de kinderen terecht kunnen met hun vragen. En als begeleider vragen niet kan beantwoorden; verwijst de begeleider door

Bijlage 12

Uitwerking enquête hulpverleners 5

1. geslacht
vrouw

2. Bij welke organisatie bent u werkzaam en op welke afdeling:
Stichting Perspektief Begeleid wonen te Naaldwijk

3. functie:
Begeleider

4.Komt u vaak in aanraking met de kinderen van mensen met een psychiatrische problematiek?
soms

5. Hoe komt u met hen in contact?
Op verzoek van ouder; op eigen verzoek of op verzoek van kind nemen we telefonisch contact op.

6. Als u contact heeft met deze kinderen, hoe verloopt dit contact?
als er telefonisch is gesproken wilt het kind soms ook de begeleider ontmoeten; dit kan dan.

7. Als u geen contact heeft met deze kinderen, hoe komt dit dan volgens u?
omdat 1 van de betrokken partijen dit niet wilt.

8.Tegen welke problemen loopt u aan in het contact met kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek? Wilt u dit uitleggen.
dat de kinderen een goede of juist slechte invloed op de ouder kan hebben. Dat er veel onbegrip is van het kind naar ouder toe. En dat het kind niet met het ziektebeeld van de ouder om wilt/kan gaan

9.Hoe komt het dat u tegen deze problemen aan loopt denkt u?
omdat de ouder wel begeleiding krijgt maar het kind vaak niet

10.Weet u met welke vragen deze kinderen zitten rondom de ziekte van hun ouder?
Zo ja, wilt u dit dan toelichten?
niet specifiek;

11. Waar denkt u dat deze doelgroep behoefte aan heeft?
vaak de vraag waarom aan uitleg en begrip

12. Weet u wat er aan hulpverlening bestaat voor kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek? Zo ja welke?
ja er is psycho educatie; bij het Riagg

13. Wat vindt u van deze hulpverlening? Kunt u dit toelichten?
goed; dit helpt het kind leren om te gaan met de ziekte van de ouder

14. Wat wilt u weten over de wensen en behoeften van de kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek?
ik persoonlijk weinig omdat ik via mijn werk weinig tot niets te kan doen voor het kind; de ouder is de cliënt en niet het kind

15.Wat zou u graag willen dat er voor deze doelgroep is zodat de hulpverlening voor hun beter bereikbaar wordt?
in mijn werk dat er beter en meer doorverwezen wordt

16.Wat is hier volgens u voor nodig?
betere communicatie tussen de verschillende hulpverleningsinstanties

Bijlage 13

Uitwerking enquête hulpverlener 6

1.geslacht
man

2.Bij welke organisatie bent u werkzaam en op welke afdeling:
PC Broeders Alexianen, afdeling de Madonna en de Luifel

3.functie:
Verpleegkundig locatiehoofd

4. Komt u vaak in aanraking met de kinderen van mensen met een psychiatrische problematiek?
soms

5. Hoe komt u met hen in contact?
Via de ouders

6. Als u contact heeft met deze kinderen, hoe verloopt dit contact?
Vaak moeizaam, omdat kinderen heel loyaal zijn naar hun ouders toe. Wanneer ouders iets niet willen vertellen doen de kinderen dit ook niet.

7. Als u geen contact heeft met deze kinderen, hoe komt dit dan volgens u?
Omdat ouders niet willen dat hun kinderen meer van de situatie weten of dat de kinderen hier zelf geen behoefte aan hebben.

8. Tegen welke problemen loopt u aan in het contact met kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek? Wilt u dit uitleggen.
Het moeizaam bereiken van de kinderen, omdat wij een daghospitaal zijn. Hier is er geen bezoekuur.

9.Hoe komt het dat u tegen deze problemen aan loopt denkt u?
Kinderen komen hun ouder over het algemeen niet ophalen dus wij zien hen nooit tot nauwelijks.

10.Weet u met welke vragen deze kinderen zitten rondom de ziekte van hun ouder?
Zo ja, wilt u dit dan toelichten?
Welke ziekte heeft mijn ouder?
Wordt mijn ouder weer beter?

11. Waar denkt u dat deze doelgroep behoefte aan heeft?
Iets laagdrempeligs waar zij gewoon anoniem binnen kunnen lopen. Dan is de stap minder groot. De hulpverlening nu is vrij hoogdrempelig.
Voorlichting op scholen zou ook een goed begin zijn om mensen bewust te maken van psychische problemen.

12.Weet u wat er aan hulpverlening bestaat voor kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek? Zo ja welke?

KOPP-groepen, gesprekken met de gezinswerker, boekjes

13. Wat vindt u van deze hulpverlening? Kunt u dit toelichten?
Deze zijn goed wanneer kinderen daarbij terecht komen. Veel ouders van koppers komen niet eens in de psychiatrie terecht of de kinderen komen niet mee en zijn daardoor niet op de hoogte van het hulpaanbod.

14. Wat wilt u weten over de wensen en behoeften van de kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek?
Wat verwachten zij van de hulpverlening die hen geboden wordt?
Waar hebben zij behoefte aan?

15.Wat zou u graag willen dat er voor deze doelgroep is zodat de hulpverlening voor hun beter bereikbaar wordt?
Een laagdrempelig hulpaanbod zoals het JAC en goede voorlichting.

16. Wat is hier volgens u voor nodig?
Meer mogelijkheden voor hulpverleners en andere organisaties om iets laagdrempeligs op te zetten.

Bijlage 14

Uitwerking interview 1

Interview met Marije van den Bos van PsyQ

Marije van den Bos is preventiemedewerker bij PsyQ. Zij heeft gezondheidswettenschappen gestudeerd en is afgestudeerd in gezondheidsvoorlichting en –opvoeding.

Jongeren tussen de 16 en 25 jaar melden zich soms zelf aan. Ook jongeren tussen de 13 en 15 jaar melden zich soms zelf aan, maar dit gebeurt minder vaak dan bij de jongeren tussen de 16 en 25 jaar.

De koppers komen vaak door de behandelaars van hun ouders terecht bij de praatgroepen. Deze ouders zijn in behandeling bij Parnassia of PsyQ. Ook worden de koppers via De Jutters doorgestuurd naar de praatgroepen.
Soms worden de koppers doorverwezen door het AMK, de maatschappelijk werker van school, consultatiebureau's, Jeugdformaat of door de ouders via folders.

Na de praatgroepen worden de koppers soms doorverwezen naar De Jutters of Bureau Jeugdzorg.

De preventiemedewerkers geven voorlichtingen in teams en op scholen. In de nieuwsbrief van Parnassia beschrijven de preventiemedewerkers iedere keer iets over koppers, zodat de behandelaars er aan worden herinnerd dat de ouders ook kinderen kunnen hebben, die aandacht verdienen.

Door bezuinigingen hebben de behandelaars maar een half uur per patiënt, waardoor er "geen tijd" is om de kinderen erbij te betrekken. Er moeten beslissingen worden genomen, waardoor de patiënt eerst wordt behandeld.

Als scholen aangeven dat ze het lastig vinden hoe ze met psychiatrische ouders moeten omgaan, organiseren de preventiemedewerkers studiemiddagen. De studiemiddag gaat over hoe men kan omgaan met psychiatrische ouders en hoe zij met de kinderen kunnen omgaan.
De studiedag die laatst georganiseerd was, vond plaats op een basisschool.

De preventiemedewerkers maken het aanbod van de praatgroepen voor middelbare scholieren bekend bij maatschappelijk werkers, zorgcoördinatoren en mentoren.

Het is moeilijk om in contact te komen met koppers/ kvo'ers, omdat deze kinderen loyaal zijn naar hun ouders. Daarom praten ze er vaak niet met anderen over. Ze willen niet de vuile was buiten hangen. Ze denken dat als ze er niet over praten, er niets is.

Vooral koppers die uit een geïsoleerd gezin komen, zijn moeilijk te bereiken. Vaak regelt een kind alles rondom de zieke ouder, waardoor de problemen niet hoog oplopen. Koppers zijn vaak geparentificeerd. Dit houdt in dat de rollen zijn omgekeerd. Het kind regelt alles en gedraagt zich als ouder van zijn eigen ouder.

Koppers komen eerder in contact met de hulpverlening als zij acting out gedrag dan wanneer zijn acting in gedrag vertonen.
Acting out is een Engelse term voor gedrag waarbij een persoon destructief en agressief handelt, zonder rekening te houden met de negatieve gevolgen daarvan.[22]
Voorbeelden van acting out gedrag zijn kleine diefstallen, spijbelen van school en agressief gedrag vertonen. Voorbeelden van acting in zijn het hebben van eetproblemen, zich terugtrekken en depressief zijn.
Acting in gedrag is dus introvert gedrag.

Als koppers toch met anderen over hun zieke ouder praten, voelen ze zich meestal schuldig tegenover hun ouder(s).
Behandelaars vragen niet altijd aan hun patiënten of ze kinderen hebben of hoe het met hun kinderen gaat. Behandelaars vinden het lastig om hiernaar te vragen, omdat ze niet altijd weten hoe zij erover moeten beginnen. Als er in de intake standaard wordt gevraagd of de patiënt kinderen heeft, kan daar op worden in gegaan. De behandelaar kan vragen of de patiënt foto's heeft van zijn kind(eren) en vragen waar hun kind(eren) goed in zijn. Elke ouder is namelijk trots op zijn kind. De behandelaar kan bijvoorbeeld benoemen dat hij merkt dat de ouder het beste met zijn kind(eren) voor heeft, het knap is dat de ouder er ondanks de ziekte voor zijn kind(eren) is, etc. Door positieve aspecten over de ouder te benoemen, kan daarna worden ingegaan op de moeilijkere aspecten, omdat de ouder het na de complimenten beter aankan om hierover te praten.
Door de bezuinigingen is er weinig tijd per patiënt waardoor er al helemaal geen tijd is om te vragen hoe het met de kinderen gaat.

Doordat koppers vaak goed zijn op school, omdat zij alles onder controle hebben, vallen deze kinderen niet op bij leerkrachten.
De jongeren tussen de 16 en 25 jaar hebben een verkeerd beeld van praatgroepen. Zij kennen het beeld van AA-groepen op televisie. Ze vinden het vaak niet leuk om in een groep te praten en willen liever individuele gesprekken hebben. De preventiemedewerkers adviseren om dan toch naar een praatgroep te gaan, omdat in de groepen ervaringen uitgewisseld kunnen worden. Ze vinden herkenning en erkenning bij elkaar. Daardoor hebben zij niet het gevoel de enige te zijn met een dergelijke thuissituatie. Dat is voor koppers vaak een opluchting.

[22] Anoniem, http://zoeken.dokterdokter.nl/woord/actingout/. Beschikbaar: 27 februari 2007.

Bijlage 15

Uitwerking interview 2

Gesprek met meneer De Langhe, maatschappelijk werker bij Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen, te Boechout

In dit gesprek wilde ik graag meer te weten komen over het onderwerp K.O.P.P.
Meneer De Langhe is maatschappelijk werker en tevens familiewerker binnen het psychiatrisch centrum en zorgt voor de informatie voor K.O.P.P.-kinderen.
Hij vertelde mij dat hij dit nog niet zo lang doet. Toen zijn voorganger met pensioen ging heeft hij dit onderdeel binnen de organisatie overgenomen.
Het blijkt moeilijk te zijn om de kinderen van ouders met psychiatrische problemen te bereiken. Deze kinderen komen niet altijd naar het psychiatrisch centrum toe en mochten zij hier wel komen, dan is het vaak zo dat ouders niet willen dat deze kinderen informatie krijgen. Dit omdat de ouders het zelf moeilijk hebben met de problematiek van de ene ouder en niet goed weten hoe ze hier zelf mee om moeten gaan.
Ze vinden het daardoor moeilijk om hun kinderen te vertellen wat er aan de hand is. Soms willen zij het hun kinderen niet vertellen, omdat zij hun geen last willen bezorgen. Ze willen de kinderen niet opzadelen met hun problematiek.
Er zijn ook ouders die wel willen dat hun kinderen meer informatie krijgen, maar dan nog is het niet altijd makkelijk om deze kinderen te bereiken. De kinderen van ouders met psychiatrische problemen zien het nog wel eens als verraad als zij over de problemen thuis met een ander praten en willen het er daarom niet over hebben.
Zij hebben voor zichzelf een overlevingsmechanisme opgebouwd en als zij hun patroon om moeten gooien, dan is dit erg moeilijk en confronterend. Dit niet alleen voor kinderen, maar ook voor de ouders. Er is weliswaar geen gezonde structuur in huis, maar er is een bepaalde structuur en dat is moeilijk loslaten.
Ondanks dat het vaak moeilijk is om deze kinderen te bereiken zijn er ook kinderen die wel bereikt worden. Deze kinderen komen met of zonder ouders een op gesprek om over de situatie te praten. Er worden dan ook informatiefolders meegegeven. Hierdoor krijgen de kinderen meer informatie over de ziekte van hun ouders en weten zij waar ze verder terecht kunnen met hun vragen.
Het wil niet zeggen dat dit gelijk helpt en een wondermiddel is, maar het is een begin om met deze kinderen in contact te komen.

En met wie kan jij dan praten?

Een les over psychiatrie

Docentenhandleiding

Den Haag, 25 april 2007

Auteurs: **Natalie van der Linden**
Marie-Claire Thorenaar

School: **Haagse Hogeschool**

Klas: **Sociaal Pedagogische Hulpverlening Voltijd klas 4B**

Begeleidster: **Manon Postma**

Beste leerkracht,

Voor u ligt de docentenhandleiding voor de voorlichtingsles psychiatrie.
Met deze voorlichtingsles willen wij het onderwerp psychiatrische problematiek meer bespreekbaar maken.

Wij hopen dat aan de hand van deze lesdoos dit onderwerp meer bespreekbaar wordt. Veel mensen hebben namelijk last van psychiatrische problematiek. Dit betreft zowel jongeren als ouders van kinderen. Op het onderwerp rust echter nog een groot taboe. Door middel van deze les willen wij jongeren ervan bewust maken dat zij niet de enige zijn die deze problemen kunnen ervaren.

Deze lesdoos is geschikt voor zowel VMBO als voor HAVO en VWO.

In deze les komen de volgende onderwerpen aan bod:
- Beeldvorming en vooroordelen;
- Persoonlijke verhalen aan de hand van twee casussen. De één gaat over een jongere die last heeft van psychiatrische problematiek (Joost) en de ander over een jongere waarvan één van de ouders psychiatrische problemen heeft (Mirthe);
- Psychiatrische ziektebeelden, suïcide en een ouder met psychiatrische problematiek;
- De hulpverlening en tips.

Wat u in deze lesdoos vindt:
- Een docentenhandleiding;
- Folders over psychiatrie voor verschillende doelgroepen;
- Kaartjes met stellingen;
- Folder om uit te delen aan de leerlingen.

Inhoudsopgave

1. Beeldvorming en vooroordelen over psychiatrische problematiek 4
2. Casuïstiek 5
2.1 Onderwerpen bespreken aan de hand van de casuïstiek 5
2.2 Hulp en vervolg casuïstiek 7
2.2.1 Een stukje over behandeling dat eventueel uitgelegd kan worden. Zeker wanneer hier vragen over zijn. 7
2.2.2 Enkele tips van Joost 8
2.2.3. Enkele tips van Mirthe 8
3. Lestips 9
Bijlagen 10
Het verhaal van Joost 10
Deel 1 10
Deel 2 11
Het verhaal van Mirthe 12
Deel1 12
Deel 2 13
Beeldvorming en vooroordelen 14
Psychiatrische ziektebeelden 14
Zelf psychisch ziek zijn of een van je ouders 14
Suïcide 14
En met wie kan jij dan praten? 15
Uitleg bij de folders 16
In een dip? 16
Slik!? 16
Weer lekker in je vel zitten 16
Groei(de) je op met een probleemdrinker? 16
Beheerst eten je leven? 16
Alcohol, drugs of gokken 16
Jongerencursus voor koppers. Een cursus van jongeren van 12 tot 15 jaar en eentje van 16 tot 25 jaar. 16

1. Beeldvorming en vooroordelen over psychiatrische problematiek

Vraag de leerlingen eens wie er nu gek is? Wat is gek zijn?

Onze uitleg over wat psychisch ziek zijn is:
Iedereen kent gevoelens van angst, somberheid, vrolijkheid of is wel eens in de war. Dit betekent echter niet dat je gelijk psychisch ziek bent. Wanneer deze of een van deze gevoelens echter zo hevig aanwezig zijn dat je niet of niet goed meer kunt functioneren in het dagelijks leven spreek je van psychisch ziek zijn.

2. Casuïstiek

Om de leerlingen een beter beeld te geven van wat het is om psychiatrische problematiek te hebben of wanneer ouders dit hebben, worden in deze lesdoos twee casussen behandeld. De onderwerpen in deze casussen zullen leerlingen vaak niet zelf aankaarten, daarom twee verhalen over deze onderwerpen.

De verhalen vindt u in de bijlagen. Deze zijn eventueel te kopiëren en uit te delen in de klas.

Het verhaal van Joost deel 1

Het verhaal van Mirthe deel 1

2.1 Onderwerpen bespreken aan de hand van de casuïstiek

- **Psychiatrische ziektebeelden** (onder de te bespreken onderwerpen vindt u uitleg over verschillende psychiatrische ziektebeelden).
  Welke psychiatrische ziektes bestaan er?
  Wat is er met Joost aan de hand?
  Wat is er aan de hand met de moeder van Mirthe?
  Weten jullie wat deze ziektes inhouden?

- **Psychiatrische problematiek bij jongeren en bij ouders**
  Joost heeft last van psychiatrische problematiek. Iedereen heeft wel eens een dipje en ziet dingen somber in. Bij Joost duurt dit echter wel heel lang en hij wordt psychisch ziek.
  Kunnen jullie zelf een voorbeeld geven van toen jijzelf in een dipje zat?

  De moeder van Mirthe is ook psychisch ziek. Dit geeft voor Mirthe veel onzekerheid en gevoelens van schaamte.
  Hoe zouden jullie je voelen als je in Mirthes schoenen stond?

- **Suïcide**
  Hoe komt het dat Joost zelfmoord zou willen plegen?
  Zal dit bij meer jongeren voor kunnen komen, denken jullie?

Hieronder veel voorkomende psychiatrische stoornissen[1]. Deze hoeven niet allemaal behandeld te worden.

- **Stemmingsstoornissen** → Hierbij is het gevoelsleven, de stemming verstoord.
  Depressie → Een aanhoudend gevoel van leegte, somberheid, eenzaamheid, vaak ook schuldgevoelens en wanhoop. Deze gevoelens beïnvloeden het functioneren in het dagelijks leven zodanig dat dit verstoord raakt. Een bekend symptoom is dat mensen het liefst de hele dag in bed willen liggen en niet meer goed voor zichzelf zorgen.

[1] Trimbos instituut. *Trimbos Kopstoring.* URL: http://www.kopstoring.nl/index2.html. Beschikbaar: 14-12-2006

Trimbos Instituut. *Trimbos instituut.* URL: http://www.trimbos.nl/default2.html. Beschikbaar:07-03-2007.

Manisch-depressief → Periodes van depressie en manie wisselen zich af. Wanneer iemand manisch is, wil hij vaak veel ondernemen, doet roekeloze dingen of is snel geïrriteerd. Wanneer deze persoon depressief is, wil deze juist helemaal niks.

- **Fobieën** → Het kan zijn dat iemand een **straatfobie** heeft, dus de straat niet op durft. Of dat iemand bang is voor kleine ruimtes (**claustrofobie**) of dat iemand bang is om vuil te worden en heel vaak zijn handen wast. Als iemand erg bang is voor spinnen noemen we dat tevens een fobie.

- **Psychotische stoornissen** → Deze mensen denken dingen die er niet zijn. Bijvoorbeeld dat iedereen die persoon wil vermoorden of dat hij een bekend persoon is. Dit noemen we **wanen**.
  Er zijn ook mensen die dingen zien, voelen en horen die er niet zijn. Bijvoorbeeld iemand die een baby op zijn schoot voelt, die er niet is, iemand die beestjes op zijn huid voelt of iemand die stemmen hoort die anderen niet kunnen horen. Dit noemen we **hallucinaties.**
  Een voorbeeld van een psychotische stoornis is **schizofrenie**. Deze mensen hebben last van wanen en/of hallucinaties. Deze duren soms maanden, soms een paar weken. Deze mensen gedragen zich voor de omgeving vaak vreemd. Ze lachen bijvoorbeeld om iets droevigs en huilen om iets leuks.

- **Eetstoornissen** → Deze mensen hebben vaak een negatief zelfbeeld. Ze voelen zich dik terwijl ze dit vaak niet zijn. Ze zijn bang om aan te komen door te eten.
  Anorexia → Hierbij doet iemand er alles aan om zoveel mogelijk af te vallen. Deze persoon blijft zichzelf dik zien in de spiegel terwijl hij vaak heel mager is.
  Boulimia → Deze mensen zijn vaak niet te mager, maar krijgen eetbuien als zij zich niet goed voelen. Hier krijgen zij echter zo'n schuldgevoel over dat ze hun eten weer proberen kwijt te raken. Dit door bijvoorbeeld veel te braken of te gaan sporten.

- **Verslaving** → Dit kan zijn aan drank, drugs of medicijnen. Deze mensen gebruiken hiervan zoveel dat dit hun leven gaat beheersen en zij niet meer normaal kunnen functioneren in het dagelijks leven. Alles draait om de verslaving en zij zullen er alles aan doen om hieraan toe te kunnen geven. Dit ten koste van alles om hen heen, zoals hun gezin, werk en relaties.

- **Persoonlijkheidsstoornissen** → Deze mensen hebben een probleem dat met hun persoonlijkheid te maken heeft. Bijvoorbeeld dat zij zich meer dan anderen voelen, wat er ook gezegd wordt. Dit is een **narcistische persoonlijkheidsstoornis**. Of dat zij zich altijd vast klampen aan anderen en geen eigen mening hebben, maar doen wat anderen vragen. Dit is een **afhankelijke persoonlijkheidsstoornis.**
  De bekendste is waarschijnlijk **borderline** → Deze mensen stoten anderen af en trekken ze daarna weer aan. De stemming slaat van het ene op het andere moment om. Ze denken zwart – wit en kunnen heel manipulatief zijn.

- **ADHD →** Deze mensen zijn vaak druk. Zo wordt ADHD meestal uitgelegd. ADHD betekent tevens dat mensen zich moeilijk kunnen concentreren. Ze zijn snel afgeleid door van alles wat er in hun omgeving gebeurt. Ze hebben aandachtsproblemen en zijn vaak heel impulsief in wat ze doen.

- **Autisme** → Iemand met autisme heeft vaak **moeite met sociale situaties**. Hij kan zich niet inleven in hoe iemand anders zich voelt, kan niet goed reageren op gedrag en gevoelens van anderen en kijkt je vaak niet aan.
  Autisten hebben **problemen met communicatie**. Vaak is hun taalgebruik minder ontwikkeld. Dit is echter meestal alleen zo bij klassiek autisme. Niet bij verwante ziektes zoals het syndroom van Asperger. Ze kunnen een gesprek niet goed beginnen of volhouden.
  Ze hebben **problemen met hun gedrag**. Hebben abnormaal veel interesse in één of een paar onderwerpen en weten hier heel veel van. Hebben dwangmatige gewoonten. Kunnen zich soms op een rare manier bewegen. Zijn soms erg gehecht aan een bepaald voorwerp.

2.2 Hulp en vervolg casuïstiek

U kunt de leerlingen vragen wat zij zouden doen in de situatie van Joost of Mirthe. Hebben zij nog tips voor hen?
U kunt nu het vervolg van de casussen behandelen.

Het verhaal van Joost deel 2

Het verhaal van Mirthe deel 2

2.2.1 Een stukje over behandeling dat eventueel uitgelegd kan worden. Zeker wanneer hier vragen over zijn.

Iemand die psychisch ziek is, kan **medicijnen** krijgen.

Deze persoon kan **gesprekken** krijgen **met een psycholoog of een psychiater**. Zowel een psycholoog als een psychiater hebben gestudeerd om te praten met mensen die psychische problemen hebben.

Soms moet iemand een **therapie** volgen. Bij een therapie kan iemand bijvoorbeeld een of twee dagen per week naar een groep gaan om te praten of iets anders te doen om zo minder last te krijgen van zijn psychische problemen.
Ook komt het voor dat iemand vijf dagen per week therapie moet volgen.

Wanneer het thuis echt niet meer gaat, wordt iemand **opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis**. Dit kan **vrijwillig** als iemand zelf mee wil werken om weer beter te worden.

Wanneer iemand zichzelf of een ander iets aan wil doen, kan dit **gedwongen**. Deze mensen zijn vaak zo ziek dat zij het niet op kunnen brengen uit zichzelf te zeggen dat zij mee willen werken aan een behandeling om beter te worden. Meestal bestaat de behandeling uit een **combinatie van medicijnen en therapie**.

Deleted: ¶
¶

Veel mensen worden weer beter en kunnen na hun behandeling weer goed functioneren. Soms worden mensen niet meer helemaal beter, maar kunnen zij met behulp van medicijnen een redelijk normaal leven lijden.

Deleted: ¶

2.2.2 Enkele tips van Joost

Wanneer jij zelf psychische problemen hebt, kan je terecht bij:

- Iemand die je vertrouwt om je verhaal te doen;
- Jouw mentor;
- De vertrouwenspersoon op school
- Het JIP (Jongeren Informatie Punt);
- Jouw huisarts
- Sites op internet, zoals www.gripopjedip.nl

2.2.3. Enkele tips van Mirthe

Wanneer een van je ouders psychische problemen heeft, kan je terecht bij:

- Iemand die je vertrouwt om je verhaal bij te doen;
- Jouw mentor;
- De vertrouwenspersoon op school
- Het JIP (Jongeren Informatie Punt)
- Parnassia of de Jutters om deel te nemen aan een groep speciaal voor kinderen van ouders met psychiatrische problematiek (KOPP-groepen);
- Sites op internet; zoals www.kopstoring.nl
- De boekhandel of bibliotheek voor boeken voor KOPP-kinderen.

3. Lestips

U kunt er voor kiezen om een of meerdere lessen aan het onderwerp psychiatrie te besteden. Om de lessen vorm te geven, hebben wij hier een aantal tips opgeschreven om te gebruiken in de les. Het lijkt ons echter wel verstandig om vanuit de casussen van Joost en Mirthe te werken om de leerlingen zo een beter beeld te geven van de problematiek die er speelt.

- Wij hebben in de docentenhandleiding onderwerpen neergezet waarvan wij denken dat deze de moeite waard zijn om te bespreken. Aan het begin van elk onderwerp staat een vraag. U kunt er voor kiezen deze door leerlingen te laten beantwoorden.
- Bij elk van de te bespreken onderwerpen hebben wij een aantal stellingen geformuleerd. U kunt er voor kiezen om de onderwerpen bespreekbaar te maken aan de hand van deze stellingen. Deze zijn bedoeld om tot discussie onder de leerlingen te leiden, zodat zij actief over het onderwerp na gaan denken.
- In deze box vindt u folders over psychiatrische problematiek. Deze kunt u met de klas bespreken of u kunt de leerlingen in groepjes laten beoordelen voor wie deze folders bedoeld zijn en wat de leerlingen daarvan vinden.
- Wilt u de leerlingen een beeld laten krijgen waar zij terecht kunnen, dan kunt u met de klas de volgende websites bezoeken:
    - www.zwaarweer.nl informatie over depressies
    - www.gripopjedip.nl informatie over depressies
    - www.sabn.nl informatie over eetstoornissen
    - www.drugsweb.nl informatie over drugs
    - www.kopstoring.nl informatie voor kinderen van ouders met psychiatrische problematiek
    - www.drankjewel.nl informatie voor kinderen van alcoholverslaafde ouders
    - www.trimbos.nl algemene informatie over psychiatrische problematiek
    - www.dejutters.com informatie over kinder- en jeugdpsychiatrie

  Hierbij kunt u een opdracht geven.
  U kunt leerlingen bijvoorbeeld:
    - Zelf een stukje voor de site laten schrijven;
    - Een werkstuk laten maken;
    - Een poster laten maken waarop de sites terugkomen en die vervolgens op school op laten hangen, zodat meer leerlingen op school weten van het bestaan van deze websites;
    - Een presentatie laten houden over een onderwerp uit de psychiatrie;
    - Een tentoonstelling laten maken over de psychiatrie;
    - In groepjes verdelen en hen allemaal een onderdeel laten uitwerken.

Bijlagen

Het verhaal van Joost

Deel 1

Joost is een jongen van 15 jaar. Hij zit in de derde klas van de middelbare school en op het eerste gezicht is er niets met hem aan de hand. Joost gaat naar de voetbal, heeft veel vrienden en het gaat goed op school.

Het enige dat niet zo leuk is, is dat de ouders van Joost nu een jaar geleden zijn gescheiden. Waarom zij uit elkaar gingen, hebben zijn ouders Joost nooit verteld. Joost durft er ook niet zo goed naar te vragen, omdat zij daar liever niet over willen praten. Vroeger ging het wel goed tussen Joost zijn ouders, maar sinds Joost op de middelbare school zit is de relatie met zijn ouders sterk achteruit gegaan.

Joost denkt dat het misschien wel door hem komt dat zijn ouders zijn gescheiden. Hij heeft niet altijd goed geluisterd en denkt dat zijn ouders daarom veel ruzie hadden. Nu denkt hij dat het zijn schuld is dat ze uit elkaar zijn. Joost heeft het maar moeilijk met deze gedachte, en het houdt hem erg bezig.

Joost durft dit aan niemand te vertellen, want misschien zeggen ze dan wel dat het waar is. Of wordt hij juist heel hard uitgelachen.

Omdat Joost voor zijn gevoel bij niemand terecht kan, voelt hij zich steeds somberder worden. Bij zijn ouders kan hij niet terecht en tegen zijn vrienden durft hij ook niet te vertellen wat er aan de hand is.

Eigenlijk heeft Joost de laatste tijd nergens meer zin in. Hij voelt zich eenzaam, is verdrietig en voelt zich schuldig over de scheiding van zijn ouders.

Doordat Joost hier zo mee bezig is, doet hij steeds minder op school en gaan zijn resultaten achteruit. Dit merken ook de leraren, maar wanneer zij vragen hoe dit komt, zegt Joost dat hij geen zin had om te leren en dat hij de volgende toets wel beter zal maken.

Joost kan zijn gedachten niet bij de les houden en komt hierdoor ook wel eens een uurtje niet op school. Hij wil ook niet meer elke week naar voetbal en niet meer met zijn vrienden afspreken. Joost vindt zichzelf niet gezellig voor anderen en kan nergens zijn aandacht bij houden. Joost denkt daarom dat het maar beter is om niet naar de les te gaan, niet te gaan voetballen en ook maar niet meer met vriendjes af te spreken.

Meestal gaat Joost nog wel naar school, omdat dit moet van zijn ouders, maar daarna zit hij stil op zijn kamer voor zich uit te staren en te piekeren.

Joost denkt er nu zelfs wel eens aan om er maar een einde aan te maken. Door hem zijn zijn ouders uit elkaar en hij is toch voor niemand gezellig. Misschien moet hij zijn polsen maar doorsnijden, zichzelf ophangen of voor de trein springen. Joost vindt deze gedachten wel eng, maar misschien is het ook wel een oplossing.

Deel 2

Ondertussen gaan de schoolresultaten van Joost steeds verder achteruit. Dit is de mentor van Joost ook opgevallen. Daarnaast is Joost de laatste tijd ook niet meer zo vrolijk als vroeger. De mentor van Joost wil met hem gaan praten.
Joost schrikt hier erg van. Straks weet hij het, gaat er door hem heen. Hij kan er echter niet onderuit. Met knikkende knieën gaat Joost naar zijn mentor. Niet wetende wat hem te wachten staat, maar bang voor wat er komen gaat.
Wanneer hij bij zijn mentor aan komt, zegt zijn mentor dat hij kan gaan zitten en vraagt of hij wat hij te drinken wil hebben. Joost heeft dorst en wil eigenlijk wel wat drinken, maar zegt toch dat hij niets hoeft. Hoe eerder hij hier weer weg kan, hoe beter.
Zijn mentor wil graag weten of Joost hem niet iets wil vertellen. Joost schudt heftig van nee. Er is niets. Hij is een beetje moe en daardoor haalt hij minder goede cijfers.
Hierop zegt zijn mentor dat hij weer kan gaan, maar dat als er iets is Joost wel met hem kan komen praten.
Opgelucht gaat Joost weer weg. Zijn mentor weet toch niet wat er aan de hand is. Maar het was op het nippertje, dus hij zal proberen vrolijker te doen.
Dit laatste lukt helaas niet zo goed. Joost gaat zich alleen maar slechter voelen. Zelfs zijn ouders krijgen nu langzaam door dat het niet zo goed gaat met Joost. Joost wil er echter niet over praten en zegt dat alles wel gaat.
Wanneer Joost weer eens op zijn kamer zit, weet hij eigenlijk dat het helemaal niet goed gaat. Hij twijfelt erover om op internet te zoeken naar informatie over wat er met hem aan de hand kan zijn. Toch doet hij dit uiteindelijk maar niet, omdat hij het eigenlijk te spannend vindt. Hij denkt erover om de volgende dag toch maar met zijn mentor te gaan praten.
De volgende dag vraagt Joost aan zijn mentor of ze toch kunnen praten. Hierop vertelt hij zijn mentor over de scheiding van zijn ouders en de schuldgevoelens die hij daar over heeft. Hij vertelt zelfs dat hij er wel eens aan gedacht heeft om zelfmoord te plegen. Zo erg zit hij in de put. Niets is leuk meer.
Na dit gesprek is Joost opgelucht dat hij het heeft verteld. Zijn mentor reageerde niet eens raar en adviseerde hem ook met de vertrouwenspersoon op school te gaan praten. De vertrouwenspersoon kan Joost nog meer informatie geven, dus daar gaat hij ook eens langs. Hierna komt voor Joost alles in een stroomversnelling. Hij praat met zijn ouders en krijgt tips over internetsites. Hij gaat zelfs met een dokter praten. Iemand die ze een psychiater noemen. Dit helpt allemaal een beetje, maar omdat het nu nog niet helemaal goed gaat, krijgt hij ook medicijnen. Hierdoor gaat het weer wat beter met Joost.
Uiteindelijk is Joost toch wel blij dat hij over zijn problemen heeft gesproken.

Het verhaal van Mirthe

Deel1

Mirthe is een lief hardwerkend meisje in de vierde klas van de middelbare school. Iedereen vind haar aardig, vooral omdat ze altijd bereid is om anderen te helpen.

Er is echter nog bijna nooit iemand bij haar thuis geweest en wanneer er wel iemand langs kwam, dan was haar moeder er niet. Die was volgens Mirthe dan met vakantie, maar de vakantiecadeautjes liet Mirthe nooit aan haar vrienden en vriendinnen zien.

In werkelijkheid was Mirthes moeder helemaal niet met vakantie, maar was zij opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Wanneer haar moeder daar is, is het rustig thuis en kan Mirthe wel vriendjes meenemen, maar als haar moeder thuis is, kan dit niet. Mirthe weet namelijk nooit zeker hoe zij haar moeder aan zal treffen. Is ze vrolijk, lief en gezellig of kan niemand wat goed doen?
Uit voorzorg neemt ze maar geen vriendjes mee naar huis. Daarbij neemt Mirthe vaak heel wat huishoudelijke taken over, omdat haar moeder die niet doet.
Haar moeder laat overal troep liggen of heeft geen puf om alles op te ruimen. Daar komt bij dat Mirthes vader de hele dag werkt en zij nog een jonger broertje heeft die ook naar school moet. Samen zorgen zij meestal voor het eten en de rest van de taken in huis, om het zo goed mogelijk te doen voor hun moeder.

Mirthes broertje heeft daar wel eens genoeg van en gaat dan naar vriendjes. Met het gevolg dat Mirthe alles kan doen en vaak de wind van voren krijgt.

Mirthe schaamt zich soms een beetje voor haar moeder. Deze doet zo raar en haar stemming kan onverwachts helemaal omslaan. Het liefst laat ze haar moeder overal buiten. Dan kunnen anderen ook niet zien dat haar moeder niet zo is als de andere moeders.

Verder durft ze ook niet te praten over de situatie thuis, want dat is toch wel zielig voor haar moeder. Die is nu eenmaal zo en dan denken mensen straks nog dat ze een slecht mens is. Dat is iets wat Mirthe natuurlijk niet graag wil, dus houdt ze haar mond.

Mirthe zorgt voor veel dingen in het huishouden en maakt ’s avonds laat haar huiswerk. Soms is ze nog moe als ze op school komt, maar dan zegt ze gewoon dat ze nog tot laat een spelletje heeft gespeeld. Dan valt het ook niet op en stelt er niemand vragen. Zij gaat vrolijk verder, want op school hoeft ze even niet aan thuis te denken en doet zij extra haar best.

Deel 2

Mirthes broertje heeft besloten dat hij het niet eens is met de situatie. Hij heeft tegen de moeder van een vriendje verteld wat er thuis aan de hand is.
Mirthe schrikt hier erg van en wordt boos op haar broertje. Hoe durft hij zoiets te vertellen? Anderen hoeven dat toch helemaal niet te weten? Hoe zullen ze nu over haar moeder denken? Haar broertje denkt daar anders over en zegt dat het wel oplucht. Hij kan er tenminste met iemand over praten. “Maar dat kan toch ook met papa en mij”, zegt Mirthe. Ze begrijpt niet hoe haar broertje zo kan zijn. Mirthe is hier erg verdrietig over, want zij wil het graag goed doen voor haar moeder. Niemand mag kwaad over haar denken. Haar moeder is namelijk ook best wel lief wanneer zij een goede dag heeft en vrolijk is. Dan kan er vaak veel en kookt haar moeder nog wel eens zelf.

Mirthe weet niet meer wat ze moet doen en wordt hierdoor nog meer gesloten over de thuissituatie. Dat een persoon buiten het gezin weet wat er aan de hand is, is al genoeg. Anderen hoeven het niet te weten. Mirthe probeert nu extra haar best te doen voor haar moeder.

Op een dag, wanneer haar moeder al vroeg op bed ligt en Mirthes broertje ook al naar bed is, is zij samen met haar vader. Mirthe moet het aan haar vader kwijt en vertelt wat haar broertje heeft gedaan en zegt dat dit toch niet zomaar kan.

Haar vader is in eerste instantie verbaasd en probeert Mirthe daarna gerust te stellen. Hij zegt Mirthe dat zij er best met mensen over mag praten wanneer zij dat wil. Haar moeder is ziek en dat hoeft geen geheim te zijn. Haar vader zegt dat er meer mensen zijn die het weten. Sommige mensen vragen hoe het thuis gaat, terwijl anderen het moeilijk vinden om dit te vragen.

Haar vader zegt dat Mirthe moet kijken wat ze er mee wil doen. Misschien kan ze informatie zoeken op internet. Mirthe besluit dit te doen, maar nog niet vandaag. Een paar dagen later zit Mirthe voor school achter de computer en besluit te zoeken naar informatie. Ze komt op een site voor koppers terecht (kinderen van ouders met psychiatrische problematiek). Er blijken veel meer kinderen te zijn met zieke ouders en er zijn zelfs praatgroepen. Mirthe besluit hier nog even mee te wachten, want dat is toch wel moeilijk. Misschien moet ze er eerst met haar beste vriendin over praten of met een leraar. Dan weet er in elk geval iemand wat er aan de hand is. Maar dat komt allemaal later. Voor nu heeft Mirthe het internet.

Stellingen

Beeldvorming en vooroordelen

- Iedereen op deze wereld is wel een beetje gek
- Iemand met een psychiatrische problematiek hoort thuis in een inrichting
- Mensen met psychiatrische problematiek ontwijk ik maar liever
- Mensen met psychiatrische problemen doen maar raar
- Psychiatrische problemen zijn cultuur gebonden
- Er bestaan op deze wereld heel veel mensen met psychiatrische problemen
- Psychiatrische problemen zijn helemaal zo gek nog niet

Psychiatrische ziektebeelden

- Iemand met een depressie wil het liefst de hele dag op bed liggen
- Iemand die manisch is, is altijd vrolijk
- Iemand die verslaafd is, is altijd verslaafd aan drank, drugs of medicijnen
- Iedereen die een fobie heeft en bijvoorbeeld bang is voor spinnen of muizen moet gelijk een psychiatrische behandeling krijgen.
- Mensen die rare dingen denken zoals bijvoorbeeld dat ze achtervolgd worden, hebben hallucinaties en mensen die dingen zien, voelen en horen die er niet zijn, hebben wanen
- Om een eetstoornis te krijgen moet je dik zijn
- We hebben allemaal wel trekjes van een persoonlijkheidsstoornis zoals narcisme (grootheidswaan) of afhankelijkheid
- Om een ziekte beter te begrijpen is het handig om er meer over te weten
- ADHD en Autisme zijn ook psychische ziektes

Zelf psychisch ziek zijn of een van je ouders

- Iedereen heeft wel eens een dipje, maar is daarom nog niet gelijk psychisch ziek
- Ook wanneer je jong bent, kan je last krijgen van psychiatrische problematiek
- Als ik Joost zou zijn, zou ik het moeilijk vinden om over mijn problemen te praten
- Wanneer ik mij in Mirthes situatie zou bevinden, zou ik me niet schamen voor mijn moeder
- Wanneer een van mijn ouders psychisch ziek zou zijn, zou ik ook veel in het huishouden doen
- Mirthe is bang dat anderen haar moeder raar en niet aardig vinden. Dat zou ik ook denken als mijn moeder zo was
- Wanneer een van mijn ouders psychisch ziek zou zijn, zou ik nog wel heel veel van mijn vader/moeder houden. Het is namelijk toch mijn ouder.

Suïcide

- Er zijn veel jongeren die wel eens gedachten hebben aan zelfmoord
- Je mag niet met anderen praten over je zelfmoord gedachten
- Wanneer je zelfmoord gedachten blijft houden, is het verstandig om professionele hulp in te schakelen

- Veel jongeren plegen zelfmoord in een impulsieve bui
- Joost heeft zelfmoord gedachten. Ik zou deze gedachten bij mezelf wel eng vinden
- Mensen die zelfmoord plegen, denken niet aan de achterblijvers

En met wie kan jij dan praten?

- Wanneer ik mij niet goed zou voelen, zou ik niet met een leraar willen praten
- Ik vertel mijn vrienden waar ik mee zit
- Wanneer het thuis niet goed zou gaan door de ziekte van een van mijn ouders, wil ik daar op school liever niet aan herinnerd worden
- Als ik net als Mirthe een ouder had met psychiatrische problemen, dan zou ik wel willen weten op welke websites ik informatie kan vinden
- Wanneer ik net als Mirthe een zieke ouder zou hebben, wil ik hier best over praten met andere kinderen die hetzelfde meemaken
- Wanneer ik in de situatie van Joost zou zitten, zou ik het moeilijk vinden om naar een dokter toe te gaan.
- Als ik Joost was, zou ik willen weten wat mijn ziekte in houdt en welke behandeling ik kan volgen.

Uitleg bij de folders

- **In een dip?**
  Dit is een kaart van de website www.gripopjedip.nl. Deze website is bedoeld voor jongeren die depressief zijn. Hier kunnen zij meer informatie vinden over dit onderwerp.

- **Slik!?**
  Dit is een folder uitgegeven door het Trimbos instituut en gaat over het verantwoord gebruik van drugs in het uitgaansleven. De folder is speciaal bedoeld voor jongeren.

- **Weer lekker in je vel zitten**
  Deze folder is ontworpen door de preventieafdeling van Parnassia en is bedoeld voor jongeren met psychische problemen. Er worden tevens tips gegeven voor cursussen die deze jongeren kunnen volgen om zich weer beter te voelen.

- **Groei(de) je op met een probleemdrinker?**
  Informatie over de zelfhulpgroepen van Al-Anon/ Al-Ateen. Dit zijn zelfhulpgroepen voor kinderen van alcoholverslaafde ouders. Deze folder biedt inzicht in wat je thuis meegemaakt kan hebben en hoe Al-Anon/Al-Ateen dan wat voor jou kan betekenen. Dit zowel voor jongeren als voor volwassenen.

- **Beheerst eten je leven?**
  Deze informatiefolder is ontworpen door de stichting anorexia en boulimia nervosa. Dit boekje geeft informatie over wat verschillende eetstoornissen inhouden, hoe je een eetstoornis kan ontwikkelen, wat de gevolgen er van zijn, welke stappen je moet ondernemen en welke hulp er voor mensen met een eetstoornis is. Deze folder is vooral bedoeld voor jongeren met een eetstoornis. Vooral omdat er in vermeld wordt hoe je je ouders het best kan vertellen dat je aan een eetstoornis lijdt.

- **Alcohol, drugs of gokken**
  Dit is een brochure die uit is gegeven door Parnassia. De informatie die hier in staat is bedoeld voor jongeren, hulpverleners en ouders. Het geeft aan waar je terecht kan voor informatie en advies, maar ook voor aanmelding met problemen op het gebied van genotsmiddelenmisbruik.

- **Jongerencursus voor koppers. Een cursus van jongeren van 12 tot 15 jaar en eentje van 16 tot 25 jaar.**
  In deze brochure staat wat een kopp-cursus inhoudt. KOPP is de afkorting van kinderen van ouders met psychiatrische problematiek. De brochure bevat praktische informatie en informatie waar koppers terecht kunnen. Er is tevens een aanmeldingsformulier bijgevoegd voor jongeren die willen deelnemen aan deze cursus.