

Kan ik ook geholpen worden?

Psychotherapie bij mensen met een verstandelijke beperking, een 'doenbare' zaak?

Els Ronsse, PsySense

Geestelijke gezondheidszorg, ondersteuning en behandeling is een recht, ook voor mensen met een verstandelijke beperking. We beseffen ook meer dat mensen met een verstandelijke beperking kunnen lijden aan psychische en psychiatrische stoornissen. Maar wat hebben we deze mensen te bieden aan psychodiagnostiek en behandeling? En is psychotherapie haalbaar voor iedereen? Of moeten we vaker overstappen naar creatieve methodieken? En is elke therapeut wel geschikt om te werken met mensen met een verstandelijke beperking?

In deze tekst, die een neerslag is van een voordracht aan het KuLak in 2015 worden een aantal van deze vragen beantwoord

Bij het grasduinen in de literatuur rond mensen met een verstandelijke beperking, vind je weinig artikelen en onderzoeken terug die dit belichten. Andrew Flynn deed een literatuuronderzoek in 2012 onder de titel: 'Fact or faith?: on the evidence for psychotherapy for adults with intellectual disability and mental health needs'. Zijn conclusie was dat de artikelen die gepubliceerd werden allemaal wezen op het succes en de zinvolheid van psychotherapie, maar dat het er bitter weinig waren.

In Vlaanderen blijft de groep mensen met een verstandelijke beperking nog een onderbelichte doelgroep binnen de geestelijke gezondheidszorg. Op congressen en in literatuur is hun aandeel eerder minimaal. Terwijl de overheid net stimuleert om deze groep ook in de reguliere hulpverlening toegang te geven. Heel wat mensen met een verstandelijke beperking en een bijkomende (psychische) problematiek worden binnen veel eerstelijnsvoorzieningen nog geweerd. Dit komt omdat men van oordeel is dat mensen met een psychische problematiek niet thuishoren binnen hun organisatie (Jooren, 2008)

Nog steeds weigeren veel therapeuten en psychologen om mensen met een verstandelijke beperking te behandelen. De meeste behandelaars geven aan hier niet voor opgeleid te zijn. Een aantal vermoedt dat mensen met een verstandelijke beperking niet begeleidbaar zijn omwille van te lage communicatieve of cognitieve vaardigheden, en verlaagde of geen therapietrouw. Dit geldt trouwens niet alleen voor gesubsidieerde dienstverleners. Bij de zelfstandig werkende psychologen en psychotherapeuten gaven ongeveer 5% van therapeuten of psychologen aan om met deze doelgroep te werken.

Actueel stellen we een lacune vast in het ambulante aanbod van zorg en ondersteuning voor mensen met een dubbeldiagnose verstandelijke handicap & psychi(atr)ische en/of gedragsstoornissen.

Noodzaak?

En toch is dit aanbod nodig, want onderzoek toont wel aan dat één op zes mensen met een verstandelijke beperking lijdt aan een psychische stoornis, bij voorbeeld angst of depressie (Taylor et al, 2012). Ook vroegere onderzoeken gaven dergelijke cijfers. Cooper et al. (2007) wijzen op een prevalentie van psychische stoornissen (exclusief gedragsproblemen en autismespectrumstoornissen) bij 13,9% tot 22,4% van de (jong)volwassenen met een verstandelijke beperking. De cijfers verschillen afhankelijk van de gebruikte classificatiesystemen. En dan wordt hier wel nog een verschil gemaakt tussen gedragsproblemen en psychische problemen.

De laatste jaren groeit de aandacht voor een psychotherapeutisch aanbod voor deze doelgroep. Psychotherapie met mensen met een verstandelijke beperking is echter een uitdaging en vergt soms een andere aanpak. Er dient rekening gehouden te worden met de ernst van de verstandelijke beperking en de specifieke gedragingen eigen aan de verstandelijke beperking, zoals bijvoorbeeld het 'blokkeren' (fysiek stoppen met stappen, eten, bewegen, ...) door mensen met het syndroom van Down. Naast dit alles is het belangrijk te kijken voorbij de beperking, op zoek te gaan naar de persoon achter het gedrag, achter de families en de systemen waarin mensen vaak leven. Dit alles vraagt aanpassingen: kortere sessies, eenvoudiger taalgebruik, gebruik van non-verbale benaderingswijzen. Bovendien is de aanleiding voor psychotherapie nooit los te zien van de bredere context. Psychotherapie bij iemand met een verstandelijke beperking kan zelden zonder daarbij de omgeving te betrekken. Naast individuele psychotherapie is er dan ook regelmatig een aanbod noodzakelijk van ouderbegeleiding, koppeltherapie, gezinstherapie, consult en reflectie met begeleiders van de cliënt.

Voorbeelden van dergelijke werkingen zie je onder andere in een paar centra voor geestelijke gezondheidszorg die teams inzet voor diagnostiek en behandeling van de doelgroep van personen met een handicap met bijkomende psychiatrische diagnose. Het 'Kom Binnen' project in Brabant en het Cover-team in Oost-Vlaanderen zijn hier twee voorbeelden van. Dit zijn projecten die tonen dat werken met deze doelgroep kan én baat heeft. Ook de mobiele interventiecellen, die een eerder outreachende geestelijke gezondheidszorg aanbieden, tonen dat begeleiding bij deze groep een preventieve rol speelt en opnames verhindert, of in aantal vermindert.

Communicatie & emotionele ontwikkeling

De weinige artikelen die gepubliceerd werden rond psychotherapie bij mensen met een verstandelijke beperking, bewijzen gelukkig wel dat psychotherapie een zinvolle behandeling kan zijn, zoals De Belie et al, (2013), Vuijk (2013) en De Groef (2011) aantoonde. De grootste reden waarom mensen met een verstandelijke beperking niet gebaat zouden zijn bij psychotherapie, is omdat we denken aan een klassieke 'praattherapie'. Verbale of non-verbale communicatieproblemen vormen namelijk één van de kenmerken van mensen met verstandelijke beperking, en lijken een tegenindicatie te zijn. De communicatie op zich verschilt niet, de elementen zijn gelijk (contact, gebruik van taal, gebruik van symbolen, ..) maar worden anders gehanteerd. Contact is bijvoorbeeld al één van de beperkende factoren. Doordat hulpverleners soms niet begrijpen dat iemand contact wil maken. Ook komt dit omdat de omgeving te weinig alert is of meer moeite moet doen dan gewoonlijk om de communicatie in stand te houden. De verstandelijke beperking belast als het ware de communicatie. Dit kan ook in een jong taalgebruik uitmonden. Het vraagt dat de gesprekspartner taal niet alleen eenvoudiger brengt, maar ook trager. Aanleiding hiervoor ligt bij de concentratie en de verwerkingsproblemen die mensen vaak ervaren.

Naast communicatie is ook lange tijd gedacht (Davies et al, 1997) dat mensen met verstandelijke beperking een emotioneel tekort vertoonden, waardoor inzicht en zelfreflectie moeilijker of zelfs onmogelijk zou zijn. Ondertussen is geweten dat mensen met een verstandelijke beperking heel veel emoties ervaren maar er vaak een andere of tragere ontwikkeling in doormaken (Morisse & Došen, 2015). Dit in kaart brengen helpt om de emotionele noden en behoeften van mensen te leren kennen en ook een aangepaste psychotherapie te kunnen bieden.

Het inschatten van die emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking, zorgt er voor dat er een betere afstemming plaatsvindt van onszelf op onze cliënten met een verstandelijke beperking waardoor we dus sneller op hun niveau kunnen communiceren. Maar nog belangrijker is dat we onze verwachtingen gaan matchen met hun niveau. Het psychodynamisch ontwikkelingsgericht kader van Anton Došen is één kader om emoties in kaart te brengen, maar ook andere kaders hebben hier aandacht voor. Binnen de psychoanalytische stroom werd bijvoorbeeld het emotioneel leven van mensen met een verstandelijke beperking al veel sneller als belangrijk ervaren. Zelfs in die mate dat dit zou bijdragen tot het vermijden of uitstellen van opnames. Eén van de meer bekendere auteurs van de psychoanalytische stroming is Sinason, die een aantal heel bruikbare dingen heeft geschreven rond onder andere seksueel misbruik bij mensen met een verstandelijke beperking (Sinason, 2015). Verbeke (2014) beschrijft het affectieve proces in een gevalstudie waarbij ze niet inzet op het leren 'begrijpen' wat het fantasma is. Ze wil niet als eerste doel kennis laten opdoen over, maar gaat errond werken en doorwerken. Dit is eerder een affectief proces dan een cognitief proces van 'weten'.

Zowel de cognitieve als emotionele leeftijd is bepalend voor wat en hoe dingen in begeleiding worden aangeboden. In de klinische praktijk zorgt de emotionele invalshoek ervoor dat je niet overschat en dat je sneller een context kan creëren die veiligheid en duidelijkheid brengt. Het biedt dus handvatten om als hulpverlener je eigen stijl aan te passen, en eventueel ook je therapie. Mensen die emotioneel meestal niet hoger dan de socialisatiefase lijken te functioneren, zijn in de meeste gevallen minder gebaat met gesprekstherapie of therapie die inzicht of reflectie vraagt. Deze mensen kunnen als het ware niet spreken over iets, zonder het onmiddellijk ook weer in alle intensiteit te herbeleven. Het is voor hen ook moeilijker om in het gevoelsleven van een andere te gaan staan of een perspectief te proberen zien.

Spel & creatieve therapie

Voor deze mensen kan een eerder creatieve vorm in de zin van speltherapie helpen om een relatie op te bouwen, om vervolgens te kijken of je nog verder geraakt. Dit hangt natuurlijk ook af van het cognitieve niveau. Speltherapie is vrij goed te hanteren bij mensen met een cognitieve ontwikkelingsleeftijd lager dan twee jaar (Blokhuys, 2014).

Er zijn uitgebreide protocollen en werkwijzen beschikbaar rond speltherapie en creatieve therapieën, maar opnieuw minder voor de groep mensen met een verstandelijke beperking. Toch zijn een aantal doelen die via spel- en creatieve technieken bereikt worden zeker ook bruikbaar bij deze groep.

Het belangrijkste doel van speltherapie is ons inziens afhankelijkheid verminderen. Speltherapie kan gebruikt worden bij cliënten die heel afhankelijk zijn en die daardoor geïrriteerd raken. De meeste mensen met een verstandelijke beperking proberen zich toch aan te passen, proberen als het ware te gehoorzamen. Mensen met een ernstige verstandelijke beperking zijn op dit gebied niet anders maar zijn door hun hulpvragen nog meer afhankelijk, en hebben vaak als volwassene een aangeleerde afhankelijkheid.

Contact bevorderen is een ander mogelijk doel. Doordat je samen op een gestructureerde en prikkelende manier werkt zonder veel te sturen, leg je als het ware het heft in handen van de cliënt. Het ervaren van een dergelijke situatie benoemt Serruys (2015) als parallel-intimiteit. Door het heft in handen van de cliënt te leggen, bepaalt hij het tempo, de materialen waarmee gewerkt wordt en de handelingen die hij stelt. Maar anderzijds zorgt het er voor dat hij het gedrag van de speltherapeut bepaalt. Eenmaal een cliënt de andere persoon in de begeleiding opmerkt, kan de andere belangrijk

worden. Dit verloopt echter in heel kleine stapjes en kan zeker een tien tot twintigtal sessies in beslag nemen.

Veelal zal het doel ook liggen in een beoogde gedragsverandering of uitbreiding van gedragsrepertoire. Een aantal mensen met een ernstige verstandelijke beperking en autisme moet je bijvoorbeeld elk nieuw voorwerp leren kennen. Van nature uit hebben zij meer stimulans nodig, en dus meer tijd en mogelijkheden om materialen te leren kennen.

Op langere termijn kan je met deze doelen mensen stimuleren om zo te groeien en help je meebouwen aan een beter zelfbeeld. Dit komt omdat je in spelbegeleiding zelden zegt dat iets niet goed is. Bijna alles kan en mag, en hoe meer je er als cliënt in experimenteert, hoe meer aanmoediging je krijgt.

Bijkomend effect is vaak dat ander gedrag daardoor vermindert. Dat mensen een groter gamma aan gedragingen ter beschikking hebben en ietwat minder op hun stereotiepe gedragingen terugvallen. Als speltherapeut is het informatie verschaffen aan de vaste begeleiders dan ook heel belangrijk, omdat je zo telkens kansen biedt aan hen om het gedragsrepertoire mee te helpen uitbreiden.

Grootste doelen liggen binnen spel- en creatieve therapie natuurlijk op het aanbieden van alternatieve manieren van communicatie, om op die manier thema's aan te halen die anders sterk bedreigend zijn of om een thema vanuit een andere rol te bekijken. Soms kunnen mensen met een verstandelijke beperking en autisme nog niet imiteren waardoor ze ook minder mogelijkheden hebben om andere gedragingen te stellen, of om op het idee te komen om anders te reageren. Speltherapie laat toe om verschillende scenario's te tonen en biedt ook ruimte om dit in te oefenen, als iemand dat wil (Ronsse & Vermeersch, 2012).

Stromingen en scholen

Bij het formuleren van doelen zoeken we naar een positieve insteek waarbij we mogelijkheden aanspreken. We merken immers dat we veelal de neiging hebben om negatief gedrag te 'verminderen' om conflictsituaties te veranderen. Dit is ook één van de verdiensten van bijvoorbeeld oplossingsgerichte therapie waarbij de kwaliteiten van de mensen zelf optimaal worden ingezet en problemen worden gezien als uitdagingen.

Speltherapie werkt niet alleen bij mensen met een laag functioneringsniveau maar ook bij mensen die cognitief sterker lijken, maar waarbij therapeuten toch de neiging hebben om te overschatten.

Naast speltherapie lijkt ook de cliëntgerichte therapie in de jongere emotionele fases aan te slaan.

Echtheid, empathie en acceptatie staan centraal. Deze mensen willen ook volledig begrepen worden en zich bewust worden van hun mogelijkheden. De psychotherapeut biedt ruimte aan en schept voorwaarden waarbij er een verandering in zelfperceptie kan ontstaan, vooral op gedragsniveau. Zo komt een cliënte om de twee weken 'op de koffie' om er verschillende van haar poppen te tonen. De poppen kreeg ze van allemaal verschillende mensen en zij vertelt er iedere keer bij waarom ze belangrijk zijn. Meegaan in haar 'koffieklets', het ensceneren van de poppen, de afstand bepalen, zijn allemaal voorwaarden die deel uitmaken van haar setting-stellen. Zij maakt ook heel duidelijk dat ze niet komt om te praten. Toch laat ze gaandeweg toe dat de poppen andere posities krijgen en komt er al wat ruimte in de afstand-nabijheid die elk vervangend lid heeft. Het vervangen van haar poppen door duplopopjes sloeg bij haar niet aan. Vermoedelijk vroeg dit te veel abstractie vanuit haar cognitieve mogelijkheden.

Eveneens minder gesprekstherapeutisch maar wel heel bruikbaar zijn de aandachtstherapieën zoals mindfulness. Singh (2003) beschreef hierbij de bekende technieken van 'sole of the feet', gebruikt bij mensen met een verstandelijke beperking om agressie te reguleren. Hokke, Lievens en Sterkenburg

(2014) deden recent onderzoek bij mensen met een verstandelijke en bijkomende visuele beperking rond de bodyscan. Sterkenburg (2008) doet al jaren onderzoek naar gehechtheid en ontwikkelde onder andere de Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG). ITGG is een gefaseerde behandeling voor mensen met een visuele en ernstige verstandelijke beperking en met ernstige gedragsproblemen. Elke fase van de behandeling heeft een specifieke functie. De therapeut tracht door middel van intensief contact (opnieuw of voor het eerst) een gehechtheidsrelatie op te bouwen van waaruit hij een veilige basis voor exploratie creëert. Sterkenburg beschrijft ook de mentaliseren bevorderende therapie. Deze therapie wordt ook toegepast bij (jong) volwassen cliënten met persoonlijkheidsstoornissen zoals de borderline persoonlijkheidsstoornis. Een deeltje van de MBT kan je ook terugvinden in de gestalttherapie waarbij de lege stoel techniek een niet-bedreigende techniek kan zijn.

Gedragstherapie biedt ook een goede ingangspoort, maar dan vooral in combinatie met familieleden en begeleiders. Het is vaak zinvoller om op randfactoren in te zetten om op die manier gedrag te veranderen door de context zich te laten aanpassen, dan de interne oorzaken van stress aan te pakken en hier ten volle op gaan werken zoals bv. bepaalde gedachten, patronen etc...(Crick, 1988).

Dit impliceert niet dat er niet met gedragstherapie bij mensen met een verstandelijke beperking rechtstreeks en individueel gewerkt kan worden. Gedragstherapie is een therapie waar je met bv gedachtenstops kan werken, maar dan moeten mensen al heel sterk kunnen reflecteren en empathiseren. Cottis (2009) beschreef dat het gebruik van psychotherapie die focust op net datgene waardoor iemand emotioneel overstuurd gaat, kan, maar dat dit vooral vertrekt vanuit een goede therapeutische relatie met van daaruit een overstap naar het meestappen in inzicht en zelfbegrip.

Dwanghandelingen, identiteitsproblemen, moeite met voldoende en ook niet teveel assertiviteit, impulsiviteit, seksueel misbruik, trauma en boosheid zijn zaken waar vaak therapie rond gevraagd wordt. Didden (2009) beschrijft uitgebreid hoe achter gedragsproblemen vaak een intrapsychisch probleem zit.

In de behandeling van seksueel misbruik en trauma is eye movement desensitization and reproccesing (EMDR) ook een heel goede therapie net zoals de behandeling van posttraumatische stresstoornissen. Het voordeel van EMDR is dat het minder behandelsessies vraagt en minder belastend is voor de cliënt en de therapeut (Tharner, zoals beschreven in Didden, 2006). Tevens is het cognitieve gedeelte van de therapie veel beperkter en gestructureerder dan bij een cognitieve gedragstherapie, waardoor het goed bruikbaar is voor mensen met een verstandelijke beperking.

Elke therapeutische richting kan inspiratie opleveren maar er blijft een vraag naar specifieke diagnostische kennis en interventiemethodieken die werkzaam zijn bij mensen met een verstandelijke beperking. Blijkbaar wordt de benadering van deze groep toch als anders ervaren, wat deels kan samenhangen met de eigenheid van deze groep.

Aandachtspunten

Binnen psychotherapie liggen er op verschillende gebieden aandachtspunten. De psychotherapeut moet in de eerste plaats kunnen afstemmen op de verschillende ontwikkelingsleeftijden.

Zo is er een zekere afstemming nodig op de sociale ontwikkelingsleeftijd van de cliënt, waarbij rekening wordt gehouden met welke sociale patronen en welke levenservaring iemand heeft, uit welke context

iemand komt en wat zijn voorgeschiedenis is. Afstemmen op de emotionele ontwikkelingsleeftijd is nodig om een veilig therapeutisch klimaat aan te bieden met oog voor de emotionele behoeften. Het belangrijkste punt ligt natuurlijk op de kennis van de verstandelijke beperking en de persoon. Zo is het goed om te onthouden dat de cognitieve ontwikkelingsleeftijd vaak nog zo jong is dat de gewetensontwikkeling nog niet helemaal volgroeid is. De cognitieve beperking zorgt er ook voor dat er een beperkt begrip is van complexe boodschappen en een beperkt abstract denken. Het onthouden van afspraken, het inschatten van tijdsduur, het bellen of willen praten op niet afgesproken momenten zijn daar mogelijke voorbeelden van.

Bressers (2011) vertelt dat motiveren, uitleg geven, de vertaalslag maken voor de cliënt en rekening houden met het IQ (enige vorm van inzichtgevende therapie kan volgens hem pas boven een IQ van 60) belangrijke elementen zijn. Verbale overschatting kan anders wel eens het gevolg zijn. Een aantal mensen met verstandelijke beperking leerden doorheen hun leven 'meepraten', en je moet hen redelijk goed kennen vooraleer je weet wat 'gewoon verder verteld' is en wat echt van hen komt. Andere mensen praten heel weinig waardoor ze de indruk geven om ook cognitief zwakker te zijn, terwijl ze net heel hoog kunnen functioneren.

Twinten & Van Kouwen (2011) benoemen het uitgangspunt dat men zich als psychotherapeut bewust is van het cognitieve en emotionele niveau van de cliënt en van zichzelf, als de affectief bewuste benadering. Afstand en nabijheid moeten hierbij in balans zijn, naast een rogeriaanse grondhouding en een goed beeld van het sociale steunsysteem van de cliënt. Afstand – nabijheid is een erg moeilijk item want je werkt met mensen die van nature uit toch iets meer afhankelijk zijn dan mensen zonder verstandelijke beperking en die zich sneller gaan hechten, of net afwijzend gaan reageren (De Belie & Morisse, 2007).

Naast je taal en tempo aanpassen in het gesprek zelf kan ook de duur van de therapie anders liggen. Het vraagt namelijk verschillende sessies om je cliënt echt te leren kennen en samen met hem een relatie te ontwikkelen waarbinnen er vertrouwen groeit, en waarbinnen er ruimte is voor 'experiment'. Newman & Beail (2010) vonden in een onderzoek naar verdedigingsmechanismen dat deze dezelfde zijn als bij de normale populatie en ook hetzelfde verloop kennen, maar veel meer tijd vragen. We zien dat lange-termijn-therapie succesvoller is en uit onderzoek van Carlsson (2002) blijkt dat het probleemgedrag dat aanleiding voor psychotherapie was, vaak in het eerste jaar van begeleiding stopt. Bij begeleiding bij mensen met een verstandelijke beperking geldt nogal eens: 'Eerst invoegen dan toevoegen (eerst aansluiting vinden, dan pas toevoegen). Dit is ook meer en meer als affinity-therapie benoemd (Suskind et al, 2015). En het kan een hele tijd duren vooraleer je 'aangesloten' bent. Vertrouwen en veiligheid komt er vaak door bekendheid in tijd en ruimte, ongestoorde sessies met bekende rituelen. Het aansteken van een kaarsje, bepaalde lichtsfeer laten

Bepalen, helpen allemaal om herkenbaarheid te brengen, om betekenis te geven, om te duiden in welke rol jullie op dat moment stappen (Serruys, 2015).

In de sessies zelf ga je minder in op de reacties en gevoelens zelf maar probeer je de achtergrond, het patroon te ontdekken. Dit vraagt opnieuw wel enige kennis van de leefwereld van de persoon met de beperking en van de reactiewijze. Supervisie bij iemand met ervaring met verstandelijke beperking is hier een goede ondersteuning.

Helpen denken

Visualiseren helpt om mensen in hun denken te ondersteunen en om zaken vast te houden. Bovendien maakt het de dingen op lange termijn ook herkenbaar. Een eenvoudige manier om te visualiseren is

het gebruik van boekjes uit de reeks 'books beyond words'. Deze boekenreeks behandelt topics die aan bod kunnen komen binnen psychotherapie, zoals mishandeld worden, verder leven na misbruik, depressief voelen, ...

Ook de Vlaamse reeks rond 'Volgens Willy' is hier een mooi voorbeeld van.

Idealiter schrijf/teken je natuurlijk zelf tijdens de sessies, om zo alles te ondersteunen, maar naast het geven van woorden kan je op deze manier ook dingen vasthouden. Waar je bij mensen zonder verstandelijke beperking eerder gaat parafraseren, kan je bij mensen met verstandelijke beperking eerder herhalen aan de hand van visualisaties. Blonrock (2013) vertelde hoe een cliënte voortdurend verhaaltjes bracht in een echte spraakwaterval en hierdoor naar een soort oplossing leek te streven. Door de verhaaltjes een titel te geven, deze neer te schrijven en te rangschikken naar 'wat eerst te bespreken', kwam er rust. Later werden hier ook nog gevoelens aan gelinkt. Kernelementen binnen deze begeleiding waren rust brengen, geen oplossingen zoeken, temporiseren, niet te snel willen gaan, visualiseren en ordenen.

De therapeutische stijl

Dit alles vraagt een actieve, sturende stijl van de therapeut. Hierbij slaat dit sturen vooral op de vorm en niet op de inhoud. Mensen met een verstandelijke beperking zijn beïnvloedbaar en het risico bestaat dat ze willen 'pleasen', of vanuit cognitief onbegrip op zoek gaan in het non-verbale gedrag van de therapeut naar het juiste antwoord. Net zoals andere mensen zoeken ze goedkeuring, hebben ze het nodig om te horen dat ze het goed doen en willen ze loyaal zijn aan hun psychotherapeut. Ze antwoorden vaak sociaal wenselijk op momenten dat het gesprek te moeilijk wordt, of als er nog geen veilige omgeving aanwezig is. Soms is dit een masker om hun handicap weg te stoppen.

Vuijk (2013) beschrijft in zijn artikel over Psychotherapie bij volwassenen met een lichte verstandelijke beperking hoe van een psychotherapeut een leidende dan wel coachende, steunende en betrokken houding wordt verwacht, waarbij de therapeut bijvoorbeeld de beperkte re-parenting- een begrip uit de schemagerichte therapie - kan toepassen in de vorm van het opbouwen van een vertrouwensrelatie, het bieden van stabiliteit, het geven van emotionele koestering en het stimuleren van zelfstandigheid (Young et al, 2005). Vonk & Hosmar (2009) tonen hoe de psychotherapeut veiligheid in het contact moet bieden door duidelijke grenzen te stellen, ongewenst gedrag af te keuren, gewenst gedrag te belonen en de cliënt als persoon bij dit alles in zijn waarde te laten, als iemand gericht agressief gedrag naar anderen toont.

Binnen de actieve sturende stijl past ook het werken met doelstellingen. Werken met schalen, thermometers, beelden moeten tot de natuurlijke stijl van de psychotherapeut gaan behoren. Het helpt om de binnenkant een uiterlijke vorm te geven. De weegschaal is een mooi instrument om veerkracht uit te leggen binnen het kader van depressie, waar de negatieve, neerduwende elementen aan de ene kant liggen. Door samen te zoeken naar wat positief werkt, wat energie biedt, kan je positieve stukjes aan de andere kant leggen, wat evenwicht brengt. Op deze manier ziet iemand ook dat het negatieve niet persé weg moet, wat veel mensen wel verwachten, maar dat er tijd en ruimte moet komen voor fijne dingen.

Crits-Christoph et al toonden in 2003 al aan dat de persoonlijke eigenschappen van therapeuten beslissender zijn voor de therapieresultaten dan de technieken die zij gebruiken of de therapie-oriëntatie waartoe zij behoren. En dit geldt evenzeer bij onze doelgroep. In eerste instantie moet je vooral bereid zijn om als therapeut je cliënt en zijn leefwereld te leren kennen en deze te volgen. Je

reflecteert vanuit het kader van de cliënt, wat voor de therapeut vaak een minder gekende leefwereld is. Aansluiten op de leefwereld van de cliënt is niet altijd vanzelfsprekend. Bovendien krijgen mensen met een verstandelijke beperking vaak ook voorgeschreven hoe hun leefwereld moet zijn. Soms is het beter als therapeut om gewoon te volgen en te kijken waarbij zaken vaak bizar of absurd lijken. Maar men moet vooral tijd nemen en krijgen om mensen in hun beperking en hun leefwereld te leren kennen. Goede voorbeelden daarvan worden ook bij Pessotherapie en speltherapie getoond.

Natuurlijk netwerk

Naast een sturende stijl is het ook aangewezen om samen te werken met het ondersteunende netwerk rond de cliënt met een verstandelijke beperking (Blackman, 2011). Dit heeft een tweeledige functie. Anders dan bij mensen zonder verstandelijke beperking komt de vraag naar therapie vaak vanuit het netwerk. Communicatie met hen hierin is dan ook heel belangrijk. Ze zijn vaak die partij die verwachtingen formuleert en evalueert. Vanderweerd (2007) stelt dat ze mee leven maar ook mee lijden onder de problemen die er zijn. Tijdens de kennismakingsfase zal het gesprek moeten gaan over hun visie op de problemen, hoe ze over de beperking van hun zoon of dochter nadenken en wat ze van de therapeut verwachten. Alle gesprekspartners brengen een soort innerlijk verklaringsmodel mee; een samenhang in perspectieven rond de beperking en de problematiek.

Soms is therapie gewoon al deze verwachtingen op elkaar proberen af te stemmen. Dit is een fase waar bewust aandacht wordt aan gegeven omdat de netwerken soms zelf ook niet altijd gevolgen van veranderingen inschatten. Mensen met een verstandelijke beperking zijn afhankelijk, experimenteren is bij hen vaak binnen beschermende kaders gebeurd waardoor er weinig of geen mislukkingen waren. Werken aan het zelfbeeld van mensen betekent ook dat je hen uit hun comfortzone haalt. De therapie is daar de ideale plaats voor maar vraagt ook dat soms negatief getint gedrag ook toegelaten wordt, dat je de experimenteeruimte biedt waar soms over grenzen gegaan wordt en dat er ook soms gewoon mislukkingen mogen zijn.

Als familieleden hun bezorgdheid uiten rond de dwanghandelingen die hun zoon vertoont dan is hun eerste idee wellicht niet dat hier een assertiviteitstraining zal aan gekoppeld worden, en dat er een aantal normen en waarden geëxpliciteerd moeten worden die zij in hun opvoeding wilden meegeven. Een goede uitleg rond het hoe en waarom is belangrijk bij familieleden om de kans op slagen te vergroten.

Zinvolheid?

Therapie is niet altijd zinvol als je daaronder enkel gesprekstherapie in een 1-1 relatie verstaat. Adeline Verslyppe vertelt in een interview aan Echo's (Schepens, 2000) dat het belangrijkste is dat de persoon binnen zijn context geholpen wordt om daar adequate aanpassingsmechanismen te ontwikkelen. Dat veronderstelt een totaalaanpak waarvan de individuele therapie maar een onderdeelje is. 'Daarom ook werken wij liever in de instelling. En daarom ook ben ik nogal pessimistisch over het 'slagen' van therapie: ik ervaar, zeker bij ernstige verstandelijk gehandicapte mensen, dat van zodra zij in een nieuwe setting komen, zij opnieuw therapie behoeven. Hun moeizaam opgebouwde aanpassingsmechanismen falen dan en zij hervallen in een crisis. Ze zijn kwetsbaarder omdat ze de zaken minder kunnen voorspellen en zich aldus minder flexibel kunnen aanpassen. Dergelijke veranderingen zouden veel beter moeten worden voorbereid.

Werken met deze mensen verloopt dan via derden, via familie en begeleiders. De doelen blijven dezelfde: veiligheid, rust, angstvermindering, maar op andere manieren, zoals bv via relaxatietherapie,

aangepaste technieken uit mindfulness, of via het gebruik van materialen zoals verzwaringskledij, verzwaringsdekentjes end... om prikkelregulatie te ondersteunen.

Ook gedwongen hulpverlening heeft minder slaagkans, tenzij de therapeut er in slaagt een gedeelde vraag te ontwikkelen waar zowel de cliënt als de context kan inkomen. Dit vraagt een heldere doelformulering die je ook regelmatig weer aftoetst. Oplossings- en schemagericht werken bieden hier goede methodieken voor, vermoedelijk omdat de waaromvraag die vooral reflectie maar ook 'schuld' met zich meebrengt er minder toe doet. De sterkte zit hier bij het richten op creativiteit en mogelijkheden, op het ontwikkelen van nieuwe schema's, vertrekkende vanuit krachten waarover mensen beschikken.

Over individueel of groepsgericht werken zijn er verschillende meningen. Groepstherapie heeft een aantal voordelen voor mensen met een verstandelijke beperking, en worden hier en daar in Vlaanderen ook al gehanteerd. Voordelen hiervan zijn vooral dat mensen van elkaar leren omdat ze zich enerzijds met elkaar identificeren, maar omdat er ook een medium is om taal te ontwikkelen, over ervaringen te reflecteren, oplossingen te zoeken en - vaak al spelend - uit te proberen. Gesprek en ervaringsgerichte activiteiten wisselen elkaar af. Uit verschillende ervaringen blijkt dat het werken met homogene groepen aangewezen is en dat de groep niet meer dan acht cliënten mag tellen, liefst door twee of drie therapeuten begeleid.

Effectief?

Rond effectiviteit is weinig gepubliceerd. Interventieonderzoek is moeilijk omdat mensen moeilijk zichzelf kunnen evalueren, omdat het vaak verloopt via bevraging van derden en er ook amper controlegroepen zijn (Willner, 2005). Vanuit psychodynamische hoek evalueerden Beail et al. (2005) het effect van een gewone psychodynamische psychotherapie bij twintig volwassen cliënten met verschillende vormen van probleemgedrag en vonden gemiddelde tot hogere effectgroottes in een ANOVA met herhaalde metingen (pre-posttest en follow-up), maar ook hier betrof het een onderzoek zonder controlegroep. Overigens stelt Beail (2003) dat er meer en beter bewijs is voor de cognitieve gedragstherapeutische interventies dan voor de psychodynamische interventies. Vrije associaties, overdracht en tegenoverdracht waren de technieken die therapeuten gebruikten om de innerlijke wereld van de cliënt te begrijpen. In de interventie zelf werd vaak gebruik gemaakt van expliciete interpretaties en vooral van technieken om controle te krijgen over affecten. Meestal echter bleef onduidelijk wat precies het werkzame bestanddeel was van de therapie. Was het de extra aandacht, de mogelijkheid om over problemen te kunnen praten in een veilige omgeving, of de focus op gevoelens of op gedrag (Beail, 1998).

Besluit

Psychotherapie kan je vanuit verschillende hoeken bekijken, het gemeenschappelijk element is echter overal dat de relatie gebruikt wordt om, veelal via empathie, een (psychisch) probleem mee te helpen oplossen of minstens draaglijk te maken. Peeters (2004) schreef over psychotherapie bij mensen met een verstandelijke beperking dat het anders kan zijn, maar vaak ook gewoon heel bekend is. Over welke benadering hiervoor het meest geschikt is schrijft Didden (2015) dat ze eclecticisch is, maar niet één model dat exclusief gebruikt wordt met uitsluiting van andere werkwijzen. Wel is ze aan de ontwikkelingsmogelijkheden en behoeften van de opgenomen patiënten aangepast. Hij beschreef dit over de gangbare therapeutische benaderingen op een opnamedienst voor mensen met een verstandelijke beperking, maar dit zal in ambulante hulpverlening niet anders zijn.

'Inspiratoren'

Ariane De Laere
Ellen Coppens
Elke Flamand
Evi Verbeke
Hannah Dejonghe
Leen Blonrock
Johan De Groef

Aangehaalde literatuur:

<http://booksbeyondwords.co.uk>

<http://www.sig-net.be/nl/nieuws/volgens-willy---boekenreeks-verstandelijke-beperking>

Referenties

Beail, N. (1998). Psychoanalytic psychotherapy with men with intellectual disabilities: A preliminary outcome study. *British Journal of Medical Psychology*, 71(1), 1-11.

Beail, N. (2003). What works for people with mental retardation? Critical commentary on cognitive-behavioral and psychodynamic psychotherapy research. *Journal Information*, 41(6).

Beail, N. (2005). Responses to Sturmey (2005) on psychotherapy evidence base for behavioral interventions: critical commentary. *Mental Retardation*, 43(6), 442-445.

Blackman, N. (2013). *The Use of Psychotherapy in Supporting People with Intellectual Disabilities who Have Experienced Bereavement* (Doctoral dissertation).

Blokhuis, A., Van Der Poel, L. (2014). *Wat je speelt ben je zelf*. Bohn Stafleu van Loghum.

Blonrock, L. (2013). *Gevalsstudie in het kader van een workshop rond psychotherapie bij mensen met een verstandelijke beperking*. Niet gepubliceerd.

Bressers, D. (2011), *Als het kwartje niet valt*. Over psychiatrie bij verstandelijk gehandicapten, referaat, niet gepubliceerd.

Carlsson, B., Hollins, S., Nilsson, A. and Sinason, V (2002) "Preliminary findings: an anglo-Swedish psychoanalytic psychotherapy outcome study using PORT and DMT, Tizard Learning Disability Review Vol.7 Issue 4 Oct. Pavilion publishing Brighton Ltd

Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *The British Journal of Psychiatry*, 190(1), 27-35.

Cottis, T. (2009) *Intellectual disability, trauma and psychotherapy*. London: Routledge

Crick, L. (1988) Mental handicap nursing: facing grief. *Nursing Times*, 13-19 (28) 61-63

Crits-Christoph, P., Tu, X., & Gallop, R. (2003). *Therapists as fixed versus random effects-some statistical and conceptual issues: a comment on Siemer and Joormann (2003)*.

Davies, J., Judd, F. and Herrman, H. (1997.) Depression in adults with intellectual disability. Part 1: A review. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* 31,232-42.

De Belie, E., & Morisse, F. (2007). *Gehechtheid en gehechtheidsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking* (No. 1). Garant.

De Belie, E., & Van Hove, G. (Eds.). (2013). *Wederzijdse emotionele beschikbaarheid: mensen met een verstandelijke beperking, hun context en begeleiders samen op weg*. Maklu.

De Groef, J. (2011). Psychoanalyse en handicap. In J. Dirx, M. Hebbrecht, A.W.M. Mooij & R. Vermote (red.), *Handboek psychodynamiek. Een verdiepende kijk op psychiatrie en psychotherapie* (pp. 549-555). Utrecht: de Tijdstroom

Didden, R. & Moonen, X. (2009). *Met het oog op behandeling: effectieve behandeling van gedragsstoornissen van mensen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht/Den Dolder: Landelijk Kenniscentrum LVG / Expertisecentrum De Borg

Didden, R. (2015). *In perspectief: gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking*. Bohn Stafleu van Loghum.

Flynn, A. G. (2012). Fact or faith?: on the evidence for psychotherapy for adults with intellectual disability and mental health needs. *Current opinion in psychiatry*, 25(5), 342-347.

Hokke, H., P. Lievense, and P. S. Sterkenburg. "The effects of mindfulness for people with visual impairment and moderate intellectual disability and their caregivers." *Journal of applied research in intellectual disabilities*. vol. 27. no. 4. 111 river st, hoboken 07030-5774, nj usa: wiley-blackwell, 2014.

JOOREN, M. (2008), *Hoe verlopen samenwerkingsprojecten tussen Geestelijke Gezondheidszorg en Gehandicaptenzorg? Een exploratief onderzoek via een sterkte-zwakteanalyse*. Niet-gepubliceerde scriptie tot het behalen van graad van licentiaat in de Pedagogische Wetenschappen, afstudeerrichting Orthopedagogiek, Faculteit Psychologie & Pedagogische Wetenschappen, Universiteit Gent.

- Morisse, F. & Došen, A. (red.). (2015). *SEO-R² Schaal voor emotionele ontwikkeling van mensen met een verstandelijke beperking – Revised²*, Maklu
- Newman, D. W., & Beail, N. (2010). An exploratory study of the defence mechanisms used in psychotherapy by adults who have intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(7), 579-583.
- Peters, H. (2004). Wat zijn belangrijke aandachtspunten bij psychotherapie voor mensen met een verstandelijke beperking?. *Psychopraxis*, 6(5), 156-160.
- Ronsse, E., Vermeersch, S. (2012). *Speltherapie bij mensen met autisme en een verstandelijke beperking. Sterk!*, 2-6
- Schepens, H. (2000). Op therapie, in de reeks 'sporen van inclusie', in *Echo's*, 28-34
- Serruys, M. (2015). Begeleiden in autisme: een vertrouwensrelatie!, lezing gegeven in SIG, Gijzegem
- Sinason, V. (2015). Social defences against anxiety: explorations in a paradigm. *Journal of Child Psychotherapy*, 41(3), 321-323.
- Singh, N. N., Wahler, R. G., Adkins, A. D., Myers, R. E., & Mindfulness Research Group. (2003). Soles of the feet: A mindfulness-based self-control intervention for aggression by an individual with mild mental retardation and mental illness. *Research in Developmental Disabilities*, 24(3), 158-169.
- Sterkenburg, P. S., & Schuengel, C. (2008). Behandelprotocol "Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag" (ITGG) [Protocol for "Integrative Therapy for Attachment and Behavior" (ITAB)]. *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten*, 409-424.
- Suskind, R., Suskind, C., Griffin, D. (2015.) *Affinities: Should Therapy be this much fun?*. <http://affinitytherapy.sciencesconf.org>
- Taylor, J. L., Lindsay, W. R., Hastings, R. P., & Hatton, C. (Eds.). (2012). *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities*. John Wiley & Sons,
- Tharner, G. (2015). Over de toepassing van EMDR bij de behandeling van mensen met een lichte verstandelijke beperking. In R. Didden (Red.), *In perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp. 145-168). Houten: Bohn Stafleu van Lochem.
- Twint, B., & van Kouwen, B. (2011). *De Affectief Bewuste Benadering: het op maat begeleiden van mensen met een verstandelijke beperking*. Boom/Nelissen.
- Vandeweerdt, M., Travers, E. & Bauwens, A. (2007). *Kom binnen. Therapeutische ontmoetingen met mensen met een verstandelijke handicap. Een praktijkboek voor hulpverleners en therapeuten*. Antwerpen: Garant.
- Verbeke, E. (2014). *Gevalsstudie in het kader van een lezing voor een postgraduaat opleiding psychoanalyse*, niet uitgegeven.
- Vonk, J. & Hosmar, A. (2009). *Emotionele ontwikkeling bij mensen met een beperking. Een denk- en*

handelingskader voor de praktijk. Leuven: Acco.

Vuijk, R. (2013). Psychotherapie bij volwassenen met een lichte verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 39(2), 86-99.

Willner, P. (2005). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for people with learning disabilities: a critical overview. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(1), 73-85.

Young, J.E., Klosko, J.S.&Weishaar, J.E. (2005). *Schemagerichte therapie. Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

PSYSENSE