

HET PERRON

België-Belgique
P.B. - P.P.
8000 BRUGGE 1 - 2
3/5298

Afgiftekantoor 8000 Brugge 1 - 2e afdeling
Tweemaandelijks tijdschrift
23e jaargang nr.3, mei-juni 2007
Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge (Afzendadres)
Erkenningsnummer: P509268



tijdschrift van het

**PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS
ONZE-LIEVE-VROUW BRUGGE**

en het

**PSYCHOTHERAPEUTISCH CENTRUM
RUSTENBURG BRUGGE**

Colofon

HET PERRON is het tweemaandelijks tijdschrift van het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw en het Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg. Het is bestemd voor de West-Vlaamse huisartsen en de psychiaters en GGZ-voorzieningen in Vlaanderen.

Oplage

Het Perron wordt verspreid op 2200 exemplaren

Redactieraad

Dr. Marc Franchoo, psychiater (hoofdredacteur)

Dr. Chris Bervoets, psychiater

Jacques Dutrie, psycholoog-psychotherapeut

Ludo Goderis, stafmedewerker patiëntenzorg

Marc Simoens, stafmedewerker patiëntenzorg

Ingrid Vandaele, stafmedewerker patiëntenzorg

Verantwoordelijk uitgever

Zr. M. Kemel, Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge

Vormgeving en druk

Geert Daelman

Gedrukt in PZ Onze-Lieve-Vrouw

Ontwerp omslag

Ludo Goderis

Technische afwerking

Creatief Werkcentrum PZ Onze-Lieve-Vrouw

Correspondentie



PZ Onze-Lieve-Vrouw

Koning Albert I-laan 8

8200 Brugge

info@olv.gzbj.be

www.pzol.vb

tel. 050-30 18 00

fax 050-30 18 01



PTC Rustenburg

Oude Oostendesteenweg 43

8000 Brugge

rustenburg@rb.gzbj.be

www.ptcrustenburg.be

tel. 050-31 81 65

fax 050-31 08 99

HET METABOOL SYNDROOM: PSYCHIATER EN PATIËNT SAMEN OP DIEET

*Dr. Carmen Leclercq
psychiater
P.Z. ONZE-LIEVE-VROUW*

Inleiding

Het metabool syndroom neemt een belangrijke plaats in ons huidig gezondheidsbeleid. De homo sapiens is verworpen tot een 'homo zapiens' : we bewegen tegenwoordig nauwelijks meer en hangen 's avonds voor TV-liefst met een bak(je) chips en de afstandsbediening binnen handbereik.

Dit syndroom komt meer voor bij mannen , maar het risico bij vrouwen neemt sterk toe. Het metabool syndroom komt voor bij ongeveer 15% van de (ogenschijnlijk) gezonde bevolking tussen 25 en 50 jaar. De aandoening neemt toe met de leeftijd: tussen 40 en 50 jaar zouden 30% van de mannen en 20% van de vrouwen het metabool syndroom hebben. Tussen 50 en 60 stijgt dat tot 40% bij de mannen en 35% bij de vrouwen. Vanaf 60 jaar steken de vrouwen de mannen voorbij.

Definitie volgens de "International Diabetes Federation" IDF(2005):
Er is sprake van metabool syndroom als aan volgende criteria is voldaan:

- Buikomtrek(abdominale obesitas): >94 cm bij mannen,>80cm bij vrouwen plus ten minste twee van de volgende kenmerken :
- Verhoogd suikergehalte(nuchtere plasmaglycemie): >100 mg/dl (5.6 mmol/l) of eerdere diagnose van diabetes
- verstoorde vetzuurhuishouding (triglyceriden > 150mg/dl(1.7mmol/l) of specifieke behandeling hiervoor
- HDL-cholesterol<40mg/dl bij mannen, <50mg/dl bij vrouwen, of een behandeling hiervoor
- bloeddruk>130/85 mmHG of een behandeling van hypertensie.

De nieuwe IDF-definitie van het metabool syndroom is erop gericht om een snelle diagnose en behandeling van het metabool syndroom mogelijk te maken, ook zonder dat er al sprake is van een duidelijke cardiovasculaire pathologie.

Andere geassocieerde risicofactoren zijn o.m. : fysieke inactiviteit, veroudering, verstoorde hormonale balans, genetische voorbestemdheid (diabetes, hartziekten)

De verschillende risicofactoren

tellen niet gewoon bij elkaar op, maar versterken elkaar. Andersom geldt hetzelfde : het wegnemen van 1 risicofactor telt voor meer. U moet dus zoveel mogelijk risico's vermijden of verminderen.

Controverse is ontstaan als de American Diabetes Association(ADA) en de European Association for the study of diabetes (EASD) een Joint Statement publiceerden om de definitie van metabool syndroom in vraag te stellen.

Feit is dat er nog heel wat discussie is omtrent de oorzaak van het syndroom en waar nu extra aandacht moet gegeven worden : de gemakkelijkste conclusie is om te zeggen dat de definitie eerder een verzameling beoogt van criteria om een cluster van risicofactoren samen te brengen. Als men vergelijkt met risicotabellen zoals het Framingham-model dan werkt men met continue variabelen , waarbij dus ook de ernst van de pathologie kan berekend worden, terwijl het metabool syndroom een gedichotomiseerd model gebruikt met alleen maar grenswaarden.

Iedereen is het wel over eens dat van zodra de diagnose van metabool syndroom gesteld wordt., de IDF een 'agressieve en vastberaden' behandeling oplegt om het risico op cardiovasculair lijden en diabetes type 2 te verminderen.

Oorzaak

Vooral overgewicht met teveel lichaamsvet en weinig lichaamsbeweging bevorderen de ontwikkeling van het metabool syndroom. Ook zou een gestoord dag-nachtritme bijdragen tot de ontwikkeling van het metabool syndroom. De exacte oorsprong of pathofysiologie van het metabool syndroom is nog niet bekend, maar resistentie tegen door insuline gestimuleerde glucoseopname die bij overgewicht en obesitas optreedt, lijkt van cruciaal belang. Meer dan 90% van de patiënten die het metabool syndroom hebben ,zijn insulineresistent.

Schizofrenie verhoogt de kans op metabool syndroom

Mensen met schizofrenie hebben dubbel zo vaak te kampen met obesitas, diabetes en het metabool syndroom. Ze vertonen ook vaker afwijkingen in het lipidengehalte van het bloed : een te hoog algemeen cholesterol, een te hoog gehalte aan LDL cholesterol en triglyceriden. Deze stoornissen alleen al verklaren waarom de mortaliteit bij mensen met schizofrenie dubbel zo hoog is en waarom de levensverwachting van de patiënt gemiddeld tien jaar lager is dan die van mensen die niet met de aandoening kampen. En er is nog meer. Mensen met schizofrenie verhogen het cardiovasculaire risico

ook omdat ze vaak veel roken en weinig bewegen (71 % van de patiënte rookt en 70% neemt geen lichaamsbeweging). Daar komt nog dat de voeding van de patiënten vaak een gebrek aan evenwicht vertoont.

Het is daarom uitermate belangrijk dat bij deze patiënten een screening gebeurt naar het metabool syndroom alvorens neuroleptica opgestart worden.

Voorafgaand jaren is het duidelijk geworden dat hoewel de tweede generatie antipsychotica meestal minder extrapyramidale bijwerkingen hebben dan de eerste generatie antipsychotica, zij toch duidelijk een veel negatiever effect op metabole bijwerkingen hebben.

Vandaar dat er zowel wetenschappelijk als klinisch een grote interesse is in het vaststellen van deze risicofactoren bij het gebruik van deze tweede generatie antipsychotica.

Beleid in ons ziekenhuis

Een gezonde levensstijl voor patiënten is uitermate belangrijk. De verplichte rookstop geeft ons zeker een duwtje in de rug gegeven. Het metabool syndroom is een

maatschappelijk probleem maar zoals blijkt bij voorafgaand discours: de psychotische patiënt heeft een nog hoger risico op het ontwikkelen van dit ziektebeeld omwille van zijn psychiatrische problematiek op zich maar ook door het gebruik van de tweede generatie antipsychotica. Klinisch worden we geconfronteerd met (soms) indrukwekkende gewichtstoenames. Naast het psychisch welbevinden komt er ook meer aandacht voor de lichamelijke gezondheid. Om het belang van gezonde levensstijl te benadrukken komen patiënten samen onder leiding van therapeuten en verpleegkundigen om een groepsprogramma te volgen met het accent op psycho-educatie.

Preventie blijft het belangrijkst.

Daarom is het belangrijk om een bepaalde procedure te volgen alvorens deze medicatie voor te schrijven. Hierbij moeten de risicofactoren in kaart gebracht worden en gebeurt een gesystematiseerde anamnese volgens de internationale richtlijnen (cfr bijlage 3 en 4)

Bij de verdere opvolging dienen ook bepaalde criteria opgevolgd worden (tabel 5).

Table 3. Risk factors/profile for development of cardiovascular and metabolic disorders

Medical factors	obesity, dyslipidemia, hypertension, smoking, hyperglycemia, diabetes
Behavioural factors	poor diet, smoking, psysical inactivity, high stress
Genetic factors	ethnicity, family history or metabolic or cardiovascular disease
Adepted from Casey et al. ³⁶	

Table 4. Components of the visit before prescription of SGA

<p>Medical history, focussing on metabolic problems and on family history</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Symptoms, results of laboratory tests, and special examinations, if any, related to the diagnosis diabetes ◦ Prior fasting blood glucose, oGTT, or HbA1c records ◦ Family history of diabetes or overweight/obesity ◦ Eating patterns, nutritional status, weight history ◦ Exercise history ◦ Other medications or drugs affecting blood glucose levels (valproate, lithium, etc.) ◦ Risk factors for atherosclerosis: smoking, hypertension, obesity, dyslipidemia, and family history ◦ Prior nutrition education, attitudes, and health beliefs ◦ Tobacco, alcohol abuse and/or controlled substance use <p>Psysical examination</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Measurement of height and weight, calculation of Body Mass Index ◦ Waist circumference* ◦ In-depth physical examination ◦ Blood pressure <p>Laboratory examination</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Fasting plasma glucose ◦ Fasting lipid profile (total cholesterol, LDL cholesterol, HDL cholesterol, triglycerides) <p>Counselling</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ on the diabetic risk associated with the underlying disease and with SGA ◦ on signs of ketoacidosis and other diabetic complications ◦ on life syles issues (smoking cessation, nutrition, self-monitoring of weight) <p>* to be measured in the middle between iliac crest and lower rib cartilage OGTT= oral glucose tolerance test</p>
--

Table 5. Recommended schedule of monitoring for patients taking SGA	
Weight and waist circumference	<i>weekly</i> in hospital care, <i>monthly</i> in ambulatory care
Fasting blood glucose*	Depending on risk factors and drugs**. <i>monthly</i> in patients with family history of diabetes/obesity and/or with manifest overweight or obesity, and/or with impaired fasting glucose, <i>after 6 and 12 weeks</i> , then quarterly in patients without risk factors
Fasting blood lipids	Total cholesterol, HDL cholesterol, LDL cholesterol, triglycerides <i>Every 3 months for the first year of treatment, then annually</i>
Blood pressure	<i>Every 3 months</i>
* Fasting is defined as no caloric intake for at least 8 hours. ** also if the risk factors weight gain and IFG occur newly	
Note: in patients on classical antipsychotics and addition risk factors, a similar follow-up schedule should be observed.	

Deze systematische screening werd sinds kort gestart in de psychosenkliniek op vraag van de psychiater maar in samenspraak met de huisarts en de internisten verbonden aan ons ziekenhuis.

Het is belangrijk om bij deze maatregelen voldoende psycho-educatie te organiseren zodat de patiënt zich bewuster wordt van zijn aandeel en in de hoop dat hij ook meer bewust omgaat met zijn eigen gezondheid.

Rookstop dient sterk gestimuleerd te worden. In het ziekenhuis werden ook op het niveau van de afdeling gezondheidsweken georganiseerd waarbij de aandacht getrokken werd via affiches, brochures en medewerking van de keuken (gezonde voeding). Elke patiënt komt in aanmerking om deel te nemen aan een

groepsmodule “metabool syndroom” met een tiental sessies olv therapeuten en verpleegkundigen verbonden aan de psychosenkliniek.

Individueel worden ze gevolgd op de afdeling, daar kunnen ze ook dieetadvies krijgen van de diëtiste .

De psychiater dient zorg te hebben voor die problematiek. Soms dient hij of zij het neurolepticum te wijzigen maar vaak is met advies van de internist een beter management van het gewichtsprobleem en/of diabetespathologie mogelijk.

Besluit

Met de komst van de nieuwe neuroleptica vertonen de patiënten een ander bijwerkingsprofiel. De opvallende extrapyramidale bijwerkingen namen enorm af zodat de patiënt minder gestigmatiseerd

werd. Hij vertoont nu gemakkelijker een verhoogd gewicht : een beeld dat maatschappelijk gezien minder problematisch lijkt aangezien het (jammergenoeg) algemeen in frequentie toeneemt en dus niet alleen bij de psychiatrische patiënt.

Dit gegeven mag ons niet sussen...Belangrijk is om bij de patiënt het bewustzijn over zijn lichamelijke gezondheid te verhogen. De psychiater dient ook van bij de start van de behandeling aandacht te hebben voor een preventieve screening. Dit kan bij opname door de artsen in het ziekenhuis maar kan ambulante best door de huisarts gebeuren. Dit vergt bij de behandelaars en bij de patiënt (en ook familie) een mentaliteitswijziging. Dieet wordt al te vaak nog gezien als een vorm van straf.

Daarom is een totaalaanpak met voornamelijk preventieve maatregelen belangrijk. Voedingsadvies gecombineerd met meer beweging kan al heel wat positieve effecten geven. Er zijn tegenwoordig al heel wat websites die informatie verstrekken op een heel toegankelijke manier. Eén van de meest recente campagnes werd gelanceerd begin mei 2007 een heet www.mijnbuikontrek.be.

De psychiater moet als doel nastreven dat de kwaliteit van het leven van de patiënt verhoogt : naast zijn zorg voor het psychisch welzijn dient hij de patiënt in te lichten over de mogelijke somatische consequenties van de behandeling.

Mens Sana in corpore sano !

Literatuurlijst

- 1.Marc De Hert, André De Nayer, André Scheen, Luc Van Gaal, Jozef Peuskens. Belgische consensus met betrekking tot metabole stoornissen geassocieerd met atypische antipsychotica
- 2.M.Floris, D.Lecompte, C. Mertens, A.De Nayer, L.Mallet, F.Vandendriessche, J.Detraux. Antipsychotica en diabetes mellitus van het type 2.
- 3.Tim J.R Lambert, Leon H. Chapman. Diabetes, psychotische stoornissen en behandeling met antipsychotica : een consensusverklaring
- 4.X.Preud'homme, D.Lecompte, A. De Nayer, L. Mallet, C.Mertens, F Vanden Driessche, C.Bervoets. Gewichtstoename bij schizofrene patiënten behandeld met klassieke en nieuwe antipsychotica
- 5.Michael E.J. Lean. Clinical Handbook of weight management

6. A. De Nayer, M. De Hert, A. Scheen, L. Van Gaal, J. Peuskens. in naam van de consensusgroep. Belgian consensus on metabolic problems associated with atypical antipsychotics
7. Stephen R. Marder, Jeffrey A. Lieberman, John M. Kane, e.a.; Physical Health Monitoring of Patients With Schizophrenia. *American J. Psychiatry* 161:8, August 2004
8. David C. Henderson. Atypical-Induced Diabetes Mellitus. *CNS Drugs* 2002;16(2):77-89
9. Kristina Melkersson, Marja-Liisa Dahl. Adverse Metabolic Effects Associated with Atypical Antipsychotics. *Drugs* 2004;64(7): 701-723



EEN THEMADAG VOOR BRUGSE SCHOLIEREN IN HET ENTREPOT...

‘JEUGD, GEESTELIJK GEZOND? OVER DE JEUGD, DEPRESSIE, PSYCHISCHE PROBLEMEN EN ZELFDODING’

*Koen Dupont
Coördinator
PTC RUSTENBURG*

___ Eind vorig schooljaar kregen alle directies van de Brugse middelbare scholen (27 in het totaal...) een rondschrijven vanwege het Brugse stadsbestuur: men zou in samenwerking met de plaatselijke diensten en voorzieningen m.b.t. geestelijke gezondheidszorg een infodag organiseren met als thema ‘depressie en zelfdoding bij jongeren’.

Dit initiatief ontstond ook vanuit een stimulans door de vzw Anders Gewoon en de Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg. Voor beide verenigingen is de destigmatisering van psychiatrie in het algemeen en de sensibilisering rond de problematiek van depressie en zelfdoding bij de jeugd in het bijzonder een belangrijk doel.

Het stadsbestuur nodigde, geleid door de Sociale Kaart van Brugge en omstreken, alle relevante diensten en voorzieningen uit om samen te werken

aan de organisatie en de inhoudelijke uitdieping van het initiatief. Zo ontstond en groeide een organiserende werkgroep, samengesteld uit vertegenwoordigers uit het werkveld enerzijds en afgevaardigden van het stadsbestuur en de andere initiatiefnemende verenigingen anderzijds.

De themadag zou zich richten naar de vijfde en zesde leerjaren van het middelbaar onderwijs en werd gepland op donderdag 19 april 2007 in Het Entrepot, een locatie in Brugge die bij de doelgroep zeer goed gekend is wegens activiteiten van andere aard (fuiven, optredens,...).

De themadag kreeg als doel mee:

- De geestelijke gezondheid en de zorg voor die geestelijke gezondheid bespreekbaar maken waardoor die uit de taboesfeer kunnen komen en waardoor de tolerantie t.a.v. een probleem m.b.t. die geestelijke gezondheid kan verruimen.

- Duidelijk maken waar men terecht kan als men als jongere geconfronteerd wordt met een dergelijke problematiek, hetzij bij zichzelf, hetzij bij anderen in de omgeving.

Gaandeweg kwam een definitief programma tot stand; de werkgroep koos voor een combinatie van drie luiken; een informatief luik voor de jongeren, een interactief luik in kleine gespreksgroepen en een avondluik voor ouders en leerkrachten.

Op donderdag 19 april was het dan zover... Er waren een 200-tal jongeren ingeschreven, de ene helft kwam in de voormiddag naar Het Entrepot en de andere helft in de namiddag. In de grote fuifzaal was op de bovenverdieping een infobeurs opgesteld waarbij de verschillende diensten en voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg zich konden voorstellen via beeld- en tekstmateriaal. De jongeren kregen de kans om de standen te bezoeken en om in gesprek te gaan met de hulpverleners die de standen bemanden.

Hierna kregen de scholieren, bij wijze van inleiding op het interactieve luik, een korte uiteenzetting omtrent de opzet van het initiatief, omtrent de geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg en enkele relevante maar confronterende cijfergegevens.

Er werd daarna gekeken naar een

compilatiefilmpje; getuigenissen van BV's (bekende Vlamingen) die een psychiatrische problematiek hadden meegemaakt. Deze getuigenissen werden dan in kleine gespreksgroepen besproken en gelinkt aan eigen ervaringen, visies en meningen. Die 'workshops' werden begeleid door hulpverleners, actief in de sector en aangeleverd vanuit de meewerkende voorzieningen. De korte inhoud van de verschillende workshops werd via de moderators teruggekoppeld naar een reflectie in plenum waar een panel van experts inging op de reacties en stellingen uit de workshops. Hiermee werden vragen vanuit het publiek beantwoord.

Het avondluik, bedoeld voor de ouders en de leerkrachten, bestond uit een korte voordracht van drie deskundigen die, elk vanuit een eigen invalshoek, hun visie en mening gaven omtrent de thematiek. Na een pauze was ook hier een vragenronde vanuit het publiek voorzien.

Uiteraard dient een initiatief zoals deze themadag in al zijn facetten grondig geëvalueerd te worden, rekening houdende met het doel en de effecten maar ook met de inzet aan tijd en middelen... Los van deze evaluatie kan toch gesteld worden dat het hier in elk geval gaat om een lovenswaardig initiatief van het stadsbestuur dat een opvolging verdient.



**BEDENKINGEN BIJ EEN DAG
SUÏCIDEPREVENTIE BIJ JONGEREN
TE BRUGGE 19/04/2007**

*Dr. M. Franchoo
Psychiater
P.T.C. RUSTENBURG*

—Het woord ‘zelfdoding’ heeft, naar mijn gevoel iets dat meer bewust is, iets dat meer ‘gewild’ is dan het woord ‘suicide’ (‘suicide’ laat immers ook nog de samenstelling ‘suicidepoging’ toe), dat in de psychiatrische praktijk nog voor een eufemisme kan doorgaan. ‘Zelfdoding bij jongeren’ is als aanduiding een soort zwart spandoek boven de jeugd.

Reeds in de jaren 90 werd luid gemaakt dat zelfdoding bij jongeren (tussen 15 en 24), na verkeersongevallen, de tweede doodsoorzaak was. Bovendien zijn wij in België bijna goed om aan de top te staan in Europa. Niemand moet het immers in België of verder nog in Europa gaan zoeken, de ouder weet van zijn kind, de leerling van zijn medeleerling, de arts van zijn patiënt. Rondkijken zorgt er voor dat de nood nooit ver af is, maar vaak met het taboe is toegedekt.

Niet alleen het taboe van het zwijgen is bemerkbaar en wellicht omwille van schuld, schaamte en

woede nog invoelbaar, het taboe van ‘het niet weten’ is des te meer opvallend. Er blijkt, ‘op alle banken’, een grote verwondering te bestaan over de vraag, hoe het zo ver is kunnen komen met die jeugd ‘van ons’. Per jaar ‘beslissen’ zowat 150 jonge mensen (voor driekwart jongens) om met het leven te stoppen. Waarom kunnen kinderen ‘nu’ (vaak na een lange weg tot op het punt van het niet meer kunnen ‘denken’) geen vervolg aan hun leven, geen uitgang aan hun impasse meer verzinnen? Hoe komt het dat hun ‘denken’ ophoudt terwijl ‘iedereen’ om hen heen de meest voor de hand liggende scenario’s kan uitvinden om ermee door te gaan?

Laten we dan maar naar ons ‘zelf’ kijken, hoe wij ‘kwetsbare’ volwassen mensen zijn. En kijken we, tegelijk, achterom naar het nog meer kwetsbare kind dat wij ‘zelf’ geweest zijn. De onzekerheid en de twijfel, het niet meer weten van het groeien, van het puber en van het adolescent worden is bekend. En hoe tijdens het

vallen en opstaan wellicht niet altijd de hand kan gevonden worden om het gevallen kind rechtop te helpen (...).

Of kinderen die hand vinden ligt voor een groot deel aan de aangeboren capaciteit ('genen') om de goede en slechte (trauma) ervaringen, die op iemand afkomen, om te zetten in een 'veilig zelf'. Maar het ligt voor een deel dus ook aan de aanwezigheid van goede ervaringen ('environnement'), die een kind van de intimi (ouders, familie, leraars, vriendjes, e.a.) en van zijn bredere omgeving kan ondervinden. Zodanig dat negatieve belevingen binnen en buiten het zelf kunnen geneutraliseerd en getemperd worden om een veilige innerlijke wereld (het zelf) te installeren.

Zou het niet kunnen dat ouders niet meer voldoende zorgen, leraars niet meer voldoende leren, vriendjes niet meer voldoende vriendschap hebben? Zijn warmte en veiligheid niet verbannen naar de fuifzalen (zonder 'voldoende' fuifzalen schijnt het niet meer te kunnen), het misbruik van middelen (je mag roken maar niet kweken!) en virtuele werelden (waar je binnenkort ongetwijfeld ook residentieel op therapie kunt)?

Is het ondertussen niet voor iedereen verplicht om in die maatschappij van ons zowel materieel als emotioneel conform te zijn aan een

soort consumptie - oppervlakkigheid waarbij we allemaal gelijk zijn aan elkaar, maar dan wel op de onderste trede van de trap? De 'ouder' (al of niet wedersamengesteld) is zijn gezag al lang kwijtgespeeld en weet het ook niet meer. Vader en moeder varen voor eigen rekening, zijn vaak zelf hun verhaal, hun geschiedenis en hun roots verloren. De wereld wordt blijkbaar alleen nog maar gevisualiseerd en niet meer geïnternaliseerd.

Het kwetsbare kind, zelfs als het over een goed potentieel beschikt, krijgt de bruikbare en onbruikbare fragmenten van zijn jeugd, thuis en op school, te vaak, bruusk, onvoorbereid en zonder bescherming toegegooid. De vraag wordt nog nauwelijks gesteld of een kind moet 'zien' en meemaken waar het nog niet klaar voor is en dan wordt (seksuele) traumatisering niet eens in dit rijtje opgenomen.

De aandachtige en verantwoordelijke aanwezigheid (en dit in de letterlijke zin van 'zijn') van een moeder en een vader blijven een conditio sine qua non. En dus moet er ook voor de ouders en de leraars en de opvoeders en de jeugdleiders 'gezorgd' worden om in deze, zo aan desintegratie onderhevige maatschappij, die zijn geloof (ik bedoel ook het religieuze geloof) en cultuur nog niet zo lang geleden opgaf, te kunnen bestaan.

Het is voor de overheid, de pedagogische en medische verantwoordelijken een plicht niet alleen over deze maatschappij en haar werkelijkheid na te denken, maar ook heel concreet iets te doen. Het is dan ook een uitstekend initiatief geweest van de stad Brugge om een debat op het podium te zetten (letterlijk) en aan zelfdoding bij jongeren preventie te bieden. Of het die dag helemaal goed gelopen is durf ik niet beweren. Kan je kinderen (16 tot 18) spreken over ‘zelfdoding’ op een plaats die hun fuifzaal is en niet hun veilige biotoop? Kan je kinderen die leven in het ‘nu’, op een doordeweekse dag ‘verstillen’ en aansluiting laten vinden met hun binnenste in de sfeer van een schooluitstap?

Misschien moet het initiatief niet als een vreemde overjas (de stedelijke overheid) over het kind heen worden getrokken en moet uitgekeken worden of de warmere mantel van school en leerkrachten niet meer bescherming en veiligheid geven. Dan kan het ‘nu’ een verleden en een toekomst hebben en even vastgehouden worden.

Iedereen zou er wel bij varen.

