



Faculteit Psychologische en Pedagogische Wetenschappen  
Vakgroep Orthopedagogiek

# **Psychotherapie en mensen met een verstandelijke beperking:**

## **Perspectieven van professionals**

Masterproef ingediend tot het behalen van de graad van master in de Pedagogische Wetenschappen,  
afstudeerrichting Orthopedagogiek

**Hanne Spelters**  
Academiejahr 2011-201

## Voorwoord

Het thema dat behandeld wordt binnen deze masterproef, was een voorgesteld thema op een lijst van mogelijke masterproefonderwerpen vanuit de faculteit Psychologische en Pedagogische wetenschappen. Omdat ik veel interesse heb voor het onderwerp van mensen met een verstandelijke beperking en een psychische problematiek heb ik er voor gekozen om dit als thema voor mijn masterproef te nemen. Deze interesse is vooral gegroeid vanuit mijn ervaringen met personen met een verstandelijke beperking en dit zowel in mijn vrije tijd als in het werkveld. De (praktijk)ervaring met de doelgroep heeft mij ook geleerd dat psychische problemen veel voorkomen bij mensen met een verstandelijke beperking, maar dat het niet altijd even gemakkelijk is om erin terecht te kunnen. Dit ervaarde ik vooral wanneer een ouder van een lid van mij bij AKABE (een scoutsgroep voor kinderen en jongeren met een beperking) kwam vragen of de leiding misschien, vanuit onze opleiding, wisten waar zij terecht zou kunnen met haar dochter. Aangezien dit onderwerp niet veel behandeld werd tijdens de opleiding, kon ik hier geen antwoord op geven. Verder had ik er op dat moment niet bij stil gestaan. Maar op het moment dat ik het thema op die lijst van mogelijke masterproefen zag staan, was ik er van overtuigd dat ik er onderzoek naar wou doen. Ik beschouwde dit als de unieke kans om mij te verdiepen in het thema.

Prof Dr. Geert Van Hove hielp me op weg. Ik wil hem bedanken voor de informatie en 'goede moed'. Ik wil ook Lien Claes bedanken om me verder in de juiste richting te sturen. Ze bracht me tevens in contact met een aantal van de professionelen en gaf me tips tot literatuur. Bedankt Lien, dat je steeds klaar stond om een deel van mijn masterproef te lezen en bedankt voor steeds weer de nuttige feedback.

Mijn dank gaat uit naar Erik De Belie, Gudrun Geyhsen, Magda Hamerijck, Hilde Schotte, An Bauwens, Elke Van Linthout, Els Travers, Filip Morisse, Johan De Groef, Ariane Delaere, Leen Blontrock, Gerd Claes en Gerd de Belder voor de tijd die jullie genomen hebben voor het interview en bedankt voor nuttige tips over andere correspondenten en literatuur.

Ik wil mijn ouders bedanken, omdat ze me de kans hebben gegeven precies te studeren wat en waar ik wou. Bovendien weet ik in hen een veilig baken te vinden waarnaar ik altijd kan terugkeren.

Bedankt ook aan mijn zus die de moeite nam om mijn thesis na te lezen en haar journalistieke feestof er over te laten uit waaien. Bedankt nog aan de andere mensen die de moeite namen om delen van mijn thesis na te lezen, jullie tips en feedback hebben me een heel stuk vooruit geholpen (Brett, mama, Laurette, ...).

Dank aan al mijn vrienden, vriendinnen en collega's die er steeds waren om mij te steunen, begrip toonden voor mijn frustraties, zorgden voor leuke oppeppertjes, ontspanningen en aanmoedigende woorden. Vooral dank aan Brett, jij stond er werkelijk altijd, zelfs wanneer je zelf tot boven je oren in het werk zat.

Ten slotte gaat mijn dank uit naar Pieter. Bedankt voor de onvoorwaardelijke steun en luisterend oor, ook al bleef ik maar door praten over een onderwerp dat niet het jouwe was. Bedankt ook dat je er was als ik de moed weer eens dreigde te verliezen. Ook bedankt om steeds weer te zorgen dat problemen met de computer of lay-out opgelost waren.

Waarschijnlijk ben ik nog mensen vergeten die mijn dank waardig zijn, Dank u wel!

# **Psychotherapie en mensen met een verstandelijke beperking:**

## **Perspectieven van professionals**

Masterproef ingediend tot het behalen van de graad van master  
in de Pedagogische Wetenschappen, afstudeerrichting Orthopedagogiek

Hanne Spelters

Academiejaar 2011-2012

Promotor: Prof. Dr. G. VAN HOVE

### **Abstract**

Mensen met een verstandelijke beperking kunnen net zoals mensen zonder verstandelijke beperking psychische problemen hebben, straffer nog, het risico op psychische problemen bij mensen met een verstandelijke beperking ligt ongeveer drie keer hoger dan bij mensen zonder verstandelijke beperking. Desondanks zijn er maar weinig mensen met een verstandelijke beperking die toegang hebben tot de psychotherapie, ondanks hun recht op geestelijke gezondheidszorg en de geratificeerde VN-conventie voor personen met een handicap.

Deze masterproef gaat op zoek naar de verschillende barrières die de drempel tot de geestelijke gezondheidszorg voor mensen met een verstandelijke beperking verhogen. Ook zal er aandacht gegeven worden aan – wat vanuit zowel wetenschappelijk onderzoek als vanuit professionals - manieren blijken waarop een therapieessie georganiseerd kan worden zodat die knelpunten en barrières tot een minimum gereduceerd kunnen worden. Via interviews met therapeuten die therapeutisch werken met mensen met een verstandelijke beperking, wordt nagegaan welke noden ervaren worden op vlak van samenwerking tussen de VAPH-sector en sector Geestelijke Gezondheidszorg. Ten slotte zal er nagegaan worden welke noden er nog zijn op beleidsvlak.

### **Trefwoorden**

Verstandelijke beperking, psychische problemen, VAPH-sector, Geestelijke Gezondheidszorg

# Inhoudsopgave

<b>LIJST VAN AFKORTINGEN</b> .....	<b>IV</b>
<b>INLEIDING</b> .....	<b>1</b>
<b>1 PROBLEEMSTELLING</b> .....	<b>1</b>
<b>2 ONDERZOEKSVRAGEN</b> .....	<b>2</b>
<b>3 STRUCTUUR</b> .....	<b>2</b>
<b>LITERATUURSTUDIE</b> .....	<b>5</b>
<b>1 POPULATIE</b> .....	<b>5</b>
1.1 TERMINOLOGIE .....	5
1.1.1 Verstandelijke beperking.....	6
1.1.2 Psychische problemen: een studie van psychische, psychiatrische en gedragsstoornissen	7
1.2 PREVALENTIE .....	9
<b>2 WETGEVEND KADER M.B.T GGZ EN BELEIDSKEUZES</b> .....	<b>10</b>
2.1 VERDRAG INZAKE DE RECHTEN VAN PERSONEN MET EEN HANDICAP.....	10
2.2 VN-CONVENTIE: RECHT OP GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG .....	11
2.3 NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN.....	12
<b>3 PSYCHOTHERAPIE</b> .....	<b>13</b>
3.1 DEFINITIE .....	13
3.2 PSYCHOTHERAPIE BIJ MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING .....	14
3.3 KNELPUNTEN/BARRIÈRES.....	14
3.3.1 Vanuit therapeuten.....	15
3.3.2 Vanuit de persoon met een dubbele diagnose .....	15
3.3.2.1 De verwijzing.....	15
3.3.2.2 Therapiedoel .....	16
3.3.2.3 Afhankelijkheid .....	16
3.3.2.4 Communicatie .....	16
3.3.2.5 Bereikbaarheid.....	17
3.3.3 Knelpunten in het huidige zorgaanbod: problemen in het zorgsysteem.....	17
3.4 MOGELIJKHEDEN EN NODEN: AANPASSEN VAN BEHANDELING .....	18
3.4.1 Communicatie.....	19
3.4.2 Een therapeutische werkrelatie.....	19
3.4.3 Vertrouwelijkheid.....	20
3.4.4 Context.....	20
3.4.5 Motivatie van cliënt en van ouders/begeleiding.....	21
3.4.6 Flexibiliteit.....	21
3.5 NATIONALE RAAD VAN ZIEKENHUISVOORZIENINGEN: VOORSTELLEN VAN OPLOSSINGEN NAAR AANBOD TOE. ....	21
<b>4 HUIDIG AANBOD</b> .....	<b>22</b>
4.1 CONSULENTENWERKING .....	23
4.2 DIENSTEN OUTREACH.....	24
4.3 GEMEENSCHAPPELIJK AANKNOPINGSPUNT (GAP).....	24
4.4 INTERNATIONAAL .....	24
<b>5 REFERENTIEKADER</b> .....	<b>25</b>

<b>METHODOLOGIE VAN HET ONDERZOEK.....</b>	<b>27</b>
<b>1 STRUCTUUR.....</b>	<b>27</b>
<b>2 DE GEÏNTERVIEWDEN OP EEN RIJTJE.....</b>	<b>29</b>
2.1.1 Erik De Belie .....	29
2.1.2 Gudrun Gheysen.....	29
2.1.3 Magda Hamerijck.....	29
2.1.4 Hilde Schotte.....	30
2.1.5 Johan De Groef .....	30
2.1.6 Filip Morisse .....	30
2.1.7 Elke Van Linthout .....	30
2.1.8 An Bauwens .....	31
2.1.9 Els Travers.....	31
2.1.10 Ariane Delaere.....	31
2.1.11 Leen Blontrock .....	31
2.1.12 Gerd De Belder .....	32
2.1.13 Gerd Claes.....	32
<b>RESULTATEN.....</b>	<b>33</b>
<b>1 PERSPECTIEVEN VAN PROFESSIONELEN .....</b>	<b>33</b>
1.1 HET WERKEN MET DE DOELGROEP VAN MENSEN MET EEN DUBBELE DIAGNOSE .....	34
1.2 BARRIÈRES TOT TOEGANG IN DE GGZ VOOR MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING .....	36
1.2.1 Barrières vanuit (doorsnee) therapeuten.....	37
1.2.1.1 Visie .....	37
1.2.1.2 Gevoel .....	38
1.2.1.3 Opleidingen .....	45
1.2.1.4 Verwachtingen.....	40
1.2.1.5 Context.....	40
1.2.2 Barrières vanuit een persoon met een verstandelijke beperking.....	41
1.2.2.1 Afhankelijkheid.....	41
1.2.2.2 De verwijzing.....	41
1.2.2.3 Generaliseren en transfer.....	42
1.2.2.4 De sociale glimlach en het sociale antwoord.....	42
1.2.2.5 Zicht op therapie(doel).....	43
1.2.2.6 Het afbouwen van therapie.....	43
1.2.2.7 Beperkt inzicht.....	44
1.2.2.8 De communicatie.....	45
1.2.3 Structurele barrières.....	45
1.2.3.1 Organisatie van ons zorgsysteem.....	47
1.2.3.2 Wachtlijsten.....	48
1.2.3.3 Het kostenplaatje .....	49
1.3 BELANGRIJKE EN MOGELIJKE AANPASSINGEN OP VLAK VAN THERAPEUTISCHE METHODIEK/RELATIE.....	50
1.3.1 Het belang van de context.....	51
1.3.2 Doelstelling van therapie.....	53
1.3.3 Methodieken.....	55
1.4 MOGELIJKHEDEN OP ORGANISATORISCH VLAK: TUSSEN VAPH EN GGZ .....	57

<b><u>DISCUSSIE</u></b> .....	<b>63</b>
<b>1 ONDERZOEKSVRAAG 1</b> .....	<b>63</b>
1.1 MICRONIVEAU .....	64
1.1.1 Beperkte kennis over de doelgroep.....	64
1.1.2 De context(afhankelijkheid).....	64
1.1.3 Communicatie.....	65
1.2 MESONIVEAU .....	65
1.3 MACRONIVEAU .....	66
<b>2 ONDERZOEKSVRAAG 2</b> .....	<b>66</b>
2.1 <i>MICRONIVEAU</i> .....	67
2.1.1 Context.....	67
2.1.2 Doelstellingen/verwachtingen.....	68
2.1.3 De werkvorm .....	69
2.1.3.1 Aanmelding.....	69
2.1.3.2 De methodiek.....	69
2.2 MESONIVEAU .....	70
2.3 MACRONIVEAU.....	70
<b>3 KRACHTEN EN UITDAGINGEN VAN HET ONDERZOEK</b> .....	<b>71</b>
<b>4 IMPLICATIES VAN HET ONDERZOEK</b> .....	<b>72</b>
4.1 IMPLICATIES VOOR TOEKOMSTIG ONDERZOEK .....	72
4.2 DE ROL VAN ORTHOPEDAGOGIEK.....	73
<b><u>CONCLUSIE</u></b> .....	<b>73</b>
<b><u>BIBLIOGRAFIE</u></b> .....	<b>75</b>
<b><u>BIJLAGE</u></b> .....	<b>82</b>
<b>1 BIJLAGE A: KWALITATIEF INTERVIEW</b> .....	<b>83</b>

## Lijst van afkortingen

<b>AKABE</b>	Anders Kan Best (scouts voor kinderen en jongeren met een beperking)
<b>CGG</b>	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg
<b>FOD</b>	Federale overheidsdienst
<b>GAP</b>	Gemeenschappelijk aanknopingspunt
<b>GES</b>	Gedrags- en emotionele stoornissen
<b>GGZ</b>	Geestelijke gezondheidszorg
<b>GHZ</b>	Gehandicaptenzorg
<b>PC</b>	Psychiatrisch centrum
<b>SEN Vzw</b>	VZW Steunpunt Expertise Netwerken
<b>VAPH-Sector</b>	Sector Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap



# HOOFDSTUK 1

## Inleiding

In de inleiding gaat de aandacht uit naar de probleemstelling van waaruit ik ben vertrokken om de literatuurstudie en het onderzoek te starten. Daarnaast worden hier ook de verschillende onderzoeksvragen die aan deze probleemstelling vasthangen, opgesomd.

### 1 Probleemstelling

Mensen met een lager IQ (een IQ lager dan 70) hadden vroeger weinig tot geen toegang tot de geestelijke gezondheidszorg (Willner, 2005). Op dit moment is er een evolutie zichtbaar, maar de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) blijft een hoge drempel hebben. Redenen hiervoor kunnen zijn dat in het verleden veel professionelen ervan uit gingen dat personen met een verstandelijke beperking immuun waren voor emotionele problemen, voor stress en voor psychiatrische stoornissen (Royal College of psychiatrists, 2003; Hatton, 2002). Ook was er de ontkenning dat mensen met een verstandelijke beperking gevoelens hebben en aldus een psychische problematiek zouden kunnen ontwikkelen. Pas vanaf midden 19<sup>de</sup> eeuw wordt de combinatie ‘een verstandelijke beperking en psychische gezondheidsproblemen’ erkend (Došen et al., 2001; Willner, 2005; Moss et al., 2000). Men erkent nu dat beide samen kunnen voorkomen en meer zelfs dat bij véél mensen met een verstandelijke beperking psychische problemen voorkomen (Došen et al., 2001). Vanaf dat moment beseft men ook dat mensen met een verstandelijke beperking bepaalde zorgen nodig hebben wat hun geestelijke gezondheid betreft. Deze erkenning samen met de erkenning dat personen met een verstandelijke beperking een psychisch leven hebben, is een grote vooruitgang binnen de sector geestelijke gezondheidszorg en de VAPH sector. Doordat mensen met een verstandelijke beperking ook een psychisch leven hebben en dus psychische problemen kunnen hebben, hebben zij nood aan en recht op toegang tot de psychotherapie. Maar deze toegang is nog al te vaak belemmerd. Daarom dienen drempels van bestaande voorzieningen verlaagd te worden om zo kwaliteit en inclusie te verzekeren (Royal College of psychiatrists, 2003). Er is dus een duidelijke evolutie merkbaar in de manier waarop mensen denken over de psychische gezondheid bij mensen met een verstandelijke beperking. Maar toch blijven ze nog te vaak door de mazen van het net vallen (Hudson & Chan, 2002).

Psychische problemen bij mensen met een verstandelijke beperking zijn een *hot issue* geworden. Zo vinden er op beleidsvlak allerlei initiatieven plaats, bijvoorbeeld interministeriële conferenties en outreachprojecten (PC Dr. Guislain), ... Ook in de praktijk is er heel wat gaande rond deze doelgroep, bijvoorbeeld SEN-SEO (Declercq, 2012) en Kom Binnen (Baudewijns, 2008),... Opvallend nu is de

grotere prevalentie van psychische problemen bij personen met een verstandelijke beperking (Maes, & Swillen, 2010; Došen, 2005; Peters, 2002; Jooren, 2008; Hatton, 2002; Bouras & Holt, 2004; White et al., 2005; Scior & Grierson, 2004; Driessen et al., 1996; Gustafsson, 1997). Ondanks die grote prevalentie zijn er ook nog steeds veel barrières in de GGZ voor mensen met een verstandelijke beperking, waardoor de toegang tot ondersteuning in en van de GGZ nog steeds heel beperkt is. Dit ondanks het recht op geestelijke gezondheidszorg (Verenigde Naties, 2006; Van Hove, 2009) en ondanks de VN-conventie voor personen met een handicap (United Nations, 2012; GRIP vzw, 2011; Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, 2007) die in 2009 door België werd goedgekeurd. De conventie wil ervoor zorgen dat er zo goed mogelijk voldaan wordt aan de kwaliteit van leven van mensen met een verstandelijke beperking. Zij preciseren daarvoor een aantal rechten, waaronder het recht op toegang voor mensen met een verstandelijke beperking tot de geestelijke gezondheidszorg. Ik wil met deze masterproef dieper ingaan op de vraag waarom het zo moeilijk is om als persoon met een verstandelijke beperking ondersteuning te krijgen op psychisch vlak, ondanks dat recht op GGZ en de VN-conventie. Dit ga ik onderzoeken aan de hand van een interpretatief, exploratief onderzoek via kwalitatieve interviews met professionals die werken met mensen met een verstandelijke beperking.

## **2 Onderzoeksvragen**

Om mijn onderzoek te starten, heb ik een aantal onderzoeksvragen opgesteld. Centraal in het onderzoek staat enerzijds de vraag naar de verschillende barrières/knelpunten die ervaren worden in psychotherapie bij mensen met een verstandelijke beperking en anderzijds de vraag ‘Wat doen therapeuten die specifiek met mensen met een verstandelijke beperking en psychische problematiek werken, zo anders dan de doorsnee therapeuten?’ een centrale plaats binnen mijn onderzoek.

Onderliggende vragen in mijn onderzoek zijn: ‘Wat zijn de specifieke barrières die zorgen voor een uitsluiting tot de psychotherapie? Hoe kan je als therapeut daar het beste op inspelen, m.a.w. hoe kan men het beste omgaan met personen met een verstandelijke beperking binnen de psychotherapie? Hoe kunnen we de kloof tussen de GGZ en de GHZ verkleinen om zo de verschillende sectoren op elkaar af te stemmen?’

## **3 Structuur**

In wat volgt wordt kort de structuur van deze masterproef weergegeven. Deze structuur volgt de weg van mijn onderzoek. Achtereenvolgens is er een literatuurstudie, worden de wijze van onderzoek en de resultaten voorgesteld en afgesloten wordt met de discussie en conclusie.

In hoofdstuk twee wordt de literatuur die voor handen is, weergegeven. Omdat de populatie van mensen met een verstandelijke beperking en bijkomende psychische problemen een heel ruime en moeilijk af te bakenen groep is, wil ik eerst een algemene term beschrijven die verder in deze masterproef gebruikt zal worden om de doelgroep aan te duiden. Ook worden de verschillende termen die in de benaming zitten, uitgediept. Er wordt namelijk beschreven wat er onder ‘verstandelijke beperking’ en ‘psychische, psychiatrische en gedragsstoornissen’ verstaan wordt. Vervolgens geef ik de prevalentie van deze bijkomende psychische problemen bij mensen met een verstandelijke beperking weer, om zo een duidelijk beeld te schetsen van de problematiek die aan deze masterproef ten grondslag ligt.

Het tweede deel van dit hoofdstuk handelt over het wetgevend kader m.b.t. de geestelijke gezondheidszorg. In de probleemstelling werd er gesproken over het feit dat toegang tot de geestelijke gezondheidszorg voor mensen met een verstandelijke beperking nog beperkt is, ondanks de VN-conventie (United Nations, 2012) en het recht van personen met een handicap op geestelijke gezondheidszorg (Verenigde Naties, 2006). Beide aspecten worden in dit deel belicht. Ten slotte wordt er in dit deel gesproken over de Nationale Raad van Ziekenhuisvoorzieningen. Op 13 november 2003 is er vanuit deze Raad een advies geformuleerd betreffende geestelijke gezondheidszorg aan mensen met een beperking. Hoewel dit advies vooral handelt vanuit de residentiële GGZ-sector, achtte ik het toch belangrijk om hier aan te halen.

Psychotherapie vormt het derde deel van dit hoofdstuk. In dit deel wordt eerst het begrip psychotherapie toegelicht. Verder wordt het thema ‘psychotherapie bij mensen met een verstandelijke beperking’ meer belicht met een kijk op de knelpunten en barrières die de oorzaak zijn van de beperkte toegang tot de psychotherapie voor mensen met een verstandelijke beperking en een psychische problematiek. Ook zal er aandacht gegeven worden aan wat - vanuit wetenschappelijk onderzoek - manieren blijken waarop een therapiesessie georganiseerd kan worden zodat die knelpunten en barrières tot een minimum gereduceerd kunnen worden.

Als vierde punt wordt het huidige aanbod besproken. Eerst en vooral zijn er een aantal gespecialiseerde voorzieningen in de ‘gehandicaptensector’ die zeer veel moeite doen voor de ondersteuning van het psychische welzijn van hun cliënten en er soms zelfs specifieke behandelingsafdelingen voor uitbouwen. In Vlaanderen wordt er bovendien in verschillende provincies sinds een aantal jaar gewerkt met specifieke netwerken van deskundigen om tegemoet te komen aan de intensieve ondersteuningsnood van mensen met psychische problemen. Deze netwerken resulteerden enerzijds in de uitbouw van gespecialiseerde afdelingen binnen residentiële psychiatrische ziekenhuizen. Anderzijds ontstonden in West- en Oost-Vlaanderen ook teams in een samenwerking tussen de Geestelijke Gezondheidszorg en de sector van het Vlaams Agentschap die specifiek met mensen met een verstandelijke beperking werken (Van de Ven, Durnez, & Van Doorden, 2011). Verder in dit deel wil ik een aantal van deze verschillende instanties kort toelichten.

Namelijk de consulentenwerking, de diensten outreach en het gemeenschappelijk aanknopingspunt (GAP). Op deze manier wil ik een duidelijker beeld creëren rond de bestaande bronnen waar men op kan terug vallen, naast de andere bestaande ambulante behandelingen, poliklinieken en residentiële behandelingen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Als laatste bespreek ik nog het aanbod vanuit internationaal oogpunt.

Ten slotte bespreek ik in dit hoofdstuk nog mijn referentiekader.

Hoofdstuk drie, het onderzoek, begint met de methodologie. Hierin wordt de wijze van mijn onderzoek beschreven. Vervolgens worden de resultaten besproken. Eerst zullen de geïnterviewden terug op een rijtje gezet worden om hun inbreng te kunnen kaderen vanuit hun persoonlijke achtergrond.

In hoofdstuk vier, heb ik getracht om de belangrijkste aspecten vanuit de interviews in vier hoofdthema's te gieten. Door gebruik te maken van citaten van de geïnterviewden wordt de essentie per thema naar boven gehaald.

Hoofdstuk vijf, ten slotte, betreft de discussie en conclusie van het onderzoek. Er wordt weergegeven op welke manier er antwoord is gegeven op de onderzoeksvragen. Als laatste wordt er nog een algemene conclusie gegeven.

## HOOFDSTUK 2

# Literatuurstudie

## 1 Populatie

De populatie van personen met een verstandelijke beperking en bijkomende psychische problemen is een heel ruime groep, die moeilijk af te bakenen is. In wat volgt wil ik eerst een algemene term beschrijven die ik verder in deze masterproef zal gebruiken om de doelgroep van mijn onderzoek aan te duiden. Vervolgens beschrijf ik eerst wat in deze masterproef onder ‘verstandelijke beperking’ wordt verstaan. Daarna belicht ik kort de verschillende termen die gebruikt worden om de bijkomende problemen te benoemen, nl. psychische, psychiatrische en gedragsstoornissen. Als laatste wordt de prevalentie van deze bijkomende psychische problemen bij mensen met een verstandelijke beperking weergegeven, om zo een duidelijk beeld te schetsen van de problematiek die aan deze masterproef ten grondslag ligt.

### 1.1 TERMINOLOGIE

Doordat er geen eenduidige definitie kan gegeven worden voor mensen met een verstandelijke beperking en een psychische problematiek, stoten we op verschillende benamingen.

Het ‘Kom Binnen Project’ spreekt over personen met een ‘complexe problematiek’. Met deze term verwijst men naar de zorgbehoeften vanwege geestelijke gezondheidsproblemen en een verstandelijke handicap (Vandeweerd et al., 2007). Heijkoop (2003) opteert voor de term ‘vastgelopen mensen’, waarmee hij verwijst naar de situatie waarin mensen met een beperking samen met hun omgeving beland zijn. Het betreft mensen met een verstandelijke beperking en de mensen rondom hen die zijn vastgeraakt in hun eigen gedrag en reacties. In de tekst ‘diagnostiek van gedragsproblemen en psychische stoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking’ spreekt men over een ‘dubbele diagnose’, waarmee bedoeld wordt dat mensen met een ‘dubbele diagnose’ zowel een verstandelijke beperking als een psychische problematiek hebben (Maes, & Swillen, 2010). Berry (1999) spreekt in zijn paragraaf in het boek van De Groef en Heinemann (1999) bijvoorbeeld ook over “*{...} those who have identified the dually diagnosed as a special target group {...}*” (Berry in De Groef & Heinemann, 1999, pag. 53). Deze term keert regelmatig terug in de literatuur (White et al., 2005; Morgan et al., 2008; Hudson & Chan, 2002). Zelf geef ik ook een voorkeur aan deze term omdat het ‘dubbele’, ergens ook aangeeft dat er een ‘dubbele’ verantwoordelijkheid nodig is. Er is een verantwoordelijkheid nodig binnen de VAPH-sector, want enerzijds is er een verstandelijke beperking en anderzijds is er een psychische problematiek, wat zorg vraagt van de geestelijke gezondheidszorg. Verder in deze masterproef zal dit principe van, ‘gezamenlijke/gedeelde/dubbele

verantwoordelijkheid' nog terugkomen en nader beargumenteerd worden. Deze term wordt echter ook wel eens gebruikt om de doelgroep van mensen met een verstandelijke beperking en een drugsafhankelijkheid aan te duiden. Maar verder in mijn masterproef spreek ik over de term 'personen met een dubbele diagnose' om de doelgroep van personen met een verstandelijke beperking en psychische problemen aan te duiden. Afwisselend gebruik ik ook nog de term 'mensen met een verstandelijke beperking en psychische problemen'. In wat volgt zullen de verschillende begrippen, nl. verstandelijke beperking en psychische problemen verder toegelicht worden.

### 1.1.1 Verstandelijke beperking

Om het begrip 'verstandelijke beperking' uit te leggen maakt men in de hulpverlening meestal gebruik van de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD):

*“Een verstandelijke handicap verwijst naar functioneringsproblemen die worden gekenmerkt door significante beperkingen in zowel het intellectuele functioneren als in het adaptieve gedrag zoals tot uitdrukking komt in sociale en praktische vaardigheden. De functioneringsproblemen ontstaan voor de leeftijd van 18 jaar.” (AAIDD, 2012).*

In deze definitie zijn drie criteria noodzakelijk aanwezig:

- Significante beperkingen in het intellectueel functioneren: deze beperkingen worden uitgesproken in een IQ-score. Als het IQ van een persoon lager is dan 70 kan je spreken van een verstandelijke beperking (Vandeweerd et al., 2007)
  - o Licht verstandelijke beperking: IQ 50-70
  - o Matig verstandelijke beperking: IQ 35-50
  - o Ernstig verstandelijke beperking: IQ 20-35
  - o Diep verstandelijke beperking: IQ lager dan 20.
- Significante beperkingen in het adaptief gedrag: dit gaat over de mogelijkheden en de efficiëntie waarmee iemand er in slaagt aan de verwachtingen van zijn omgeving te voldoen. Dit staat ook in nauw verband met de leeftijdsperiode en de context waarin iemand zich bevindt. Het betekent een beperking in zelfzorg, sociaal en maatschappelijk aanpassingsgedrag (Vandeweerd et al., 2007).
- Manifesteren in de ontwikkelingsperiode: de beperkingen moeten duidelijk tot uiting komen voor de leeftijd van achttien jaar. Bij een mentale beperking gaat het over beperkingen in het huidige functioneren binnen de maatschappelijke context, typisch voor de leeftijdsgenoten en de cultuur van de persoon (Vandeweerd et al., 2007).

Došen (1990) stelt dat de persoonlijkheid van een persoon met een verstandelijke beperking voor een deel bepaald wordt door zijn cognitieve niveau, maar daarnaast zijn er ook andere belangrijke aspecten, zoals de sociale en emotionele ontwikkeling, die elk een rol spelen in de

persoonlijkheidsvorming. Er werd ontdekt dat stagnatie hiervan in een bepaalde ontwikkelingsfase met bepaalde symptomen gepaard gaat (Došen, 1990).

### 1.1.2 *Psychische problemen: een studie van psychische, psychiatrische en gedragsstoornissen*

Er zijn veel verschillende visies rond deze begrippen. Het is dan ook niet zinvol deze drie van elkaar los te koppelen. Psychiatrische en/of gedragsstoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking kunnen gesitueerd worden binnen een continuüm met aan de ene kant de psychiatrische stoornis en aan de andere kant de gedragsproblemen, met daartussen een samenspel van symptomatologieën (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2003).

Ook bestaat er geen consensus over de vraag welke probleemdomeneinen al dan niet het gevolg zijn van de verstandelijke beperking (Maes, & Swillen, 2010). Binnen de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) wordt het DSM-IV classificatiesysteem als richtsnoer gebruikt op vlak van beeldvorming en indicatiestelling. Op deze manier werkt men vanuit een ‘breedspectrumstelsel’, wat de therapeut in staat stelt bij een cliënt zowel gedrags- als belevingsaspecten te beschrijven (Vandeweerdt et al., 2007). Personen met een verstandelijke beperking hebben een grotere kwetsbaarheid voor psychische problemen. Dit heeft een grote impact op de kwaliteit van leven voor zowel de persoon met een verstandelijke beperking als voor de mensen rondom hem/haar (Bouras, 2008; Gratsa et al., 2007).

Het is voor de therapeut daarbij wel van belang de impact van het gemelde probleem op de kwaliteit van leven van de cliënt of diens omgeving in te schatten (Vandeweerdt et al., 2007).

Er wordt toch even stil gestaan bij het verschil tussen psychische stoornissen en gedragsproblemen vanuit een aantal definities. Psychische stoornissen zijn stoornissen van voelen, denken en handelen die leiden tot een verstoorde realiteit van zichzelf. Gedragsproblemen zijn dan ook vaak symptoom van onderliggende psychische stoornissen (Morisse, 2011).

Uit een artikel in het tijdschrift voor orthopedagogiek, kinderpsychiatrie en klinische kinderpsychologie geschreven door Maes en Swillen (2010) kunnen we volgende definities halen:

- Gedragsproblemen

*“In de Diagnostic Criteria for Psychiatric disorders for use with adults with Learning Disorder wordt volgende definitie van gedragsproblemen voorgesteld: “de frequentie, intensiteit of chroniciteit van het probleemgedrag is dusdanig ernstig dat het klinisch assessment en speciale ondersteuning vraagt. Het probleemgedrag mag geen direct gevolg zijn van een ziekte, medicatie of drugs; het heeft een impact op de kwaliteit van leven van de persoon; het zorgt voor significante risico’s voor de gezondheid en de veiligheid van de persoon zelf of anderen en het is persistent en pervasief”*(Maes, & Swillen, 2010, p.5).

- Psychische stoornissen

*“Een psychische stoornis verwijst naar ‘stoornissen van emoties, gedrag, relaties of denken’. Deze stoornissen zijn inconsistent met het intellectuele niveau van de persoon en van de zodanige aard, duur of ernst dat een voortdurend lijden of handicap van de persoon veroorzaken.”* (Maes, & Swillen, 2010, p.6)

Došen (2005) stelt dat in de dagelijkse praktijk de term gedragsstoornissen meestal gehanteerd wordt als het gaat om voor de omgeving storende elementen. Het gedrag is niet aangepast aan de omgeving of situatie, hierdoor is er de kans dat er een verstoorde interactie tussen de beide partijen ontstaat (Došen, 2005). De uitspraak ‘gedragsgestoord’ is dus in zekere mate afhankelijk van de tolerantie van de omgeving en van het inzicht in de oorzaak voor een bepaald gedragsprobleem (Došen, 1990).

Er groeit doorgaans een besef dat er achter de gedragsproblemen die bij mensen met een beperking voorkomen, vaak een dieperliggende intrapsychische problematiek schuilt. Als de omgeving gedrag als vreemd of storend ervaart, hoeft dat niet altijd als een gedragsprobleem gekwalificeerd te worden. Soms moet men het gedrag in een andere context kunnen zien en plaatsen. Hierdoor zal het gedrag beter te begrijpen zijn en op een juiste manier in de aanpak van de hulpverlening betrokken kunnen worden (Maes, & Swillen, 2010). Verder in deze masterproef zal het belang van de context meer belicht worden.

De resultaten van onderzoeken naar het verband tussen gedragsproblemen en psychische stoornissen zijn controversieel (Maes, & Swillen, 2010). Gedragsproblemen en psychische stoornissen kunnen los van elkaar voorkomen. Mensen met een verstandelijke beperking bijvoorbeeld kunnen gedragsproblemen stellen zonder dat er sprake is van enige vorm van een psychische problematiek, en dat geldt ook omgekeerd. Ondanks de controversiële resultaten blijkt uit onderzoek dat er toch een significante samenhang bestaat tussen gedragsproblemen enerzijds en psychische stoornissen anderzijds. Er zijn verschillende hypothesen mogelijk als verklaring van het eventuele verband tussen gedragsproblemen en psychische stoornissen. Deze zijn o.a. dat gedragsproblemen een atypische presentatie kunnen zijn van symptomen van een onderliggende psychische stoornis. De psychische stoornis kan een verklarende factor zijn in het ontstaan van gedragsproblemen of zoals Došen et al. (2007) aangeven, kunnen gedragsproblemen leiden tot extreme sociale isolatie, misbruik, excessief medicatie gebruik of fysieke beperkingen (Maes, & Swillen, 2010).

Men kan psychologische gevolgen toeschrijven aan een ontwikkelingsstoornis. De ontwikkeling kan verder worden ondermijnd door de zintuigelijke en psychische stoornissen die gepaard kunnen gaan met de verstandelijke handicap. Deze kunnen beide een directe en indirecte invloed hebben op de communicatie en de kwaliteit van het fysieke contact met de zorgdrager. Hechting is een fragiel gegeven in deze context (Royal College of psychiatrists, 2004; Kilbane & Jahoda, 2011).



## 1.2 PREVALENTIE

Uit verschillende onderzoeken kunnen we lezen dat emotionele, psychische en psychiatrische problemen meer voorkomen bij personen met een verstandelijke beperking dan bij de gewone populatie (Maes, & Swillen, 2010; Došen, 2005; Peters, 2002; Jooren, 2008; Hatton, 2002; Bouras & Holt, 2004; White et al., 2005; Scior & Grierson, 2004; Driessen et al., 1996; Gustafsson, 1997). Mensen met een verstandelijke beperking ervaren gelijkaardige stoornissen als de algemene populatie, maar er is een grotere kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van gedrags- en psychische problemen dan de algemene bevolking (Kilbane, & Jahoda, 2011; White et al., 2005, Hudson, & Chan, 2002; Clark, 2007).

De WHO rapporteert dat de prevalentie van personen met een verstandelijke beperking en een psychiatrische problematiek geschat wordt op ongeveer 3%. De grootste groep daarvan (+/- 80%) heeft een licht verstandelijke beperking. Het is duidelijk dat het risico op bijkomende problematieken hoger is naargelang de verstandelijke beperking ernstiger is (Vandeweerdt et al., 2007). In het boek 'Kom binnen. Therapeutische ontmoetingen met mensen met een verstandelijke handicap.' geven Vandeweerdt et al. (2007) een uitgebreidere lijst van prevalentie van psychische problemen bij specifieke problematieken.

Došen (2005) stelt uiteindelijk dat de frequentie van het voorkomen van psychische stoornissen en gedragsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking kan geschat worden op 30% tot 50% van de gevallen. Vergeleken met het doorsnee percentage van voorkomen van psychiatrische stoornissen bij de gewone populatie, valt op dat mensen met een verstandelijke beperking drie tot vijf keer meer risico lopen om aan een psychiatrische stoornis of gedragsprobleem te lijden (Došen, 2005).

Het is moeilijk een duidelijk en eenduidig cijfer te plaatsen op de prevalentie, veel onderzoeken spreken elkaar ook tegen. Dit is afhankelijk van de diagnostische criteria, de heterogeniteit in de doelgroep, het type van stoornis, de aard van het onderzoek, het type van verzamelde data en het niveau van beperking, de leeftijd en gender van de onderzochte populatie (Došen et al., 2001; Hatton, 2002).

Buiten deze verklaringen bestaan er nog tal van andere verklaringen waarom het zo moeilijk blijkt om eenduidige gegevens over de prevalentie te verkrijgen. Een andere verklaring kan zijn dat psychische problemen bij mensen met een verstandelijke beperking vooral via opvallend gedrag geuit worden.

Bijvoorbeeld door agressie, zelfverwonding, eetstoornissen, antisociaal gedrag, etc.. Door dit opvallend probleemgedrag bestaat er de kans dat psychische problemen moeilijk of niet onderkend worden (Van de Ven et al., 2011).

## 2 Wetgevend kader m.b.t GGZ en beleidskeuzes

In dit deel wordt aangehaald wat het wetgevende kader omvat omtrent personen met een verstandelijke handicap (en psychische problemen). In de probleemstelling werd er gesproken over het feit dat toegang tot de geestelijke gezondheidszorg voor mensen met een dubbele diagnose nog beperkt is, ondanks de VN-conventie (United Nations, 2012) en het recht van personen met een handicap op geestelijke gezondheidszorg (Verenigde Naties, 2006). Beide aspecten worden in dit deel belicht. Als laatste van dit deel wordt er gesproken over de Nationale Raad van Ziekenhuisvoorzieningen. Op 13 november 2003 is er vanuit deze raad een advies geformuleerd inzake geestelijke gezondheidszorg aan personen met een handicap. Hoewel dit advies vooral handelt vanuit de residentiële GGZ-sector, achtte ik het toch belangrijk om hier aan te halen.

### 2.1 VERDRAG INZAKE DE RECHTEN VAN PERSONEN MET EEN HANDICAP

In artikel 25 van dit verdrag is te lezen dat personen met een handicap zonder discriminatie op grond van hun handicap recht hebben op het genot van het hoogst haalbare niveau van gezondheid (Verenigde Naties, 2006; Van Hove, 2009).

In het bijzonder wordt er verwezen naar:

“ a. Personen met een handicap voorzien van hetzelfde aanbod met dezelfde kwaliteit en volgens dezelfde normen voor gratis of betaalbare gezondheidszorg en –programma’s die aan anderen worden verstrekt, waaronder op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid, en aan de populatie aangepaste programma’s op het gebied van volksgezondheid.” (Verenigde Naties, 2006, p. 16).

“ b. Die diensten op het gebied van gezondheidszorg verschaffen die personen met een handicap in het bijzonder vanwege hun handicap behoeven, waaronder vroegtijdig opsporen en zonodig, ingrijpen, alsook diensten om het ontstaan van nieuwe handicaps te beperken en te voorkomen, ook onder kinderen en ouderen.” (Verenigde Naties, 2006, p. 16)

“c. Deze gezondheidsdiensten zo dicht mogelijk bij de eigen gemeenschap van de mensen verschaffen, ook op het platteland.” (Verenigde Naties, 2006, p. 16)

“d. Van vakspecialisten in de gezondheidszorg eisen dat zij aan personen met een handicap zorg van dezelfde kwaliteit verlenen als aan anderen, met name dat zij de vrijwillige, op basis van goede informatie, gegeven toestemming verkrijgen van de betrokken persoon met een handicap, door onder andere de bewustwording bij het personeel van de mensenrechten, waardigheid, autonomie, en behoeften van personen met een handicap te vergroten door middel van training en het vaststellen van ethische normen voor de publieke en private gezondheidszorg.” (Verenigde Naties, 2006, p. 16)

“e. In de verzekeringssector de discriminatie van personen met een handicap verbieden, zodat zij aan redelijke en billijke voorwaarden een ziektekostenverzekering en, indien een dergelijke verzekering is toegestaan volgens nationale recht, een levensverzekering kunnen krijgen.” (Verenigde Naties, 2006, p. 16)

“f. Voorkomen dat gezondheidszorg, gezondheidsdiensten, voedsel en vloeistoffen op discriminatoire gronden vanwege een handicap worden ontzegd.” (Verenigde Naties, 2006, p. 16)

## 2.2 VN-CONVENTIE: RECHT OP GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Op 2 juli 2009 ratificeerde België het VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap. De rechten van mensen met een psychische beperking worden reeds beschermd door verschillende wet- en regelgevingen. Toch worden niet alle rechten beschermd, er tonen zich nog steeds enkele hiaten. Het VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap kan daarom optreden ter bescherming van de rechten van personen die psychisch anders zijn (United Nations, 2012; GRIP vzw, 2011).

De VN-conventie inzake de persoon met een handicap vertrekt vanuit het principe dat mensen met een beperking volwaardige mensen zijn met gelijke rechten. De conventie wil ervoor zorgen dat er zo goed mogelijk voldaan wordt aan de kwaliteit van leven van mensen met een verstandelijke beperking. Daarvoor creëren zij geen nieuwe rechten, maar de VN-conventie preciseert een aantal rechten en het verbod op discriminatie op een aantal domeinen. Eén van de rechten waar de conventie naar streeft, is het recht op toegang voor een persoon met een verstandelijke beperking tot de geestelijke gezondheidszorg. De basis van de VN-conventie berust in het burgerschapsmodel. In dit model staat de ‘kwaliteit van leven’ centraal. Zij stellen een aantal voorwaarden voor een goede levenskwaliteit:

‘De opvoeding, in het bijzonder het onderwijs, een volwaardige tewerkstelling, een aangepaste behuizing, de deelname aan het sociaal-cultureel leven en het inkomen vormen samen de basisvoorwaarden om de persoon met een handicap toe te laten zijn eigen mogelijkheden te ontdekken, zich te ontplooiën en zijn individuele vaardigheden aan te scherpen. De integrale toegankelijkheid op alle terreinen van het maatschappelijk leven (mobiliteit, algemene dienstverlening, sociaal-culturele sector, sport, ...), de zelfsturing (vraagverduidelijking, persoonlijke levensplanning, ...) en een vraaggestuurde ondersteuning versterken de persoonlijke autonomie van de persoon met een handicap. De mogelijkheid om gebruik te maken van alle beschikbare dienstverlening, zowel op vlak van de (geestelijke) gezondheidszorg als op het vlak van andere publieke welzijnsdiensten (thuiszorg, ouderenzorg, handicap specifieke ondersteuning, ...) vormt een concrete uitdrukking van de sociale solidariteit. Zo ook de bevordering van de netwerkondersteuning (sociaal netwerk, mantelzorg)

in de directe omgeving van de persoon met een handicap. Het burgerschapsmodel maakt duidelijk dat de opdrachten van de overheid ten aanzien van de persoon met een handicap verspreid zijn over alle staatsniveaus, alle beleidsdomeinen en alle sectoren van het welzijnsbeleid (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, 2007).<sup>7</sup>

Enkel wanneer de drempels worden weggewerkt; de juiste mentaliteit heerst en voldoende ondersteuning en aanpassing voorzien wordt, kunnen mensen pas gelijkwaardig participeren aan de samenleving en ten volle genieten van hun kwaliteit van leven (GRIP vzw, 2011).

### 2.3 NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Op 13 november 2003 is er vanuit de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen een advies geformuleerd betreffende geestelijke gezondheidszorg aan personen met een handicap. Het advies werd geformuleerd naar aanleiding van de erkenning van de kenmerken van de deelpopulatie van personen met een handicap met bijkomende psychiatrische en/of gedragsstoornissen en de knelpunten in het huidig GGZ zorgaanbod.

Volgens de Raad is het tekort aan zorgvormen om deze doelgroep op te vangen, te verzorgen en te behandelen, niet zozeer kenmerkend voor de Belgische context, maar eerder kenmerkend voor het ontbreken van een geïntegreerd organisatiemodel. Zij pleiten daarom hoofdzakelijk voor de financiering van zorgvormen die de continuïteit van de zorgverlening ondersteunen: outreach, individuele trajectbegeleiding en mogelijkheden tot overleg. Later in deze masterproef wordt verder ingegaan op deze verschillende vormen van zorgverlening. De opvang en behandeling van de betrokken doelgroep bevindt zich steeds op een kruispunt van verschillende sectoren: GGZ, welzijn, onderwijs, justitie, arbeid en tewerkstelling, ... Het komt dan ook alle sectoren en alle geledingen van de maatschappij toe om, ieder vanuit zijn verantwoordelijkheid, gemeenschappelijk de zorg voor deze doelgroep op te nemen (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2003).

Het advies pleit in het algemeen voor een in de samenleving geïntegreerde positie van personen met een handicap. Men dient een persoon met een handicap te beschouwen als een volwaardig persoon die nood heeft aan individuele en flexibele ondersteuning en als actieve participant met wie de betrokken sectoren op zoek gaan naar de juiste ondersteuning zodat deze persoon zijn/haar rol volwaardig en actief als burger kan opnemen, aldus de Nationale Raad van Ziekenhuisvoorzieningen. Men pleit ook voor een maximale integratie in de gewone zorgstructuren en zorgcircuits (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2003, p. 2).

### 3 Psychotherapie

Waar men jarenlang vooral interesse had in de biologische/genetische aspecten, de cognitieve ontwikkeling en sociale vaardigheden bij mensen met een verstandelijke beperking, treedt nu het emotionele en psychische welbevinden meer op de voorgrond (Došen & al, 2001). De traditionele behandeling van psychologische problemen bij mensen met een verstandelijke beperking was aanvankelijk gericht op gedragsmanagement, vaardigheidstraining en medicatie (Royal College of psychiatrists, 2004). Nu wordt psychotherapie meer gezien als antwoord op psychische en gedragsproblemen en worden er andere accenten gelegd.

In dit deel wordt eerst het begrip psychotherapie toegelicht. Verder wordt het thema ‘psychotherapie bij mensen met een verstandelijke beperking’ meer belicht met een kijk op de knelpunten en barrières die de oorzaak zijn van de beperkte toegang tot de psychotherapie voor mensen met een verstandelijke beperking en een psychische problematiek. Ook zal er aandacht gegeven worden aan wat - vanuit wetenschappelijk onderzoek - manieren blijken waarop een therapieessie georganiseerd kan worden zodat die knelpunten en barrières tot een minimum gereduceerd kunnen worden. Ten slotte zou ik graag willen verwijzen naar het rapport van de Nationale Raad van Ziekenhuisvoorzieningen (2003). Zij geven een aantal oplossingen weer op beleidsvlak.

#### 3.1 DEFINITIE

Voor het definiëren van de term ‘psychotherapie’ zijn er reeds talloze pogingen ondernomen. Maar ook hier valt geen eenduidige definitie uit te halen. In andere literatuur kunnen we lezen dat psychotherapie een meer inclusieve term is die meerdere benaderingen omvat, daarom is er niet één algemeen aanvaarde definitie (Meltzoff & Kornreich, 2008).

Om toch een idee te geven van wat er onder psychotherapie verstaan wordt, wil ik de definitie aanhalen zoals weergegeven volgens Meltzoff en Kornreich (2008):

*“Psychotherapy is the informed and planful application of techniques derived from established psychological principles, by persons qualified through training and experience to understand these principles and to apply these techniques with the intention of assisting individuals to modify such personal characteristics as feelings, values, attitudes and behaviors which are judged by the therapist to be maladaptive or maladjustive.”* (Meltzoff & Kornreich, 2008, p. 4)

De term psychotherapie is niet enkel een model van therapeutische interventie maar ook een onderliggend theoretisch model van menselijke persoonlijkheid en zijn ontwikkeling (Royal College of psychiatrists, 2003). Het is een benadering die vertrekt vanuit een therapeutische relatie die draait om het creëren van steun en veiligheid zodat gevoelens, gedachten en gedrag verkent, geuit en geoefend kunnen worden. Het gaat dus over een bepaald proces eerder dan een ervaring die leidt tot

wenselijk psychologische uitkomsten (Vandeweerd et al., 2007; Gurman, & Messer, 2005). Het helpt mensen om te gaan met alledaagse zorgen, spanningen en aanhoudende problemen.

### 3.2 PSYCHOTHERAPIE BIJ MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING

Psycho(analytische) therapieën hebben de mogelijkheid om het welbevinden en de innerlijke tevredenheid van personen met een dubbele diagnose te verbeteren (Došen et al., 2001). Volgens Došen (2005) dient een therapie voornamelijk *“om veranderingen te verwezenlijken in het voelen, denken, willen en handelen, zodanig dat de betrokken persoon een meer adequaat besef van zichzelf en de werkelijke wereld krijgt. Dit zal resulteren in een meer adequaat psychosociaal functioneren en in adaptief gedrag”* (Došen, 2005, p. 112). Het geeft de cliënten de kans om zich te kunnen uitdrukken in een ondersteunende omgeving (Royal College of psychiatrists, 2003).

Zoals hierboven al vermeld, is er pas vanaf midden 19<sup>de</sup> eeuw een groeiende interesse voor de psychische problematiek bij personen met een verstandelijke handicap (Došen et al., 2001; Willner, 2005; Moss et al., 2000). Tot 1980 benaderde men gedragsproblemen voornamelijk door middel van pedagogische interventies, gedragstherapie en medicatie (Došen et al., 2001). Psychotherapie voor personen met een verstandelijke beperking en geestelijke gezondheidsproblemen blijkt echter wel mogelijk, zinvol en effectief te zijn (Willner, 2005; Hatton, 2002). Maar is desondanks nog te weinig ingeburgerd in de dagelijkse praktijk en in de opleiding van psychotherapeuten (Van de Ven et al., 2011).

Er wordt een grote vraag naar psychotherapeutische diensten voor deze doelgroep waargenomen. Er zijn echter enkele zeer belangrijke belemmeringen/barrières voor de toegang tot behandeling, met inbegrip van de houdingen van anderen, gebrek aan een passende opleiding en begeleiding. Het doel zou moeten zijn om psychotherapeutische diensten op te stellen die uitgebreid, coördinerend, gebruiksvriendelijk, veilig klinisch effectief en kosteneffectief zijn. Dit is moeilijk om te bereiken. Het lijkt erop dat de reguliere psychotherapie niet voldoende toegankelijk is en dat aanzienlijke drempels/barrières moeten worden verwijderd of alternatieven versterkt moeten worden voor verschillende minderheidsgroepen (Royal College of psychiatrists, 2003).

### 3.3 KNELPUNTEN/BARRIÈRES

De belangrijkste bevindingen rond knelpunten en barrières zijn dat cliënten met een verstandelijke handicap vaak beperkt zijn in het concrete denken (Hurley et al., 1998), wat o.a. wil zeggen dat ze moeilijk oorzaak en gevolg kunnen linken (Peters, 2002; Tomasulo, & Razza, 2006). Ook is duidelijk dat deze populatie een verhoogd niveau heeft van dagelijkse frustraties. Er is een gebrek aan keuzevrijheid vanwege de grote afhankelijkheid (Došen, 1990). De taalbarrière is een element dat verder nog veel aangegeven wordt als een moeilijkheidsfactor voor een efficiënte therapie (Bates,

2009; Whitehouse et al., 2006). Als laatste is er nog het feit dat deze populatie vaak hun gevoelens uiten in gedrag, waardoor interpretatie hiervan heel moeilijk blijkt (Bates, 2009; Tomasulo, & Razza, 2006).

In dit deel wil ik dieper ingaan op deze knelpunten en barrières, zowel bekeken vanuit het standpunt van de therapeut als vanuit de persoon met een dubbele diagnose. Tot slot worden er nog enkele knelpunten in het huidige zorgaanbod weergegeven.

### 3.3.1 *Vanuit therapeuten*

Tomasulo & Razza (2006) geven aan dat men emotionele problemen bij mensen met een verstandelijke beperking maar al te vaak toeschrijft aan de hersenbeschadiging en bijgevolg psychotherapie geen effect kan hebben.

Voor de therapeuten is het moeilijker om de wereld van personen met een verstandelijke beperking te begrijpen, hoewel dit echter noodzakelijk is voor de assessment, interventie en het gebruik van communicatie op gevarieerde manieren (Royal College of psychiatrists, 2003). Hurley e.a. (1998) geven in een artikel aan dat de cognitieve mogelijkheden van personen met een verstandelijke beperking vaak fout ingeschat worden, wat therapeuten kan weerhouden om therapie te geven aan deze populatie. Zo is er het idee dat mensen met een verstandelijke beperkingen moeilijk hun non-verbale communicatie kunnen regelen door middel van hun verbale communicatie. Dit weerhoudt psychotherapeuten om verbale psychotherapeutische technieken te gebruiken. Ook de beperkte mogelijkheid om inzicht te hebben in oorzaken en gevolg van gedrag, lijkt veel therapeuten te beïnvloeden in o.a. het gebruik van interpretaties (Hurley et al., 1998).

Bates (2009) merkt in haar onderzoek nog op dat therapeuten en professionelen zeer sterk aangeven dat hun klinische scholing, training, en kansen op professionele ontwikkeling maar een zwakke voorbereiding bevatten rond het werken met deze populatie (Bates, 2009).

### 3.3.2 *Vanuit de persoon met een dubbele diagnose*

#### 3.3.2.1 *De verwijzing*

In een onderzoek over de praktijk in Groot-Brittannië (Royal College of psychiatrists, 2003) kunnen we lezen dat weinig tot geen enkele aanmelding vanuit het eigen initiatief van de cliënten kwam. De verwijzers zijn meestal de directe verzorgers. Er zijn slechts een paar personen die aan de begeleiding of hun ouders vragen naar 'iemand om mee te praten' (Royal College of Psychiatrist, 2003; Vandeweerdt et al., 2007; Peters, 2002). De aanvraag komt dus meestal vanuit begeleiding of ouders, waardoor de aanmeldingsproblematiek een formulering is van de verwijzer alleen, zonder dat de cliënt hiervan op de hoogte is (Killbane et al., 2011; Costello et al., 2011). Hun vraagstelling bepaalt in hoge mate de therapie (Peters, 2002). In de meeste gevallen komt de aanmeldingsvraag overeen met de

elementen waar de cliënt aan wil werken, maar het gebeurt ook dat er tussen cliënt, betrokkenen, hulpverleners en ouders een verschillende visie heerst over wat als probleem ervaren wordt (Vandeweerd et al., 2007). Om de vraagstelling toch op elkaar te kunnen afstemmen, is het aangewezen om de hulpverleners of ouders nauw te betrekken bij het therapeutisch proces (Peters, 2002).

#### 3.3.2.2 Therapiedoel

Doordat er kans is op een tekort in het intellectueel vermogen en doordat ze vaak de oorzaken en gevolgen van hun gedrag niet kunnen onderscheiden, is het voor mensen met een verstandelijke beperking niet altijd even duidelijk wat het doel van de therapie is (Peters, 2002; Tomasulo, & Razza, 2006). Hierdoor bestaat de kans dat ze vroegtijdig het therapeutisch proces zullen verlaten.

Mensen met een verstandelijke beperking ervaren problemen meestal in het hier en nu, door een gebrek aan inzicht in het totale behandelgebeuren. Dit kan de transfer naar een andere situatie of context bemoeilijken of zelfs onmogelijk maken. Hierdoor kan het moeilijk zijn om een algemeen therapiedoel te bepalen (Peters, 2002; Bates, 2009). In deel 3.4, zal nagegaan worden hoe therapeuten hier het beste op kunnen inspelen.

#### 3.3.2.3 Afhankelijkheid

Mensen met een verstandelijke beperking blijven afhankelijk van belangrijke andere mensen, zonder wie zij sociaal niet kunnen functioneren (Došen, 1990). Door deze levenslange afhankelijkheid van anderen is er een groot risico op overafhankelijkheid. Dit is iets waar therapeuten zich van bewust moeten zijn. Mensen met een verstandelijke beperking berusten waarschijnlijk veel te vaak op anderen om hun welzijn te behouden. Ze willen in hun reacties niemand voor het hoofd stoten, waardoor ze sociale antwoorden gaan geven. Sinanon (1992) spreekt in dit verband bijvoorbeeld ook over ‘de sociale glimlach’ en ‘secundaire verstandelijke beperking’. Dit zal waarschijnlijk de keuzevrijheid beperken alsook de capaciteit om voor hun eigen wil en mogelijkheden te zorgen, wat hen mogelijk ook kwetsbaarder maakt in relaties met anderen (Royal College of psychiatrists, 2003; Bates, 2009).

Die afhankelijkheid kan ook parten spelen in de bereikbaarheid. Sommige personen zijn niet in staat om bijvoorbeeld alleen de bus te nemen, wat de drempel tot geestelijke gezondheidszorg weer verhoogt (Vandeweerd et al., 2007).

#### 3.3.2.4 Communicatie

Veel personen met een verstandelijke beperking hebben een taalachterstand of een taalstoornis (Kilbane & Jahoda, 2011). Dit kan leiden tot een beperking van communicatie, met name de communicatie naar anderen en dit niet alleen in de therapeutische setting, maar ook in het dagelijkse leven (Bates, 2009; Whitehouse et al., 2006). Het moeten leven zonder aangepaste communicatie zorgt tevens voor veel angst en verwarring.



Mensen met een verstandelijke beperking hebben beperkte mogelijkheden in hun intellect, cognitie en redenering wat kan leiden tot moeilijkheden bij het opnemen van complexe informatie. Dit resulteert in een verminderde capaciteit om zich psychologisch te kunnen aanpassen, en verwerken van interne ervaringen (in deze context gevoelens) en externe ervaring (inclusief relaties met anderen) (Royal College of psychiatrists, 2003). Mensen met een verstandelijke beperking zouden niet in staat zijn om via ‘het verbale’ het ‘non-verbale’ gedrag te kunnen regelen, wat tot moeilijkheden kan leiden om hun eigen impulsen te controleren (Bates, 2009; Tomasulo, & Razza, 2006). Daarom hoeft een gebrek aan verbale capaciteit nog geen beletsel te zijn voor engagement in therapie (Royal College of psychiatrists, 2003). Het vraagt wel hoge eisen voor een empathisch inlevingsvermogen van de therapeut (Peters, 2002). De vooruitgangen in het therapeutische denken hebben geleid tot een grotere erkenning van het belang van non-verbale processen en communicatie.

### 3.3.2.5 Bereikbaarheid

Personen met een verstandelijke beperking vinden vaak, en soms zelfs letterlijk, de weg naar de therapie niet. Op dit vlak zal er een evenwicht gevonden moeten worden tussen de inspanningen, noden van en kosten voor de cliënt en zijn omgeving enerzijds en die voor de therapeut anderzijds (Vandeweerdt et al., 2007).

De cliënten voelen zich vaak veiliger door naar een therapeut te gaan buiten hun voorziening, waar anderen weer meer gebaat zijn bij een therapeut in huis. Hieromtrent bestaat er echter een discussie. Bij de bespreking van mijn onderzoek zal hier nog verder op ingegaan worden.

### 3.3.3 *Knelpunten in het huidige zorgaanbod: problemen in het zorgsysteem*

Het huidige zorgaanbod is te versnipperd, te weinig flexibel, focust te veel op de patiënt/cliënt en te weinig op de directe leefomgeving van de patiënt/cliënt (familie en hulpverleners). Er is een grote heterogeniteit, langere opnameduur en onvoldoende verwijsmogelijkheden naar voorzieningen van de gehandicaptenzorg. Specifieke knelpunten voor personen met een verstandelijke handicap met bijkomende psychiatrische en/of gedragsstoornissen: de heterogeniteit in het functioneringsniveau (van zwakbegaafde- tot diep verstandelijk gehandicapten), de beperkte toepasbaarheid van de klassieke psychiatrische en psychotherapeutische kaders en de wachtlijstproblematiek (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2003, p. 5).

Došen stelt dat de kennis omtrent de diagnostiek en behandeling van psychische en gedragsstoornissen niet goed de weg naar de brede praktijk vindt. Volgens hem liggen de oorzaken bij een gebrek aan organisatorische structuren en middelen. Een andere oorzaak kan liggen bij een tekort aan samenwerking op breder wetenschappelijk en maatschappelijk gebied (Došen, 1990).

In een artikel wijst Morgan (2008) op het administratief onderscheid dat er bestaat tussen voorzieningen voor personen met een verstandelijke beperking en voorzieningen voor personen met een psychiatrische stoornis. Dit heeft een zeker effect op de mogelijkheid om goede zorg te voorzien voor personen met een dubbele diagnose. Zij wijst er ook nog op dat, in de afwezigheid van een integratieve benadering, mensen met een dubbele diagnose in die financiële en administratieve put blijven zitten (Morgan et al., 2008). Ook Hackerman et al. (2006) halen de historische scheiding tussen de sectoren aan, waardoor personen met een verstandelijke beperking tussen de mazen van het net blijven vallen. Doordat de sectoren gescheiden blijven, blijven de symptomen of gedragingen ook bekeken als ofwel alleen een verstandelijke beperking ofwel als alleen een psychische problematiek (Hackerman et al., 2006; Hudson & Chan, 2002).

Hudson (2002) geeft nog aan dat er nog steeds een gebrek aan kennis over de doelgroep van personen met een dubbele diagnose is. Daardoor is er in de maatschappij maar heel weinig kennis over de noden van deze populatie en zo dus ook voor therapeuten (Hudson & Chan, 2002).

#### 3.4 MOGELIJKHEDEN EN NODEN: AANPASSEN VAN BEHANDELING

Vele auteurs geven aan dat psychotherapie bij personen met een lichte en matig verstandelijke beperking mogelijk is, vermits een aantal aanpassingen (Bates, 2009; Došen, 2001, 2005, 2008; Driessen et al., 1997; Hatton, 2002; Peters, 2002; Vandeweerd et al., 2007; Hurley et al., 1998). Moss geeft dit mooi weer in haar paragraaf in het boek *‘Clinical psychology and people with intellectual disabilities’*:

*“Echter, het feit dat iemand een verstandelijke handicap heeft, zou niet automatisch moeten leiden tot het verwerpen van therapeutische activiteiten, die niet-gehandicapte slachtoffers nuttig vinden. In plaats daarvan kunnen deze benaderingswijzen aangepast en op een andere manier vorm gegeven worden om ze op deze wijze geschikter te maken voor de behoeften van slachtoffers die verstandelijk gehandicapt zijn”* (Moss geciteerd in: Peters, 2002, p. 75).

Hurley et al. (1998) stellen vast dat personen met een licht verstandelijke handicap effect kunnen hebben van verschillende vormen van psychotherapie omdat zij gebruik kunnen maken van een goede en vertrouwde werkrelatie, advies kunnen opvolgen, feedback accepteren en nieuwe manieren van denken en handelen aanleren. In een artikel van hem samen met een aantal andere onderzoekers verwijst hij naar negen verschillende aanpassingen in psychotherapie (Hurley et al., 1998). Ook in het boek van Vandeweerd et al. (2007) vinden we een uitgewerkte en aangepaste therapiemethode terug. Verder vinden we ook bij Peters (2002), Došen (2001, 2005, 2008) en vele andere auteurs aanbevelingen tot het aanpassen van therapie. In wat volgt heb ik getracht om de belangrijkste en tevens meest voorkomende aanpassingen te clusteren om een duidelijk (maar zeker nog niet volledig)

overzicht te geven. Over het algemeen vindt men dat het therapeutisch proces en de inhoud hiervan veel minder complex dient gemaakt te worden. Volgende elementen zijn daarbij een hulpmiddel.

### 3.4.1 *Communicatie*

Om te beginnen is het belangrijk om het taalgebruik te ‘versimpelen’. Hiermee wordt bedoeld dat er een taal moet gekozen worden die toegankelijk is voor de persoon met een verstandelijke beperking. Door gebruik te maken van kortere zinnen, concrete vragen en andere woorden kan communicatie en begrip toenemen (Bates, 2009; Peters, 2002; Vandeweerd et al., 2007; Hurley et al., 1998).

Bijzondere aandacht wordt besteed aan non-verbale communicatie, want communicatie over gevoelens hoeft niet alleen op taal te steunen (Došen et al., 2001). Een aantal therapeuten maken actief gebruik van alternatieve methoden, bijvoorbeeld kunst, drama en muziektherapieën. Het gebruik van tekeningen kan helpen bij het begrip van de cliënt en het stelt hen in staat hun gevoelens uit te drukken. Behandelingen hebben de neiging om heel vaak face-to-face te zijn, met therapeuten die waakzaam zijn voor de non-verbale communicatie en stimulerend voor alles wat wordt meegedeeld in de sessies. Het oprichten van de therapeutische communicatie kan veel tijd vergen, waarbij men in het eerste deel van het therapeutisch proces bezig is met het afstemmen van elkaars manier van expressie. Voor sommige cliënten kan dit betekenen dat sommige sessies in verbale stilte kunnen gehouden worden, maar toch therapeutisch zinvol blijven (Vandeweerd, 2007; Hurley et al., 1998, Bates (2009), Willner, 2006; Peters, 2002). Een zekere directiviteit is noodzakelijk (Peters, 2002; Vandeweerd et al., 2007). Maar ook een cliëntgerichte, accepterende houding (Vandeweerd, 2007), hierop ga ik in het volgende stukje dieper in.

### 3.4.2 *Een therapeutische werkrelatie*

Fletcher (2007) legt met volgend citaat een duidelijke nadruk op een vertrouwensvolle werkrelatie die aan de basis ligt van de therapie:

*“Een benadering die mensen helpt omgaan met alledaagse zorgen en met aanhoudende problemen, en dit door middel van een therapeutische relatie. Deze relatie draait om het creëren van steun en veiligheid om gevoelens, gedachten en gedrag te kunnen verkennen, uiten en oefenen”*. (Fletcher 2007 geciteerd in Vandeweerd et al., 2007). Hij legt het accent op een vertrouwensvolle werkrelatie tussen de individuele cliënt en de therapeut. Om zo’n relatie op te bouwen, dient er volgens Peters (2002) in eerste instantie nagegaan te worden of het opgelegde contact geaccepteerd wordt door de cliënt.

Op een bepaald moment moet de therapeut een actievere rol spelen om veiligheid voor de cliënt te verzekeren of om toegang tot behandeling mogelijk te maken in een, volgens Došen (2001), ‘convenient venue’ (Došen et al., 2001, p. 30). Dit kan bijvoorbeeld door informatie te delen met het netwerk. Hierop wordt later nog verder ingegaan.

Bij het vorige deel over barrières heb ik het uitvoerig gehad over het risico van ‘overafhankelijkheid’ van personen met een verstandelijke beperking tot hun omgeving/context. Er werd toen al vermeld dat overdracht en tegenoverdracht binnen dit element ook heel belangrijke thema’s zijn. Hechting speelt hierin ook een rol, door de afhankelijkheid hechten personen met een verstandelijke beperking zich sneller en sterker. De therapeut dient daarvoor sterkere grenzen op te stellen. Ook is supervisie heel belangrijk. Op die manier kan de therapeut steeds blijven reflecteren op het eigen gedrag (Bates, 2009; Došen et al., 2001). Bij tegenoverdracht moedigt de therapeut de cliënt aan om zijn gevoelens uit te drukken, i.p.v. dit af te blokken (Došen et al., 2001).

Een andere barrière die hierboven aangehaald werd, gaat over het feit dat mensen met een verstandelijke beperking moeilijk de link kunnen maken tussen oorzaak en gevolg, ze leven vooral in het hier en nu. Belangrijk voor de therapeut is dat deze zich ook vooral in het hier en nu blijft situeren (Peters, 2002; Došen, 2005).

### 3.4.3 *Vertrouwelijkheid*

Respect voor vertrouwelijkheid is essentieel voor het proces van de therapie, maar door de afhankelijkheid aan de context van mensen met een verstandelijke beperking moeten er moeilijke beslissingen gemaakt worden over de manier waarop dingen gedeeld kunnen worden aan anderen. Het is essentieel dat de therapeut van in het begin zijn bijzondere benadering van vertrouwelijkheid expliciet maakt aan de cliënt en verzorgers, de therapeut moet hier heel duidelijk in zijn. Sommige therapeuten zijn van mening dat de vertrouwelijkheid absoluut moet zijn. Maar het is duidelijk dat er geen absolute waarden zijn met betrekking tot vertrouwelijkheid, in elk geval moet worden beslist op basis van begrip van het individu, hun omstandigheden en de aard en de focus van de therapie (Royal College of psychiatrists, 2003). Begeleiders en ouders hebben vaak zelf nog heel specifieke vragen omtrent de omgang met de cliënt, het verloop van therapie etc. Door afzonderlijke gesprekken aan te bieden, kunnen ook de ouders en de begeleiding begeleid worden bij hun vragen en moeilijkheden. Duidelijkheid over vertrouwelijkheid en informatie-uitwisseling is hier een essentieel aspect (Vandeweerdt et al., 2007).

### 3.4.4 *Context*

*“Achter de zichtbare horizon liggen er nog andere landschappen”* (Vandeweerdt, 2007).

Vandeweerdt e.a. willen hiermee aangeven dat de context zeker niet mag vergeten worden in heel het proces. Het gaat in feite over een gedeelde professionele verantwoordelijkheid (Peters, 2002). Het leven van personen speelt zich niet (enkel) af in de therapie, maar de personen moeten terug naar hun omgeving. Daarom is het noodzakelijk om aandacht te besteden aan de brug tussen de therapie en de leefwereld van de cliënt, om zo een goede transfer van therapie naar het dagelijkse leven te

garanderen. Soms is het daarvoor aangewezen om begeleiding of andere directe betrokkenen uit te nodigen in de gespreksruimte. Dit natuurlijk in samenspraak met de cliënt. Het is hier ook afhankelijk van cliënt tot cliënt hoeveel informatie gedeeld wordt of op welke manier de omgeving betrokken wordt.

Per cliënt dient daarvoor gekeken te worden naar de omstandigheden, de thema's en het soort therapie (Vandeweerd et al., 2007, p. 40).

#### 3.4.5 *Motivatatie van cliënt en van ouders/begeleiding*

Willner (2006) en Došen (2001) geloven dat het belangrijk is voor therapeuten om de mate waarin een cliënt klaar is voor therapie, zijn wil en motivatie om aan therapie te beginnen, na te gaan (Willner, 2006; Došen et al., 2001). Dit neemt een heel groot deel in van de eerste twee sessies. In deze twee sessies is het belangrijk dat het doel en de werkwijze van de therapie duidelijk wordt gemaakt aan de cliënt.

#### 3.4.6 *Flexibiliteit*

De therapeut dient steeds te zoeken naar een aangepaste manier om aansluiting te vinden bij de cliënt (Bates, 2009). Dit houdt in dat men best wisselende technieken kan gebruiken, wat wel een bepaalde portie van creativiteit vereist. Het gaat hier ook over het aanpassen van de lengte en frequentie van de sessie (Peters, 2002; Bates, 2009; Vandeweerd et al. 2002). Het kan ook inhouden dat de therapeut zijn of haar filosofische school moet verlaten om aan te kunnen sluiten bij de noden van de cliënt.

### 3.5 **NATIONALE RAAD VAN ZIEKENHUISVOORZIENINGEN: VOORSTELLEN VAN OPLOSSINGEN NAAR AANBOD TOE.**

Hoofdzorgfuncties: *aanmelding en oriëntatie voor personen met een verstandelijke handicap met bijkomende psychiatrische en/of gedragsstoornissen.*

Het eerste contact is vaak een gevolg van een extreme gebeurtenis of een wijziging in de draagkracht van de omgeving. Het is aangewezen op pro-actief kwalitatieve relaties uit te bouwen met partners uit zowel de eerste lijn, de gehandicapten- als de GGZ-sector (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2003, p. 6).

Dienstverlening vanuit de GGZ t.a.v. de gehandicaptensector. De hoofdzorgfunctie dienstverlening omvat een amalgaam van niet patiëntgebonden activiteiten (bv.: een gespecialiseerde psycholoog vanuit een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg neemt deel aan de teamvergaderingen van een MPI, een gespecialiseerde psychiater vanuit een PZ geeft vorming aan personeelsleden van een MPI, ..) (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2003, p. 6).

De specifieke expertise dient in de beschrijving van de zorgmodaliteiten te worden meegenomen en ontwikkeld binnen een zorgprogramma voor de drie beleidsdoelgroepen binnen een werkingsgebied. Gelet op de specificiteit van de zorgverlening zou de modaliteit outreach bij voorrang moeten ontwikkeld worden met zowel patiëntgebonden activiteiten in het leefmilieu (bv. diagnosestelling en korte interventies) als niet-patiëntgebonden activiteiten t.a.v. zorgverleners buiten de GGZ (bv.: het overbrengen van de noodzakelijke GGZ-expertise en vorming naar teamleden van een niet GGZ-voorziening) (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2003, pp. 6-7).

De personen met een handicap hebben recht op een betaalbare, toegankelijke en op maat gesneden basiszorg aangevuld met orthopedagogische zorg en begeleiding en met gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. De verantwoordelijkheid van de GGZ-sector omhelst de GGZ-noden, wat impliceert dat de GGZ-inbreng een tijdelijk en subsidiair karakter heeft t.a.v. de inbreng van andere sectoren, bv. de gehandicaptensector (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2003, p. 7).

#### **4 Huidig aanbod**

Došen onderkende al in 1990 de beperkte kennis omtrent de psychische gezondheid en psychische stoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking en de grote achterstand in wetenschappelijke opzicht in verhouding tot mensen zonder verstandelijke beperking. Ook beperkte middelen en verkeerde opvattingen over de psychische behoeften van mensen met een beperking kunnen het ernstig tekortschieten in deze tak van de hulpverlening veroorzaken (Došen, 1990). Hoewel er in de 22 jaren na deze vaststelling van Došen een grote evolutie zichtbaar is, kunnen we nog steeds spreken van een tekort in kennis en middelen.

Ondanks het feit dat de mensenrechten van personen met een verstandelijke beperking, en in het bijzonder hun recht op geestelijke gezondheidszorg, sinds 2006 opgenomen zijn in het VN-verdrag, blijkt dat zowel het beleid, de wetenschappelijke wereld als de praktijk nog sterk kampen met het feit dat deze rechten geschonden worden (Claes et al., 2011). Toch zijn er gedurende verschillende jaren een aantal instanties opgericht om tegemoet te komen aan deze problematiek (Claes et al., 2011). Eerst en vooral zijn er een aantal gespecialiseerde voorzieningen in de ‘gehandicaptensector’ die zeer veel moeite doen voor de ondersteuning van het psychische welzijn van hun cliënten en er soms zelfs specifieke behandelingsafdelingen voor uitbouwen. In Vlaanderen wordt er bovendien in verschillende provincies sinds een aantal jaar gewerkt met specifieke netwerken van deskundigen om tegemoet te komen aan de intensieve ondersteuningsnood van mensen met psychische problemen. Deze netwerken resulteerden enerzijds in de uitbouw van gespecialiseerde afdelingen binnen residentiële psychiatrische ziekenhuizen. Anderzijds ontstonden in West- en Oost-Vlaanderen ook teams in een samenwerking tussen de Geestelijke Gezondheidszorg en de VAPH-sector die specifiek met mensen

met een verstandelijke beperking werken (Van de Ven et al., 2011). Verder in dit deel wil ik een aantal van deze verschillende instanties kort toelichten. Namelijk de consulentenwerking, de diensten outreach en het gemeenschappelijk aanknopingspunt (GAP). Op deze manier wil ik een duidelijker beeld creëren over de bestaande bronnen waar men op kan terug vallen, naast de andere bestaande ambulante behandelingen, poliklinieken en residentiële behandelingen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Als laatste bespreek ik nog kort het aanbod vanuit internationaal oogpunt.

#### 4.1 CONSULENTENWERKING

Deze eerste instantie werd in verschillende Vlaamse provincies eind jaren '90 opgericht als antwoord op een tekort aan ambulante geestelijke gezondheidszorg voor personen met een verstandelijke beperking en hun omgeving (Van Hove, 1996, 1998, in Claes et al., 2011). Deze ambulante werking kwam echter los van elkaar en zonder provincie overschrijdend overleg of samenwerking tot stand, waardoor er verschillen in visie en werking zijn. Deze consulentenwerkingen werken vanuit de overtuiging dat mensen met een verstandelijke beperking recht hebben op geestelijke gezondheidszorg, ongeacht hun cognitief functioneren, hun leeftijd en hun woonplaats (Claes et al., 2011).

De consulentenwerking ondersteunt de natuurlijke en professionele omgeving van mensen met een verstandelijke beperking en bijkomende psychische en/of gedragsproblemen, die zich bevinden in een vastgelopen hulpverleningssituatie (Blonrock et al., 2011).

SEnvzw (2012), die instaat voor een deel van de financiering van deze werkingen, geeft volgende punten als opdracht van de consulentenwerking:

- “Het ambulante bijstaan, ondersteunen, adviseren van dienstverleners die zich in vastgelopen cliëntsituaties bevinden omwille van ‘challenging behaviour’ van personen met een beperking, en die hulp zoeken om uit deze situatie te raken en soortgelijke situaties in de toekomst te voorkomen.
- Er mee voor zorgen dat de uitgebrachte adviezen in de praktijk geïmplementeerd worden.” (SEnvzw, 2012).

Blonrock et.al. (2011) voegt hier nog aan toe dat het doel is om de draagkracht van de omgeving te verhogen, d.m.v. uitwisselen en het verhogen van expertise, zodat de zorgvrager in zijn oorspronkelijke milieu kan blijven (Blonrock et al., 2011; SENvzw, 2012). Een ander doel is volgens Blonrock et al. een creatie van een brugfunctie en van intersectorale netwerken op het snijpunt tussen de GGZ- en de VAPH-sector (Blonrock et al., 2011).

## 4.2 DIENSTEN OUTREACH

Een volgende instantie is de outreaching. De hoofddoelstelling van outreach is om de geestelijke gezondheid van de cliënt te optimaliseren door het versterken van de cliënt en zijn omgeving. Dit wil men doen d.m.v. begeleiding, agogisch advies en coaching van zowel de zorgvrager als de omgeving. De interventies van een outreachend team zullen plaatsvinden in de natuurlijke verblijfsomgeving van de cliënt/zorgvrager. Dit wil zeggen dat de outreachmedewerkers steeds ter plaatse gaan. Dit is ter voorkoming van een opname in een gespecialiseerde behandelunit. Het kan ook zijn dat de personen al in een residentiële opname beland waren geraakt, dan is outreach er om de terugkeer van het ziekenhuis naar de natuurlijke leefomgeving te vergemakkelijken en/of heropname te voorkomen (PC Dr. Guislain, 2012; Blontrock et al., 2011). Dit kan pas als GGZ en gehandicaptenzorg en waar nodig onderwijs, tewerkstelling en andere welzijnsactoren samen een continuüm opbouwen om de ondersteuning persoons- en tijdsgebonden te garanderen (sectoroverschrijdend) (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2003).

## 4.3 GEMEENSCHAPPELIJK AANKNOPINGSPUNT (GAP)

De algemene omschrijving van het gemeenschappelijk aanknopingspunt luidt als volgt, *“een gemeenschappelijk provinciaal aanknopingspunt op basis van een formeel samenwerkingsovereenkomst en netwerkcomité van de GGZ-actoren”* (Blontrock et al., 2011).

GAP vertrekt vanuit een wil tot samenwerking tussen de verschillende ‘antennes’. Met antennes worden verschillende partners in GGZ bedoeld, bijvoorbeeld Consulenterwerking La Movida, CGG Waas en Dender, RCGG Deinze-Eeklo-Gent, CGG Zuid-Oost-Vlaanderen en P.C. Dr. Guislain.

Blontrock et al. (2011) beschrijven de doelstellingen van GAP als het feit dat elke ‘antenne’ aanmeldingen ontvangt en verwerkt, ze blijven hun voordeurfunctie behouden. Maar het is niet noodzakelijk dat deze antenne ook de aanmeldingsvraag zal behandelen. Na het eerste telefonische contact zal de aangesproken antenne bekijken waar de hulpvraag best kan opgevolgd worden. Zij kunnen dus verwijzen naar één van de andere partners waarvan zij denken dat de aanmeldingsvraag daar een betere plaats kan vinden. De hulpvragen worden dus met andere woorden niet enkel bekeken vanuit eigen aanbod, maar vanuit het geheel van het aanbod en de specifieke behoefte van de hulpvrager. Op deze manier kan men beter inspelen op de specifieke hulpvraag en ondersteuning aanbieden afgestemd op de hulpvrager (Blontrock et al., 2011).

## 4.4 INTERNATIONAAL

Het onderwerp waar ook deze masterproef over handelt is het thema van verschillende internationale bijeenkomsten en publicaties. Voorgaande voorzieningen worden bijvoorbeeld ook internationaal op de agenda gezet (Claes et al., 2011). Zo zijn er de laatste jaren (een tiental jaren) enkele internationale en een reeks van nationale vereniging van deskundigen die door uitwisseling van kennis en ervaringen



en door stimulering van wetenschappelijk onderzoek en publicaties trachten knowhow op dit gebied te bevorderen (Došen, 2005). Zoals eerder ook al vernoemd werd er een tiental jaren geleden de European Association for Mental Health and Mental Retardation opgericht. Zij hebben belangrijke steun gegeven aan deskundigen in verschillende Europese landen voor hun oprichting van eigen nationale verenigingen (Došen, 2005).

## **5 Referentiekader**

Na het doornemen van de literatuur betrap ik mezelf er op dat ik me te vaak laat mee slepen in een sterk medisch-psychiatrisch denken dat individueel, veralgemenend en sterk deficit is. Dit is echter niet de orthopedagogische bril waarmee ik naar de probleemstelling wil kijken, en waarmee ik een antwoord wil krijgen op mijn onderzoeksvragen.

Van Gennep had een aantal jaar geleden al kritiek op de manier waarop bij bestaande terminologie veel nadruk wordt gelegd op de problemen bij de persoon zelf. Zo beschrijft hij dat in een paragraaf van hem in het boek ‘psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap (Došen, 2005)’. De manier waarop in deel één van hoofdstuk twee de begrippen psychische, psychiatrische en gedragsstoornissen uitgelegd worden, is ook vanuit de nadruk op het begrip ‘stoornis’, wat dicht staat bij het medische-psychiatrische denken. Deze zijn echter wel begrippen die doorgaans in de literatuur terug te vinden zijn.

Aangezien dit een masterproef is binnen de vakgroep Orthopedagogiek, en in navolging van Van Gennep (Došen, 2005), wil ik in het verder verloop van deze masterproef vanuit een orthopedagogische bril bekijken, met eerder een kijk op de mogelijkheden, krachten en kansen van personen met een verstandelijke beperking en psychische problemen, dan vanuit het deficit denken dat in de literatuur vooral naar boven komt. Hierin zal de context belangrijk zijn, en de ondersteuning die de hulpverlening kan bieden om personen met een handicap een zo goed mogelijke kwaliteit van leven te geven, op maat van de persoon. Dit is ook een reden waarom ik in deel twee van hoofdstuk twee, het wetgevend kader m.b.t GGZ en beleidskeuzes, vooral de nadruk leg op het verdrag inzake de rechten van mensen met een beperking (Verenigde Naties, 2006) en de VN-conventie (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, 2007). In beide is de kern dat mensen met een beperking volwaardige mensen zijn met gelijke rechten. De kwaliteit van leven staat centraal, waardoor de conventie een aantal voorwaarden stelt voor een goede levenskwaliteit. In het analyseren van de resultaten tracht ik deze orthopedagogische bril meer door te laten schemeren.



## HOOFDSTUK 3

# Methodologie van het onderzoek

## 1 Structuur

In hoofdstuk één heb ik reeds de probleemstelling en de daaruit voortvloeiende onderzoeksvragen beschreven. Om tot een goed antwoord te komen op die onderzoeksvragen, achtte ik het belangrijk dat er mensen bevroegd werden die zelf in dat werkveld staan. Op die manier beoogde ik meer zicht te krijgen op de huidige situatie, de noden en de mogelijkheden. Naast het bestuderen van literatuur, vonden er dus ook verschillende kwalitatieve interviews plaats met professionelen uit de sectoren geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de gehandicaptenzorg (GHZ).

Er is voor kwalitatieve interviews gekozen vanwege het exploratief karakter. Een andere reden waarom ik voor kwalitatief onderzoek gekozen heb is omdat dit vertrekt van kwalitatieve data die je bijna alleen maar kan te weten komen door het subject te observeren of te bevragen (Levering & Smeyers, 1999). Er wordt niet vastgehouden aan een structuur, waardoor je als onderzoeker ‘open antwoorden’ aanmoedigt (Van Hove, 2011-2012). Daarmee kan de geïnterviewde een uitgebreid, gedetailleerd en rijk verslag uitbrengen. Dit wil zeggen dat de geïnterviewde zeer bepalend is voor de koers van het interview (Lucassen, 2007). Essentieel is de interviewer zijn of haar talent om gepast in te spelen. De interviewer is een actieve luisteraar (Van Hove, 2011-2012). Het verhaal gebracht door de geïnterviewde kan uitgebreid worden door de actieve luisterhouding van de interviewer. Deze actieve luisterhouding kan verwezenlijkt worden door sterk aan te sluiten bij de boodschappen van de geïnterviewde (Lucassen, 2007).

De keuze voor interviews werd gemaakt met oog op een betere weergave van wat er precies leeft betreffende het thema binnen van de twee sectoren, de GGZ en GHZ. Er werd naar de mening van de geïnterviewden gevraagd omdat zij de ervaringsdeskundigen zijn. Met de inbreng van deze professionelen kan theorie en literatuur gestaafd worden met reële voorbeelden, om zo tot een duidelijker beeld te komen.

Voor de respondenten ben ik eerst en vooral op zoek gegaan naar (psycho)therapeuten die specifiek met de doelgroep van mensen met een verstandelijke beperking en psychische problemen werken. Ik heb voor deze groep van (psycho)therapeuten gekozen omdat zij volop in de evolutie rond het thema zitten, zij ondervinden zelf de verschillende barrières. Als professionelen konden zij mij verschillende perspectieven bieden op het thema. Verder wou ik niet alleen de perspectieven van deze professionelen verwerken in mijn onderzoek, maar was het ook de bedoeling om vanuit het perspectief

van therapeuten die er bewust voor kiezen om niet met de doelgroep te werken in therapie een aanvulling te doen. Ik heb van deze personen echter maar één antwoord gekregen en daar is uiteindelijk ook geen interview uit voortgevloeid. Omdat er toch een tijdsdruk achter zat, heb ik er uiteindelijk voor gekozen om dan enkel met de professionelen die wel specifiek met de doelgroep werken, een zo uitgebreid en goed mogelijk antwoord te vinden op mijn onderzoeksvragen. Via deze waaier aan professionelen wordt er vanuit verschillende perspectieven gekeken naar en geantwoord op de onderzoeksvragen. Zij hebben mij allen stuk voor stuk zeer nuttige informatie gegeven.

Onder de professionelen bevonden zich Erik De Belie (volwassenwerking Lokeren), Gudrun Geyhsen, Magda Hamerijck en Hilde Schotte (PC Sint-Amandus in Beernem), Filip Morisse (Outreach project), Elke Van Linthout (Cgg Brussel), Ariane Delaere (Rccg Eeklo), Els Travers (Cgg Tienen en Project 'Kom Binnen'), An Bauwens (Cgg Halle en Project 'Kom Binnen'), Johan De Groef (VZW Zonneliëd) en Leen Blontrock (Cgg Waas en Dender), Gerd de Belder (De Kanteling) en Gerd Claes (De Kanteling). Verder in dit deel zal van elk van deze participanten de opleiding en (werk)ervaringen weergegeven worden. In totaal heb ik 10 interviews van elk ongeveer een uur afgenomen, dit omdat het interview met Gudrun Geyhsen, Magda Hamerijck en Hilde Schotte tegelijkertijd heeft plaatsgevonden. De interviews vonden steeds plaats in de voorziening waar men werkt, behalve het interview met Erik De Belie wat plaatsvond in de faculteit psychologische en pedagogische wetenschappen. De thema's binnen het interview peilden vooral naar de ervaringen van de respondenten op vlak van de doelgroep zelf, de werkwijze, de structuur en de noden. Voor elk interview waren er een aantal richtvragen, afhankelijk van het verloop van het gesprek werden deze vragen aangevuld met reacties op wat de geïnterviewde inbracht. De vragen zijn terug te vinden in bijlage.

Voor het verwerken van het interview heb ik steeds bij het gesprek gebruik gemaakt van een dictafoon. Op deze manier kon ik achteraf het gesprek helemaal recupereren en een betere analyse maken. Omdat ik alles letterlijk heb kunnen uittypen, zal er doorheen de masterproef naar uitspraken, knelpunten en adviezen die in de interviews naar boven kwamen, verwezen worden in de vorm van citaten.

Om de geloofwaardigheid van een onderzoek te vergroten, is het belangrijk dat er 'member checks' gebruikt worden (Van Hove et al., 2011). Dit heb ik ook gedaan voor mijn resultaten. Tijdens het uitschrijven heb ik de participanten nog enkele keren gecontacteerd via email. Ik voerde een member check uit door aan hen te vragen om het inleidende en kaderende stukje dat over elke persoon geschreven werd, na te lezen. De meerderheid heeft hier op gereageerd. Hierna heb ik ook nog gevraagd of ze akkoord waren met het gebruik van hun naam achter de citaten en of ze ook deze eens wilden nalezen. Op deze manier kon nagaan of ik zo dicht als mogelijk bij de perspectieven van de

participanten gebleven was (Van Hove et al., 2011). Sommigen waren hier mee akkoord, maar er waren ook professionelen die hier niet mee akkoord gingen. Ik heb daarom de keuze gemaakt om geen namen te gebruiken bij de citaten. Enkele professionelen hebben wel hun citaten kunnen nalezen en goedgekeurd.

## **2 De geïnterviewden op een rijtje**

In dit deel worden de geïnterviewden gekaderd vanuit hun opleiding(en), werk en ervaringen. Elke persoon heeft vanuit zijn/haar persoonlijk referentiekader en vanuit de eigen bril een zeer waardevolle inbreng gegeven. Ik wil in dit stuk ieders referentiekader belichten. Op deze manier kunnen ook de citaten gedeeltelijk gekaderd worden, ondanks het feit dat er geen namen gebruikt worden.

### *2.1.1 Erik De Belie*

Erik De Belie heeft een orthopedagogische opleiding genoten. Daarna heeft hij nog Client Centered en Psychodynamische Kindertherapie bijgestudeerd. Hij heeft lange tijd gewerkt in het MPC Sint-Franciscus te Roosdaal. Daarna heeft hij een tijd gewerkt aan de faculteit Psychologische en Pedagogische wetenschappen aan de universiteit van Gent. Vervolgens was hij verbonden aan de consulentenwerking in Sint-Niklaas in het Therapiecentrum. Momenteel is hij als psychotherapeut werkzaam in Hagewinde in Lokeren, een sociaal orthopedagogisch centrum dat opvang, begeleiding, behandeling en onderwijs biedt aan kinderen met GES en/of met een licht tot matige mentale handicap en/of stoornissen binnen het autismespectrum (De Hagewinde, 2012). Verder is hij als orthopedagoog verbonden aan de Volwassenenwerking in Lokeren (Volwassenenwerking Lokeren, 2012).

### *2.1.2 Gudrun Gheysen*

Gudrun Gheysen heeft verschillende diploma's op zak, nl. Opvoedster A2, Maatschappelijk Werker-optie Sociaal Cultureel Werk en Licentiaat Klinische Psychologie. Ze werkt sinds 20 augustus 2002 in PC Sint-Amandus te Beernem bij personen met een verstandelijke beperking en een bijkomende gedrags- en/of psychiatrische problematiek. Ze heeft er eerst als begeleidster gewerkt, vanaf februari 2003 werkt ze er als therapeutische coördinator en klinisch psycholoog.

### *2.1.3 Magda Hamerijck*

Magda Hamerijck is van opleiding Psychiater Psychotherapeut. Ze heeft zich de laatste 10 à 15 jaar toegelegd op de psychiatrische problematiek van mensen met een verstandelijke beperking. Magda is werkzaam in PC Sint-Amandus te Beernem.

#### 2.1.4 *Hilde Schotte*

De basisopleiding van Hilde Schotte is Maatschappelijk Werk, bijkomend heeft ze een therapeutische opleiding gevolgd nl. Experimenteel Cliëntgerichte Psychotherapie. Vanaf 1996 was er de opstart van het psychotherapeutisch samenwerkingsteam waar zij aan deelnam. Het is een project dat initiatieven ontwikkelt in het begeleiden van psychische problematieken bij mensen met een verstandelijke beperking. Hieruit vloeide haar volgende job voort en het ontstaan van het consulententeam 'Ampel'. Momenteel is Hilde werkzaam in Itinera te Beernem. Dit is een begeleidings-behandelingsproject voor geïnterneerde mannen met een verstandelijke beperking (OC-St.Idesbald). Ze is er werkzaam als teamcoach en therapeut.

#### 2.1.5 *Johan De Groef*

Johan de Groef heeft een psychotherapeutische opleiding in de psychoanalyse. Hij heeft een praktijk als analyticus en is tevens voorzitter van de Belgische School voor Psychoanalyse. Zelf geeft hij aan altijd op twee benen gestaan te hebben. Zo is hij op dit moment werkzaam in de sector gehandicaptenzorg aanvankelijk als pedagoog en nu al vele jaren als algemeen directeur in VZW Zonneliëd te Roosdaal, een dienstverlening voor mensen met een handicap. Daarnaast heeft hij altijd in de brede zin van het woord een klinische praktijk gevoerd als analyticus en deelgenomen aan studies verbonden aan de universitaire opleidingen in de psychoanalyse en de psychotherapie (Zonneliëd vzw, 2012).

#### 2.1.6 *Filip Morisse*

Filip Morisse werkt sinds 2009 mee aan het outreach project, wat een pilootproject is van FOD Volksgezondheid. Hij heeft vroeger nog in De Steiger gewerkt, wat een residentiële setting is. Nu werkt hij ambulante-outreaching, wat wil zeggen dat ze naar de omgeving van de persoon gaan om in de natuurlijke context ondersteunen te kunnen bieden. Het doel ervan is eerder om de omgeving te versterken dan rechtstreeks met de persoon te werken. Men gaat kijken waar de 'cliënten' wonen, leven en werken. De doelgroep van dit project zijn personen met een verstandelijke beperking vanaf 16 jaar, die psychische stoornissen en/of gedragsproblemen hebben. (PC Dr. Guislain).

#### 2.1.7 *Elke Van Linthout*

Elke Van Linthout heeft Psychologie gestudeerd. Ze werkt nu als therapeute in het volwassenteam van het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg in Brussel, en werkt er onder meer ook met volwassenen met een mentale en/of meervoudige beperking (Cgg Brussel Vzw, 2008).

### 2.1.8 *An Bauwens*

An Bauwens is van opleiding zowel maatschappelijk werker als klinisch psychologe. Bijkomend volgde ze een vier-jaar durende opleiding systeemtherapie bij Context te Leuven. Op dit moment is ze tewerkgesteld in het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Ahasverus, regio Halle-Vilvoorde, als psychologe. Dit centrum biedt psychotherapie en begeleiding aan personen en hun omgeving bij ernstige geestelijke gezondheidsproblemen. De zorg is opgesplitst in hulpverlening voor jeugd, volwassenen en ouderen en hulpverlening op maat van bepaalde doelgroepen (Ahasverus Vzw, 2012). An werkt halftijds in het gewone kinderteam en halftijds bij Kom Binnen. Kom Binnen richt zich tot kinderen, volwassenen en ouderen met een verstandelijke beperking.

### 2.1.9 *Els Travers*

Els Travers is van opleiding psycholoog en gedragstherapeute. Ze heeft ongeveer vijftien jaar in een centrum voor geestelijke gezondheidszorg op de algemene volwassenenwerking gewerkt. Daar voor had ze al een paar jaar ervaring in een dagcentrum voor volwassenen met een verstandelijke beperking als psychologische functie. Op dit moment is ze werkzaam in het centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg in Vlaams-Brabant Oost vzw en werkt ze met twee andere therapeuten in de 'Kom Binnen'-werking. Daarnaast werkt ze ook halftijds in St. Truiden in een ondersteuningscentrum voor mensen met een verstandelijke handicap, hier heeft ze geen therapeutische, maar een teamondersteunende job in een woongroep van volwassenen met een bijkomende psychiatrische en/of gedragsproblematiek. (CGG Vlaams-Brabant Oost Vzw, 2012).

### 2.1.10 *Ariane Delaere*

Ariane Delaere is van opleiding maatschappelijk assistente. Ook heeft ze een opleiding gevolgd in systeemtherapie en momenteel volgt ze nog een opleiding in creatieve methodieken in Antwerpen. Ondertussen werkt ze drie jaar in het Regionaal Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Deinze-Eeklo-Gent, specifiek voor de doelgroep voor mensen met een mentale handicap, licht tot matig. Zij geeft er psychosociale begeleiding aan de personen met een verstandelijke beperking en psychische problemen en hun omgeving (RCGG Deinze-Eeklo-Gent, 2012).

### 2.1.11 *Leen Blontrock*

Leen Blontrock heeft haar opleiding gehad in Gent, Orthopedagogiek. Daar heeft ze drie jaar gewerkt als assistent aan de universiteit. Verder heeft ze een tijdje in een residentiële setting gewerkt in Welle, in de afdeling de Meander, wat een speciale unit is voor mensen met een verstandelijke beperking. Daarna begonnen ze met consulentenwerking binnen Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Waas en Dender. Ze is er halftijds beginnen werken als coördinator van de consulentenwerking in Oost-Vlaanderen. Daarna is ze drie kwart kunnen beginnen werken in CGG Waas en Dender, in de

consulentenwerking (ambulant, outreach en ondersteuning in vastgelopen situaties). In het begin werkte ze er halftijds in de consulentenwerking en een kwartje therapie. Nu is dit omgedraaid en geeft ze halftijds therapie en werkt ze maar een kwartje meer in de consulentenwerking (CGG Waas en Dender, 2012).

#### 2.1.12 *Gerd De Belder*

Gerd de Belder heeft ergotherapie gestudeerd en is dan beginnen werken in een dagcentrum voor mensen met een verstandelijke beperking. Op een bepaald moment is ze een vierjarige opleiding psychotherapie gaan volgen, meer bepaald interactionele vormgeving, een opleiding die zich wat situeert binnen de integratieve therapie. Momenteel werkt ze ongeveer drie en een half jaar in de Kanteling. Dit is een centrum dat zich specialiseert voor de doelgroep van mensen met een verstandelijke beperking en psychische problemen.

#### 2.1.13 *Gerd Claes*

Gerd Claes is van opleiding maatschappelijk werker en heeft tevens een vierjarige opleiding Gestalttherapie genoten. Ze had in eerste instantie zelf een psychotherapie praktijk voor mensen zonder verstandelijke beperking en heeft dan tien jaar geleden De Kanteling opgestart samen met een collega.



## HOOFDSTUK 4

### Resultaten

In de literatuur is veel te lezen rond onderzoek naar de doeltreffendheid van psychotherapie bij personen met een dubbele diagnose, zie hoofdstuk twee. Ook is er veel geschreven rond de aanpassing van methodes om psychotherapie bij deze populatie doeltreffend te maken, zie hoofdstuk twee deel drie. Maar slechts zeer beperkt is onderzoek terug te vinden waar er gebruik gemaakt wordt van interviews met therapeuten die werken met de doelgroep. Voorlopig is het grootste deel van de literatuur gebaseerd op case-studies en ander empirisch onderzoek. Zoals eerder al vermeld, brengt de theorie mij toch vaak terug naar het medische psychiatrische denkkader. Door middel van de accenten die gelegd werden in de interviews, wil ik echter veel meer het orthopedagogische denkkader naar voor laten komen. Zo ga ik bijvoorbeeld meer nadruk leggen op mogelijkheden, krachten en kansen. Ik heb het gevoel dat het belangrijk is dat therapeuten die specifiek met de doelgroep werken geïnterviewd worden en daarbij bevraagd worden naar hun ervaringen rond wat werkt en wat niet. Ook denk ik dat het belangrijk is om te bevragen bij deze professionelen wat zij als barrières ervaren. Er wordt maar zeer beperkt vanuit de orthopedagogische bril gekeken. Met een orthopedagogische blik op deze situatie wil ik graag wat tegenwicht trachten te vormen tegen het grote individualistische, medisch-psychiatrisch paradigma.

Ik heb getracht om de belangrijkste aspecten vanuit de interviews in enkele hoofdthema's te gieten, dit zullen er uiteindelijk vier zijn. Deze hoofdthema's zullen verder in deelthema's gegoten worden om zo het geheel wat overzichtelijker te maken. Door gebruik te maken van citaten van de geïnterviewden wordt de essentie per thema naar boven gehaald.

#### 1      **Perspectieven van professionelen**

Nu de verschillende referentiekaders van de geïnterviewden geschetst zijn, is het tijd om de bevindingen vanuit de interviews weer te geven. Het interview omvatte negen richtvragen die handelden rond vier grote thema's. Mijn resultaten zal ik structureren in enkele deelthema's om zo het geheel wat overzichtelijker te maken. In de resultaten zal doorgaans al antwoord gegeven worden op mijn onderzoeksvragen, maar ik behoud deze antwoorden tot bij de discussie om er verder op in te gaan. Ik beoog in dit deel vooral de essentie uit de interviews te halen. Het eerste thema gaat over de doelgroep zelf, de keuze ervoor en de ervaring van de professionelen. Het tweede thema handelt over de barrières en knelpunten die ervaren worden. Het derde thema draait rond de vraag 'Wat doen de therapeuten die met mensen met een dubbele diagnose werken anders dan de doorsnee therapeuten?'

Als laatste thema kijken we vooral naar de knelpunten en noden op organisatorisch vlak. Ik ga bij elk thema gebruik maken van citaten uit de interviews.

## 1.1 HET WERKEN MET DE DOELGROEP VAN MENSEN MET EEN DUBBELE DIAGNOSE

Na de vraag naar opleiding en (werk)ervaringen, werd de volgende vraag gesteld “Wat is bij u de aanzet geweest om met deze doelgroep aan de slag te gaan. Was dat een bewuste keuze, of eerder toevallig? En wat trok u dan wel of niet aan aan de doelgroep?”. Omdat ik uiteindelijk enkel professionelen heb kunnen interviewen die specifiek met de doelgroep werken, wil ik met deze vraag nadruk leggen op de aanzet tot werken met de doelgroep.

Drie van de dertien geïnterviewden gaven aan toevallig met de doelgroep in contact geraakt te zijn, en dit om verschillende redenen. Twee van deze personen hadden echter wel al ervaring in het werken met kinderen. Beide hadden in eerste instantie niet de intentie om met mensen met een verstandelijke beperking te werken, maar zijn dan door toevallige omstandigheden toch met de doelgroep aan de slag gegaan. Eén van die twee therapeuten had vroeger in haar vrije tijd wel al ervaring met mensen met een verstandelijke beperking. De andere persoon is een psychiater, tevens de enige psychiater die geïnterviewd werd. Zij vertelde dat er op haar werk het besef ontwikkeld werd dat er therapeutisch kan gewerkt worden met mensen met een verstandelijke beperking en dat daar nood toe er was. Op die manier is zij er mee in gerold:

*“In eerste instantie was de doelgroep voor mij deels onbekend, en misschien zelfs onbemind. Omdat ik niet wist wat ik ermee moest doen, gaf ik het gemakkelijk door aan iemand anders. Door omstandigheden ben ik er dan toch in gerold. In het ziekenhuis waar ik werkte, was er een leefgroep met mensen met een chronische ziekte waaronder ook enkele personen met een verstandelijke beperking. Toen kwam er het besef dat we er eigenlijk iets meer mee konden doen. Zo is de leefgroep ontstaan die op den duur zijn eigen identiteit verworven heeft. Onze directeur bleek toch wel een hart te hebben voor personen met een verstandelijke beperking en stelde voor om er in het ziekenhuis iets specifiek voor te doen. In de leefgroep waar ik toen psychiater was, waren er veel personen met een verstandelijke beperking. Op die manier is dat de kern geworden van onze werking. Na tal van opleidingen ben ik op een andere manier naar de doelgroep gaan kijken. Het is echt een passie geworden en ik doe mijn job erg graag. Ondertussen werk ik alleen nog maar met mensen met een verstandelijke beperking.”*

Een andere therapeute gaf aan er toevallig in gerold te zijn door het aanbod om mee te werken met het project ‘Kom Binnen’:

*“Ik werkte halftijds in een kinderen- en jongerenteam toen ik te horen kreeg dat ik mijn halftijdse job kon uitbreiden door mee te werken aan het project ‘Kom Binnen’. Ondanks ik zelf nog nooit met personen met een handicap gewerkt had, besloot ik om de sprong te wagen. Ik ben van nul begonnen maar ik doe het nu erg graag. Ik zou het zelfs niet meer kunnen wegdenken.”*

De andere tien therapeuten zijn eerder bewust dan toevallig met de doelgroep aan de slag gegaan. Meestal vanuit ervaring in hun opleiding of vrijetijdsbesteding met de doelgroep van personen met een verstandelijke beperking. Drie therapeuten geven aan dat ze vanuit een grote nood aan een juiste ondersteuning voor mensen met een dubbele diagnose zelf zijn gaan zoeken naar een manier om die ondersteuning te kunnen bieden:

*“Vroeger werkte ik ook al in de GHZ, op de sociale dienst. Het motto van de dienst was: ‘Heb je een vraag, dan stel ze maar’. Vanuit die vraag begonnen wij dan te begeleiden. Daardoor was de werking erg divers. Met bepaalde vragen kon ik helemaal niet aan de slag. Er was geen begeleidingsorganisatie die er specifiek mee te maken had. Dus moesten we op zoek gaan naar de juiste manier van werken. Wat pakt er hier? Wat is een goed antwoord op het probleem? Ik kwam dan vaak terecht bij psychiatrie. Maar twintig jaar geleden had psychiatrie nogal een negatieve conotatie. Ik voelde me soms zelfs een beetje schuldig dat ik mensen had doorverwezen. Maar ik voelde dat ik zelf niet verder kon met die personen. Toen heb ik besloten om een therapeutische opleiding te volgen, en daarbinnen heb ik gezocht naar een antwoord op de vraag ‘Hoe kan ik zelf precies werken met die bepaalde doelgroep?’. De persoon die me opleidde, is een grote steun geweest omdat ik zowat de enigste was die met personen met een verstandelijke beperking werkte. Mijn eindwerk heb ik gebaseerd op deze problematiek en zo ben ik gaandeweg in het CAW terecht gekomen en ben ik er verder in geëvolueerd.”*

*“Als begeleider in een dagcentrum begon ik te merken dat er eigenlijk weinig tijd was om dieper in te gaan op de problemen van mensen. In 1984-85 keek iedereen nog heel anders naar de zorgsector. (...) Daar is het idee gegroeid dat personen met een verstandelijke handicap, net zozeer als andere mensen, psychische problemen kunnen hebben. De geestelijke gezondheidszorg vormde een grote brug naar dat idee, want er waren geen mensen die gespecialiseerd waren in een specifieke therapie voor mensen met een verstandelijke beperking. Het begon al snel te dagen dat er een groot tekort was op dat vlak, dus ben ik een vierjarige opleiding Psychotherapie gaan volgen. Dus mijn kennis rond de doelgroep en de psychotherapie in het algemeen.”*

*“Ik heb altijd een eigen praktijk gehad. Daarnaast had ik ook nog een zoon en een broer met een beperking. Mijn broer had wel psychologische hulp nodig en kon die krijgen, maar niet van mij want ik ben zijn zus. Doordat ik zo hard op zoek was, ben ik uitgekomen bij een voorstelling van een*

*eindwerk van iemand die psychotherapie gaf aan personen met een verstandelijke handicap. We zijn aan het babbelen geraakt en zij vroeg zich af van waar mijn interesse kwam. Ik vertelde haar over mijn opleiding als psychotherapeut, over mijn zoon en mijn broer. Zij was het die me toen aanspoorde om zelf psychotherapie te geven aan die bepaalde doelgroep. Ik had er zelf nog nooit zo ver over nagedacht omdat het zo dicht op mijn vel zit. Uiteindelijk ben ik dan zelf gaan uitzoeken of ik dat wel kon en wou. Er was tenslotte nog niet zoiets gelijksoortigs. Samen met een collega heb ik dan De Kanteling opgestart.”*

Een andere therapeute is vanuit een ander perspectief met deze doelgroep aan de slag gegaan:

*“Vroeger heb ik altijd als kind in speelpleinwerking Oranje gezeten, een organisatie voor kinderen en jongeren met of zonder handicap. Later ben ik daar dan ook als begeleidster aan de slag gegaan. Van daaruit is mijn passie voor de doelgroep dus gegroeid. Ook tijdens een gelijkaardige stage op een jeugddienst voor kinderen en jongeren met en zonder handicap heb ik veel ervaring opgedaan en meer interesse gekregen in de doelgroep. Het werk schrikt me dus zeker niet af, maar daagt me juist uit.”*

Opvallend is dat de mensen die meer bewust gekozen hebben om met deze populatie aan de slag te gaan, wel al ervaring hadden met de mensen met een verstandelijke beperking, maar vaak geen specifieke (erkende) psychotherapeutische opleiding hadden.

Een van de therapeuten geeft hier een kritische bedenking over:

Dus de aanzet om met de doelgroep aan de slag te gaan is zeer afhankelijk van persoon tot persoon. De meerderheid heeft er ook bewust(er) voor gekozen. Maar het laatste citaat zet toch aan tot nadenken.

## 1.2 BARRIÈRES TOT TOEGANG IN DE GGZ VOOR MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING

Hoewel uit het vorige deel blijkt dat toch de meerderheid van de participanten bewust(er) gekozen heeft om met de doelgroep te werken, schijnt er toch nog een zeker tekort te zijn aan psychotherapeuten voor de doelgroep van mensen met een verstandelijke beperking. Wat maakt het dan zo moeilijk/anders om met deze groep te werken? Dat is iets wat in dit volgende thema nader belicht wordt. Niet specifiek in de vraag maar wel in de antwoorden.

Een volgende vraag was ‘Er is een beperkte toegang voor personen met een verstandelijke beperking in de GGZ en dit ondanks de hogere prevalentie van psychische problemen. Welke barrières denkt u dat hier aan de grondslag kunnen liggen?’ Dit is tevens een van mijn onderzoeksvragen waar ik zeker een antwoord op gekregen heb, maar hier wordt verder op ingegaan in hoofdstuk vier.

Na het afnemen van de interviews kunnen we deze vraag eigenlijk opsplitsen in twee delen. Deze opsplitsing is eerder ook al gemaakt in de literatuurstudie. Aan de ene kant heb je de barrières die vooral voortvloeien vanuit de therapeuten zelf, barrières die doorsnee therapeuten tegenhouden om met de doelgroep te werken. Aan de andere kant zijn er barrières vanuit de personen met een verstandelijke beperking. Hiernaast zijn er nog barrières die zich op macroniveau bevinden, nl. de structurele barrières.

## 1.2.1 *Barrières vanuit (doorsnee) therapeuten*

### 1.2.1.1 Visie

*“Laat maar slapen eh, laat het maar doen, laat het maar zo.”*

Eén van de therapeuten geeft met deze zin weer op welke manier zij opgevoed/opgeleid is naar de visie over personen met een dubbele diagnose. Ik geef dit citaat als eerste weer omdat bij de vraag naar barrières, meestal als eerste de visie van mensen op deze populatie ter sprake kwam. Ik wil er op wijzen dat deze visies niet de visies zijn van de geïnterviewden, maar in het algemeen van de mensen in de maatschappij. De citaten wijzen vooral op de manier waarop er vroeger vooral gedacht werd over de populatie, het zal ook duidelijk worden dat er een evolutie zichtbaar is in dit denken. Enkele andere voorbeelden:

*“Bij mijn collega’s is er vaak nog het idee dat je voor een mentaal gehandicapte moet zorgen, en je er niks anders mee kan doen.”*

*“Er werd vaak gedacht dat je met mensen met een IQ lager dan 90 niets kon doen.”*

*“Vroeger werd er gezegd dat het onmogelijk was om te werken met mensen met een verstandelijke beperking. Je moest er niet aan beginnen.”*

*“Als je kijkt naar onderzoek dat werd gedaan rond de behandeling, dan worden mensen met een verstandelijke handicap of met een IQ lager dan 80 vaak uitgesloten. Die onderzoekers geloven dus echt dat je een bepaalde intelligentie moet hebben om in therapie te kunnen.”*

*“Mensen die wat ouder zijn hebben nog altijd het idee dat je als therapeut niks kan bereiken met personen met een verstandelijke beperking. Het is volgens hen niet eens echte therapie.”*

De therapeut van dit laatste citaat geeft er ook meteen een soort van antwoord op, waarin ze als het ware pleit voor een grotere bewustwording. Zo zegt zij:

*“Ik denk dat je mensen moet duidelijk maken dat psychotherapie wel degelijk kan helpen bij personen met een verstandelijke beperking.”*

Gelukkig is dus deze visie de voorbije tien jaar min of meer veranderd. Er blijven echter wel nog enkele grote barrières vanuit therapeuten zelf die de toegang tot de GGZ beperken voor mensen met een verstandelijke beperking. De visie is dan wel veranderd, maar daarom niet altijd ook ‘het gevoel’ van de therapeuten ten opzichte van mensen met een verstandelijke beperking.

#### 1.2.1.2 Gevoel

Een barrière die ook veel ter sprake kwam gedurende de interviews was deze van de tegenoverdracht en de weerstand die therapeuten (die het niet gewoon zijn om met mensen met een verstandelijke beperking te werken) kunnen ervaren met de doelgroep. Het gaat hier bijvoorbeeld over een soort van schroom, schrik, etc.. Zowel voor het gedrag van de persoon zelf als voor het onbekende, niet weten hoe er mee om te gaan. Ik geef enkele voorbeelden van wat de geïnterviewden hierover vertelden:

*“Als je therapeutisch wil werken met personen met een verstandelijke beperking, dan zou je je moeten afstemmen op wie die persoon is, wat die zijn mogelijkheden zijn en welke de beperkingen zijn. De grootste weerstand daar is van de kant van de therapeut, nl. de tegenoverdracht in analytische zin: Hoeveel weerstand heb ik om met zo’n mensen te werken? En heb ik daar schrik voor? Je zou kunnen verschieten hoeveel die angst mee speelt. Niet in de zin van dat ze agressief zouden zijn, maar eerder van ‘wat moet ik er mee doen?’, ‘ik ga hen niet verstaan’. Het gaat soms zelfs zo ver dat je je afvraagt ‘als zij in mijn wachtzaal zitten, wat gaan de andere patiënten er dan van denken als die bijvoorbeeld in zijn broek plast?’. Zo zijn er een aantal fenomenen die enorm veel weerstand bieden bij therapeuten om met die specifieke doelgroep te werken.”*

*“Volgens mij zijn er maar heel weinig mensen die zich kunnen openstellen om te werken met die specifieke doelgroep.”*

*“Het is een doelgroep waar je voor moet kiezen. (...) Dat komt vooral doordat het onbekende vaak onbemind is. Dan begin je vaak te denken dat het niet zal lukken en dat je niet kan werken met personen met een verstandelijke beperking.”*

*“Er zijn veel mensen die denken dat je met die doelgroep niets kan aanvangen. Dat is vaak omdat het buiten hun kader ligt. Je moet die mensen met een handicap ook graag kunnen zien. Want het is ook anders, vreemd.”*

*“Niet elke therapeut heeft affiniteit met de doelgroep. Niet elke therapeut wil werken met mensen met een verstandelijke beperking omdat ze zich niet voldoende uitgedaagd voelen. Het is ook echt een volledig andere manier van werken.”*

*En dan wordt er nog gesproken over schroom, een beetje ook naar de andere mensen in de wachtzaal bijvoorbeeld.*

*“Als iemand met een beperking in de wachtzaal zit, waar ook mensen zonder beperking zitten en deze persoon gaat naar het toilet, maar laat de deur open. Dan denk ik toch ook wel even van ‘oei, wat moeten die andere mensen daar nu wel niet van denken?’.”*

Iemand zegt nog:

*“Naarmate je als therapeut je meer vertrouwelijker gaat voelen met personen met een handicap, zal die weerstand stilaan wegvallen. Dat komt vooral door de ervaringen die je op doet.”*

*“Filosofen zeggen vaak dat we allemaal kind van onze tijd zijn. Dus we zouden kind zijn van een bepaalde levens- en denkvorm. Tot op een bepaalde periode ging men er van uit dat personen met een handicap geen geestelijke gezondheidsproblemen konden hebben. Niemand had daar ooit eerder bij stilgestaan. Vroeger werden personen met een handicap nog ‘zwakzinnigen’ genoemd. Alsof zij te zwak van zinnen zouden zijn om zich vragen te stellen. Het is net hetzelfde als bij kindertherapie. Iedereen denkt dat kleine kinderen zich geen zorgen kunnen maken, laat staan dat zij geestelijke gezondheidsproblemen zouden hebben. Dat is allemaal een recent fenomeen, doordat men nu pas beseft dat wij misschien nog meer gedreven worden door dingen die allesbehalve met de rede te maken hebben. (...) Dus in die zin is dat, denk ik, een maatschappelijke ontwikkeling. Er zijn openingen gegroeid in onze levens- en denkvorm. Ook mensen met een handicap zijn mensen die met bepaalde problemen worstelen een waarbij psychotherapie mogelijk én effectief kan zijn. Zo is die beweging geleidelijk aan op gang gekomen.”*

Dus zoals hierboven ook al werd aangegeven, kunnen we toch stellen dat er een verschuiving is in het denken en voelen ten opzichte van personen met een beperking, maar het is maar een verschuiving die geleidelijk op gang komt.

### 1.2.1.3 Gebrek aan creativiteit en expertise

De uitdaging tot creativiteit wordt ook een aantal keren genoemd als mogelijke barrière.

*“Je hebt geen expertise door de opleiding, en daarbij komt ook dat je creatief moet zijn om te zoeken naar de juiste manier om met de personen te werken.”*

*“Je wordt natuurlijk wel uitgedaagd op vlak van creativiteit. Maar ook op vlak van de therapie zelf kan dat uitdagend zijn.”*

Dit kan echter ook geplaatst worden binnen het pakket van de opleiding wat verder bij ‘structurele barrières nader bekeken zal worden. Wel zijn er, en zo zegt ook iemand in een interview, een aantal (specifieke) creatieve opleidingen die ook bruikbaar zijn voor de doelgroep.

*“Omdat men in de opleiding geen aandacht schenkt aan deze doelgroep, leert men natuurlijk ook geen creatieve manieren om ermee om te gaan. Maar daarvoor bestaan verschillende goede creatieve opleidingen. Dus het mag geen reden zijn om niet met de doelgroep te werken. Er zijn bijvoorbeeld ook kortdurende opleidingen of workshops die de creativiteit stimuleren en waarmee je heel wat kunt doen binnen de specifieke doelgroep.”*

#### 1.2.1.4 Verwachtingen

Een volgende barrière wordt gevormd door de verwachtingen die gesteld worden, en om te beginnen al de verwachting rond de aanmelding. Een therapeut zegt bijvoorbeeld dat de verwachting van therapeuten dat de zorgvrager zichzelf aanmeldt voor een hoge drempel zorgt bij deze populatie.

*“De aanmeldingsprocedure voor de doelgroep in de CGG’s is totaal verschillend van de standaardprocedure. Ik werk bijvoorbeeld met volwassenen. Als ik de vergelijking maak met een algemene volwassendienst wordt er verwacht dat de cliënt, degene met het probleem, zelf contact opneemt met CGG. Als er iemand anders belt voor de persoon in kwestie, wordt er gevraagd dat de persoon zelf belt. Zo test men een beetje de motivatie: ‘Heeft die persoon zelf een hulpvraag?’. Voor de doelgroep verstandelijke handicap, werd die procedure een beetje aangepast.”*

Dit punt kwam toch een aantal keren aan bod tijdens de interviews. Er werd in dit opzicht vooral aandacht geschonken aan de context en verder aan de eerste vier sessies. Hier zal in een ander thema verder op in gegaan worden. Nu er naar de context verwezen is, kunnen we het hebben over de volgende barrière.

#### 1.2.1.5 Context

Een andere therapeute haalt aan dat bij het werken met deze doelgroep verwacht wordt dat men zich flexibel kan opstellen om met de context te kunnen werken.



*“Therapeuten die het niet gewend zijn, moeten zich toch wel wat flexibel kunnen opstellen om met de context te werken. Dat is een erg gevoelig thema, bijvoorbeeld naar privacy toe, naar de vertrouwensrelatie toe. Het is echt wel een beetje een andere benadering van therapie.”*

*“Een ander probleem vormt de confrontatie met heel die context. Therapeuten zijn vooral gewend om face-to-face met de persoon zelf te werken. De context erbij betrekken, vergt veel moeite. Wij starten meestal met begeleiders. Of de ouders worden erbij betrokken, of iemand anders. Dat vraagt een andere kijk op therapie.”*

Het werken met de context lijkt echter niet zo vanzelfsprekend te zijn, wat we ook weer voor een stuk zouden kunnen plaatsten binnen het concept van de klassieke opleidingen. Daarbinnen krijgt de context minder de aandacht.

## 1.2.2 *Barrières vanuit een persoon met een verstandelijke beperking*

### 1.2.2.1 *Afhankelijkheid*

De meest besproken barrière is hier toch wel de grote afhankelijkheid van ondersteuning, omgeving en context. Een van de therapeuten maakt bijvoorbeeld duidelijk dat omwille van hechtingsproblemen het soms moeilijk is voor mensen met een verstandelijke beperking om ondersteuning te aanvaarden:

*“Bij mensen met een verstandelijke beperking wordt vaker gewerkt vanuit de vraag ‘Hoe kan jij gebruik maken van de ondersteuning die aangeboden werd?’. Omdat die ondersteuning vaak het probleem vormt en omdat bijvoorbeeld vanuit hechtingsproblemen mensen ondersteuning gaan bekampen.”*

Maar er waren ook nog andere visies, bijvoorbeeld:

*“Mensen met een handicap zijn erg afhankelijk van hun omgeving. Dat speelt natuurlijk ook mee. Wat er leeft bij de omgeving is volgens mij ook een zekere barrière.”*

### 1.2.2.2 *De verwijzing*

Een andere barrière is de verwijzing. Deze is een beetje dubbel omdat die ook al in het vorig deeltje ‘Barrières vanuit therapeuten’ besproken werd. Het sluit, naar mijn inzien, voor een stuk aan bij de vorige barrière. De toeleiding tot therapie is moeilijker.

*“Mensen zonder verstandelijke beperking komen meestal vrijwillig of via de huisarts in therapie terecht. Het is moeilijker om mensen met een verstandelijke beperking zo ver te krijgen.”*

*“Je hebt een eerste fase waarin je de cliënt tot bij jou moet krijgen. Je moet de aanmelding aannemen van de omgeving, maar wel vrij snel met de persoon zelf gaan werken. Omdat er toch wel vaak een verschil is tussen wat de verwijzer als problematisch aangeeft, en wat de cliënt zelf ervaart. Maar dat hoeft niet noodzakelijk op voorhand uitgeklaard te worden. Het is geen voorwaarde dat de cliënt bij het binnenkomen al meteen een hulpvraag klaar heeft.”*

De verschillende participanten hebben het hier ook over het feit dat de hulpvraag vaak anders is, laat staan dat de persoon met een beperking echt weet wat ze in therapie komen doen. Ook hier wil ik verwijzen naar een volgend thema dat hier verder op zal inpikken.

Door iemand anders wordt er nog een ander aspect belicht wat ook aansluit op de grote afhankelijkheid, nl. de vaak beperkte mobiliteit van een persoon met een beperking.

*“Er zijn veel mensen die niet tot hier geraken, vaak ook personen met een meervoudige of mobiele handicap.”*

#### 1.2.2.3 Generaliseren en transfer

Een ander probleem dat meerdere keren aangehaald wordt, is dat mensen met een verstandelijke beperking moeilijker kunnen generaliseren.

*“Wat personen met een verstandelijke beperking hier leren, nemen ze moeilijk mee naar huis of de voorziening. Ze kunnen het moeilijk vertalen naar de dagelijkse context en naar de omgeving.”*

*“Ze hebben vaak problemen met het generaliseren van bepaalde dingen. Als ze bijvoorbeeld met vriendin A een conflict hebben en er gebeurt een gelijksoortig conflict met vriendin B, dan ga je alles opnieuw moeten uitleggen. Je moet dus deels vanaf nul beginnen om het conflict met vriendin B te kunnen oplossen. Wat ze eerder al leerden bij vriendin A, kunnen ze dus niet opnieuw toepassen bij vriendin B.”*

Een andere therapeut zegt bijvoorbeeld nog:

*“Een van de problemen bij mensen met een verstandelijke beperking, is de transfer. Iets wat in een gesprek gezegd wordt, kunnen ze niet altijd in de praktijk omzetten. Daar hebben ze ondersteuning nodig. Het overzien van die transfer naar de realiteit is een heel belangrijk thema. Dat is iets wat je veel actiever moet doen bij mensen met een verstandelijke beperking dan bij mensen die normaal begaafd zijn.”*

#### 1.2.2.4 De sociale glimlach en het sociale antwoord

Tijdens de interviews sprak men over de ‘sociale glimlach’ of het ‘sociaal antwoorden’ als barrière. Hierbij speelt de context weer een heel grote rol. Een voorbeeld:

*“De moeilijkheid bij mensen met een verstandelijke beperking is dat sommigen geleerd hebben om te glimlachen en te volgen.(...) het trauma van de voorwaardelijkheid: ze hebben geleerd om aan de verwachtingen van anderen te voldoen. Als je hen vraagt ‘Wil je therapie volgen?’ dan antwoorden ze hierop bevestigend omdat ze braaf willen zijn. Een ‘aangepaste ja’ zou zijn: ‘Ik wil therapie volgen omdat jij vriendelijk bent voor mij of omdat mijn ouders/begeleiders dat willen.’ Het is belangrijk om te zoeken naar een ‘aangepaste ja’, wat wel langer kan duren bij mensen met een verstandelijke beperking.”*

*“Ik denk dat het dat is voor hen. Iedereen denkt ‘in plaats van’ en eigenlijk hebben zij zelf ook wel heel veel ideeën van hoe het zou moeten zijn. Dan zorg je ervoor dat je dat een plaats geeft en zegt van: ‘Zeg maar, werk maar, doe maar.’”*

#### 1.2.2.5 Zicht op therapie(doel)

Het vorige deelthema hangt samen met de manier waarop personen met een verstandelijke beperking kijken naar therapie en naar de therapeut. Word jij gezien als therapeut of eerder als bezoeker, of iemand waar ze een pot koffie komen drinken? Dit slaat in principe op de barrière van het niet kennen van het therapiedoel, niet weten wat therapie echt inhoudt. Dit zorgt ervoor dat er wat meer tijd gestoken moet worden in de eerste vier sessies om het doel duidelijk te maken en om samen te gaan zoeken naar de betekenis van therapie voor het individu.

Een van de therapeuten geeft dit ook duidelijk aan tijdens het interview:

*“Wat is therapie voor hen? Voor veel van de mensen waarmee ik therapeutisch werk, vind ik persoonlijk, betekent het vaak de pot koffie die ze komen drinken of de individuele aandacht die ze dan krijgen. Of ze nu altijd voor 100 % door hebben waarom ze hier werkelijk zijn, weet ik niet. De reden waarom ze naar mij komen, wordt wel benoemd, maar ik denk niet dat dat voor hen de hoofdoorzaak is.”*

#### 1.2.2.6 Het afbouwen van therapie

Een andere barrière die hier ergens ook uit voortvloeit is dat het vaak moeilijker is om therapie af te bouwen. Het is een doelgroep die meer dan in andere groepen vastgehouden moet worden. Als jij een persoon bent waar men wekelijks zijn koffie kan gaan drinken, iemand bent die naar hem/haar luistert, iemand waarmee ze contact hebben omdat ze met niemand anders contact hebben dan is het heel erg

belangrijk om te gaan zoeken met die persoon op welke manier je het contact, de context en het netwerk kan uitbreiden. Daarom is de context een heel belangrijk aspect.

*“Een van de barrières waarop we gestoten zijn, is het afbouwen van de therapie. Als we willen afbouwen, krijgen ze er plots nieuwe problemen bij. Ze willen dit alles niet loslaten en daarin spelen de privileges ook een grote rol. In de voorziening mogen ze wel op stap gaan om naar hier te komen en hier krijgen ze een uur individuele aandacht, wat anders allemaal niet mogelijk is in de voorziening. Daarom blijven de mensen zo graag komen en wordt het dus heel moeilijk om af te bouwen.”*

#### 1.2.2.7 Beperkt inzicht

Een ander knelpunt is nog dat ze moeilijker tot inzicht kunnen komen, bijvoorbeeld in de eigen problematiek of in de vraagstelling. Mensen met een verstandelijke beperking hebben het vaak ook moeilijker met het leggen van linken. Gesprekken zijn vaak ook minder diepgaand en het is vaak minder evident om gevoelens te begrijpen.

*“(…) dan bots je toch wel op het aspect van verstandelijke beperking. Het is moeilijker om naar inzicht en zelfreflectie toe te gaan zeggen van dat is mijn probleem. En iemand met een verstandelijke beperking zal nog veel minder snel hulp gaan vragen.”*

*“Als ik in een therapeutisch gesprek iets vraag dan weten mensen zonder beperking meestal wel waar ik naar toe wil. Terwijl je bij mensen met een verstandelijke beperking veel meer dingen moet uitleggen. Ook is het belangrijk om daarbij dingen in hun context te gaan begrijpen.”*

Een therapeut geeft een kritische bedenking op het feit dat doorsnee therapeuten denken dat omwille van het beperkte inzicht, dat ze daardoor niet met mensen met een verstandelijke beperking kunnen werken. Zij zegt:

*“Soms vragen mensen mij na een therapeutisch proces met iemand die net afgerond is ‘hebben die wel volledig begrepen wat er veranderd is?’. En dan denk ik van ‘nee, zeker niet. Er zijn hier cliënten die gestopt zijn die niet zouden kunnen vertellen wat hun precies geholpen heeft. Maar toch zijn ze geholpen’. Mensen hebben heel vaak de kritiek dat mensen met een verstandelijke beperking geen inzicht hebben waardoor je niet inzichtelijk kunt werken. Volgens mij is het niet nodig om verandering te krijgen, het is nodig om stil te staan rond de beleving van de cliënt, rond zijn betekenissen, om ze zo een stuk vooruit te helpen.”*

Verder werd nog een aantal keren aangehaald dat het therapieproces trager gaat, dat er veel meer tijd nodig is om progressie te maken.

#### 1.2.2.8 De communicatie

De communicatie wordt niet direct als barrière besproken, omdat communicatie breed gezien moet worden: zowel verbaal als non-verbaal. Er zijn veel methoden om te communiceren, en dat is heel afhankelijk van persoon tot persoon.

*“Ik merk dat, wanneer wij spreken, wij ons tempo naar beneden halen. We gaan het veel simpeler uitleggen. Ook in veel kleinere stappen. Je moet soms gewoon heel kort en heel sec kunnen zeggen waarover het gaat.”*

*“Mensen met een beperking hebben eerder de neiging om hun gevoel uit te drukken in gedrag, bijvoorbeeld met somatiseren. Terwijl wij, mensen zonder mentale handicap, doorgaans meer woorden hebben om iets aan te geven. Ik denk dat het onze taak is om woorden te geven en dan samen te gaan zoeken naar het gevoel achter het gedrag dat ze stellen.”*

*“Je moet kijken naar de persoon en hoe je die communicatief kunt ondersteunen.”*

*“Om het communicatieproces te ondersteunen werk ik bijvoorbeeld heel veel met foto's, prenten, voorwerpen of rituelen. Ik merk dat die dingen wel helpen. Maar het is wel een voorwaarde dat je uw taalgebruik wat aanpast aan hun niveau. Dat is altijd wel wat zoeken. Sommige mensen zijn verbaal wel sterk, maar dan merk je toch dat het inzicht en het performatiële veel lager ligt. Wanneer dat is, moet je oppassen dat je niet in de valkuil trapt en dat je dus geen te hoge verwachtingen gaat stellen.”*

#### 1.2.3 Structurele barrières

##### 1.2.3.1 Opleidingen

Een andere grote barrière kunnen we plaatsen bij het aspect van de opleiding(en).

De psychiater die geïnterviewd werd, zegt bijvoorbeeld:

*“In onze opleiding mankeert het ook een beetje dat er niet over personen met een beperking gesproken wordt.”*

Een andere participant geeft aan dat het een heel belangrijk element is omdat het iets zegt over het probleem zelf. Het feit dat er in algemene zin geen specifieke opleiding is voor psychotherapie voor mensen met een verstandelijke beperking, op die manier kan je mensen in principe ook niet warm maken om met deze doelgroep te werken. Hij zegt:

*“Voor uw onderzoek vind ik het belangrijk om te benoemen dat van de mensen die jij opnoemt, de meeste daarvan ken ik ook, maar daarvan zijn slechts een beperkt aantal mensen met een erkende opleiding in een of andere psychotherapeutische richting.”*

*“Als ik het heb over de reguliere psychotherapieopleidingen dan kan je globaal altijd zeggen; ofwel is dat gedragstherapeutisch, ofwel systeemtherapie en gezinstherapie, ofwel is dat experiëntiële therapie, wat vroeger de Freudiaanse opleiding was en de psychoanalytische. Daarnaast iets wat je klassiek hoort is de contextuele, ik noem dat een variant van eigenlijk de systeem therapeutische en veel systeem therapeutische opleidingen zijn nogal psychodynamische opleidingen. Maar goed je hebt toch maar een beperkt aantal langdurige opleidingen en voor die vier klassieke opleidingen die aan universiteiten gegeven worden, vraagt men normaal dat men een masteropleiding heeft. Dat is het probleem ter velde in de centra geestelijke gezondheidszorg, waar men ziet dat bepaalde opleidingen ook openstaan voor niet-masters {...}. Maar dus tot op heden is het beroep van psychotherapeuten, iedereen kan dat zijn, met alle gevolgen van dien. Of dat nu voor gehandicapten of voor andere mensen is, iedereen mag zich therapeut verklaren. Ik denk dat maakt een groot verschil. Dat is dan het eerste element.”*

Nog andere therapeuten zeggen:

*“In de opleiding wordt er heel weinig aandacht besteed aan deze doelgroep. Onterecht, want er is toch een grote prevalentie.”*

*“Volgens mij is het wel dat wanneer je als psychotherapeut bent afgestudeerd en je nog nooit met deze specifieke doelgroep gewerkt hebt, het moeilijk is om daarvoor te kiezen. Ik denk dat je dan je doelen veel te hoog gaat stellen. Je moet ervoor zorgen dat je niet ineens veel te veel verwacht. En daarbij mag je niet te moeilijke taal gebruiken.”*

*“De grootste barrière voor mij is het niet kennen van de doelgroep. In een therapeutische opleiding wordt geen specifieke aandacht geschonken aan therapie voor deze doelgroep. Er zijn tal val therapieën voor andere doelgroepen, maar geen enkele voor personen met een verstandelijke beperking. Geen enkele opleiding heeft door basismodules voor. Veel therapeuten kennen die doelgroep niet, hebben er geen ervaring mee en weten dan ook niet goed hoe ze tegenover die doelgroep moeten staan. Een beetje koudwatervrees. Ze zijn bang dat ze de mensen niet kunnen inschatten, bijvoorbeeld qua mogelijkheden. En dan gaat het niet lukken. Ofwel betuttelen ze de personen met een beperking te veel, ofwel te weinig.”*

Dit slaat op het feit dat de opleidingen niet aangepast zijn aan de doelgroep. Ze komen te weinig aanbod om expliciet een expertise rond de populatie uit te bouwen.

*“In de therapieopleiding vertrekt men vanuit het idee dat de cliënt zelf het gesprek moet leiden en zelf de thema’s naar boven haalt. Zo werkt het vaak niet. Soms moet je zelf ook wat inbrengen, zonder dat je het volledig gaat sturen.”*

Hoewel men pleit voor meer erkenning voor mensen met een verstandelijke beperking binnen een psychotherapeutische opleiding, kijken twee therapeuten met kritische blik naar zo een bijzondere opleiding:

*“Het is nogal een inclusieve manier van werken wanneer een psychotherapieopleiding, een algemene opleiding is. Los daarvan zou ik niet pleiten voor een bijzondere therapieopleiding voor mensen met een verstandelijke handicap. Maar dat wil niet zeggen dat ik het geen goed idee zou vinden als algemene therapeutische opleidingen zich er wat meer op zouden toespitsen. Ze moeten de twee richtingen uitgaan, dat verruimt ook meteen de blik.”*

*“Vroeger was er geen erkenning, nu heeft inzicht in de doelgroep geleid tot toenemende specialisatie. Maar moet er wel specifieke specialisatie zijn? Als er voor elke groep een specialisatie is, gaan andere groepen de deuren sluiten voor de specifieke doelgroep; ‘Ik kan daar niets mee doen, jullie zijn de specialisten’. Zo zijn er bijvoorbeeld twee gevolgen wanneer er specialisatie is: doorschuiven omdat het niet meer gaat (is eigenlijk negatieve visie) of er komen verwachtingen die eigenlijk niet kloppen met de realiteit (ook specialisten kunnen niet alles alleen oplossen). Een bijwerking van specialisatie is dus: als er specialisatie is dan moet de rest het niet meer doen.”*

Uit het vorige kunnen we afleiden dat er een nood is aan een aangepaste opleiding of eerder een aanpassing in de opleidingen waarbij meer aandacht wordt geschonken aan de doelgroep

### 1.2.3.2 Organisatie van ons zorgsysteem

Twee therapeuten haalden als volgende barrière het probleem van de dubbele diagnose aan. Dit maakt het moeilijk om te beslissen waar de persoon thuis hoort. In de GGZ verwijzen ze door naar de GHZ omdat ze een verstandelijke beperking hebben, terwijl ze in de GHZ doorverwijzen naar de GGZ omdat ze ook een psychische problematiek hebben.

Zo zegt iemand : *“In de psychotherapeutische opleidingen kwamen mensen met een handicap niet aanbod. Daarom is er altijd sprake geweest van ‘een dubbele diagnose’. Mensen met een handicap met psychische problemen zitten tussen twee stoelen. In de gezondheidssector zegt men ‘dat is iemand met*

*een handicap, dat is niet voor ons', en in de gehandicaptenzorg zegt men 'dat zijn psychische problemen, daar weten wij ook niet goed blijf mee'.*"

*"De vraag 'Wat neemt nu de bovenhand?', maakt het zo moeilijk. Is het de mentale beperking of is het de psychische stoornis. Dan moeten we een beetje zoeken waar iemand thuis hoort, bijvoorbeeld in beschermd wonen in de VAPH-sector of in beschut wonen van een psychiatrisch ziekenhuis? Men vraagt zich af bij wie die persoon gaat wonen en wie deze persoon gaat opnemen."*

Er is een therapeute die tijdens een interview niet enkel de visie van (doorsnee) therapeuten belicht, maar zij haalt ook de visie van het beleid aan. Deze visie is een grote barrière tot de toegang voor mensen met een verstandelijke beperking tot de therapie.

*"Het blijft een groep die niet inde markt ligt. Men heeft in de geschiedenis veelal vanuit een caritas gedacht, waardoor er veel zorg ontwikkeld is. Maar die zorg was er niet rond de psychische zorg. Er is wel een goede ondersteuning rond de medische zorg, er is een heel goede ondersteuning in vrijetijd en ook rond seksualiteit is er veel meer ondersteuning. Maar rond de psychische problematiek, is dat er maar zeer weinig. Die mensen worden blijkbaar niet depressief, die rouwen niet,... Als ze dan een bijkomende psychische problematiek hebben, dan is dat alleen maar op te lossen met medicatie. Dat is zo nog altijd wel heel erg gangbaar. Men gaat er echter nog vanuit dat wanneer iemand geen gesprek kan voeren, dat er niets nodig is van zorg. Terwijl dat er bijzonder veel mogelijk is, maar je moet gaan zoeken naar methodieken. Dus het beleid staat daar niet voor open."*

### 1.2.3.3 Wachtlijsten

Het probleem van de wachtlijsten is bijna bij elk interview ter sprake gekomen. Vandaar dat het belangrijk is dat dit aspect niet vergeten wordt, het is tevens een van de grootste barrières. Ik ga het probleem van de wachtlijsten opnieuw weergeven aan de hand van de citaten, op deze manier wordt het duidelijk hoe de professionelen dit knelpunt ervaren.

*"In ambulante centra en centra GGZ zijn er hele grote wachtlijsten en dit zorgt voor een druk. Als bijvoorbeeld iemand een twee keer niet afkomt naar een therapie sessie dan wordt de begeleiding geschrapt, waardoor iemand anders van de wachtlijst kan intreden. Ik heb ook gemerkt dat personen met een verstandelijke beperking heel moeilijk hun eigen afspraken kunnen bijhouden, of ze zijn onderweg maar geraken er niet. Dat maak je allemaal wel eens mee met die doelgroep. Dan is het aan ons om zelf een keer te bellen en vragen waarom ze er niet geraakt zijn. We kunnen ze dan proberen te motiveren om een volgende keer wel terug te komen."*



*“Er waren heel lang heel veel barrières, waardoor dat mensen met een verstandelijke beperking dus inderdaad niet in aanmerking kwamen voor therapie. Maar wat ook mee speelt zijn de grote wachtlijsten in therapie. Die wachtlijsten maken dat er soms een selectie gedaan wordt van personen waar men wel of niet mee wilt werken. Dat is de maatschappelijke context.”*

*“Het grote knelpunt is dat er veel vraag is, maar dat we niet genoeg aanbodmiddelen hebben. We zitten nu met heel grote wachtlijsten.”*

*“Outreach gaat zoeken naar alternatieven zodat er geen opname nodig is. Zij zijn echt wel gegroeid om met het netwerk te werken, het netwerk dat beroep doet op de residentiële sector. Ik denk hier aan opname en dan gaan zij preventief op zoek met het netwerk naar dingen die al of niet gedaan zijn. Ze gaan dan zoeken wat zij nog kunnen doen of aanbieden om opname te vermijden. Dit met oog op de enorme wachtlijst die er is. Ze willen op deze manier meer aanbod geven.”*

*“Ze streven meer en meer naar kortdurende therapieën, en ik snap dat ook wel met de grote wachtlijsten. Zo willen ze voor meer mensen toch een aanbod kunnen doen. Maar er is geen plaats en er zijn ellenlange wachtlijsten. Dat zal waarschijnlijk ook wel de reden zijn waarom psychiatrische ziekenhuizen heel vaak zeer contractueel werken, zodat personen na enkele weken zeker terug kunnen naar de context van waar ze komen.”*

Het gaat hier eigenlijk over een vraag en aanbod kwestie. De vraag is er voldoende, maar de middelen zijn er niet om voldoende aanbod te voorzien. Het feit dat toch zeven van de dertien geïnterviewden dit als knelpunt zien, geeft aan dat dit dat een onoverzienelijke barrière is die zorgt voor een grote drempel bij de toegang tot de GGZ.

#### 1.2.3.4 Het kostenplaatje

Dit thema is er gekomen na een interview met twee therapeuten die in een privé praktijk werkzaam zijn. Zij geven aan dat de financiële draagkracht heel vaak een belemmerende factor is.

*“Mensen met een verstandelijke beperking zijn een groep die grotendeels zelf niet over financiële mogelijkheden beschikt. De financiële draagkracht van deze mensen is niet groot. Wij merken dat anderen bepalen voor de persoon met een verstandelijke beperking of therapie wel of niet nodig is. Terwijl een volwassen persoon zelf kan bepalen of hij/zij therapie nodig heeft. Als ze het dan niet kunnen betalen gaan ze op zoek naar iemand die wil steunen of ze gaan naar een centrum voor geestelijke gezondheidszorg waar ze goedkoper terecht kunnen. Dus de financiële afhankelijkheid is een serieuze barrière. Mensen willen soms wel in therapie, maar de ouders zeggen dat die dat niet nodig heeft, of een bewindvoerder zegt dat het weggesmeten geld is.”*

Ook hier weer zien we dat het systeem niet goed georganiseerd is. Mensen kunnen vaak niet terecht bij de privé praktijken omdat dat te duur is, dus ze zouden naar de centra voor Geestelijke Gezondheidszorg moeten gaan want daar is het goedkoper. Maar bij de centra Geestelijke Gezondheidszorg is er vaak geen therapeut die specifiek met de doelgroep van mensen met een verstandelijke beperking werkt.

Uit bovenstaande blijkt welke barrières aan de grondslag kunnen liggen van de beperkte toegang. Een volgende vraag is op welke manier er met deze barrières omgegaan kan worden. Deze vraag wordt in het volgende thema beantwoord.

### 1.3 BELANGRIJKE EN MOGELIJKE AANPASSINGEN OP VLAK VAN THERAPEUTISCHE METHODIEK/RELATIE

*“Ik merk weinig verschil in het werken met mensen met of zonder een verstandelijke beperking. Je moet eigenlijk gewoon enthousiast zijn, gemotiveerd zijn, geen schrik hebben, gewoon proberen, openstaan en luisteren. Ze zitten met gevoelens die een normale mens ook heeft, maar voor hen zijn die wat moeilijker om te begrijpen, omdat er drempels zijn door hun beperking. Wij helpen door het verwoorden van het probleem, door het zichtbaar te maken, door gevoelens te benoemen. En voor hen is dat wel een opluchting van ‘oh iemand begrijpt mij’. Dat is al een eerste deel van de therapie. En dan het tweede deel is eigenlijk ‘hoe gaan we dat nu doen, hoe gaan we daar mee werken’. Het tweede luik is het moeilijke luik, omdat je daar moet doorverwijzen naar het netwerk, sociale vraag rond die doelgroep. Wat is haalbaar voor hen, wat kan je verwachten... en daar zijn ze nu ook mee bezig door de sociaal-emotionele ontwikkeling af te nemen. Ik denk dat iedere therapeut aan de slag kan met personen met een verstandelijke beperking. Het gaat wel, neem u tijd er voor, schiet niet in paniek als ze niet taalvaardig zijn. Als je te snel gaat, gaan ze dat wel aangeven. Geef hun het woord, laat het hun vertellen. Ik denk dat het dat voor hen is. Iedereen denkt in plaats van, en eigenlijk hebben zij ook wel heel veel ideeën van hoe het zou moeten zijn. En dan maak je dat je dat plaats geeft en eigenlijk zegt van ‘zeg maar, werk maar, doe maar’. En dan samen kijken met het netwerk van wat is haalbaar.”*

Ik ben met dit citaat begonnen omdat dit naar mijn mening de essentie weergeeft van welke mogelijkheden, kansen en krachten er zijn op vlak van psychotherapie bij mensen met een verstandelijke beperking. Dit thema is voortgevloeid vanuit de vraag ‘wat denkt u dat therapeuten die niet met de doelgroep werken anders doen dan therapeuten die wel met mensen met een verstandelijke beperking werken?’ Ook hier weer is het opvallend dat de geïnterviewden vooral over mogelijkheden spreken. Zo is elke geïnterviewde er rotsvast van overtuigd dat psychotherapie bij mensen met een verstandelijke beperking mogelijk en effectief kan zijn, mits het aanpassen van uw kader aan de

persoon die voor u zit. In wat volgt geef ik een aantal aandachtspunten weer, zoals aangehaald door de verschillende professionelen, om psychotherapie af te stemmen op mensen met een verstandelijke beperking. Het zal vooral gaan over de context, de doelstellingen en van daaruit de methodieken.

### 1.3.1 *Het belang van de context*

Een eerste belangrijk thema dat in elk interview heel duidelijk naar de voorgrond kwam en wat ik in voorgaande ook al veel heb aangehaald, is het belang van de context.

Zo zegt bijvoorbeeld al een therapeut het volgende:

*“Er zijn een aantal therapeuten beginnen te werken met mensen met een verstandelijke beperking. We hebben dan gezien dat het wel degelijk aansloeg. Met dien verstande dat wij altijd zoveel mogelijk proberen samen te werken met de context, omdat mensen afhankelijk zijn van ondersteuning en ook meer afhankelijk van de context. (...) Het is ook belangrijk om als context op één lijn te komen.”*

Het besef dat de context heel belangrijk is en dat die betrokken moet worden is een fundamentele start.

Een ander belangrijk aspect is dat de context essentieel is om een transfer te kunnen doen van wat er geleerd is binnen de therapiekamer naar de dagdagelijkse werking. Bij de barrières van de doelgroep hebben we gezien dat dit een moeilijk punt is. Om dit mogelijk te maken is de context dus een essentiële factor.

*“Contextafhankelijkheid speelt een heel belangrijke rol. De valkuil is om daar te veel in mee te gaan. Maar evenzeer om daar blind voor te zijn. Wanneer je geen aandacht hebt voor de contextafhankelijkheid dan is de kans reëel dat het therapeutisch proces enkel tot die kamer beperkt blijft. Je hebt de context nodig voor de transfer naar het dagelijkse leven.”*

*“Zoals ik daarnet zei is die transfer ook vooral belangrijk. We moeten gaan zoeken naar een manier waarop we het werk dat we hier in de therapiekamer doen, kunnen vertalen naar de omgeving.”*

Wanneer we de context gebruiken om die transfer te vergemakkelijken, is het natuurlijk wel belangrijk dat de privacy daarin bewaard blijft.

*“Als een aantal dingen dienen doorgebriefd te worden om het werkbaar te maken, dan is de cliënt daar altijd bij en dan bereiden we dat ook voor. De cliënt zal altijd horen wat er gezegd wordt. Maar we blijven daarin ook wel onze therapeutische waarde behouden.”*

*“Het is echt heel belangrijk om contextgericht te werken. Ook heel belangrijk is dat de privacy van de mensen gegarandeerd wordt. Dat betekent dus met andere woorden, als er met de context overlegd wordt dan gaat het er niet zozeer over wat er gezegd wordt in therapie maar bijvoorbeeld wel over, ‘hoe kunnen we mensen ondersteunen in het omgaan met de persoon met een verstandelijke beperking?’. Het is belangrijk dat je u als therapeut wel een beetje sober houdt qua informatie.”*

Het belang van de context doelt niet alleen op die afhankelijkheid, maar ook op het feit dat mensen een context nodig hebben om op te kunnen steunen. In de interviews werd er een aantal keren aangehaald dat er achterhaald moet worden waar de context van de persoon zit. Als er niemand rond hem of haar staat, als er geen context is, dan is het de bedoeling om een context op te bouwen.

*“Het is belangrijk om te maken dat uw therapie niet de enige relatie is dat ze hebben. Als je bij wijze van spreken iemand hebt die in een soort volwassen instelling zit en zijn enige uitstap is naar de therapie gaan, dan is de kans natuurlijk heel groot dat het meer als een uitstap gezien wordt. Dus een reden te meer om uit te zoeken van, ‘heeft die nog wel context?’ en eventueel terug te spelen naar de context van, ‘ik denk dat hier te weinig mensen rond staan.’. Als je dus als therapeut bij wijze van spreken gezien wordt als een bezoeker, denk ik dat het belangrijk is dat je even gaat zoeken naar een manier om andere contacten op te bouwen. Daarvoor heb je ook de context nodig.”*

Uit vorige blijkt dus nogmaals het belang van de context, zowel in functie van transfer als de steun. Opvallend is dat de mate waarin en manier waarop de context betrokken wordt, verschilt van therapeut tot therapeut.

Er is bijvoorbeeld een therapeute die aangeeft dat ze liefst eerst een individueel traject doorloopt. Ze spreekt ook over een punt in het therapeutisch proces waar personen dingen willen gaan toepassen in hun omgeving. Op dat moment is het belangrijk dat de omgeving wel betrokken wordt.

*“Ik probeer eerst een heel individueel traject te gaan. Maar wanneer ik merk dat mensen dingen willen toepassen in hun omgeving, dan ga ik zoeken naar een goede contactpersoon om dat mee te begeleiden. Ik ga dan ook aan de cliënt vragen of ze het goed vinden om een begeleider mee uit te nodigen. Zo kunnen we samen eens overlopen wat er gedaan is en wat men nog zou willen doen. Wanneer we dat overlopen kunnen de mensen in de omgeving dat ook mee gaan ondersteunen.”*

Waar vorige therapeut het liefst eerst individueel werkt en de context betreft op het moment dat het nodig is, is er ook nog de keuze om juist alleen met de context te werken. Achterliggend uitgangspunt is dat het probleem vaak niet bij de persoon met een verstandelijke beperking ligt, maar in de omgeving. Op dergelijke momenten of in dergelijke situaties is het belangrijk dat men vooral daar rond werkt. Er zijn twee therapeuten die dit heel mooi weergeven:

*“Je hebt psychotherapie maar daarnaast heb je ook nog andere therapeutische werkzaamheden. Het kan ook zo zijn dat je als psychotherapeut mensen kunt helpen door ze niet in therapie te nemen. Daarmee wil ik zeggen dat ik als psychotherapeut soms zie wat de problemen zijn van iemand en dat je dan beter de begeleiders en de ouders ondersteunt om er mee om te gaan. Dat is ook wel heel specifiek. Je zit dan heel dicht bij wat men een consulentenwerking noemt. Dus dat je i.p.v. de persoon zelf in therapie te nemen, dat je de context gaat ondersteunen om meer met die personen te werken. Je werkt ook therapeutisch wanneer je als therapeut ondersteuning gaat bieden aan begeleiders. Want mensen met een verstandelijke beperking hebben dag in dag uit ondersteuning nodig waardoor ze meer baat hebben bij een begeleider die hen begrijpt dan een therapeut.”*

Een andere therapeut plaatst dit aspect op een continuüm:

*“Ik vind dat je het op een continuüm kunt plaatsen. Het is zoeken tussen in welke mate je aan de ene kant individueel aan de slag gaat met iemand en dat het een meerwaarde heeft voor de persoon, voor zijn kwaliteit van leven en misschien ook wel de context waarin de persoon hoort. En tussen aan de andere kant de mate waarin je eerder met de context gaat werken. Ik vind dat het een continuüm is en de mate waarin je contextueel of meer individueel gericht kunt werken is wat afhankelijk van het functioneren van de persoon, niet alleen cognitief maar ook op welk niveau iemand zich sociaal emotioneel bevindt.”*

Dus het is heel belangrijk om rekening te houden met de context, maar hierin dient vooral gekeken te worden naar de noden van de persoon die voor u zit. Die noden liggen niet enkel bij het betrekken van de context, maar ook bij het aanpassen van de therapie zelf. In volgend stukje probeer ik weer te geven op welke manier de therapiesessie kan aangepast worden.

### 1.3.2 *Doelstelling van therapie*

Naast de context die veel mogelijk maakt in therapie, is ook heel veel mogelijk naarmate de doelstellingen en de verwachtingen van de therapie zelf aangepast zijn, om van daaruit ook de methodieken te kunnen aanpassen. Deze aanpassingen worden in de volgende citaten besproken

Eén van de therapeuten geeft als eerste belangrijke aanpassing het samenwerken met de context aan, als tweede aanpassing heeft hij het over de aanpassing van de doelstelling. Dit gaat over het afstemmen van de verwachtingen op wat mensen met een verstandelijke beperking aankunnen.

*“De doelen van de therapie moeten iets anders geformuleerd zijn: waar dat je bij wijze van spreken met 'normaal begaafde mensen' volledig gaat werken naar een manier waarop ze zo goed mogelijk in*

*het leven kunnen staan en zelfstandig kunnen voortgaan. Wordt er bij mensen met een verstandelijke beperking soms meer gewerkt van 'hoe kun jij gebruik maken van de ondersteuning die u geboden wordt?'. Want die ondersteuning is vaak het probleem en mensen gaan bijvoorbeeld vanuit hechtingsproblemen ondersteuning bekampen. De doelstellingen zijn dus anders. De doelstelling dient meer afgestemd te worden op wat mensen aankunnen."*

Twee therapeuten halen aan dat het therapeutische proces wat minder rond inzicht moet draaien, maar meer rond de therapeutische relatie:

*"Uitleg en inzicht is misschien allemaal veel minder belangrijk in een therapeutisch proces dan dat wij denken"*

*"Ik heb dikwijls gedacht en gezegd dat het niet belangrijk is wat je doet, maar wel het contact dat je erbij hebt is belangrijk. Ik merk dat dat dikwijls de hefboom is om iets te veranderen. Dat gebeurt binnen een veilige therapeutische relatie. Er verandert dan iets bij hun, ook al kunnen ze niet benoemen wat dat precies is. Ze kunnen wel vertellen dat het deugd doet om naar hier te komen."*

Nog een andere professionele legt de nadruk op de emotionele ontwikkeling:

*"Psychotherapie moet een therapie zijn die aansluit bij de emotionele ontwikkeling, niet de cognitieve ontwikkeling. Psychotherapie is eigenlijk een intensief contact met de cliënt. Maar hiervoor moet men eerst zicht krijgen op de emotionele ontwikkeling. Krijtlijnen zijn eigenlijk de basale emotionele noden van de personen. Vandaar uit kan je naar de emotionele ontwikkeling gaan. Die twee samen hebben een structureel karakter. M.a.w. de ervaring bij volwassen personen met een verstandelijke beperking is dat er een vrij duurzame structuur is. Dit wil zeggen dat er maar een beperkte groei is. Daarom is het niet de bedoeling dat we de gast veranderen, maar we dienen de omgeving te trainen. De cliënt kan wel sterker gemaakt worden en het herkennen van eigen signalen en hun coping gedrag. Die twee zijn wel mogelijke werkpunten."*

In hoofdzaak kunnen we besluiten dat de doelen en verwachtingen van de therapie aangepast moeten worden aan de persoon die voor u zit. Eén van de therapeuten zegt bijvoorbeeld:

*"Ik ben eigenlijk al tevreden met millimeters die verschoven worden. Je mag zeker geen te hoge verwachtingen hebben."*

### 1.3.2.1 Methodieken

In de interviews zijn een aantal specifieke methodieken en werkvormen naar voren gekomen die dit alles zouden kunnen vergemakkelijken. Therapeuten hebben deze methodieken en werkvormen vooral gehaald vanuit vormingen, kortdurende opleidingen en handboeken zoals bijvoorbeeld seks@relaties.com.

Een eerste methodiek is de aanmeldingsprocedure en daaropvolgend de intakesessies. In een vorig gedeelte werd reeds verwezen naar een dienst die de aanmeldingsprocedure aanpaste. Waar normaliter verwacht wordt dat de persoon zelf dit doet, werd deze aanmeldingsprocedure ook verruimd naar personen in het netwerk van mensen met een verstandelijke beperking. Dit is een belangrijke aanpassing en gebeurt opvolgende manier:

*“Wij verwachten niet dat de persoon met een verstandelijke beperking zichzelf aanmeldt. We nemen een aanmelding aan wanneer er een andere persoon belt voor de persoon met de handicap. In de praktijk betekent dat 95 % van de aanmeldingen gebeurt door de verwijzers. Dat is een duidelijke aanpassing die de toegankelijkheid al een stukje vergroot.”*

Hieruit volgt dat de intakesessie ook aangepast zou moeten worden:

*“Wij werken niet met één intakegesprek maar vier intake gesprekken, dat is anders dan in de gewone werking. We doen dit omdat we tot de vraag van de cliënt willen komen. In het begin komen de meeste personen graag met een begeleiding. Vroeger hebben we er aan getwijfeld of het wel goed was om zo te starten. Nu laten we een begeleiding mee komen naar de eerste sessie, want het reduceert de angst. Er wordt dan samen gekeken naar waar het probleem ligt. Daarna volgen er nog drie individuele gesprekken. In die gesprekken wordt gekeken naar de gevoelens van de persoon, ‘hoe voelt iemand zich, wat maakt hem boos, wat maakt hem blij, wat maakt hem verdrietig, wat maakt hem bang?’. Op die manier komen we tot een aantal thema’s, en proberen we tot de vraag te komen. We geven ook aan dat ze na vier keer te komen zelf mogen beslissen of ze nog terugkomen. Er zal ook uitgelegd worden wat vertrouwelijkheid is, dat ze iets mogen weigeren, dat ze niet moeten antwoorden, dat ze mogen kiezen over wat ze praten. Uiteindelijk zijn zij hier degene die mogen beslissen.”*

Een andere therapeut spreekt op dit vlak over proefsessies, deze zijn eigenlijk van hetzelfde principe als de vier intakesessies.

*“Omdat je bijna niet kunt uitleggen wat therapie is, ga je dus werken met drie of vier proefsessies. Zo kunnen mensen aan den lijve ervaren wat therapie is. Wanneer ze dat weten, kun je maar toestemming krijgen van hen om verder te gaan met het therapeutische proces. Dat is een heel belangrijke fase in*

*de methodiek die ik gebruik, dat we afspreken dat we elkaar drie keer tot vijf keer gaan zien. Na die proefsessie gaan we samen kijken of hij/zij het ziet zitten om verder te gaan met de therapie.”*

Als volgende belangrijke aanpassing is er de aanpassing van de werkvorm, de methodiek die gebruikt wordt. Het gaat er hier over dat er niet alleen gewerkt wordt met verbale processen, maar ook soms meer lichaamsgericht of met tekeningen, knutselmateriaal, spelmateriaal, etc.. Iedere therapeut heeft hiervoor zijn eigen methodieken. Er werd door een aantal therapeuten ook aangegeven dat het belangrijk is dat je u goed voelt bij het materiaal dat je gebruikt.

*“Je moet minder verbaal werken, maar je gaat proberen om mensen te ondersteunen met behulp van tekeningen en andere materialen. Zodat ze zich kunnen uitdrukken met dingen waar zij mee bezig zijn.”*

*“Je past je aan de doelgroep aan waar dat je mee werkt door materialen te gaan zoeken. Ik vind dat iedere persoon anders is, waardoor het iedere keer een zoektocht is naar het materiaal dat bruikbaar is bij deze persoon.”*

Maar niet elke therapeut werkt graag met materialen. Zo is er één therapeute die het vooral belangrijk vindt om de persoon woorden te geven. Een ander aspect is daarom ook het aanpassen van je taal. Iemand zei me dat het een zoeken was naar een gemeenschappelijke taal. Anderen spreken van je taal aanpassen. Het gaat hier vooral om het vereenvoudigen in taal, op een duidelijke manier communiceren. Maar ook er meer de tijd voor nemen en de tijd nemen om te luisteren.

*“Ik vind dat je meer taal moet aanbieden. Je moet een stukje eenvoudigen in taal, maar ook een beetje op het niveau blijven. Ik vind dat we moeten zoeken naar een gemeenschappelijke taal.”*

*“We moeten anders luisteren naar personen met een verstandelijke beperking. Wanneer zij drie woorden zeggen, dan is dat misschien een halve boek.”*

*“Je moet je instellen op een ander niveau. Maar je moet kijken naar de manier waarop je die persoon communicatief kunt ondersteunen.”*

*“We gaan ons tempo naar beneden halen, het veel simpeler uitleggen en alles in veel kleinere stappen doen.”*



Communicatief zijn er dus heel wat aanpassingen mogelijk. Nog een andere aanpassing, is dat van uw kader. Dit gaat o.a. over het aanpassen van de duur en frequentie van de sessies. Zo zegt iemand bijvoorbeeld:

*“Je moet dat dwangneurotische kwijt zijn, want je moet het doen volgens de regels van de kunst. Een klassieke sessie bij een gewoon populatie duurt drie kwartier, dat is arbitrair. Maar voor mensen met een handicap is dat dikwijls veel te lang.”*

Een heel belangrijke aanpassing nog is het veel meer visueel maken van het proces, structuur, de thema's, etc..

*“Door dingen op papier te zetten en door meer aandacht te geven aan andere dingen die ook rond hen spelen, ga je veel meer structuur kunnen bieden. Ik werk heel veel met een bord, waardoor ik dingen meer visueel kan maken.”*

Het is uiteraard belangrijk dat de aanpassingen gebeuren op maat van de cliënt:

*“We proberen op maat van de cliënt te werken. Als de cliënt graag kleurt dan gaan we met kleuren werken. Als het iemand is die graag puzzelt dan kunnen we tijdens het puzzelen een aantal dingen bespreken/doen. Dus je gaat uw methodiek aanpassen aan de cliënt.”*

#### 1.4 MOGELIJKHEDEN OP ORGANISATORISCH VLAK: TUSSEN VAPH EN GGZ

Een van de vragen voor mijn onderzoek handelt over de kloof tussen het VAPH en de GGZ. Wat mij opviel tijdens het afnemen van de interviews en bij het stellen van deze vraag, is dat het antwoord hier op heel erg verschilt tussen de provincies. Er is een groot verschil in de manier waarop naar 'oplossingen' of bruggen wordt gezocht. Daarom ga ik bij het uitschrijven van deze vraag de antwoorden eerst per provincie clusteren om daarna een samenvatting te maken van de algemene nood en mogelijkheden.

Drie therapeuten uit mijn onderzoek zijn werkzaam in de provincie Vlaams-Brabant. Uit hun antwoorden op dit thema blijkt dat de kloof tussen het VAPH en de GGZ niet zo groot is. Er blijkt zelfs een goede samenwerking te zijn:

*“Bij ons is de kloof nu meer gedicht omdat we al lang samenwerken en we elkaar kennen. We hebben dankzij kunnen overbruggen dankzij de gehandicaptensector. Voor 'Kom Binnen' kwamen mensen met een verstandelijke beperking niet naar hier. Ze waren in het CGG, dus waarschijnlijk was die kloof*

*toen wel groot eh. Wij werken nu wel heel veel samen met voorzieningen. Zo geven we bijvoorbeeld vormingen op eerste lijn. Op die manier sta je natuurlijk een stuk dichters.”*

*“Voor de provincie hier, denk ik dat de samenwerking tussen de twee sectoren eigenlijk wel goed verloopt. Ik denk dat het komt doordat de gehandicaptensector heel sterk betrokken is geweest in het geen wat er in de GGZ ontwikkeld is. Er is duidelijk gecommuniceerd wat de GGZ te bieden heeft.”*

Drie van de dertien professionelen die ik geïnterviewd heb, werken in West-Vlaanderen.

Bij deze drie personen waren er gemengde gevoelens rond de kloof. De ene therapeute ervaart een goede samenwerking, terwijl de andere meer spreekt van negatieve ervaringen.

*“Ik denk dat wij dichters bij de VAPH voorzieningen staan dan andere klassieke psychiatrische diensten.”*

*“Mijn ervaringen zijn wel heel negatief naar doorverwijzingen toe. Ik denk dat er toch een grote kloof is, want het gaat toch vaak heel moeilijk wanneer we bijvoorbeeld iemand met een verstandelijke beperking extern willen laten verder begeleiden.”*

*“Ik denk dat het moeilijk is om mensen doorverwezen te krijgen. Het gebeurt regelmatig dat je iemand doorverwijst en dat er na drie keer afgehaakt wordt.”*

Uit Oost-Vlaanderen heb ik vier therapeuten kunnen interviewen. Zij wisten mij volgende antwoorden te geven:

*“In Oost-Vlaanderen is er een soort van verbond tussen GGZ en VAPH. Vroeger werd er niet gecombineerd, maar was het ofwel het een ofwel het andere. Maar de laatste jaren is er een evolutie rond samenwerken. In elke sector is er meer knowhow van de andere sector. Hier in Oost-Vlaanderen is er een provinciaal comité om die afstemming op elkaar te bevorderen.”*

*“Per provincie is er een consulentenwerking, dit is het aanspreekpunt. Na aanmelding is er een gesprek met de persoon met een verstandelijke beperking. Via consulentenwerking kan er een doorverwijzing zijn naar de psychotherapie. In Oost-Vlaanderen zijn er twee centra die gesubsidieerd worden om specifiek te werken met personen met een verstandelijke beperking.”*

*“Ik denk zeker en vast dat er nog een kloof is tussen de VAPH-sector en de GGZ. De meeste personen die hier komen hebben een psychische stoornis die iets overheersender is dan de mentale beperking. Maar het is niet altijd zo duidelijk. Tegenwoordig gaan wij steeds vaker naar de VAPH-sector, en ik*

*voel dat er dan sneller samengewerkt zal worden. Die samenwerking is ook heel belangrijk. Als we samenwerken, nemen we samen dingen op, geven we advies aan elkaar en ondersteunen we het team. Er wordt niet enkel individuele therapie gegeven, maar ook advies en ondersteuning naar de VAPH sector toe.”*

*“Ik denk dat er een beperkte evolutie is. Ik denk dat de VAPH-sector deze evolutie niet zo groot vindt. Volgens mij gaat het vaak bereikbaarheid. Als hulpverlener ervaar ik dat het moeilijk is om beroep te kunnen doen op mijn partners binnen het netwerk van de GGZ. Het is zeker niet evident om door te verwijzen naar een andere instantie.”*

*“Ik ervaar geen kloof. De GGZ is eigenlijk een klein clubje. Ik vind dat wij voldoende de weg vinden naar de gehandicaptenzorg, ik ervaar daar zeker geen probleem in. Maar omgekeerd lijkt het inderdaad wel veel moeilijker. De GGZ is vooral overvraagd. Maar het is er, de gehandicaptenzorg moet meer opzoek gaan en ze zullen wel iets vinden. Wij met het outreach project komen bijvoorbeeld meteen af als er een vraag is voor ‘crisis’. Er moet geen crisisopname zijn voor personen met een verstandelijke beperking.”*

In Antwerpen heb ik nog twee therapeuten kunnen interviewen. Zij wisten mij het volgende te kunnen vertellen:

*“De provincie Antwerpen heeft nu in verschillende CGG’s vier therapeuten die part time met de doelgroep gaan werken. Maar dat is iets heel recent. Wij zijn gestart met het centrum omdat er ook niets is. Maar nu kunnen we ook zeggen aan mensen die dit niet kunnen betalen dat er een CGG is waar ze goedkoper terecht kunnen.*

*In Antwerpen is er een overleg orgaan tussen het Vlaams agentschap en de geestelijke gezondheidszorg waar ik ook in zit. Op dat overleg zijn echter vooral centra van het Vlaams Agentschap aanwezig, maar heel beperkt een centra van de geestelijke gezondheidszorg. Ik voel dat er een groot hiaat is tussen het beleid en de mensen van de praktijk. Bij het beleid maken ze vooral plannen, terwijl in het in de praktijk vooral belangrijk is dat de mensen elkaar leren kennen. Het gaat er over of ze elkaar kennen en kunnen bereiken wanneer er een probleem is met een bepaalde cliënt. Dat helpt de cliënt ook het meest vooruit. Dat zijn dingen die van onderuit moeten ontstaan. In het overlegorgaan van Antwerpen zitten het beleid en de praktijk samen, wat juist niet werkt. Maar ik denk dat de minister wel al doorheeft dat hier iets nodig is.”*

Voor de provincie Limburg heb ik geen enkele therapeut geïnterviewd. Maar een van de therapeuten die werkzaam is in Vlaams-Brabant, werkt ook halftijds in St.-Truiden. Zij heeft daarom ook de situatie in Limburg aangehaald.

*“Ik werk halftijds in St.-Truiden in een voorziening voor mensen met een verstandelijke handicap. Ik heb daar geen therapeutische job maar ik ondersteun het team. Ik merk dat daar de samenwerking met de GGZ Limburg, veel moeizamer verloopt. Terwijl dat ik de werking van binnenuit wel ken. Ik merk vooral dat de verwachtingen naar elkaar toe, niet op elkaar zijn afgestemd. Ik denk dat de VAPH-sector soms meer verwacht van de GGZ dan dat ze kunnen doen.”*

Maar hoe komt het eigenlijk dat het zo provincie-gebonden is? Is het een kwestie van middelen, of waar gaat dit eigenlijk over? Dat is één van de volgende vragen die ik stelde aan de participanten. Zij antwoorden hier vooral op met de manier waarop dat in hun provincie deze zorgvorm ontstaan is.

*“Ik denk dat het gaat over de manier waarop zorgvormen zijn kunnen ontwikkelen. Toen we met het ‘Kom Binnen’ project begonnen, hadden we dagelijks een overleg in een gemengd stuurgroepje, met zowel mensen van de VAPH-sector als van GGZ. Die stuurgroep bewaakte de doelstellingen van het project, nl. of het de noden bleef beantwoorden. Het is vanuit een heel nauwe samenwerking kunnen ontstaan en dat heb je bijvoorbeeld in Limburg niet.”*

Eigenlijk is het een verhaal van samenwerken. Dat is tevens een van de grootste en meest aangehaalde noden vanuit de verschillende professionelen. Bijna elke geïnterviewde haalde aan een grote nood te voelen voor een samenwerken, een kennis van elkanders werk en dat je beroep kunt doen op iemand anders in functie van de persoon met de verstandelijke beperking. Ze geven vooral aan nood te hebben aan meer samen te werken en de kloof tussen de VAPH-sector en de GGZ kleiner te maken, zodat men wat meer op elkaar kan inspelen en zodat er wat meer knowhow is van de verschillende instanties. Naast de nood aan samenwerking ervaren de therapeuten ook een nood aan meer bewustwording in de maatschappij. Bewustwording rond de doelgroep en hun noden.

*“Ik denk dat het belangrijk is dat we met elkaar praten. De noden die je vanuit de ene sector voelt en wat je vanuit de andere sector daar als hulp op kunt bieden, dient uitgewisseld te worden. Er is een continue wisselwerking nodig.”*

*“Ik denk dat je de andere sector en de andere voorzieningen moet kennen, want los van elkaar werken gaat niet.”*

*“Het model van doorverwijzen is niet in orde. Er dient niet maar 1 persoon de specialist te zijn en alles op te lossen. Het is eerder een kwestie van samenwerken. Samen werken met de begeleiding, ouders, leefgroep... kortom met de omgeving. Als je weet dat 3% van de personen met een verstandelijke beperking een bijkomende comorbiditeit heeft (psychisch en gedragsmatig), dan is dat*

*geen kwestie voor één persoon, maar het is voor iedereen een taak om te werken met de persoon. Met het outreach project proberen ze een brug te leggen, willen ze mensen en de omgeving sterker maken.”*

*“Ik ben er van overtuigd dat het over een serieus grote doelgroep gaat. Daarom denk ik dat het niet slecht zou zijn als er in sommige voorzieningen een therapeut gevestigd zou zijn. Ik denk dat het een evolutie zou kunnen zijn binnen de VAPH, zeker in grotere voorzieningen waar dat er heel veel cliënteel is met een verstandelijke handicap en bijkomende psychische problemen. Die therapeuten zijn dan voor een deel nog buitenstaander, maar ze kennen wel de werking en het team. Zo kan het team ook gecoacht worden, volgens mij is dat een heel goede combinatie. De kloof is er dus zeker en vast. Daarlangs denk ik dat het ook belangrijk is dat er multidisciplinair gewerkt wordt. Dus ik vind niet dat als je als CGG de kaart trekt van die doelgroep dat je dan nog iedereen moet kunnen opnemen. Anderen in de GGZ moeten ook hun verantwoordelijkheid moeten opnemen. Anders draait het niet. Ik vind het belangrijk dat er een algemeen gezamenlijk verantwoordelijkheidsgevoel is. Ik denk dat dan zowel voorzieningen van het VAPH, als voorzieningen van de GGZ meer geneigd gaan zijn om de deuren open te zetten. Het is niet omdat wij hier nu onze nek uit steken en die ondersteuning gaan aanbieden aan de cliënt dat we er alleen voor staan. Ik kan beroep doen op psychiatrie of op ambulante GGZ. Ik denk dat op die manier de kloof verkleint kan worden. Het is die gezamenlijke verantwoordelijkheid voor toch wel een doelgroep die uitdaagt tot creativiteit en flexibiliteit. En ik denk dat samenwerking op provinciaal vlak zeker mogelijk moet zijn.”*

*“Ik denk dat hoe meer mensen daar bekendheid aangeven, hoe meer dat men gaat inzien dat het een doelgroep is die het verdiend om goeie zorg te krijgen. Ik denk niet dat er moet gewacht worden totdat er pijnlijke situaties gebeuren. Bijvoorbeeld nu met zelfmoordpreventie, dat is nu een doelgroep waar ze zich mee gaan bezig houden, zo ook de ouderenzorg. En zo denk ik dat er een beweging moet komen rond personen met een verstandelijke handicap, met een handicap in het algemeen.”*

*“We zouden moeten samenwerken, samen gaan kijken naar wat er nodig in en de good practice van beide organisaties met elkaar delen. Want in voorzieningen zijn er vaak toch ook wel al psychologen of orthopedagogen die rand therapeutisch werken. Ik denk dat heel belangrijk is. Bewustwording naar buitenuit dat deze doelgroep bestaat en dat deze doelgroep psychische problemen kunnen hebben. Vanuit het beleid zou ook meer rekening gehouden moeten worden met de doelgroep. Voor therapie zou er van het beleid uit vergoeding moeten komen. Erkenning van het beroep, de doelgroep, ik denk dat het van daaruit moet komen. Ik wil alleen dat er een goede samenwerking is, met mensen van psychiatrie, met mensen van beschermd/begeleid wonen, met geestelijke gezondheid. Laten we elkaar kennen, laten we elkaars werk kennen. We doen pogingen om dat te doen, maar het is moeilijk.”*

Ik denk dat we hieruit kunnen samenvatten dat GGZ als een taak van iedereen moet gezien worden, een gezamenlijke verantwoordelijkheid. De thema's zijn belangrijk voor iedereen. In dat opzicht dient er samengewerkt te worden om een optimale ondersteuning te kunnen bieden. Specialisten zijn hierbij maar een schakel in het netwerk. Het samenwerken kan er ook enkel maar komen als meer bewustzijn is in de maatschappij en door het beleid.

## HOOFDSTUK 4

### Discussie

Het onderzoek van de literatuur en de bevragingen van professionelen startten vanuit enkele onderzoeksvragen. In dit laatste gedeelte zal een antwoord geformuleerd worden op die onderzoeksvragen aan de hand van de resultaten uit de literatuur en het onderzoek. Verder worden de mogelijke krachten en moeilijkheden van het onderzoek besproken. Ten slotte zet ik nog de belangrijkste implicaties op een rijtje, zowel voor toekomstig onderzoek, als de rol die orthopedagogiek en de orthopedagogische praktijk hier volgens mij in kan spelen.

Doelstelling was om antwoord te krijgen op twee onderzoeksvragen, nl. de vraag naar de verschillende barrières/knelpunten die ervaren worden in psychotherapie bij mensen met een verstandelijke beperking en de vraag naar wat therapeuten die wel werken met mensen met een verstandelijke beperking anders doen dan de doorsnee therapeuten die niet werken met de doelgroep. Dat zijn de twee hoofdvragen die hier in de discussie de hoofdstructuur zullen aangeven. Onder elke centrale onderzoeksvraag, schuilen er nog enkele onderliggende deelvragen.

Deze onderliggende vragen in mijn onderzoek zijn *‘Wat zijn de specifieke barrières die zorgen voor een uitsluiting tot de psychotherapie? Hoe kan je als therapeut daar het beste op inspelen, m.a.w. hoe kan men het beste omgaan met personen met een verstandelijke beperking binnen de psychotherapie? Hoe kunnen we de kloof tussen de GGZ en de GHZ verkleinen om zo de verschillende sectoren op elkaar af te stemmen?’*. Deze ga ik in wat volgt onder verdelen onder de twee hoofdonderzoeksvragen. Ik ga tevens ook trachten om een onderverdeling te maken op micro- (therapeutisch), meso- (organisaties VAPH en GGZ) en macroniveau (beleid en structuren).

#### 1 Onderzoeksvraag 1

*‘Wat zijn de verschillende barrières/knelpunten die ervaren worden in psychotherapie bij mensen met een verstandelijke beperking’*

*“Wat zijn de specifieke barrières die zorgen voor een uitsluiting tot de psychotherapie?”*

Op deze onderzoeksvraag en onderliggende vraag werd in het onderzoek een heel duidelijk antwoord gegeven. Zowel in de literatuur, als in de interviews zijn een aantal barrières naar boven gekomen, die de toegang tot de GGZ voor mensen met een verstandelijke beperking belemmeren. Deze barrières bevinden zich zowel op het micro-, als op het meso- en op het macroniveau. In wat volgt worden de belangrijkste barrières geclusterd onder die drie niveaus.

## 1.1 MICRONIVEAU

Dit niveau handelt vooral over barrières die het therapeutische proces en de therapeutische werkkrelatie kunnen bemoeilijken.

### 1.1.1 *Beperkte kennis over de doelgroep*

Zowel in de literatuur (Hudson, 2002) als in de interviews wordt aangegeven dat er nog steeds een gebrek is aan kennis over de doelgroep van personen met een dubbele diagnose. Doordat de doelgroep niet aan bod komt gedurende de opleiding kan men er niet mee leren werken. Men leert niet welke noden er zijn bij de doelgroep van mensen met een dubbele diagnose en op welke manier er wel gewerkt kan worden met de doelgroep (Bates, 2009). Dit leidt tot veel barrières bij therapeuten. Op deze manier wordt er bijvoorbeeld ook niet gewerkt aan een verandering in de visie die doorgaans toch nog zeer gangbaar lijkt, nl. dat er niet therapeutisch gewerkt kan worden met mensen met een verstandelijke beperking, zoals Tomasulo & Razza (2006) ook zeggen. Zowel in de literatuur als in de interviews wordt er gesproken van een bepaalde weerstand van therapeuten ten opzichte van mensen met een verstandelijke beperking. Zo werd er in de interviews bijvoorbeeld verteld dat sommige therapeuten zich gewoon niet uitgedaagd genoeg voelen door de doelgroep, of dat de affiniteit er niet is. Beide is toch noodzakelijk om met mensen met een verstandelijke beperking te kunnen werken, en dat hoorde ik ook in de interviews.

### 1.1.2 *De context(afhankelijkheid)*

Een andere barrière die vooral in de interviews naar boven komt, is dat de flexibiliteit die nodig is om de context te betrekken ook niet altijd aanwezig is bij therapeuten. Zoals eerder ook al gezegd, kan dit voor een stuk gelinkt worden aan de klassieke therapieopleidingen waarin de context doorgaans minder aandacht krijgt. De context is toch een heel belangrijk aspect om te kunnen werken met personen met een verstandelijke beperking (Vandeweerd et al., 2007; Peters, 2002).

Mensen met een verstandelijke beperking zijn vaak zeer afhankelijk van de context, niet enkel voor ondersteuning, maar ook voor de transfer van wat er geleerd is binnen een therapiesessie naar de dagdagelijkse omgeving en situaties (Bates, 2009; Peters, 2002)., iets wat veel terug kwam in de interviews.

De therapeuten halen ook nog aan dat mensen met een verstandelijke beperking vaak ook afhankelijk zijn van de context in functie van de verwijzing/aanmelding. Andere mensen beslissen over het feit of iemand therapie nodig heeft of niet, waardoor er, volgens mij, de kans bestaat dat sommige mensen die op zich wel therapie nodig zouden hebben of hier baat bij zouden hebben, niet aangemeld worden.



### 1.1.3 *Communicatie*

Waar in de literatuur toch veeleer gesproken wordt over de barrière door een beperkte mogelijkheid tot verbaal communiceren (Bates, 2009; Whitehouse et al., 2006; Kilbane & Jahoda, 2011), heeft men in de interviews niet direct gesproken over communicatie als een barrière. De communicatie kan een barrière zijn in die zin dat in klassieke therapeutische opleidingen het praten toch nog steeds het hoofdprincipe is en doorsnee therapeuten niet opgeleid zijn om via andere creatieve, non-verbale methoden in gesprek te treden met een persoon met een verstandelijke beperking. Dat kan therapeuten weerhouden om met de doelgroep aan de slag te gaan. Door de therapeuten in de interviews wordt communicatie echter minder als barrière ervaren omdat er volgens hen veel andere methoden zijn om een therapeutisch gesprek te kunnen hebben.

Samengevat zijn er in de literatuur en de interviews wel wat barrières vanuit de persoon met een verstandelijke beperking naar boven gekomen, zoals o.a. nog de barrière van het beperkte inzicht, sociale glimlach, etc. (Sinanon, 1992; Peters, 2002; Tomasulo, & Razza, 2006).

Wat mij echter vooral opgevallen is, is dat barrières vanuit de persoon met een verstandelijke beperking door de therapeuten minder als een barrière gezien worden, maar eerder als een mogelijkheid om het eigen kader aan te passen. Vanuit de literatuur en mijn eigen ideeën legde ik op voorhand zelf de nadruk op barrières. Uit de interviews heb ik echter vooral gehoord dat deze barrières een aanzet zijn om creatief te werken en het eigen kader in vraag te stellen. Ik wil dan ook vanuit mijn eigen orthopedagogische bril niet louter ingaan op de barrières, maar ook liever de nadruk leggen op de mogelijkheden van de doelgroep. In heel veel situaties is het net noodzakelijk dat – eerder dan te focussen op beperkingen en barrières - ondersteuners en therapeuten hun ondersteuning afstemmen op de ondersteuningsvragen die mensen stellen en de mogelijkheden en krachten die zij tonen, om op die manier een hogere kwaliteit van leven na te streven. Bij het antwoord op volgende onderzoeksvraag zal vooral vanuit het orthopedagogische denkkader gekeken worden.

## 1.2 MESONIVEAU

Onder het mesoniveau vallen de barrières op vlak van de organisatie van de VAPH-sector en de GGZ. Omdat het hier ook gaat over de kloof tussen de twee sectoren, zou het ook op macroniveau geplaatst kunnen worden. Maar het gaat hier volgens mij ook over de manier waarop de verschillende sectoren georganiseerd zijn, daarom dat ik het liever op mesoniveau plaats.

Op mesoniveau is er één grote barrière naar voren gekomen, nl. dat mensen met een dubbele diagnose op twee stoelen zitten. Hackerman et al. (2006) hebben het hier over de scheiding van de sectoren (de VAPH-sector en GGZ). Deze scheiding zorgt er voor dat men ofwel enkel naar de verstandelijke beperking gaat kijken ofwel enkel naar de psychische problematiek. Wat er dan op neer komt dat de

GGZ zou zeggen ‘dat is iemand met een verstandelijke handicap, die hoort hier niet thuis’, terwijl de VAPH-sector zegt ‘Ja, maar hij/zij heeft ook een psychische problematiek, dat kunnen wij hier niet opvangen’. Het is vaak niet duidelijk welk label ‘primeert’ waardoor mensen met een dubbele diagnose dus eigenlijk nergens terecht kunnen. Deze maatschappelijke problematiek komt overeen met wat enkele therapeuten in een interview gezegd hebben.

Verschillende therapeuten geven in de interviews nog aan dat het vaak moeilijk is om mensen door te verwijzen naar een andere setting, wat er op wijst dat de kloof tussen de GGZ en de VAPH-sector toch nog groot is. Het is echter wel zo dat die kloof en vooral de manier waarop hier mee omgegaan wordt eerder provincie gebonden is. In Vlaams-Brabant bijvoorbeeld ervaren ze wel een goede samenwerking tussen de sectoren, maar in de meerderheid van de provincies is die samenwerking er nog niet en kunnen ze moeilijker beroep doen op de andere sector. Dit wijst er bovendien, naar mijn inzien, ook op dat de verschillende sectoren niet over genoeg knowhow van elkaar beschikken en dat er geen gevoel is van een gedeelde verantwoordelijkheid.

### 1.3 MACRONIVEAU

Op dit niveau gaat het voornamelijk over structurele barrières en barrières op vlak van beleid. Een andere grote barrière is die van de wachtlijsten. Deze barrière heb ik echter niet teruggevonden in de literatuur. Het gaat hier volgens de professionelen over een kwestie van vraag en aanbod. Er is voldoende vraag, maar er zijn niet voldoende middelen om het juiste aanbod te bieden.

## 2 Onderzoeksvraag 2

*“Wat doen therapeuten die specifiek met de doelgroep werken, anders dan de doorsnee therapeuten die niet met de doelgroep werken?”*

*“Hoe kan je als therapeut daar het beste op inspelen, m.a.w. hoe kan men het beste omgaan met personen met een verstandelijke beperking binnen de psychotherapie?”*

*“Hoe kunnen we de kloof tussen de GGZ en de GHZ verkleinen om zo de verschillende sectoren op elkaar af te stemmen?”*

In mijn onderzoek geven verschillende therapeuten aan dat ze met de doelgroep aan de slag zijn gegaan vanuit een nood aan psychotherapeutische ondersteuning voor personen met een beperking. Het blijkt echter niet evident om een psychotherapeutische begeleiding te starten zonder dat het therapeutisch proces aangepast is aan de noden en mogelijkheden van de persoon met een dubbele diagnose. Er is antwoord gegeven op zowel de hoofdonderzoeksvraag als op de onderliggende vragen.

De eerste twee vragen nl. de hoofdvraag, *‘Wat doen de therapeuten anders?’* en de eerste onderliggende vraag, *‘Hoe kan je het beste omgaan met de doelgroep binnen de psychotherapie?’*, hebben een antwoord gekregen op microniveau. Zowel in de literatuur als in de interviews zijn enkele mogelijke aanpassingen gegeven waarop een therapeutisch proces kan georganiseerd worden zodat het werkbaar wordt met personen met een verstandelijke beperking. De tweede onderliggende vraag heeft antwoord gekregen op mesoniveau, een gezamenlijke verantwoordelijkheid lijkt hier het sleutelwoord.

## 2.1 MICRONIVEAU

Op dit niveau staan het therapeutische proces en de therapeutische werkrelatie centraal. In het onderzoek zijn er verschillende belangrijke voorbeelden gegeven van manieren waarop een therapieessie georganiseerd kan worden zodat ook personen met een verstandelijke beperking er baat bij kunnen hebben en zodat iedere therapeut in principe aan de slag kan met deze doelgroep. Over het algemeen vindt men dat het therapeutische proces en de inhoud hiervan veel minder complex dient gemaakt te worden (Hurley et al., 1998; Vandeweerd et al., 2007; Peters, 2002; Došen, 2001, 2005, 2008).

### 2.1.1 Context

Een eerste belangrijke aanpassing, die zowel in de literatuur (Vandeweerd et al., 2007; Peters, 2002) als in de interviews aan bod kwam, is het betrekken van de context. De context is nodig om de transfer van de therapieessie naar de dagelijkse leefwereld te faciliteren. Personen met een beperking hebben het vaak moeilijker om hetgene ze geleerd hebben in de therapieessie, toe te passen in de dagelijkse situaties buiten de therapieessie om. Daarom is het belangrijk dat er een brug gelegd wordt tussen de therapie en de leefwereld van de cliënt (Vandeweerd et al., 2007), dat wordt vergemakkelijkt door de context er bij te betrekken. Therapeuten geven wel aan dat het belangrijk is om hierin de privacy te garanderen. In het betrekken van de context dient men steeds de therapeutische houding te behouden ten opzichte van de cliënt. Als er iets doorgegeven wordt aan de context, wordt dat best eerst met de persoon in therapie besproken, zodat deze mee kan beslissen over de dingen die doorgebriefd worden. Een van de therapeuten zegt ook dat hierbij rekening wordt gehouden met de vraag *‘Hoe kunnen we mensen/de omgeving ondersteunen in het omgaan met de persoon met een dubbele diagnose?’*

Het betrekken van de context is ook belangrijk vanuit de afhankelijkheid van personen met een verstandelijke beperking van hun omgeving, de afhankelijkheid die in eerste instantie als barrière vermeld wordt (Došen, 1990). Mensen met een beperking hebben, vanwege o.a. de afhankelijkheid, iemand in de context nodig waarop ze kunnen steunen. Als therapeut is het belangrijk om te achterhalen waar die steun zit, en als die er niet is, dient er een ondersteuningsnetwerk gelanceerd te worden.

Bovendien kan het betrekken van de context op een continuüm geplaatst worden. Een aantal therapeuten haalden aan dat er soms niet in eerste instantie met de persoon met een dubbele diagnose gewerkt moet worden, maar dat het bijvoorbeeld beter is om op een psycho-educatieve manier met de context te werken, zodat de context versterkt wordt in de ondersteuning en hulpverlening aan de persoon met een dubbele diagnose. Er wordt gezegd dat het een continuüm is tussen in welke mate je met het individu aan de slag gaat, zodat het een meerwaarde heeft voor de persoon zijn/haar kwaliteit van leven en voor zijn/haar context en de mate waarin je met de context aan de slag gaat om deze te versterken. Achterliggend uitgangspunt is dat het probleem vaak niet bij de persoon met een verstandelijke beperking, maar in de omgeving ligt. Op dergelijke momenten of in dergelijke situaties is het belangrijk dat men vooral daar dan rond werkt.

### 2.1.2 *Doelstellingen/verwachtingen*

Om psychotherapie werkzaam te maken voor mensen met een verstandelijke beperking dienen ook de doelstellingen (verwachtingen) van therapie en het therapeutische proces aangepast te worden. De therapeuten geven aan dat dit gaat over het afstemmen van de verwachtingen en doelen van de therapie op het aankunnen van de cliënt. Doorsnee therapeuten vergen meer de aandacht op het krijgen van inzicht, op het leerproces en op veranderingen, terwijl therapeuten die met mensen met een verstandelijke beperking werken veeleer de aandacht vestigen op de therapeutische relatie. Fletcher (2007) geeft dit heel mooi weer in zijn citaat in het boek van Vandeweerd et al. (2007): ‘Psychotherapie is een benadering die mensen helpt omgaan met alledaagse zorgen en met aanhoudende problemen, en dit door middel van een therapeutische relatie. Deze relatie draait om het creëren van steun en veiligheid om gevoelens, gedachten en gedrag te kunnen verkennen, uiten en oefen.’ Deze benadering geeft mijn inziens heel goed weer op welke manier er gekeken wordt naar therapie voor mensen met een verstandelijke beperking. In deze definitie spreekt men niet van inzicht of leren, het gaat hier over het creëren van een veilige omgeving, waar een vertrouwensrelatie uit steun kan ontstaan waardoor de mensen met een verstandelijke beperking beter hun gevoelens, gedrag en gedachten kunnen verkennen en een plaats kunnen geven. Aangezien personen met een beperking niet altijd hun gevoelens kennen en kunnen uiten, of deze voornamelijk uiten via gedrag, hebben ze doorgaans ook geen woorden voor hun gevoelens. In een therapiesessie kan er ruimte gegeven worden om hun gevoelens via een ander kanaal weer te geven dan via de woorden die te kort schieten.

In de literatuur (Vandeweerd et al., 2007; Peters, 2002) en in interviews zijn er een aantal methodieken weergegeven om dit ‘andere kanaal’ aan te bieden. Door middel van het veranderen van de werkvorm naar een meer non-verbale, lichaamsgerichte en creatieve manier, kan verkenning van gevoelens, gedrag en gedachten beter plaats vinden. Het is belangrijk om hierbij aandacht te hebben voor de noden, mogelijkheden en krachten van de persoon met een verstandelijke beperking.

### 2.1.3 *De werkvorm*

Een ander belangrijk aspect wat therapeuten die werken met de doelgroep onderscheidt van doorsnee therapeuten is het aanpassen van de methodiek binnen de therapie.

#### 2.1.3.1 *Aanmelding*

Waar doorsnee therapeuten verwachten dat de zorgvrager zichzelf aanmeldt, is dit geen verwachting van therapeuten die werken met mensen met een verstandelijke beperking. Men aanvaardt dat een begeleiding, een ouder of iemand anders uit de omgeving de persoon met een beperking aanmeldt. Wel wil men daarna zo snel mogelijk met de persoon in kwestie aan de slag om te onderzoeken of de hulpvraag bij deze persoon aanwezig is en dezelfde is als die van de verwijzers (begeleiding, ouders, ...). Daarom werkt men doorgaans met vier intake- of proefsessies, i.p.v. maar één intakesessie. In de literatuur vinden we vooral de barrière van de verwijzers terug, zo erkennen o.a. The Royal College of psychiatrists (2003), Vandeweerd et al. (2007), Peters (2002), Kilbane & Jahoda (2011) en Costello et al. (2007) het probleem van de aanmelding. Er is echter veel minder literatuur terug te vinden over de manier waarop hier wordt ingespeeld, slechts weinig auteurs hebben hier iets over geschreven (Peters, 2002; Vandeweerd, Travers, & Bauwens, 2007). In de interviews hebben een aantal therapeuten het hier veel uitvoeriger over gehad. Zelf denk ik dat het aanmeldingsproces een belangrijke aanpassing is ten opzichte van een klassiek therapeutisch proces, maar dat het voor vele therapeuten vanzelfsprekend is dat van personen met een verstandelijke beperking niet verwacht wordt dat ze zelf initiatief nemen tot aanmelding bij de GGZ.

#### 2.1.3.2 *De methodiek*

Het afstemmen van de communicatie op de persoon die voor u zit is een ander belangrijk element. Verbale communicatie is niet het belangrijkste, maar er wordt vooral aandacht besteed aan het non-verbale, want communicatie over gevoelens hoeft niet altijd op taal te steunen (Došen & al, 2001). Er wordt bijvoorbeeld meer lichaamsgericht en op een creatieve manier gewerkt, dit bijvoorbeeld door middel van knutselmateriaal, gevoelskaartjes, werken met duplopoppetjes, dingen visualiseren op een bord of blad, foto's, verhaaltjes etc. Heel wat therapeuten hebben voorbeelden gegeven van methodieken die zij gebruiken. Zij halen deze vooral uit vormingen, werkboekjes zoals bijvoorbeeld 'seks@relaties', uit een creatieve opleiding of puur uit eigen creativiteit. Bovendien kan ook de verbale communicatie aangepast worden zodat het beter te begrijpen is voor een persoon met een verstandelijke beperking. Het zoeken naar een gemeenschappelijke taal is hierin een belangrijk aspect, het gaat erover dat je als therapeut je taal gaat aanpassen aan de andere persoon. Het gaat hier een stuk over vereenvoudigen in taal. Wanneer de manier van communiceren en ook de verwachtingen hier omtrent aangepast worden, is er weer heel wat meer mogelijk in therapie voor personen met een verstandelijke beperking.

## 2.2 MESONIVEAU

Op mesoniveau is er antwoord gegeven op de vraag ‘Hoe kunnen we de kloof tussen de VAPH- sector en de GGZ verkleinen’. Zoals ik hierboven al vermeld heb, kan dit ook geplaatst worden op macroniveau. Ik geef echter de voorkeur om het op mesoniveau te plaatsen, omdat het volgens mij begint bij een verandering in de organisatie van de verschillende sectoren, nl. het openstellen voor de andere instanties. In de literatuur wordt er gesproken over de barrière van de scheiding van de sectoren (Morgan, 2008; Hackerman et al., 2006; Hudson & Chan, 2002), deze bevindingen komen overeen met de ervaring van de meerderheid van de therapeuten rond de kloof tussen de sectoren. De meerderheid van de geïnterviewde therapeuten ervaren geen goede samenwerking. In de literatuur is echter niet veel terug te vinden over aspecten die een antwoord kan bieden op deze noodzaak.

De geïnterviewde therapeuten uiten een grote nood aan samenwerking tussen de verschillende sectoren, het zou een gezamenlijke verantwoordelijkheid moeten worden. Meer overleg tussen de VAPH-sector en de GGZ zou een beginnend antwoord kunnen bieden op het probleem van de scheiding van de sectoren. Het gaat dan over een overleg waarin zowel mensen van de VAPH-sector als mensen van de GGZ samenzitten. In dergelijk overleg kan men de noden naar de andere sector toe uiten, maar kunnen ook de good practices gedeeld worden, om zo te zien waar de sectoren elkaar kunnen aanvullen. Een knowhow van de andere sector vinden de therapeuten ook belangrijk om zo ook weer beter op elkaar in te kunnen spelen. Ze achten het belangrijk dat er wat meer kennis is van de verschillende instanties en dat er door overleg een betere doorverwijzing kan zijn, in functie van de ondersteuning van personen met een dubbele diagnose. Elke persoon met een dubbele diagnose heeft een andere ondersteuningsnood. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid tussen de beide sectoren om een optimaal antwoord te kunnen bieden op elke individuele ondersteuningsnood en om de kwaliteit van leven van elke persoon met een dubbele diagnose gezamenlijk te optimaliseren.

## 2.3 MACRONIVEAU

De therapeuten geven aan dat er nood is aan een bewustwording en erkenning van de problematiek van mensen met een dubbele diagnose in de maatschappij. Men wil dat er een erkenning komt voor de mogelijkheden en de behoeften van de doelgroep zelf, maar ook dat er een erkenning komt voor het beroep van psychotherapeut bij mensen met een verstandelijke beperking, dit o.a. op structureel (wachtlijsten) en financieel vlak. Er is tevens ook nood naar meer onderzoek betreffende deze probleemstelling.

Ook dient er wat meer aandacht te zijn voor de grote wachtlijsten, door naar oplossingen te zoeken om deze te verkleinen. Als het een kwestie is van vraag en aanbod, waarbij er voldoende vraag is maar niet voldoende middelen zijn om het gepaste aanbod te bieden, dan zou er in elke provincie meer

middelen moeten geboden worden om een zorgsysteem te kunnen opbouwen waarbij de verschillende sectoren op elkaar afgestemd zijn. Hiervoor dient er echter in eerste instantie, volgens mij, meer erkenning en aandacht te zijn voor de populatie in de samenleving/maatschappij.

Hoewel bij de barrières, de gebrekkige kennis die therapeuten hebben omtrent de noden en mogelijkheden van de doelgroep een van de aangegeven barrières was op microniveau, . denk ik dat het ook een overkoepelend, structureel probleem is, waar op beleidsvlak ook iets aan gedaan kan worden. Binnen verschillende opleidingen zou meer aandacht gegeven moeten worden aan deze doelgroep van mensen met een dubbele diagnose. Ook de professionelen die geïnterviewd werden geven dit aan. Ik denk dat het hier dan niet enkel gaat over de therapeutische opleidingen, maar ook in opleiding zoals psychologie en (Ortho)pedagogiek. Ik denk dat er op die manier al meer aandacht gevestigd kan worden op deze doelgroep in de maatschappij in het algemeen. Wanneer er binnen elke instantie wat meer aandacht gegeven wordt aan de doelgroep, zal er over het algemeen in de samenleving meer belangstelling en interesse in de doelgroep zijn.

### **3 Krachten en uitdagingen van het onderzoek**

Het onderzoek bevat enkele krachten, bijvoorbeeld dat er niet enkel literatuur bestudeerd is, maar ook dat professionelen bevroegd werden. Deze professionelen zitten in de evolutie rond ‘de problematiek’ van de toegang voor mensen met een verstandelijke beperking tot de GGZ. Waardoor op die manier de barrières, knelpunten en noden, maar ook de kansen, krachten en mogelijkheden vanuit hun standpunt naar boven konden komen. De dingen die zij naar boven brachten zijn werkpunten die in de literatuur minder terug te vinden zijn. De bijdrage van de professionelen is dus een grote meerwaarde voor het onderzoek en voor verder onderzoek.

Naast deze krachten, zijn er ook enkele uitdagingen van het onderzoek waar ik op stootte. Zoals meermaals werd vermeld brengt de literatuur vooral een medisch-psychiatrisch denken naar boven, dat tevens individueel, veralgemenend en sterk op deficit gericht is (Goodley & Van Hove, 2005). Dit is echter niet de bril van waaruit ik vind de problematiek dient bekeken te worden, want dan is er de kans dat er aan de beperkingen vastgehouden wordt zonder naar mogelijkheden te zoeken. Ik had tevens de indruk dat in de literatuur andere accenten gelegd werden dan in de gesprekken die ik voerde. Bijvoorbeeld communicatieve barrières krijgen een veel grotere aandacht in de literatuur, dan in de interviews, terwijl er in de interviews meer aandacht werd gelegd op bijvoorbeeld de context dan vergeleken met de literatuur. Volgens mij is dit ook te linken aan de bril waarmee gekeken wordt, nl. de medisch-psychiatrische bril van de literatuur, versus de orthopedagogische bril die eerder naar boven kwam in de interviews. Er is wel onderzoek gedaan naar de barrières, vooral dan vanuit een

deficit denken, maar onderzoek over de noden, is maar weinig terug te vinden. Ook vooral is literatuur terug te vinden dat handelt op microniveau, nl. over de manier waarop het therapeutische proces kan aangepast worden. Binnen onderzoek wordt echter beperkter verwezen naar elementen op meso- en macroniveau terwijl hier naar mijn gevoel toch wel de grootste noden blijken te liggen.

Daarnaast werd er beoogd om de probleemstelling vanuit meerdere perspectieven te onderzoeken. Naast therapeuten die wel werken met mensen met een verstandelijke beperking, was het volgens mij ook nuttig om therapeuten te interviewen die niet specifiek met de doelgroep werken. Op die manier konden de noden ook vergeleken worden vanuit verschillende perspectieven. Er was echter geen interesse vanuit de kant van ‘doorsnee’ therapeuten die niet met mensen met een verstandelijke beperking werken. Dit zegt bovendien ook weer veel over de problematiek. Het zou tevens, volgens mij, ook nuttig geweest zijn om professionelen in het orthopedagogisch veld (begeleiders, orthopedagogen, eventueel ook ouders) te bevragen. Zij zijn namelijk ook één kant van de kloof tussen de twee sectoren. Daarnaast kan het ook een meerwaarde zijn om de mensen met een dubbele diagnose zelf te bevragen. Zij ondervinden het ten lijve en kunnen noden, behoeften, maar ook krachten uiten ten opzichte van de probleemstelling. Er is nood aan samenwerking tussen de sectoren om de kwaliteit van leven van deze mensen te optimaliseren, zij kunnen zelf het beste aangeven waar zij ondersteuning nodig hebben om hun kwaliteit van leven te verbeteren. Daarom dienen we ook naar hun te luisteren, want het helpt niet om een probleem op te lossen waar er geen probleem blijkt te zijn.

## **4 Implicaties van het onderzoek**

Wat leren we ten slotte uit dit onderzoek en kunnen we aanbevelen voor de toekomst? Ook is er nagedacht over de manier waarop orthopedagogiek hier een rol in kan spelen.

### **4.1 IMPLICATIES VOOR TOEKOMSTIG ONDERZOEK**

Toekomstig onderzoek zou naar mijn mening meer vanuit de ‘orthopedagogische bril’ moeten vertrekken. Hiermee bedoel ik dat er minder naar de beperkingen dient gekeken te worden, maar meer naar de mogelijkheden, kansen, krachten en noden van mensen met een dubbele diagnose.

Zoals hierboven ook al vermeld, is dit onderzoek, buiten de literatuur, maar vanuit één perspectief onderzocht namelijk professionelen (therapeuten) die specifiek werken met mensen met een dubbele diagnose. Verder onderzoek zou de problematiek vanuit andere perspectieven kunnen onderzoeken en vervolgens de resultaten naast elkaar kunnen leggen in functie van een breder begrip van deze – naar mijn gevoel – maatschappelijke problematiek.



De kloof tussen de VAPH-sector en GGZ blijkt toch nog een van de grootste problemen. Er kan bijvoorbeeld nog verder onderzocht worden op welke manier deze kloof kleiner kan gemaakt worden en hoe overleg en samenwerking beter gerealiseerd kan worden.

#### 4.2 DE ROL VAN ORTHOPEDAGOGIEK

De orthopedagogiek kan naar mijn mening een rol spelen vanuit het emancipatorische kader en empowerment, waar krachten en mogelijkheden de bovenhand nemen. Door middel van meer onderzoek en meer publicaties omtrent de mogelijkheden van de doelgroep, kan men de maatschappij bekend laten worden met mensen met een dubbele diagnose. Ook vooral kan orthopedagogiek een rol spelen in de samenwerking tussen de verschillende sectoren, door o.a. meer overleg te creëren. Dit door in eerste instantie voor meer bewustzijn te zorgen op vlak van de noden en mogelijkheden van mensen met een beperking, door bijvoorbeeld meer publicaties omtrent de doelgroep.

## Conclusie

Mensen met een verstandelijke beperking kunnen net zoals mensen zonder verstandelijke beperking psychische problemen hebben, straffer nog, de prevalentie van psychische problemen bij mensen met een verstandelijke beperking ligt ongeveer drie keer hoger dan bij mensen zonder verstandelijke beperking bron. Desondanks zijn er maar weinig mensen met een verstandelijke beperking die terecht kunnen in de psychotherapie. Dit heeft te maken met ettelijke barrières die er zowel zijn bij de therapeuten (bijvoorbeeld een gebrek aan kennis van de doelgroep, expertise, de visie en de weerstand ten opzichte van mensen met een verstandelijke beperking, etc.), als bij mensen met een verstandelijke beperking zelf (bijvoorbeeld de contextafhankelijkheid, communicatie, etc.). Maar ook op vlak van de organisatie van onze zorgsystemen zijn er barrières, nl. de kloof tussen de GGZ en de VAPH-sector waardoor mensen met een dubbele diagnose nog altijd door de mazen van het net blijven vallen. Ook zijn er andere structurele barrières die de toegang tot de GGZ belemmeren voor mensen met een verstandelijke beperking, zoals o.a. de ellenlange wachtlijsten, de therapeutische opleidingen waarin geen of slechts beperkt aandacht is voor de doelgroep, de doelgroep die nog steeds niet in de markt ligt bij het beleid, het kostenplaatje etc..

Ondanks deze barrières heeft het onderzoek aangetoond dat psychotherapie bij mensen met een verstandelijke beperking wel degelijk mogelijk is, mits aanpassingen op maat van de doelgroep, en op maat van elke individuele persoon van deze groep.

Door middel van het betrekken van de context in het therapeutisch proces, door de verwachtingen en doelstellingen van de therapie af te stemmen op de mogelijkheden en noden van de persoon, door samen te zoeken naar een gepaste methodiek en door het creëren van een veilige, vertrouwensvolle

werkrelatie kan er heel wat bereikt worden in psychotherapie met mensen met een verstandelijke beperking. Wanneer er bovendien een betere samenwerking komt tussen de verschillende sectoren, wat wil zeggen dat men elkaar en elkaars werk moet leren kennen, en wanneer de kwaliteit van leven van mensen met een verstandelijke beperking als een gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt ervaren, dan kan men de ondersteuning ook beter aanpassen aan de persoon met een dubbele diagnose. Dit gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid lijkt echter nog weinig tot niet ingeburgerd tussen de verschillende sectoren. Er blijkt hiernaar wel een grote nood te zijn bij de therapeuten.

Op beleidsvlak blijkt de doelgroep te weinig gekend en tevens het werken met de doelgroep te weinig erkent. Meer onderzoek, publicaties en vormingen zijn nodig om deze kennis en erkenning van de doelgroep in het beleid bij te schaven, om zo mensen met een verstandelijke beperking en een psychische problematiek onder de aandacht te brengen.

## Bibliografie

- AAIDD. (2012). *Definition of intellectual Disability*. Verkregen op 23, april, 2012, van <http://www.aaid.org>
- Ahasverus Vzw. (2012). *Centrum geestelijke gezondheidszorg, regio Halle-Vilvoorde* op 6, april, 2012 van <http://www.ahasverus.be>
- Artman, L., & Daniels, J. (2010). Disability and Psychotherapy Practice: Cultural Competence and Practical Tips. *Professional Psychology: Research and Practice*, 442-448.
- Bates, T. (2009). *Therapeutic adaptation: treatment of individuals with mental retardation and psychiatric disorders*. Northampton, Massachusetts: Smith College School for Social Work.
- Baudewijns, L. (2008). Mentale retardatie en ontwikkelingsstoornissen: Kom Binnen. Therapeutische ontmoetingen met mensen met een verstandelijke handicap. Een praktijkboek voor hulpverleners en therapeuten. In de reeks SEN-publicaties. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 802.
- Bauwens, A., Travers, E., & Vandeweerdt, M. (2003). *Mental Health and Mental Retardation: A lifespan multidisciplinary approach*. Rome.
- Bauwens, A. (2012, maart 23). Interview met An Bauwens van Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Ahasverus regio Halle-Vilvoorde, CGG Ahasversus, Halle.
- Blontrock, L. (1996). *Studie naar de noodzaak van het oprichten van een regionaal ambulante zorgsysteem voor mensen met een verstandelijke handicap en bijkomende gedrags-, psychische en/of psychiatrische problemen*. Gent.
- Blontrock, L., et.al. (2011). Ontwerp van overzicht modules binnen het intersectoraal zorgcircuit en netwerk voor volwassen personen met een verstandelijke beperking met psychiatrische stoornissen en/of gedragsproblemen [niet gepubliceerde tekst]. Oost-Vlaanderen.
- Blontrock, L. (2012, april 3). Interview met Leen Blontrock uit CGG Waas en Dender, Sint-Niklaas.
- Boeije, H. (2005). *Kwalitatief onderzoek: Praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.
- Bouras, N. (2008). *Mental Health of people with intellectual disabilities*. London: Lippincott Williams & Wilkins.

- Bouras, N., & Holt, G. (2004). Mental health services for adults with learning disabilities. *British Journal of Psychiatry*, 291-292.
- Cgg Brussel Vzw. (2008). *Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg*. Verkregen op 6, april, 2012 van <http://www.cgg-brussel.be>
- CGG Vlaams-Brabant Oost Vzw. (2012). *Centrum Geestelijke Gezondheidszorg: Vlaams-Brabant Oost vzw*. Verkregen op 6, april, 2012 van <http://cgg-vbo.be>
- CGG Waas en Dender. (2012). *CGG: Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Waas & Dender*. Verkregen op 6, april, 2012 van <http://www.cggwaasendender.be>
- Claes, G. (2012, mei 14). Interview met Gerd Claes van De Kanteling, Schilde.
- Claes, L., Roets, G., Coene, G., & Van Hove, G. (2011). Recht op geestelijke gezondheidszorg voor personen met een verstandelijke beperking: onnodig controversieel? *Ethiek en Maatschappij*.
- Clark, L. (2007). Learning disabilities within mental health services: are we adequately preparing nurses for the future? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 433-437.
- Costello, H., Bouras, N., & Davis, H. (2007). The Role of Training in Improving Community Care Staff Awareness of Mental Health Problems in People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 228-235.
- De Belder, G. (2012, mei 14). Interview met Gerd De Belder van De Kanteling, Schilde.
- De Belie, E. (2012, december). Interview met Erik De Belie Van Hagewinde in Lokeren, Gent.
- De Groef, J. (2012, maart 22). Interview met Johan De Groef van VZW Zonneliëd in Roosdaal, Roosdaal
- De Groef, J., & Heinemann, E. (1999). *Psychoanalysis and mental handicap*. London, New York: Free Association Books.
- De Hagewinde. (2012). *De Hagewinde, sociaal orthopedagogisch centrum: Doelgroep*. Verkregen op 6, april, 2012 van <http://www.hagewinde.be/>
- De Vliëger, P., rush, F., & Pfeiffer, D. (2003). *Rethinking Disability: The emergence of New Definitions, Concepts and Communicaties*. Garant.

- Declercq, K. (2012). *SEN-SEO: Implementatie sporen 2012-2013*. Verkregen op 16 mei 2012 <http://www.senvzw.be/wg/werkgroep-sociaal-emotionele-ontwikkeling/content/sen-seo-implementatiesporen-2012-2013>
- Delaere, A. (2012, maart 27). Interview met Ariane Delaere van Regionaal Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Regio Deinze-Eeklo-Gent, RCGG, Eeklo
- Došen, A. (1990). *Psychische en gedragsstoornissen bij zwakzinnigen: een ontwikkelingsdynamische benadering*. Amsterdam: Boom, Meppel.
- Došen, A. (2005). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Došen, A., et al. (2001). *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation*. FR C. Psych, D.P.M.
- Došen, A., et al. (2008). *Richtlijnen en principes voor de praktijk. Centrum voor Consultatie en Expertise*. MH-ID.
- Driessen, G., DuMoulin, M., Haveman, M., & van Os, J. (1997). Persons with intellectual disability receiving psychiatric treatment. *Journal of Intellectual Disability Research*, 512-518.
- Geyhsen, G. (2012, februari 23). Interview met Gudrun Geyhsen uit Psychiatrisch centrum St. Amandus te Beernem, Beernem.
- Goodley, D., Van Hove, G. (2005). *Another Disability Studies Reader? People with Learning Difficulties and a Disabling World*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Gratsa, A., Spiller, MJ., Holt, G., Joyce, T., Hardy, S., & Bouras, N. (2007). Developing a Mental Health Guide for Families and Carers of People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 77-86.
- GRIP vzw. (2011, oktober). *Standpuntnota GRIP vzw: De rechten van personen met een psychische beperking in het kader van het VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap*. Verkregen op 16, november, 2011, van [www.gripvzw.be](http://www.gripvzw.be)
- Gurman, A., & Messer, S. (2005). Contemporary Issues in the Theory and Practice of Psychotherapie: A Framework for Comparative Study. In A. Gurman, & S. Messer, *Essential Psychotherapies: Theory and Practice* (pp. 1-23). New York, London: The Guilford Press.

- Gustafsson, C. (1997). The prevalence of people with intellectual disability admitted to general hospital psychiatric units: level of handicap, psychiatric diagnoses and care utilization. *Journal of Intellectual Disability Research*, 519-526.
- Hackerman, F., Schmidt, C., Dyson, C.D., Hovermale, L., Gallucci, G. (2006). Developing a Model Psychiatric Treatment Program for Patients with Intellectual Disability in a Community Mental Health Center. *Community Mental Health Journal*, 13-24.
- Hamerijck, M. (2012, februari 23). Interview met Magda Hamerijck van Psychiatrisch centrum St. Amandus te Beernem, Beernem.
- Hatton, C. (2002). Psychosocial interventions for adults with intellectual disabilities and mental health problems: A review. *Journal of Mental Health*, 357-373.
- Heijkoop, J. (2003). *Vastgelopen, anders kijken naar begeleiding van mensen met een verstandelijke handicap met ernstige gedragsproblemen*. Uitgever H. Nelissen B.V.
- Hudson, C., & Chan, J. (2002). Individuals with Intellectual Disability and Mental Illness: a literature review. *Australian Journal Of Social Issues*, 31-49.
- Hurley, A., Tomasulo, D., & Pfadt, A. (1998). Individual and Group Psychotherapy Approaches for Persons with Mental Retardation and Developmental Disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 365-386.
- Jooren, M. (2008). Hoe verlopen samenwerkingsprojecten tussen Geestelijke Gezondheidszorg en Gehandicaptenzorg? Een exploratief onderzoek via een sterkte-zwakteanalyse. Gent
- Kilbane, A., & Jahoda, A. (2011). Therapy Expectations: Preliminary Exploration and Measurement in Adults with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 528-542.
- Le Grand, B. (1993). Psychotherapie bij geestelijke gehandicapten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 218-220.
- Levering, B., & Smeyers, P. (1999). *Opvoeding en onderwijs leren zien. Een inleiding in interpretatief onderzoek*. Amsterdam: Boom.
- Lucassen, P. (2007). *Kwalitatief onderzoek: praktische methode voor de medische praktijk*. Bohn: Stafleu van Loghum.
- Maes, B., & Swillen, A. (2010). Themanummer: Behandelinterventies bij gedragsproblemen en psychische stoornissen bij personen met een verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, kinderpsychiatrie en klinische psychologie*, 4-18.

- Meltzoff, J., & Kornreich, M. (2008). *Research in Psychotherapy*. New York: Atherton.
- Morgan, A., Leonard, H., Bourke, J., & Jablensky, A. (2008). Intellectual disability co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illness: population-based study. *The British Journal of Psychiatry*, 364-372.
- Morisse, F. (2011). Het fenomeen psych(iatr)isch stoornissen en gedragsproblemen bij personen met een verstandelijke beperking: een inleiding [niet gepubliceerde tekst]. Gent.
- Morisse, F. (2012, februari 28). Interview met Filip Morisse vanuit het outreach project, Gent.
- Moss, S., Bouras, N., & Holt, G. (2000). Mental health services for people with intellectual disability: a conceptual framework. *Journal of Intellectual Disability Research*, 97-107.
- Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. (2003, November 13). Advies inzake Geestelijke Gezondheidszorg aan personen met een handicap. Afdeling "Programmatie en Erkenning", Brussel.
- PC Dr. Guislain. (n.d.). *Outreach: De Steiger - De Meander*. Verkregen op 23, april, 2012 van <http://www.guislain.be/downloads/Outreach%20de%20steiger%20%20de%20meander.pdf>
- Peters, H. (2002). *Kun je mij begrijpen? Omgaan met verstandelijk gehandicapten in psychotherapie*. Leuven/Leusden: Acco.
- RCGG Deinze-Eeklo-Gent. (2012). Geraadpleegd op 6 april 2012 van Regionaal Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg: Deinze Eeklo Gent: [www.rcgg.be](http://www.rcgg.be)
- Royal College of psychiatrists. (2003). *Psychotherapy and Learning Disability: The present position and options for future development*. London.
- Royal College of psychiatrists. (2004). *Psychotherapy and Learning Disability: Council Report CR116*. London.
- Schotte, H. (2012, februari 23). Interview met Hilde Schotte van Psychiatrisch Centrum St. Amandus te Beernem, Beernem.
- Scior, K., & Grierson, K. (2004). Service Provision for Young People with Intellectual Disabilities and Additional Mental Health Needs: Service-providers' Perspectives. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 173-179.

- SENVzw. (2012). *Expertiseverspreiding via de consulentenwerking*. Verkregen op 9, april, 2012 van <http://www.senvzw.be/wg/verstandelijke-beperking-amp-gedragsproblemen-algemeen/content/expertiseverspreiding-via-de-consulentenwerking>.
- Sinason, V. (1992). *Mental Handicap and the Human Condition. New Approaches from the Tavistock*. London: Free Association Books.
- Tomasulo, D., & Razza, N. (2006). Group Psychotherapy for People With Intellectual Disabilities: The Interactive-Behavioral Model. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*, 85-93
- Travers, E. (2012, maart 26). Interview met Els Travers van Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg in Vlaams-Brabant Oost vzw, CGG Vlaams-Brabant Oost, Tienen.
- United Nations. (2012). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Verkregen op 23, april, 2012 van <http://www.UN.org/disabilities>
- Van de Ven, I., Durnez, M., & Van Doorden, L. (2011). *Personen met een verstandelijke beperking en problemen met hun geestelijke gezondheid*. Verkregen op 4, april, 2011 van <http://www.senvzw.be>
- Van Hove, G. (2009). En toen was daar ineens de UN-Conventie. In G. Van Hove, *Disability Studies: Basisteksten uitgediept* (pp. 325-365). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Van Hove, G. (2011-2012). Kwalitatief Interviewen: een boeiende uitdaging [niet gepubliceerde tekst]. Gent.
- Van Hove, G.; Claes, L.; De Schauwer, E.; Mortier, K.; De Munck, K.; Verstichele, M.; Leyman, K.; Smet, D.; & Vandekinderen, C. (2011). Kwaliteitsgaranties voor kwalitatief onderzoek: alternatieven voor 'platgetreden paden'. [niet gepubliceerde tekst]. Gent
- Van Linthout, E. (2012, maart 13). Interview met Elke van Linthout van Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Brussel, CGG Brussel, Brussel
- Vandeweerd, M., Travers, E., & Bauwens, A. (2007). *Kom Binnen. Therapeutische ontmoetingen met mensen met een verstandelijke handicap. Een praktijkboek voor hulpverleners en therapeuten*. Garant.
- Verenigde Naties. (2006). *Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, 13 december 2006*



- Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. (2007). *Participatie: VN-conventie en burgerschapsmodel*. Verkregen op 14, maart, 2012 van <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/3109491-VN-Conventie+en+burgerschapsmodel.html>
- Volwassenenwerking Lokeren. (2012). *Volwassenenwerking Lokeren*. Verkregen op 6 april van <http://www.vww-lokeren.be>
- White, P., Chant, D., Edwards, N., Townsend, C., & Waghorn, G. (2005). Prevalence of intellectual disability and comorbid mental illness in an Australian community sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 395-400.
- Whitehouse, R., Tudway, J., Look, R., & Kroese, B. (2006). Adapting Individual Psychotherapy for Adults with Intellectual Disabilities: A Comparative Review of the Cognitive-Behavioural and Psychodynamic Literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 55-65.
- Willner, P. (2005). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for people with learning disabilities: a critical overview. *Journal of Intellectual Disability Research*, 73-85.
- Willner, P. (2006). Readiness for Cognitive Therapy in People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 5-16.
- Zonnelied vzw. (2012). *Zonnelied vzw: dienstverlening voor mensen met een handicap*. Verkregen op 6, april, 2012 van <http://www.zonneliedvzw.be>

# **Bijlage**

Bijlage A: Vragen van het interview

## 1 Bijlage A: Kwalitatief interview

### Kaderen van het onderzoek

Mijn masterproef handelt over psychotherapie bij personen met een verstandelijke beperking. Uit mijn literatuurstudie en onderzoek ben ik tot volgende probleemstelling gekomen:

- Een grotere prevalentie van psychische problemen
- Barrières in de GGZ die er zijn voor mensen met een verstandelijke beperking.

Het is de bedoeling van mijn onderzoek om uit te zoeken waarom het zo moeilijk is om als persoon met een verstandelijke beperking in de psychische hulpverlening te geraken ondanks het recht op GGZ en de VN-conventie. Wat zijn die verschillende barrières?

Verder wil ik onderzoeken wat therapeuten/psychiaters die specifiek met personen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek werken, zo anders doen dan de doorsnee therapeuten.

### Onderzoeksvragen

- Wie bent u en waar bent u tewerkgesteld?
- Wat is bij u de aanzet geweest om met deze doelgroep aan de slag te gaan. Was dat een bewuste keuze, of eerder toevallig? En wat trok u dan wel of niet aan de doelgroep aan?
- Uit mijn voorlopige literatuurstudie is gekomen dat personen met een verstandelijke beperking regelmatig niet te recht kunnen in de hulpverlening, hoewel de prevalentie van psychische problemen veel hoger ligt dan bij mensen zonder beperking.  
Ervaart u dit ook zo?
- Welke barrières denkt u dat hier aan de grondslag kunnen liggen?
- Hoe kan je als therapeut daar het beste op inspelen?
- Wat denkt u dat er zo verschillend is tussen therapeuten die specifiek werken met de doelgroep personen met een verstandelijke beperking en andere therapeuten?
- Uit onderzoek is gebleken dat er een grote kloof bestaat tussen de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg.
  - o Ervaart u een goede samenwerking tussen de ‘gehandicaptenzorg’ en de ‘geestelijke gezondheidszorg’?
  - o Hoe denkt u dat we de kloof kunnen verkleinen?