

Redactieleden

Hans De Baene | AZ Sint-Lucas Brugge | Hans.debaene@azstlucas.be | 050/36 99 18
Virginie Meesseman | PZ H. Familie Kortrijk | virginie.meesseman@pzhfamilie.be
Barbara Nolf | WINGG Roeselare | barbara.nolf@wingg.be | 0486/12 11 02
Johan Vancoillie | Kliniek Sint-Jozef Pittem | johan.vancoillie@sjp.be | 051 46 70 41
Filip Vanneste | CGG Mandel en Leie Izegem | filip.vanneste@cggml.be | 056 23 00 21
Adelin Verslyppe | adelin.verslyppe@outlook.com

Vormgeving en administratie:

Jacqueline Delodder | jacqueline.delodder@gmail.com
Mia Ramboer | mia.ramboer@cggml.be

Voorwoord

Met Ggazet trokken we deze keer de kaart van de hechting als themanummer. We kregen vlug respons: 6 artikels vulden in corona-vakantie-omstandigheden onze redactiemand. Meteen een opportuniteit om de inhoud over twee nummers te spreiden. Waarvoor dank.

In dit septembernummer komen eerst de volwassenen en ouderen aan bod. Een volgend nummer, wellicht in november, belicht de situatie bij jonge kinderen en adolescenten.

Michael Naessens bijt de spits af met enkele reflecties over het belang van (onveilige) hechting bij getraumatiseerde patiënten.

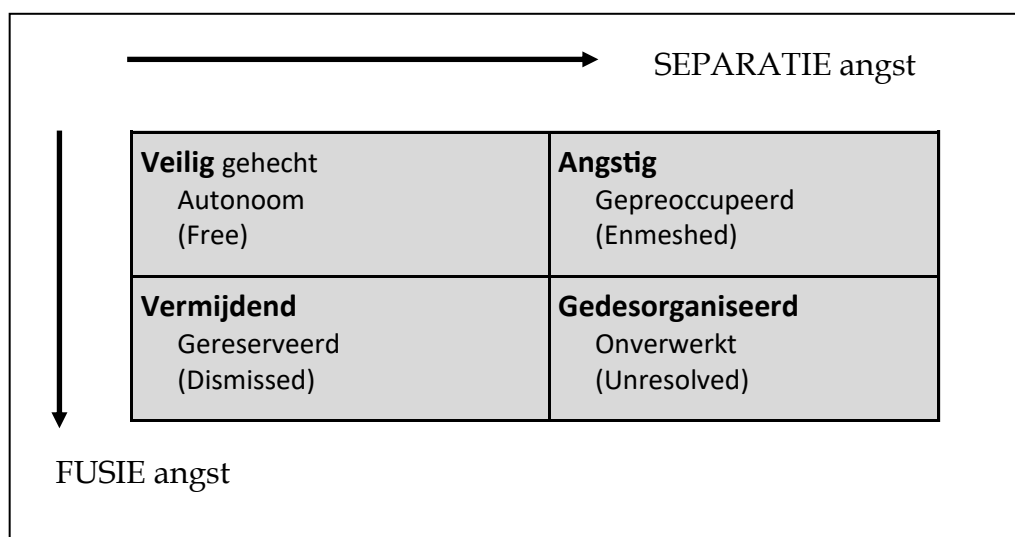
Mieke Hoste verwoordt heel mooi hoe alcohol bij verslaving soms stokken in de wielen steekt; al luidt haar bijtitel wel: “een schoentje dat past”. Misschien zit er ergens een kiezelsteentje gekneld?

Johan Vancoillie heeft het over ouderen en hechting. Hij biedt ons in een paar pagina's een overzicht van de meeste onderzoeksresultaten en gaat ook even kort in op de belangrijke ‘tijdelijke’ hechtingsfiguur die we als hulpverlener voor oudere patiënten zijn.

Voor wie bij wijze van inleiding nog even vlug de belangrijkste opdeling van hechtingsstijlen (met synoniemen) bij de hand wenst te nemen, geven we onderstaand overzichtje mee.

Alvast veel leesgenot!

Schema:



Hechting en trauma

Michael Naessens, afdelingspsycholoog eenheid Angst, stemmings- en persoonlijkheidsproblemen
Kliniek Sint-Jozef Pittem
postgraduaat traumadeskundige

Bij de vraag een bijdrage te schrijven over het verband tussen hechting en trauma, duiken onmiddellijk een aantal patiënten op in mijn gedachten. De meeste van hen worden in het dagdagelijkse leven ervaren als moeilijke mensen, eenzaten, heftige persoonlijkheden, enz.

We geven een aantal voorbeelden. A. vaak gemeden in de buurt waar hij woont, want “da’s die rare man in dat onverzorgde huis”. B. heeft al vele opnames achter de rug. Telkens worden deze ofwel door hemzelf of door de betrokken instanties voortijdig beëindigd omdat hij zich niet kan neerleggen bij soms eenvoudige gedragsregels. C. heeft dan weer frequente losse seksuele contacten en kortdurende heftige relaties vol passie, maar met evenveel geweld. D. gebruikt drugs en alcohol om de week-

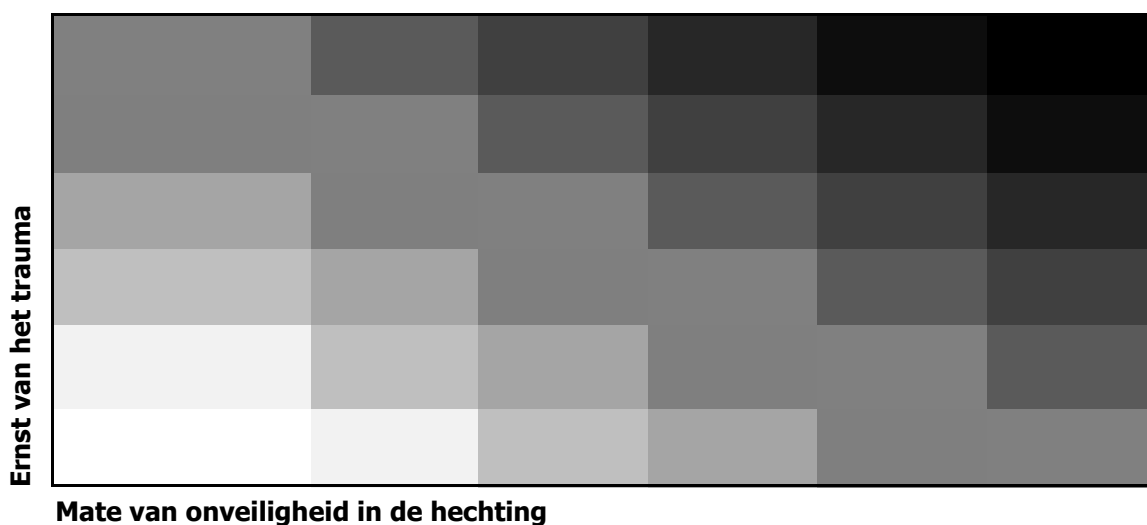
ends en avonden te overbruggen en om tijdens de week 12 tot 14 uur per dag te werken.

Veelal gaat het hierbij over personen die traumatische ervaringen hebben meegemaakt met belangrijke hechtingsfiguren, zijnde hun ouders of andere opvoedingsfiguren. In dit geval wordt gesproken over *complex trauma of type 2 trauma*. Trauma’s in dit kader zijn niet enkel seksueel of fysiek misbruik door een ouder, maar ook emotionele verwerping, verwaarlozing, enz.

Waar een kind bij spanning, onrust, angst, onzekerheid, nood heeft aan de aanwezigheid van iemand die steun, troost, geruststelling, voorspelbaarheid biedt, hebben deze mensen het tegenovergestelde ervaren. Hun onrust of angst werd alleen maar

aangewakkerd door deze zorgfiguren wat o.a. aanleiding gaf tot het ontwikkelen van een onveilige hechting.

Op rustige momenten kunnen deze mensen hun gewone gang gaan en zich flexibel opstellen in de omgang met anderen. Wanneer er zich echter iets voordoet wat spanning of onrust oproept, wordt het hechtingssysteem geactiveerd alsook hun overlevingssysteem. Men komt in hyperarousal terecht en zal vechten, vluchten, bevriezen of zich onderwerpen. Deze reacties treden niet enkel op bij ingrijpende gebeurtenissen, maar kunnen ook getriggerd worden door een woord, een geur, een gedachte, enz. die gelinkt is aan de traumatische gebeurtenissen die men heeft meegemaakt als kind.



Een vaak voorkomende trigger is het gevoel in de steek gelaten te worden. In therapie kan dit voor heftige reacties zorgen. Als je bijvoorbeeld als therapeut even minder aandachtig bent, kan dit pijnlijke vertrouwde verlatingsgevoelens oproepen bij een patiënt die als kind emotioneel verwaarloosd werd door een moeder die zelf met een ernstige depressie kampte. Hierop reageert de patiënt bijvoorbeeld met aanklappend, zogezegd theatraal gedrag, om toch maar de aandacht terug te winnen van de afwezige therapeut (angstig-afhankelijke hechting), terwijl een andere patiënt zich emotioneel terugtrekt en zijn toevlucht neemt tot rationalisatie en theoretische uitleg (angstig-vermijdende hechting).

Bij een *type-I trauma* is er geen sprake van nefaste of ingrijpende ervaringen met hechtingsfiguren of andere belangrijke personen. Een type-I trauma of een singulier trauma verwijst naar een ingrijpende gebeurtenis van onpersoonlijke aard, zoals een natuurramp, een treinongeluk of actueel: tijd doorbrengen op intensieve zorgen door een covid-19 besmetting.

Ook bij de verwerking van deze trauma's speelt hechting een rol. Wanneer men een eerder veilige hechtingsstijl heeft kunnen ontwikkelen vormt dit een belangrijke beschermende factor voor het al of niet ontwikkelen van psychische moeilijkheden ten gevolge van deze trauma's. Posttraumatische stressstoornis gaat in de

regel meer optreden en heviger proporties aannemen bij mensen met een onveilige hechting dan bij een veilige hechting. Wanneer men veilig gehecht is, zal men meer geneigd zijn troost en steun te zoeken bij belangrijke anderen en er zo vlotter toe komen de ingrijpende gebeurtenis een plaats te geven.



Verslaving en hechting: een schoentje dat past

Mieke Hoste, afdelingspsycholoog eenheid Ontwenning Kliniek Sint-Jozef Pittem,
systeemtherapeut en erkend opleider systeemtherapie,
gecertificeerd EFT therapeut en supervisor

Inleiding

Er rust heel wat taboe op een verslaving. Mensen met een verslaving worden vaak uit de samenleving geweerd, krijgen het etiket van 'geen karakter te hebben'. Het is ook het stigma waar mensen met een verslaving mee rond lopen. Het boerenverstand is duidelijk: "Als je zoveel ellende veroorzaakt met het misbruik van middelen, waarom stop je er dan niet mee?" Mensen begrijpen niet dat een middel verkozen wordt boven mensen. Het antwoord is complex en daar houden we als mens niet zo van. Complexiteit vraagt tijd om gehoord en begrepen te worden.

Ik werk reeds 17 jaar tussen en rond mensen met een verslaving, dat is al behoorlijk wat tijd om te kunnen horen en begrijpen. Er zijn veel modellen voorhanden binnen de psychologie en de psychotherapie om het ontstaan van een verslaving te verklaren en allen dragen ze er toe bij om de complexiteit te vatten. Doorheen mijn contacten met 'de verslaving' en 'de mensen die er mee kampen' kwam de hechtingstheorie steeds meer op de voorgrond. Een bril die niet alleen het weten, maar ook het voelen raakt.

Hechting is veel meer dan een theorie over de band tussen moeder en kind. Hechtingstheorie is een theorie over de ontwikkeling van de hersenen,

een theorie over de ontwikkeling van een innerlijk werkmodel van een persoon en de mensen om hem heen, een theorie over het leren mentaliseren en een theorie over emoties en die leren te reguleren in een inter-en intrapersoonlijk proces (De Waal, 2006). Ik laat in deze bijdrage de hechtingsstijlen buiten beschouwing en leg de focus op de regulerende functie die het verslavende middel heeft.

Hoe onveiligheid en een verslaving elkaar ontmoeten

We hebben als sociale wezens nood aan verzorgd worden, we hebben troostende menselijke connectie nodig om te overleven. We zijn vooral geneigd om nabijheid te zoeken bij een hechtingsfiguur onder stress. Wanneer dit niet beschikbaar is, worden andere secundaire strategieën gezocht om emoties te reguleren. Dit hoeft op zich niet problematisch te zijn omdat het de auto-regulatie aanscherpt.

Wanneer er geen veilige hechtingsband is met tenminste één ander levend wezen zal dat een craving ("iets mee doen") doen ontstaan voor het bevrijd worden van de pijn die sociale isolatie met zich meebrengt. Het zal er vaak een persoon toe aanzetten om niet-relatieve verslavingsgedrag op te zoeken die die opluchting biedt. Het gebruik van een 'psycho-actief

middel' wordt een manier om stand te houden. Het verzacht de pijn veroorzaakt door het sociale verlies en vult het verlangen in om connectie te zoeken. Je kan een verslavingsproces zien als secundaire, niet-relatieve poging tot het reguleren van emoties.

Bij het nuchter worden valt deze niet-relatieve poging tot het reguleren van emoties niet zomaar weg. Het is niet omdat iemand sober is dat men zich dan connecteert met een mens, meestal worden eenzelfde soort bronnen buiten zichzelf gezocht. Men heeft maanden nodig om (terug) te kunnen reflecteren over eigen gedachten en gevoelens. De persoon moet eerst onthecht raken van het object van zijn verslaving. De mogelijke emotionele rush die het product veroorzaakt, kan heel krachtig zijn in het bestendigen van het gebruik. De troost die interpersoonlijk contact veroorzaakt, is veel subtieler van aard. Daardoor blijft het middelengebruik lang de eerste voorkeur genieten om het aanwezige ongemak te doen verdwijnen.

Een effectieve behandeling

Een effectieve begeleiding voor een verslaving richt zich volgens mij het best op het creëren van een veiligere hechtingsrelatie die het innerlijk werkmodel (IWM) kan beïnvloeden.

De verwachtingen naar het middel zijn voor de gebruiker vaak grotesk. “Het maakt me rustig”, “Het doet al mijn zorgen vergeten”,... . Het is bovendien instant aanwezig en is meestal heel voorspelbaar. Men heeft het idee het middel compleet te kunnen afstemmen op wat men nodig heeft, het voelt aan als controleerbaar éénrichtingsverkeer. Terwijl dat bij een ernstige middelenafhankelijkheid helemaal het geval niet meer is. Men gebruikt veel meer dan het ene glaasje dat men aanvankelijk voor ogen had.

Het is moeilijk om als partner en omgeving op te boksen tegen het middel van de afhankelijke persoon. Heel vaak heerst het idee bij de afhankelijke persoon over zichzelf (IWM): “Ik moet het alleen kunnen” , “Ik belast de ander met mijn binnenkant” , “Het is niet belangrijk”. Het intern werkmodel over de ander, de

verwachtingen die men heeft over de omgeving zijn meestal in schril contrast met het middel waarvan men afhankelijk is. Er wordt vaak verwacht dat de potentiële hechtingsfiguren de pijn onvoldoende zullen kunnen dragen, ze niet beschikbaar zullen zijn of zullen teleurstellen. In realiteit zijn interpersoonlijke relaties ook nagenoeg nooit volledig afgestemd. Het vergt een proces van zoeken en aftasten van vragen en toenaderen, van een te veel en te weinig. Er is ook altijd een inspanning nodig om de personen om zich heen te contacteren. Troost of ontlasting zoeken bij een levend wezen is tijdsintensief.

Je bevindt je als hulpverlener vaak in een consumentenrelatie. Je wordt aangewend om te voldoen aan de noden van de ander (onmiddellijk en volledig!), maar komt uiteindelijk uit op een (over-)blijvende frustratie. Werken binnen een

verslavingsproces als hulpverlener is een interpersoonlijk veld creëren met beide individuen binnen de relatie. Het IWM van zichzelf en de ander corrigeren, is een proces dat met vallen en opstaan moet herhaald worden. Het schoentje van relationele regulatie voelt immers veel minder veilig en vertrouwd. Emoties worden hierbij niet meer weggeveegd, maar krijgen ruimte om begrepen te worden. Zoals ik al eerder zei: complexiteit vraagt tijd om gehoord en begrepen te worden. En misschien is dat wel het grootste taboe.

Referentie

De Waal, J.
(2006). Partnerrelatietherapie. Regulatie van emoties en gehechtheidstheorieën. Systeemtherapie, 18 (4), 200-217.



Ouderen en hechting: een band voor het leven!

Johan Vancoillie, afdelingspsycholoog eenheid Ouderen Kliniek Sint-Jozef Pittem
gerontopsychotherapeut (cliëntgericht en contextueel)

Er wordt wel eens beweerd dat hechting een mensenleven lang bepalend is voor het psychisch welbevinden. Het is een thema *"from the cadle to the grave"*.

In dit korte artikeltje bespreken we dit in het kader van de derde en vierde levensfase en beperken we ons tot 2 vraagstellingen:

(1) Wat zegt ons, samengevat, het wetenschappelijk onderzoek over hechting bij het ouder worden?

(2) Gezien de residentiële hulpverleningscontext waarin we werken: hoe vertaalt/herhaalt zich die hechtingsproblematiek in de hulpverlening bij ouderen? Zien we vb. vaker onveilige hechting bij depressieve ouderen?

Evolutie van hechting bij het verouderen

(Cicirelli, Bradley & Cafferty, 2001, Van Assche, e.a. , 2013):

Een eerste vaststelling is dat er bij ouderen in absolute aantallen steeds minder hechtingsfiguren zijn. Bij vrouwen en gehuwde stellen valt dit iets beter mee. De mate van investering daarentegen, neemt toe. Er is een stijgende intensiteit van de overblijvende contacten. Enerzijds is er het overlijden van belangrijke hech-

tingsfiguren en een verminderde mobiliteit, anderzijds wordt men ook kieskeuriger in de aangegane contacten ('socio-emotional selectivity theory' van Carstensen).

Bovendien is de aard van de hechting bijna altijd gevarieerder: men spreekt van een 'multipel' hechtingspatroon, waarbij ook de persoon van de hulpverlener een belangrijke plaats gaat innemen (cfr. infra). Door de toename van vrije tijd, het wegvallen van contacten op/ via het werk, en wellicht ook een reminiscentie-effect, stelt men een toegenomen belang van de actuele hechtingsrelatie met de siblings vast. Dit is vooral voor zussen het geval.

Bij het ouder worden is er ook meer (compenserende?) 'symbolische' hechting. Een soort 'imaginaire intimiteit', die kan gaan van betekenisvolle objecten tot meer levensbeschouwelijke gedachten. Zo is men erg gehecht geraakt aan de eigen woning, die men samen met de partner als leefwereld vorm gaf. Verhuizen is ook daarom, vanuit het aspect hechting, zo ingrijpend op gevorderde leeftijd. De band met een geliefd huisdier is moeilijk te overschatten, en mentaal blijft men zich hechten aan de overleden partner. De recente rouwtheorieën, die het belang van een 'continuïng

bound' (blijvende verbondenheid) benadrukken, zijn wat ouderen betreft, nog meer van toepassing. Men blijft 'getrouw in de rouw'...

Bij gelovige ouderen is de spirituele relatie met God een betekenisvolle en sterke band. Deze symbolische gehechtheid dient als een verinnerlijkte veiligheidsbron t.o.v. mogelijke bedreigingen van het leven (cfr. *"kijk mee vanuit de hemel naar mij en zie dat ik het goed doe"*).

Binnen de bekende theoretische hechtingsstijlen, ziet men bij bejaarden in het algemeen een toename van veilige hechting. Globaal nemen ook de hechtingsangsten af. Verder is er een duidelijke daling van gepreoccupeerde hechting, maar wel een lichte toename van vermijdende hechting. Veel duiding of verklaring geven de auteurs hier niet bij...

In het licht van de eigen ontwikkelingstaken bij het verouderen, is het interessant te vermelden dat een veilige hechting het 'zingevend exploratief' gedrag bevordert. Net zoals adolescenten makkelijker uitvliegen vanuit een veilige gezinshechting, biedt het ook voor bejaarden kansen en geeft het vleugels in de richting van de ont-hechting. Onthechting en verbondenheid zijn dus perfect verzoenbaar geworden op oudere leeftijd: men

komt tot een soort betrokkenheid die men op zijn eentje aankan.

Hechting en hulpverlening

Verlies is hét leidendmotief van de oudere medemens. Opeenvolgende verlieservaringen, stresssituaties met gevoelens van hulpeloosheid, Reactiveren dan vroeger hechtingsgedrag.

Bij ouderen accentueert het zogenaamde reminiscentiefenomeen en een falende verdringing deze gang van zaken nog. Zoals Charlotte Herfray het verwoordt: "het kind in ons (dat trouwens nooit volledig weg was) komt weer meer naar boven". Ook verdrongen traumatische ervaringen uit een ver verleden, kunnen zich dan weer in het bewustzijn 'opdringen'. Studies geven aan dat een trauma uit de kindertijd een verhoogde kans op gedesorganiseerd hechtingsgedrag op hogere leeftijd oplevert.

Vermijdend/gereserveerde individuen hebben de neiging zich verdedigend af te schermen tegen negatieve affecten. Zij uiten wel meer subjectief welbevinden, maar vertonen vaak hogere niveaus van fysiologische stress.

Psychosomatische stoornissen zijn niet toevallig schering en inslag in het werk met ouderen.

Veilig gehechte ouderen hebben betere netwerkvaardigheden ontwikkeld en vertonen minder depressie. Zij appreciëren makkelijker aangeboden hulp en profiteren meer van sociale steun. Zij verdragen m.a.w. beter situaties van noodgedwongen of leeftijdsgebonden afhankelijkheid.

Wat onveilige hechting en depressie betreft, zien we een hoge mate van overeenkomst tussen de voor depressie kwetsbare persoonlijkheidstrekken en de beide types van onveilige hechting (vermijdend versus angstig). De clusters van de 'autonoom-zelfkritische' persoonlijkheden ("introjectieve" depressie) en van de 'angstig-afhankelijke' persoonlijkheden ("anaclytische" depressie), vallen nagenoeg samen met respectievelijk de vermijdende en angstige hechtingsstijlen.

In de behandeling zal er dan ook aandacht moeten zijn voor het reguleren van afstand en nabijheid bij beide types. Afhankelijke (angstige) persoonlijkheden hebben vb. meer aan een onder-

steunende therapievorm, terwijl de autonoom-zelfkritische types (vermijdend, gereserveerd gehecht) meer halen uit een ontdekkende reflecterende therapie-stijl.

Bij dementie zien we een geleidelijk falen van de meeste hechtings-(des-)activatie strategieën. In de vroegere fases is er nog een verhoogde alertheid van het 'overt' activatiesysteem, te herkennen in een toename van zogenaamde BPSD¹ symptomatologie: clinging (aanklampen), following en shadowing (cfr 'achter moeders rokken aanlopen', calling out (betekenisloos geroep), ... In latere fases zien we meer - en dit het meest bij vrouwen - 'covert' gedrag: vb. spreken over of vragen naar (nochtans overleden) ouders ('parent fixation'), naar 'huis' willen, etc...

Premorbide veilig gehechte dementerenden hebben duidelijk minder last van dergelijke emotionele en gedragsstoornissen. Vermijdende ouderen met dementie hebben vaker paranoïde wanen, en gepreoccupeerd gehechte bejaarden hebben, niet geheel onverwacht, meer depres-

GEHECHTHEIDrepresentatie	Filiale ZORGSTIJL
VEILIG-AUTONOOM	RIJPE ZORGSTIJL - persoonlijke zorg, met mate - wederzijdse inzetserkenning
ONVEILIG-GERESERVEERD	ZAKELIJKE - eerder taakgericht dan emotioneel - nadruk op zelfstandigheid - idealiseren ouderlijke inbreng - stressvermijdend
ONVEILIG-GEPREOCCUPEERD	GRENDOVERSCHRIJDEND - overmatig-inefficiënt + emotioneel overbetrokken - parentale insensitiviteit - zorgstress !!!

¹ Behavioral Psychological Symptoms Dementia

sieve en angstklachten.

Maar ook aan de kant van de hulpverlener speelt (vroegere en huidige) hechting een belangrijke rol.

In de thuissituatie zien we vaak dat een bepaalde mantelzorger in de rol van 'centrale verzorger' terechtkomt. Meestal is dit een (schoon-)dochter. Sarah Mahieu deed hieromtrent een interessant doctoraatsonderzoek en bekeek de relatie tussen filiale maturiteit, i.c. zorgstijl bij hulpbehoevendheid van de bejaarde ouderfiguur, en de eigen gehechtheidsstructuur. We geven schematisch haar slotbevinding:

Generaliserend naar de 'professionele' hulpverlener, is het in de eerste plaats al van belang enig aanvoelen te hebben van de eigen hechtingsstijl. Hoe lag/ ligt de relatie met mijn eigen (oud geworden) moeder of vader? Kon/kan ik voldoende begrenzen in de zorg en bleef/blijft de affectieve verbondenheid overeind? Hoe comfortabel voel ik mij bij het lichamelijk aanraken, wat in de hulpverlening bij ouderen zo'n belangrijke 'tool' is. In de behandeling van oudere depressieve patiënten is het vaak een lange weg van 'aanraken, via aanspreken tot aansporen' (en niet andersom!).

Op de eigen eenheid Ouderen van de Sint-Jozefskliniek te Pittem zijn we enkele jaren terug meer aspecten van warme zorg gaan integreren in het behandelklimaat. Dit sluit goed aan met het belang van hechting in de hulpverlening van psychisch kwetsbare ouderen. De overdosis van geprogrammeerde therapieblokken werd wat gemilderd ten gunste

van een presentie 'a la carte'. In de leefruimte zijn er themahoekjes ingericht, waar men in rustige nabijheid tussendoor bezig kan zijn. Voorbeelden: leeshoekje, (stille of) muziekruimte, wellnesshoekje met voetbadje, kersenpitkussentje, ... fitness op de home-trainer in de pandgang, puzzeltafel, spelletjeshoekje, naai-en knutsel-'corner', levensverhaalatelier, ...

Therapeutisch is het uitwerken van een genogram geschikt om inzicht te krijgen in de eigen intergenerationeel bepaalde hechtingsgeschiedenis. Dit kunnen 'plaatsen' is essentieel om vroegere en huidige kwetsuren te kunnen helen.

We herkennen ook sporen van het gevarieerde hechtingspatroon en de multiële overdrachtsposities die we soms innemen: hulpverleners kunnen bij oudere cliënten parallel én altemnerend de positie van kleinkind, ouderfiguur én/of partner toege-'dicht' krijgen. In de context van een residentiële opname zijn dit uiteraard tijdelijke patronen, maar ze zijn als hefboom wel degelijk belangrijk. In tijden van corona kregen we heel positieve reacties op het thuis opbellen van ontslagen patiënten.

Ook zien we niet zelden onderling tussen de patiënten duurzame vriendschappen ontstaan, die de periode van het verblijf overstijgen. De talrijke deelname aan onze nazorggroepen, zowel voor depressie als voor ontwenning, getuigt van een behoefte aan blijvend contact met lotgenoten.

Hechting is inderdaad van de wieg tot het graf een cruciaal thema. De cirkel lijkt wel rond. Wat bij het opgroeien als kind a.h.w.

richtinggevend is, is zeker evenzeer op hoge leeftijd, en zelfs geaccentueerd door nieuwe situaties van afhankelijkheid, een bepalend gegeven.

Bronnen:

ENGEL, Marika, Ouderen en relaties, hechten en onthechten, Systeemtherapie, jg 19, nr 2, 2007, 80-93.

GOVAERTS, Jean-Marie, De impact van de hechtingsdynamiek bij oudere cliënten en hun families, workshop seniorenkliniek,

HERFRAY, Charlotte, Le rapport du sujet à sa vieillesse, voordracht A.L.E.P.H in Lille, 25.09.04

MAHIEU, Sara, Zorgen wij voor onze ouders zoals zij voor ons gezorgd hebben? Gehechtheid, zorg en familiale maturiteit: dimensies van de relatie tussen volwassen kinderen en hun bejaarde ouders, doctoraat Psychologie, KUL, 2004.

VAN ASSCHE, Lies, e.a., Attachment in old age: theoretical assumptions, empirical findings and implications for clinical practice, Clinical Psychology Review, 33 (2013)67-81.

Ggazet redactie zoekt nieuwe medewerkers.

Bent u werkzaam in de sector geestelijke gezondheid of welzijn van West-Vlaanderen of komt u er regelmatig mee in aanraking? Verpleegkundige?

Huisarts? Psychiater? Maatschappelijk werker? Psycholoog?



De redactie komt een viertal keer per jaar samen. Tot nog toe vooral in Izegem, maar we zijn flexibel.

Doel van de redactievergadering is het samenstellen van nieuwe nummers, het aanspreken van potentiële schrijvers en het op punt stellen van de artikels.

Veranderingen in uw centrum of instelling?

Vernieuwing in uw zorgaanbod?

Verruiming van uw groeps- of therapeutisch aanbod

LAAT HET ONS WETEN

Stuur ons een aankondiging of een artikel.

Wij publiceren het gratis voor u.

**Ggazet wordt verspreid over een duizendtal
zorgverstrekkers in
West-Vlaanderen.**

