

Hoofdstuk 3

De geestelijke gezondheid van kwetsbare groepen

Vernieuwende praktijken

*Pascale Jamouille, Emmanuel Nicolas, Luc Van Huffel en
Ronan Van Rossem*

1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het verband tussen de geestelijke gezondheid, de sociale kwetsbaarheden en de creativiteit van de zorgwerkers uitgediept, tegen de achtergrond van bestaansonzekerheid en uitsluiting en op het raakvlak van een kwantitatieve (indicatoren van geestelijke gezondheid, statistieken) en een kwalitatieve (collectieve gesprekken met *feedback*, etnografische enquêtes) benadering. Uit het onderzoek blijkt dat het psychisch lijden samengaat met de afbrokkeling van sociale netwerken. Dit perspectief baant de weg voor vernieuwende praktijken op het vlak van bijstand en zorgverlening.

In zijn werk *Clinique de la précarité* definieert Furtos ‘een bevredigende geestelijke gezondheid’ als de bekwaamheid om in een gegeven, veranderbare omgeving te kunnen leven en lijden, zonder destructiviteit, maar niet zonder verzet. Dit wil zeggen dat men voeling moet houden met zichzelf en met de anderen, in die omgeving moet investeren en creatief moet zijn, ook met atypische en niet-normatieve verwezenlijkingen (Furtos, 2007). In een context van toenemende sociale verarming, kan het vrijwaren van een ‘bevredigende’ geestelijke gezondheid een hele uitdaging zijn. De opstapeling van familiale onzekerheden, het maatschappelijk en transcultureel geweld (gelinkt aan de overgang tussen twee werelden, aan de opvangcrisis, aan cultuurconflicten) en ook de uitstroom uit beschermende voorzieningen, uiten zich in een psychisch lijden dat op zijn beurt een impact heeft op het intieme, fami-

liale en sociale leven. Psychische aandoeningen en aantastingen van het sociale weefsel zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

We onderzoeken eerst enkele statistische correlaties tussen psychische stoornissen en maatschappelijk lijden. Uit de Gezondheidsenquête 2013 blijkt bijvoorbeeld dat de geestelijke gezondheid veel kwetsbaarder is in een context van armoede; dit geldt voor de drie gewesten van het land (Gisle, 2014).

Vervolgens zullen we, op basis van recente etnografische onderzoeken, trachten te ontcijferen wat het precies betekent om te worden blootgesteld aan kwetsbaarheid en welke middelen worden ingezet om daaraan te verhelpen. ‘Kwetsbaarheid’ wordt hier in haar tweeledige betekenis gehanteerd, namelijk ‘het openstaan voor letsels’, maar ook ‘het openstaan voor de gastvrijheid van anderen’, voor de activering van vernieuwende praktijken op basis van ervaringsgerichte kennis (Lévy-Vroelandt, Joubert & Reinprecht, 2015). Kwetsbare groepen en zorgwerkers die oog in oog komen te staan met de noodzaak om te overleven en met de soms bruuske ineenstorting van de leefomgeving (Breda, Deridder & Luarent, 2013), ontwikkelen het vermogen tot aanpassing, tactieken, vluchtwegen, verzetsvormen, listen, kunstjes, pragmatische strategieën, praktische intelligentie en creatieve vaardigheden (Jamouille, 2014). Er worden permanent vernieuwende praktijken uitgevonden die aangepast zijn aan het parcours van kwetsbare groepen en die toelaten om de geestelijke gezondheid en het herstelproces van individuen te ondersteunen wanneer de leefomgeving in verval is. Ze houden rekening met de ervaringsgerichte kennis van de betrokkenen, hun naasten en families. Ze passen zich aan, aan de gevoeligheden, de sociale codes, de vele loyaliteiten, en aan de middelen van de personen en van de groepen waartoe ze behoren, en aan hun leefomgevingen. We zullen hier meer in het bijzonder enkele interventiemethoden uiteenzetten die worden aangewend op het vlak van sociale preventie, gemeenschapsgerichte gezondheid, buurtwerk en risicovermindering; interventiemethodes die ontstaan in het hart van de plekken van uitsluiting en armoede, die de weerstand van de individuen kunnen ondersteunen en die de ontwikkeling van hun capaciteiten kunnen bevorderen (Nussbaum, 2008; Sen, 2010).

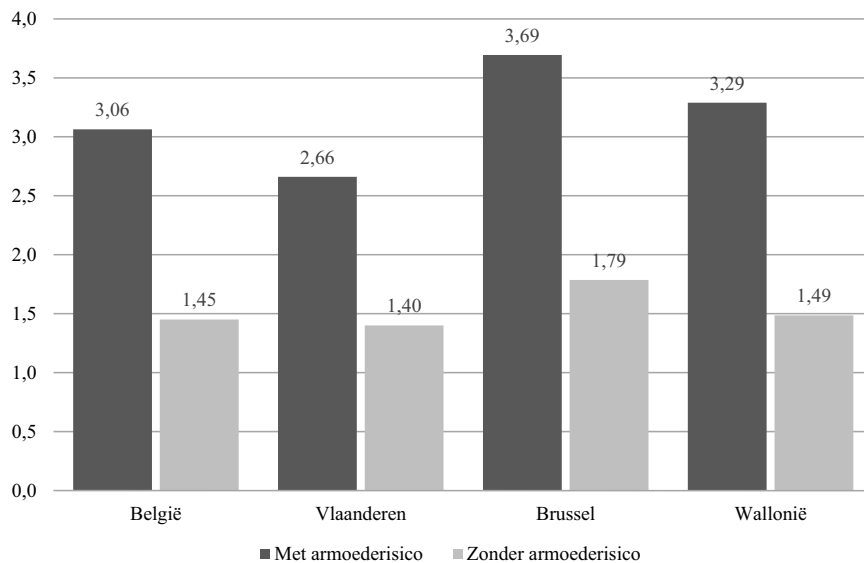
2. Omvang en kenmerken van psychische stoornissen in België: enkele statistische gegevens

In armoede moeten leven, is stresserend. De voortdurende deprivaties en uitdagingen waarmee men in alle aspecten van het dagelijks leven wordt geconfronteerd als men in armoede leeft, hebben negatieve effecten, niet alleen op de fysieke, maar ook op de geestelijke gezondheid van de betrokkenen (Levecque, 2007). Recente gegevens van de Gezondheidsenquête uit 2013 (Gisle, 2014) bevestigen dat ook vandaag nog mensen die in België in armoede leven, een slechtere algemene geestelijke gezondheid hebben dan wie niet in armoede leeft. Figuren 1 en 2 tonen de resultaten voor twee algemene indicatoren van geestelijke gezondheid. Voor deze analyses werd een subjectieve indicator van armoederisico gebruikt, namelijk of mensen moeilijkheden ondervonden om rond te komen. Respondenten die het moeilijk of zeer moeilijk vonden om rond te komen, werden beschouwd als met een armoederisico en de anderen zonder dergelijk armoederisico.

In figuur 1 wordt het algemeen (on)welbevinden van personen met en zonder armoederisico vergeleken in de verschillende gewesten. Om het algemeen (on)welbevinden te meten werd de score op de GHQ-12 gebruikt, de twaalf-itemversie van de ‘General Health Questionnaire’ (Goldberg & Williams, 1988), een internationaal veel gebruikte en gevalideerde schaal voor algemeen psychisch welbevinden. Een hogere score wijst hier op meer onwelbevinden. De resultaten tonen dat er duidelijke verschillen bestaan tussen de gewesten qua algemeen welbevinden, waarbij men in Vlaanderen gemiddeld een hoger welbevinden rapporteert dan in Wallonië en vooral dan in Brussel. Tegelijk rapporteren in alle drie de gewesten mensen met een armoederisico een substantieel en significant slechter algemeen welbevinden dan wie niet met een armoederisico wordt geconfronteerd. Een score van twee of meer wordt beschouwd als indicatief voor psychische problemen.

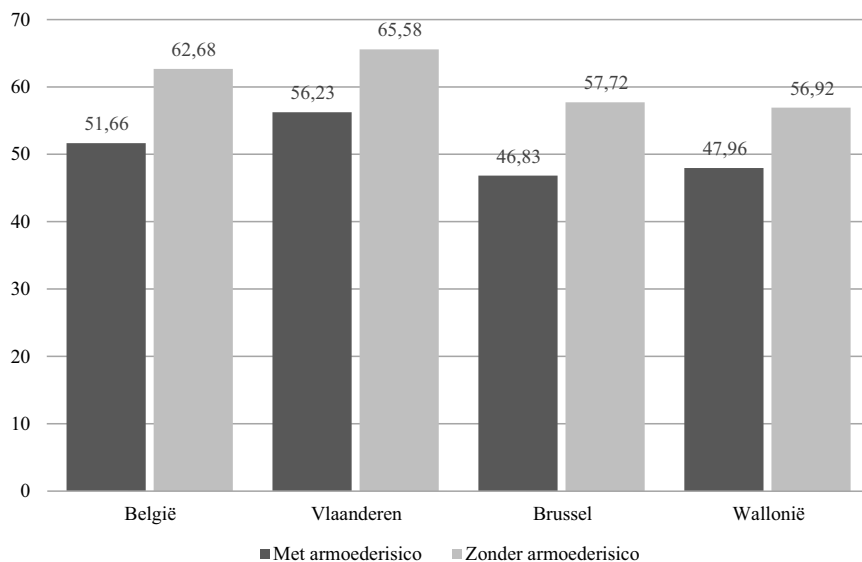
De vitaliteitsscore in figuur 2 daarentegen is een indicator van positieve geestelijke gezondheid en is gebaseerd op vier items uit de SF-36 die naar het energieniveau van de respondent peilen (Ware & Sherbourne, 1992). Een hogere score betekent hier een hoger energieniveau en minder vermoeidheid en dus een betere geestelijke gezondheid. Ook hier merken we dat het gemiddelde vitaliteitsniveau in Vlaanderen beduidend hoger ligt dan in Brussel of Wallonië en ook dat in elk van

Figuur 1: Gemiddelde (on)welbevinden scores naar armoederisico en gewest, 2013.



Bron: Gezondheidsenquête, 2013 (berekeningen door Demarest).

Figuur 2: Gemiddelde vitaliteitsscores naar armoederisico en gewest, 2013.



Bron: Gezondheidsenquête, 2013 (berekeningen door Demarest).

de gewesten mensen die met een armoederisico leven, significant lager scoren op deze schaal dan mensen die niet met een armoederisico worden geconfronteerd.

Beide indicatoren bevestigen dat het risico op armoede een duidelijk negatief effect heeft op de geestelijke gezondheid van mensen. In deze bijdrage wordt verder ingegaan op de mechanismen waarlangs armoede en sociale uitsluiting de geestelijke gezondheid beïnvloeden.

3. Verbanden tussen bestaansonzekerheid en psychische aandoeningen

De analyses die hier worden voorgesteld, komen van een recent participatief onderzoek, uitgevoerd met de steun van de Koning Boudewijnstichting (Nicolas e.a., 2015), naar de complexe relaties tussen psychische aandoeningen en sociale uitsluiting. Opzet ervan was aanbevelingen te formuleren om banden tussen de sectoren van de geestelijke gezondheid en de bestaansonzekerheid verder te verstevigen. Het Franstalige deel van het onderzoek, *Développement durable en santé mentale: La clinique du lien face à l'exclusion sociale*, werd uitgevoerd door een team van het onderzoekscentrum CeRIS van de universiteit van Mons. In deze etnografische studie werden de waarnemingen en voorstellingen van de zorgwerkers gekruist met hun ervaringsgerichte kennis. 21 zorgwerkers uit de ambulante zorg en de ziekenhuiszorg, uit allerlei disciplines en interventiesectoren, werden door de Stichting bijeengebracht voor hun expertise op het vlak van de geestelijke gezondheid en/of de sociale interventie bij het meest kwetsbare publiek, in Wallonië en Brussel. Ze hebben deelgenomen aan vier collectieve gesprekken met feedback (Roche & Bordet, 2011). De informatie die aldus uit de eerste hand werd verkregen, werd vervolgens opgeslagen, ontcijferd, geïnterpreteerd, teruggestuurd naar de actoren en collectief herwerkt, om uiteindelijk tot een eindrapport te komen dat door de groep werd gevalideerd. Gelijklopend met deze studie werd een onderzoeksrapport met als titel *Geestelijke gezondheidszorg en uitsluiting* geschreven door een team van Lucas (KU Leuven), in samenwerking met Nederlandstalige zorgwerkers (Meys, Hermans & Van Audenhove, 2014). Gekruiste aanbevelingen, die de toegankelijkheid van de geestelijke zorgverlening voor de meest kansarme doelgroepen willen bevorderen, staan online op de site van de Stichting¹.

De studie van de Koning Boudewijnstichting (Nicolas e.a., 2015) onderzoekt hoe sociale uitsluiting aanleiding kan geven tot psychische aandoeningen, terwijl psychische aandoeningen op hun beurt aanleiding kunnen geven tot sociale uitsluiting (zie ook bijvoorbeeld: Lenaerts & Briels, 2014; Levecque & Vranken, 2007; Murali & Oyeboode, 2004). Net als andere studies (Meys, Hermans & Van Audenhove, 2014) wijst dit onderzoek op het belang van een interdisciplinaire benadering en van het doorbreken van de schotten tussen de beroepsgroepen. Het stelt tevens vernieuwende praktijken voor, die lokaal werden ontwikkeld dankzij de synergie tussen de klinische beoefenaars en de maatschappelijk werkers. Het onderzoek maakte het mogelijk om de waarnemingen/analyses van de professionele deskundigen te bundelen, om zowel onderling als tussen de interventiesectoren banden te smeden, hun waarnemingen/analyses te kruisen en de aard van hun meningsverschillen in kaart te brengen. Toch heeft het onderzoek zijn beperkingen. Het heeft immers geen rekening kunnen houden met de kennis van andere, externe actoren en ook geen tegenargumenten kunnen opwerpen, wat niets afdoet aan de geldigheid van de gekruiste waarnemingen en de door de professionele deskundigen beschreven processen. Een tweede beperking is dat het onderzoek betrekking heeft op de verbanden tussen (omvangrijke) sociale en psychische kwetsbaarheden. De effecten van het overheidsbeleid op het parcours van meer gegoede doelgroepen komen niet aan bod.

3.1 Psychisch lijden van sociale oorsprong

De effecten van de verarming op de geestelijke gezondheid veront-rusten de zorgwerkers die hebben deelgenomen aan onze collectieve gesprekken. Een context van grote bestaansonzekerheid genereert een groot psychisch lijden. De zorgverleners hebben het over een multidimensionale verarming, gelinkt aan een gevoel van uitsluiting en discriminatie, aan de opvangcrisis, aan een versnippering van het maatschappelijk weefsel en van zijn vangnetten. Ze belichten de beperkingen van de professionals die worden geconfronteerd met een verslechtering van de levensomstandigheden en van de sociale integratie van grote delen van de bevolking.

De sociale uitsluiting, of die al dan niet gekoppeld is aan een intrapsychische kwetsbaarheid, en de effecten ervan op de geestelijke gezondheid, doen vragen rijzen bij het weerstandsvermogen van de betrokkenen en bij hun aanpassingsvermogen aan de sociale context. “De

uitsluitingsprocessen treden op aan het einde van individuele trajecten waarbinnen zich een aantal ‘ontberingen’ en specifieke breuken opstapelen en versterken, die gepaard gaan met mechanismen van stigmatisering, isolering en uitsluiting” (Destremau & Salam, 2002). Het psychisch lijden van sociale oorsprong genereert een gebrek aan zelfvertrouwen, aan vertrouwen in de anderen en in de toekomst (Furtos, 2007), en handicapt de betrokkenen, zowel in hun privéleven en intieme sfeer als in hun sociale en professionele integratie en hun relatie met de instellingen (Joubert & Louzoun, 2005).

De zorgwerkers die hebben deelgenomen aan onze onderzoeksgroepen, stellen vast dat wanneer mensen te weinig middelen hebben, ze permanent voor dilemma’s staan, bijvoorbeeld tussen ‘eten of zich laten verzorgen’. Sommigen raken verstrikt in een langzame lijdensweg die een impact heeft op zowel hun vermogen om middelen te ontwikkelen waarmee ze de situatie kunnen aanpakken, als op hun capaciteit om voeling te houden met de anderen. Wanneer de kwaliteit van de banden wordt aangetast, doen zich bepaalde aandoeningen voor, die een vorm van discontinuïteit van de persoon met de wereld uitdrukken. Het is niet makkelijk om de erosie en de vernieling door en in het sociale weefsel te meten; in het beste geval kan men de effecten van de aantasting van het sociale weefsel op de psychische structuren waarnemen. Sociale vervreemding en het verbreken van essentiële banden, kunnen personen met weinig middelen en netwerken in een situatie van totale uitsluiting brengen.

De psychosociale symptomen, zoals psychische ineenstorting, terugtrekking, lichamelijke letsels, misbruik van psychofarmaca, doelloosheid, (ondergaan of gepleegd) geweld en risicogedrag, komen massaal tot uiting wanneer de beschermende rol van het sociale weefsel en van de solidariteit wordt ondermijnd. Die verstoringen hebben op hun beurt effecten op de kwaliteit van de band met zichzelf en met de anderen. Wat dan weer, beetje bij beetje, een spiraal van sociale, familiale en psychische verarming met zich meebrengt.

‘Op straat belanden’ is een van de meest gevoelige tekenen van het huidige sociale lijden. Het gaat vaak gepaard met geestelijke gezondheidsstoornissen die reeds vóór de extreme ervaringen op straat bestonden of er een gevolg van zijn (Philippot & Galand, 2003).

Onze gesprekspartners stellen vast dat lijden op het werk een andere dimensie is van dat sociale lijden. Die symptomen worden dagelijks waargenomen in de diensten voor geestelijke gezondheid en in de

ziekenhuizen en kunnen allerlei vormen aannemen: *burn-out*, verslavingsgedrag om het helse werkritme of de moeilijke relaties met collega's te trotseren, moedeloosheid omdat men geen baan vindt, verlies van zelfvertrouwen gekoppeld aan depressieve episoden. Anderen verdoezelen dan weer hun lijden en doen er alles aan om niet te gehavend, beschamend of te gestigmatiseerd over te komen en geven er zichzelf de schuld van dat ze hun plaats niet vinden in de maatschappij.

3.2 Bijkomend lijden wanneer hulp- en zorgverlening onder druk staan

De overheid tracht de verpaupering van de meest kwetsbare personen tegen te gaan door het sociale vangnet te verstevigen met het weefsel van de actieve sociale staat. De zorgwerkers die aan ons onderzoek hebben deelgenomen, stellen vast dat, tegen de achtergrond van de socio-economische crisis, de daling van de subsidies voor de sociale en medische sectoren gepaard gaat met nieuwe managementbenaderingen in de verhoudingen tussen collega's en met het cliënteel.

Zij vinden dat de plannen voor een activerend werkgelegenheidsbeleid een facet van deze realiteit vormen. Ook stellen ze vast dat een activeringsbeleid dat rigide en gestandaardiseerd wordt toegepast, niet altijd rekening houdt met de werkelijke situatie van de personen die in een toestand van sociale uitsluiting verkeren. De personen die het verst afstaan van de arbeidsmarkt, zeggen druk te ondervinden waarop ze niet kunnen reageren. Ze begrijpen de nieuwe activeringsmaatregelen totaal niet, maar ze beseffen wel dat hun nog een reeks uitsluitingen en een snelle verslechtering van hun situatie te wachten staat.

In de diensten die belast zijn met het afsluiten van integratie- en activeringscontracten, wordt druk uitgeoefend op de werknemers, in de vorm van aanmaningen om frauderende rechthebbenden op het spoor te komen. Hulpverleners dragen de boodschap uit als zou sociale fraude een factor zijn van de verarming van de staat. Om deze logica te onderbouwen, worden doorgedreven controlepraktijken aangewend, met het risico dat de vertrouwensrelatie, die essentieel is in het psycho-medisch-sociale werk, op de tweede plaats komt te staan. De sociale tussenpersonen stellen dat ze buiten hun wil om de 'gewapende arm' worden van het activeringsbeleid, de handhavers van de sociale vrede. Bovenop de uitsluiting belanden die al kwetsbare personen ook nog eens in processen van stigmatisering (Becker, 1985) en *blaming the victim* (Lister,

2004), wat ze extra verzwakt. Bij de meest kwetsbaren kunnen de verplichtingen van de activering en het gevoel dat ze deze niet kunnen voldoen, zich vertalen in psychische en lichamelijke aandoeningen. Anderzijds suggereren de zorgwerkers dat het doorverwijzen van die gering ‘activeerbare’ personen naar een dienst van geestelijke zorgverlening een vrijgeleide vormt voor bepaalde ‘activatoren’, te meer wanneer ze het gevoel hebben te worden beoordeeld op basis van het aantal herinschakelingen in het arbeidscircuit.

Gelijklopend hiermee stellen de zorgwerkers, die aan ons onderzoek hebben deelgenomen, vast dat de druk om het zorgsysteem efficiënter te maken, en meer in het bijzonder de psychiatrische zorgverlening, onder het mom van kostenbesparingen, het ‘samen-leven’ in de zorgoorden in het gedrang kan brengen. De rentabiliteitseisen, de nood aan een snelle opvang en bepaalde specialisatiemodi zijn stuk voor stuk principes die soms indruisen tegen de noodzaak van een dialoog tussen de medische en de sociale velden. De versnippering van de praktijken kan uiteindelijk leiden tot een gebrek aan de essentiële continuïteit in de zorgverlening. Het treft in het bijzonder de gemarginaliseerde bevolkingsgroepen waarvoor tijd, flexibiliteit, bijzondere praktijken en transdisciplinariteit nodig zijn. Sommigen ervaren een afwisseling van hulpaanvragen en afwijzingen door de professionelen, wat samengaat met bindingsangst maar ook met de vrees om ontgoocheld en verworpen te worden.

De diensten voor geestelijke zorgverlening van hun kant zijn overbelast, met wachttijden tussen drie en vijf maanden. Bij gebrek aan tijd, coherentie en anticipatievermogen, neigt de geestelijke gezondheidszorg ertoe te verschuiven naar huisartsen en medische instellingen die al worden overbevraagd als gevolg van de verarming.

3.3 Tegenculturen in de zorgverlening als reactie op de commercialisering

Gelijklopend banen bepaalde initiatieven die bij uitstek sociale bijstand en geestelijke gezondheidszorg combineren (Van Huffel, Jamouille & Nicolas, 2015), de weg voor andere mogelijke domeinen. Die structuren, ongeacht of ze veeleer tot de sociale bijstand dan wel tot de geestelijke gezondheidszorg behoren, hanteren als klinische waarden het procesmatig opbouwen van banden, de steun van de gemeenschap en de gelijkheid tussen verzorgers en verzorgden. Voor de zorgwerkers die aan onze groepen hebben deelgenomen, ondersteunen die ontluikende

praktijken de geestelijke gezondheid van de meest kansarmen en geven ze opnieuw een zin aan de psycho-medisch-sociale interventie.

De initiatieven op het vlak van buurtzorg zijn geïnspireerd op de kennis en de ervaringen van de betrokkenen. Het straatwerk en de mobiele teams verkennen stedelijke gebieden, tussenliggende zones en afgelegen gebieden. Ze ontwikkelen een ‘vindplaatsgerichte klinische aanpak’ (Mercuel, 2012) waardoor, in de loop van de contacten en ontmoetingen, een band op het terrein tot stand wordt gebracht. De buurtruimtes (gespreksoorden, dagopvangcentra, publieke ruimtes) bieden een “plek waar men even op adem kan komen en rusten, van gedachten kan wisselen, waar men kan genieten van een moment van gemoedelijkheid, van een fysieke en psychische voedingsbodem” (Mercuel, 2012). De opvang heeft een functie van gastvrijheid waardoor zelfs de meest gedestructureerde personen zich kunnen settelen, een plaats veroveren en praten in een ruimte waar wordt uitgegaan van kennis en van wederzijdse erkenning.

Net omdat die klinische aanpak zich buiten de gebruikelijke zorginstellingen bevindt, kan een toenadering tot stand komen tussen de verzorgers en de verzorgden, komt ze de personen tegemoet die door de uitsluiting kwetsbaar zijn geworden en bouwt ze mee het contact op met die personen (Furtos, 2008). De praktijk op het terrein negeert, noch de harde realiteit van de personen, noch die van de hulpverleners en, zoals Joubert en Louzoun benadrukken “is het slechts via de desinstitutionalisering van het sociale lijden dat het mogelijk zal zijn om de expressie van de band met zichzelf en de maatschappelijke betekenis van deze ervaring terug te vinden” (Joubert & Louzoun, 2005). Er tekent zich een therapeutische beweging af, die de capaciteit bezit om naar (de logica’s van het publiek) toe te gaan en terug te keren (naar de logica’s van de instelling), “wat het risico beperkt om in de relatie met de geholpen personen te blijven steken in de versmelting of de verwerping” (Nicolas, 2007).

De praktijken van de geestelijke gezondheid die gebaseerd zijn op de lichaamsverzorging, zijn erop gericht een notie van tijd en plaats te creëren en de persoon opnieuw voeling te laten krijgen met zichzelf, aangezien het lichaam het concrete element blijft wanneer de psyche in discontinuïteit verkeert. Daarnaast onderbouwt het gebruik van de artistieke of culinaire creativiteit in het gemeenschapswerk een klinische aanpak van ‘het opnieuw mens worden’ via het ‘doen’, het ‘laten weten’ en het ‘kunnen zijn’ (Jamouille, 2014). Een lichaam dat het

geweld van de uitsluiting heeft meegemaakt, opnieuw vrij maken, kan mogelijk gunstige omstandigheden voor een meer betrokken geestelijke gezondheid in het leven roepen.

Om het hoofd te bieden aan de logica van het ‘therapeutisch winkelen’² en gezien de hoogdringendheid en de crisis, lijkt het essentieel om de zorgcontinuïteit te storten op de creativiteit en op de resterende ‘krachten’ van psychische patiënten in armoede. Zo kunnen de leemtes worden opgevuld die het gevolg zijn van de commercialisering en de specialisatie van de diensten; twee ontwikkelingen die in een te hoge toegangsdrempel voor de meest kwetsbare doelgroepen resulteren.

3.4 Duurzame ontwikkeling in geestelijke gezondheid

De initiatieven die berusten op verbinding en transdisciplinariteit, brengen niet alleen de zorgsectoren, maar ook de verzorgers en de verzorgden dicht bij elkaar. Kennis bevordert erkenning en, zoals Garot benadrukt, ‘een verwantschap met de gemeenschap’ (Garot, 2014). Bij gebrek daaraan worden de instellingen een vangnet voor de sociale crisis en voor het geweld.

Er treedt een paradigmaverschuiving op wanneer de personen zich op hulpbronnen van de persoon zelf en van de gemeenschap waartoe hij behoort, moet beroepen. Ze worden door de samenleving dan niet meer herleid tot en toegewezen aan bepaalde aandoeningen, maar knopen weer aan met het sociale leven, zowel door onderlinge steun als met de steun van de maatschappelijk werkers. Zorg dragen voor dit zorgsysteem en voor de actoren ervan (rechthebbenden, instellingen, zorgverleners) zou wel eens een alternatieve oplossing voor de middelpuntvliedende krachten kunnen zijn, waardoor ze vandaag nog worden uiteengedreven.

Zou men, met andere woorden, de energie beter niet besteden aan het onderbrengen van ziektebeelden in categorieën ten einde ‘de goede armen’ van de ‘slechte armen’ te scheiden, maar in de plaats daarvan een beroep doen op de creatieve capaciteiten van de zorgwerkers en de gebruikers, om na te denken over de klinische aanpak?

Het standaardiseren van therapeutische projecten is blijkbaar weinig relevant (zie ook: Leys e.a., 2010). De praktijken van de sector moeten noodgedwongen afgestemd zijn op de ontwikkelingen van de sociologische realiteiten van hun doelgroepen. Men moet absoluut de lokale context beter leren kennen, er de moeilijkheden én mogelijkheden van

analyseren, om de relevantie in te schatten van de werkmethode waarmee wordt geëxperimenteerd in de hulp- en zorgsectoren en om zo tot een tweeledige (individuele en collectieve) klinische aanpak te komen. In deze context en ook omdat de ervaring van de diensten het aantoont, lijkt het essentieel om iedere vorm van tegenstelling op te heffen tussen het werk met de individuen en het gemeenschapswerk, tussen ‘handelen’ en ‘praten’, tussen de ‘goede’ en de ‘slechte’ armen.

Zorgwerkers die uitgaan van de verbinding, wijzen op het belang om lokaal te werken, vanuit een opvang, het ‘tegenmoet treden van de ander’. De meest gedestructureerde personen toelaten om een psychiater te raadplegen in een wachtzaal of op straat³, is een aanpassingsgerichte klinische aanpak die nieuwe mogelijkheden opent voor de protagonisten van de lopende therapeutische relatie. Zo zijn de soepbars van het Rode Kruis of van diensten als ‘La Ruche’ (regio ‘Basse Sambre’) gemoedelijke plekje die tegemoetkomen aan een primaire behoefte om de meest kansarme personen die met sociaal isolement worden geconfronteerd, te destigmatiseren. Deze praktijken bevorderen de voeling, zorgen voor de sociale mix en staan zij aan zij met de sociale sector. Ze berusten op het evenwicht tussen pluridisciplinariteit (werk met meerdere mensen), interdisciplinariteit (beroepen en functies op elkaar laten aansluiten), transdisciplinariteit en preventie.

Zorg in een duurzame en ‘bevredigende en geestelijke gezondheid’ (Furtos, 2007) zou hoe dan ook moeten zijn dat iemand in een situatie van uitsluiting, zich niet schuldig voelt voor wat hem overkomt, maar nadenkt over zijn capaciteit om deel te nemen aan het maatschappelijk leven en aan de zorgverlening, volgens het principe van wederzijds vertrouwen tussen hem en de zorgverleners. Die transversale cultuur biedt een alternatief voor de verticale structuren van activering en individualisering. Ze maakt het mogelijk om de personen ‘in het politiek speelveld te plaatsen, dat de mensen onderling verbindt’ (Arendt, 2002).

Wanneer de klinische en sociale kennis van de symptomen van uitsluiting en van psychische problemen, afgestemd geraakt op de kennis die de mensen zélf hebben, zal een beweging van ‘transformatie’ van hun sociale kwetsbaarheid op gang komen.

4. De herstelprocessen. Standpunt van de gebruikers

De denkpijlers rond het herstel die hier worden voorgesteld, zijn afkomstig van het werk van Chantal Van Audenhove *Herstellen kan je zelf. Hoopvol leven met een psychische kwetsbaarheid* (2015)⁴. De auteur diept het begrip herstel uit en verzamelt de belevingservaringen van personen met een psychische kwetsbaarheid, die ze over heel België heeft ontmoet. Die getuigenissen brengen persoonlijke trajecten in beeld, waarbij hoop en *empowerment* de hoofdrol spelen. De notie van psychische kwetsbaarheid die de auteur hanteert, kan voorwerp van debat zijn, omwille van haar mogelijk stigmatiserende effecten (zie o.a. Link e.a., 2004; Verhaeghe, 2008; Verhaeghe, Bracke & Bruynooghe, 2008). Furtos (2008) benadrukt dat de kwetsbaarheid immers ten grondslag ligt aan onze menselijke conditie en ons maatschappelijk leven, aangezien ze ons verplicht beschermende banden met de anderen te smeden. Wat het duurzaam psychisch lijden lijkt te veroorzaken, is de niet-erkenning van onze ‘kwetsbaarheid’ door de omgeving en het gebrek aan oplossingen in termen van banden en bescherming.

4.1 De notie van herstel

Het begrip ‘herstel’ legt de nadruk op de levenskwaliteit van de persoon met een psychische kwetsbaarheid. Zich herstellen is een zeer persoonlijk proces van veranderingen, een proces dat impliceert dat men zin geeft aan zijn leven en nieuwe doelstellingen vastlegt die het mogelijk maken om de vernietigende effecten van een ziekte te boven te komen (Van Audenhove, 2015).

Om enkele sleutelmomenten van het proces vast te leggen, beschrijven Craig e.a. (2003) verscheidene fases van het herstel. Eerst en vooral worden de personen getroffen door een situatie van crisis en mentale verwarring, wat vaak een groot trauma nalaat. De meest courante reactie is ontkenning. Geleidelijk aan gaat men beseffen dat een herstel mogelijk is. In dit stadium kunnen de ‘ervaringsdeskundigen’⁵ de persoon begeleiden bij zijn beslissing om aan zijn eigen herstel te werken. Dit vergt een zekere voorbereiding, onder meer door het oplijsten van zijn eigen capaciteiten en waarden, maar ook van de beperkingen die het gevolg zijn van zijn psychische kwetsbaarheid. Een positieve identiteit wordt als het ware herboren. Die is nodig om de nieuwe persoonlijke doelstellingen na te streven, die tegen het licht van

de vroegere doeleinden worden gehouden. Die ‘wederopbouw’ gaat gepaard met het nemen van een zeker risico, wat tot een terugval kan leiden en nieuwe pogingen tot herstel kan vergen. Tot slot mondt het traject uit in een kennis van de ziekte en van de mogelijkheden om ermee te leren leven. Deze op ervaring gebaseerde kennis leidt tot een ‘groei’ die wordt gekenmerkt door positieve vooruitzichten, maar ook door het gevoel sterker te staan dan voorheen.

4.2 De belevingservaringen van het herstel

Dankzij de getuigenissen krijgen we een beter inzicht in het hersteltraject. Wanneer de persoon de regie over zichzelf krijgt (*empowerment*) wordt de identiteit opnieuw opgebouwd, terwijl het zoeken naar zin en hoop het herstel bevorderen. Solidariteit, wederzijdse hulp en bijstand zijn van kapitaal belang, net als de steun van naasten en zorgwerkers die worden geleid door een realistische kijk op het herstel.

Herstellen “heeft het te maken met de shift van vastzitten in ‘le moment’ naar oog hebben voor ‘*la durée*’, het onderweg zijn” (Van Audenhove, 2015: 84). Er komt opnieuw een beweging op gang. “Handelen, eerder dan blijven ondergaan, zoals in het verleden” (Van Audenhove, 2015: 82). Opnieuw de regie over zijn leven krijgen, is iets wat in alle getuigenissen naar voren komt, en meer in het bijzonder in deze:

“Maar ik wist: ik zit aan mijn limiet wat de psychiatrie betreft, ik moet het hier zelf gaan doen, hé. En dat is een belangrijk schakelmoment geweest: dat ik voelde dat ik door mijzelf in te zetten ook wel verandering kon brengen in hoe ik mij voelde” (Van Audenhove: 2015: 86).

Het herstel wordt ingezet vanaf het moment dat de persoon zich bewust is van de keuzemogelijkheden, ondanks zijn eigen kwetsbaarheid (Van Audenhove, 2015: 89): “Een eerste stap (...) was het besef dat ik het zelf moest doen (...). Niet al mijn kwetsbaarheden kan ik zelf wegwerken, maar ik kan er wel beter mee leren omgaan”.

Deze verbintenis jegens zichzelf baant de weg voor veranderingen, op basis van de kennis van zijn eigen limieten en mogelijkheden. Het gaat erom “jenzelf te leren kennen: wat kan ik, wat kan ik niet?” (Van Audenhove, 2015: 102). Het optimisme en de hoop fungeren dan als een hefboom van het herstelproces. “Verder heb ik buiten de psychiatrie

geleerd dat herstel mogelijk is”, stelt deze getuige (Van Audenhove, 2015: 111). De voorbije ervaringen begrijpen, maakt het mogelijk de toekomst van het eigen traject uit te stippelen. Herstellen impliceert ook het hoofd bieden aan wat de samenleving van psychische ziektebeelden denkt.

“Wat ik niet wil, is gevreesd worden. Dat kom je vooral tegen in een burgerlijke context, waar de psychiatrie wordt gevreesd (...). Ik wil er een ereteken van maken, dat mensen ‘ons, wij kwetsbaren, manken, doorgetrapt’ niet meer vrezen” (Van Audenhove, 2015: 105).

De stigmatisering van de ziekte werpt het probleem van de onthulling en het geheim op (van Weeghel & Bongers, 2012). “In het geheim leven, dat is moeilijk om te dragen. Je bent dan voortdurend op je hoede, je vraagt je af wie wat weet” (Van Audenhove, 2015: 107). Ten overstaan van de sociale gevolgen van een psychische kwetsbaarheid worden aanpassingsstrategieën opgebouwd: weerstand, keuze van wat men over zichzelf vertelt... Dit vergt van de personen echter veel moeite en energie (Van Audenhove, 2015).

Het tijds kader van het herstel is lang en stuit geregeld op het tijds kader van de samenleving.

“Tegenwoordig zitten we in een maatschappij waarin alles vlug vlug moet gebeuren, maar psychisch ziek zijn vergt tijd. Iedereen wil altijd dat dingen die jarenlang scheef zijn gelopen, dat dat genezen wordt op twee, drie weken tijd. Vandaar dat pillen zo populair zijn. Maar meestal vergt het jarenlang tijd om te geraken uit wat jarenlang verkeerd is gelopen” (Van Audenhove, 2015: 114).

Het zoeken naar betekenis maakt een belangrijke dimensie van het herstel uit: de zin van de ervaring van de psychische ziekte, de betrokkenheid bij maatschappelijke rollen, de levenskwaliteit, de spiritualiteit of de zelfexpressie zijn stuk voor stuk toegangswegen tot deze zoektocht (Van Audenhove, 2015). Omgeving, familie en vrienden vormen een bron van steun en toeverlaat voor het herstel.

De zorgwerkers die vertrouwd zijn met het herstelproces, kunnen echte bondgenoten zijn. De authenticiteit en het respect voor de ervaring van de psychische ziekte versterken nog de positie van de zorgverlener.

“Mijn nieuwe psychiater verplichtte mij niet om medicijnen te nemen, maar we praatten over de behandeling, die ik in het begin afwees (...) We voerden gesprekken, terwijl mijn vroegere psychiaters geen woord zeiden” (Van Audenhove, 2015: 145).

In deze positie vormt de vertrouwensband een bron van solide steun, die over verschillende personen kan verspreid zijn.

“Ik heb drie hulpverleners voor het moment (...). Maar ze helpen me wel alle drie efficiënt. (...) Dat is wel een verademing als je dan drie mensen hebt waarvan je weet: “daar kan ik op vertrouwen” (Van Audenhove, 2015: 146).

De wederzijdse steun van *peers* vormt dan weer een bron van erkenning. Wanneer de ervaring met de geleden ziekte met anderen wordt gedeeld, wordt collectief een unieke kennis opgebouwd die een bron van hoop kan zijn (Van Audenhove, 2015).

Herstellen betekent tot slot ook deelnemen aan projecten, anderen begeleiden bij hun herstel en opnieuw een plaats als burger binnen de samenleving veroveren. Gedurende het hele hersteltraject zijn solidariteit, *empowerment* en erkenning van de belevingservaring essentiële dimensies die de professionele praktijken in de geestelijke gezondheidszorg anders gaan inkleuren, om dichterbij de dagelijkse realiteit aan te leunen.

5. Het herstel van de kwetsbare groepen ondersteunen. Vernieuwende praktijken

We gaan hier wat dieper in op enkele resultaten van een derde recent onderzoek naar de vernieuwende praktijken in de geestelijke gezondheid (Van Huffel, Jamouille & Nicolas, 2015)⁶. Het onderzoek werd gepubliceerd onder de titel *Le rétablissement en pratique(s). Accompagner autrement les personnes en difficultés psychiques*. Van Huffel e.a. hebben een veldonderzoek gevoerd naar een vijftiental initiatieven op het vlak van geestelijke gezondheid, verspreid over het Belgisch grondgebied. Ze hebben als bijzonder kenmerk dat ze uitgaan van het perspectief van de zorggebruiker en zijn omgeving en dat ze geïnspireerd zijn door de kennis die voortvloeit uit de ervaring met psychisch lijden en geestelijke gezondheidszorg. In hun werk worden de logica's die de innovatie oriënteren en leiden, onder de loep genomen. Die initiatieven dragen niet per se het label 'geestelijke gezondheid', vooral wanneer ze een niet-

stigmatiserende band trachten op te bouwen met de personen die in maatschappelijke desintegratie verkeren. Ze ontwikkelen praktijken die het herstel begeleiden en werken in synergie met de klassieke zorgbenaderingen. In het kader van de hervorming in de geestelijke gezondheid⁷, dragen deze praktijken bij tot een paradigmaverschuiving wanneer ze de patiënt en zijn omgeving ondersteunen, door ze als bevoorrechte partners van de zorgverlening te beschouwen⁸. Om het herstel te begeleiden, worden die praktijken aangestuurd door vier actiologica's: 'nabijheid', 'gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg', 'ervaringskennis' en ondersteuning van de 'creativiteit'.

5.1 Nabijheid⁹

Deze praktijken bouwen een vertrouwensband op met de personen die door een precaire context bijzonder kwetsbaar zijn geworden. In eerste lijn reguleert de zorgwerker de uitwisselingen en zorgt hij voor een behoud van gelijkheid in de relatie. De belevingservaring op straat wordt gevalideerd door een wederzijdse erkenning¹⁰ (Ricoeur, 2004) die een vertelproces ontketent en een therapeutisch werkinstrument wordt waarbij via het woord ervaringskennis wordt overgedragen. Voor de zorgwerker houdt die positie van nabijheid in dat hij zich in de situatie kan inleven en een plaats krijgt toegewezen door zijn contactpersoon (Favret-Saada, 1990), dat hij die plaats continu moet analyseren en beheren om niet opnieuw een gevoel van verwerping, verraad en gewelddadige betrekkingen te reproduceren die de persoon al eens heeft beleefd (Jamouille, 2004). Doet zich een crisis voor, dan geeft de begeleiding er een zin aan om uitsluiting te voorkomen en de betrouwbaarheid van de relatie in stand te houden. Op die manier brengen deze praktijken een 'klinische aanpak van de band' (Jamouille, 2008) tot stand, die oog heeft voor de verschillende vormen van zelfuitsluiting (Furtos, 2007). De ontmoetingen worden in het heden opgebouwd, ver van 'een standaardmodel, -protocol of -ontmoeting' (Mercuel, 2012).

5.2 Gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg¹¹

De gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg richt zijn praktijken vooral op kansarme wijken. De opvang kadert in een relationeel weefsel van partners en door de persoon goedgekeurde steunpunten. De ervaring van het 'samen-leven', de notie van 'wonen', het gevoel van tot een plek, een wijk, een groep te behoren, draagt bij tot een maat-

schappelijke verwantschap (Godelier, 2004). Ze versterkt het sociale weefsel, zodat ze buiten de ziekte om kan worden beleefd en er andere vormen van betrouwbare en socialiserende bindingsvormen kunnen ontstaan. Een mobiele begeleiding, dag na dag, maakt het mogelijk om de beleefde ervaring van de ziekte en van de betekenis van zorg te delen. De posities van ‘patiënt’ en van ‘beroepsdeskundige’ worden doorbroken door de uitwisseling en het samen opbouwen van kennis. Het feit van een beroep te doen op het kapitaal van autobiografische ervaringen (Delcroix, 2005), versterkt de competenties. Deze werkmethode resulteert in een reële zorgverlening doordat ze is gebaseerd op geruststelling en op de behoefte aan veiligheid, die er beide toe bijdragen dat de nodige onderbouwingen voor de verkenning van het ik, van de anderen en van de buitenwereld worden hersteld (Levy-Vroelandt e.a., 2015).

5.3 Ervaringskennis¹²

Die praktijken worden ontwikkeld op basis van de kennis van de patiënten, van hun naasten en van de families. Ze berusten op een ‘belevingservaring’, een kennis die voortvloeit uit de persoonlijke ervaring van de geestesziekte en de zorg. Via een gemeenschappelijke opbouw tussen *peers* en de steun van zorgwerkers, wordt deze intieme en bijzondere kennis omgevormd tot een ervaringsdeskundigheid waarbij een collectieve kennis de intieme realiteiten en de sociale gevolgen van de psychische kwetsbaarheid overdraagt. In dit traject fungeren de ervaringsdeskundigen als betrouwbare figuren die een dialoog tot stand brengen tussen de intieme ervaring en de collectieve ervaring. De vertrouwensrelaties, de wederzijdse onderlinge hulp en de deelname aan het verenigingsleven maken dat er samen projecten en instrumenten worden gebouwd om het herstelproces te begeleiden. Die praktijken bouwen een bredere expertise op die op individueel, institutioneel en maatschappelijk vlak wordt overgedragen (Boevnik, 2012). In de praktijk gaat deze overdracht van de intieme sfeer naar de openbare sfeer. De overdracht bevordert de participatie en het burgerschap wanneer ze bijdraagt tot het destigmatiseren van de geestesziekte.

5.4 Creativiteit en sociale overdracht¹³

Het stimuleren van de creativiteit verloopt via diverse dragers van expressie en laat toe om de intieme en sociale realiteiten van het psychisch lijden over te dragen. De artistieke creatie, het opzetten van

een toneelstuk of het maken van een radio-uitzending zijn stuk voor stuk voorbeelden van projecten die gebruikmaken van een temporaliteit die tot een realisatie, een creatie leidt. Dit traject komt tot stand door een ondersteunende, suggererende en bemiddelende begeleiding. Die begeleiding situeert zich op het vlak van de verkenningen en de risiconemingen, de crises en de angsten, de relatieproblemen, de geniale ingevingen, de organisaties/verstoringen/reorganisaties die bij elk proces van expressie en overdracht komen kijken. Dit contextgebaseerd beheer stelt de personen en groepen in staat om nieuwe psychische, maatschappelijke en creatieve competenties te verwerven. Het bouwt opnieuw een zin en een taalgebruik op die het herstelproces ondersteunen (Anthony, 1993)¹⁴. Tot slot begeleidt het de daad van de overdracht door de geleidelijke opbouw van een burgerdiscours, de overgang van een privaat discours naar een publiek discours en de totstandbrenging van een collectief erfgoed dat voor het publiek toegankelijk is.

5.5 Vrijplaatsen

De praktijken die het herstel begeleiden, berusten op wederzijdse vertrouwensbanden, op het samen opbouwen van een unieke kennis over de geestesziekte en de zorgverlening, maar ook op de overdracht van die kennis. Die praktijken innoveren door het creëren van ‘vrijplaatsen’, tussen de instellingen en de dagelijkse omgeving van de persoon (zoals de straat, de wijk, de samenleving) zodat de praktijken de risico’s van stigmatisering en uitsluiting kunnen beperken.

Bepaalde vrijplaatsen, die zich heel dicht bij de personen in grote bestaansonzekerheid bevinden, zijn laagdrempelig. In eerste lijn zijn het ‘ruimtes voor onvoorwaardelijke opvang’, die zich permanent aan het taalgebruik en de behoeften van de meest kwetsbare personen aanpassen. Op het moment zelf van de crisis komen ‘positieve conventies’ tot stand om geleidelijk aan af te stappen van collectieve activiteiten naar een individuele opvang, zonder dat er sprake is van uitsluiting. Die vrijplaatsen zijn ook mobiel, op voorwaarde dat straatwerk in contact kan komen met kwetsbare personen die niet meteen in de buurt van opvangoordelen leven. Vrijplaatsen laten toe dat in de praktijken een vertrouwensband wordt gesmeed en in stand gehouden, die aan het taalgebruik en de realiteit van de doelgroepen is aangepast.

Het samen opbouwen van kennis over de ervaring van de geestesziekte en de zorgverlening, kan verschillende modaliteiten aannemen. De info- en trainingssessies van jobstudenten laten toe om aanbevelingen

over risicobeperking over te dragen naar druggebruikers die het verst verwijderd zijn van de zorginrichtingen. In een ander geval kan de ervaringsdeskundige in geestelijke gezondheid een mogelijke referentiepersoon zijn in het herstelproces. Ook kan de publieke getuigenis van de herstelervaring toelaten om de grenzen van de intieme sfeer te doorbreken en zo de geestesziekte te destigmatiseren.

Raden zijn een ander voorbeeld van vrijplaatsen. Ze worden door en voor de gebruikers opgericht. Binnen een beschutte of gemeenschappelijke woonvorm wordt de kwaliteit van de begeleiding door de zorgwerkers geëvalueerd tijdens door de bewoners gehouden bijeenkomsten en wordt zo de kwaliteit van het dagelijkse leven en van het samenleven verbeterd. De gebruikersraden van geestelijke gezondheidszorg werken aan de verbetering van de zorgverlening. Wanneer deze raden zich in een adviesraad organiseren, zet deze aan tot de inrichting van vrijplaatsen binnen de instellingen. Daarnaast ontwikkelen groepen van *peers* praktische hulpmiddelen om tegemoet te komen aan dagelijkse, maatschappelijke en administratieve problemen. Ze ondersteunen het belang van de inspraak en de mogelijke effecten ervan. In die vrijplaatsen wordt de biografische kennis wederzijds erkend en aangenomen. Ze illustreren de realiteit van een psychische kwetsbaarheid en streven tegelijk *empowerment* na.

De vrijplaatsen profileren zich zij aan zij met de klassieke zorgbenaderingen. Zo bijvoorbeeld biedt de psycho-educatie een ruimte voor opleiding en validering van de ervaring voor de naasten. Het neemt geenszins de plaats in van de unieke vertrouwensrelatie, maar valideert wel de plaats van de familie als bevoorrechte zorgpartners. Het brengt een toenadering tot stand tussen de kennis van de zorgwerkers en de kennis van de families. Die ruimtes kunnen een overgang vormen naar de instellingen en een 'driegesprek' tot stand brengen tussen de patiënt, de zorgwerker en de familie.

Inzake creativiteit zorgen de artistieke intermediairen voor een doorgang van de psychische realiteit naar de externe realiteit. Het benutten van artistieke technieken vertaalt wat niet kan worden gezegd. Een toneelvoorstelling, bij uitstek een ruimte voor burgerexpressie, verzekert de overgang van de collectieve verbeelding naar de realiteit van de sociale wereld. Een radio-uitzending verspreidt via publieke en private ruimtes, een anoniem discours over de realiteiten van de geestesziekte, de stigmatisering ervan en wat zorg kan betekenen. Die vrijplaatsen lokken een creatieve verkenning uit, ondersteunen de verwerving van

nieuwe competenties en laten toe om de spanningen en crises die inherent zijn aan de collectieve relaties, te testen; tegelijk wordt de *goodwill* van de burgers ontwikkeld.

Een vrijplaats maakt het mogelijk de ervaring van de vertrouwensbanden opnieuw te beleven, waarbij de zorgwerker een betrouwbaar figuur kan worden, om zo het ondergane geweld, het psychisch lijden, maar ook de angsten en crises uit te diepen. Wanneer de vrijplaats collectief is, activeert de groep het *empowerment* middels de participatie. De vrijplaats maakt een collectief proces van kennisuitwisseling mogelijk en creëert de omstandigheden voor een meer transversale expertise. Tot slot opent een vrijplaats de dimensies van de overdracht. De overdracht maakt een ontmoeting met het anders-zijn mogelijk. Wanneer de overdracht wederzijds is, door toedoen van gemengde groepen van zorggebruikers en veldwerkers, draagt deze mede bij tot de ontwikkeling van een collectieve kennis. Die overdracht kan ook op grotere schaal plaatsvinden. En wanneer die dan de professionele wereld bereikt, wordt het kenniserfgoed er alleen maar rijker op. Op het niveau van de samenleving, wanneer de overdracht naar de burgers toe plaatsvindt, krijgt men een andere kijk op de geesteszieke. De overdracht maakt het mogelijk om afstand te nemen van de toestand van zieke of patiënt. Er komt een maatschappelijke uitwisseling tot stand. Maar wanneer het psychisch lijden tot ontwrichting en isolement leidt, kunnen de dimensies van de overdracht een bron van zorg vormen. Zo worden de vrijplaatsen dan ruimtes van beschermende relaties, geheugen en identificatie (Agier, 2009).

6. Conclusies

Uit recente statistieken blijkt dat welzijn en vitaliteit hoger scoren in Vlaanderen dan in Wallonië en Brussel voor wie zich niet in een toestand van armoede bevindt. In situaties van armoede liggen de scores voor welzijn en vitaliteit lager, ongeacht het gewest (Gisle, 2014). Drie veldonderzoeken onder de kwetsbare bevolkingsgroepen en de zorgwerkers die hun begeleiden, geven enige toelichting bij de verarmingsprocessen die de geestelijke gezondheid van de personen en hun sociaal leven aantasten. Aan de rafelrand van de samenleving voelen de kwetsbare bevolkingsgroepen zich berooid, uitgesloten, getekend door tekort en schaamte; de zorgwerkers worden geconfronteerd met paradoxale opdrachten en door *burn-out* bedreigd. De psychische bedreigingen worden als aantastingen van het sociale weefsel (met zichzelf,

met de anderen en met de wereld) ervaren, en andersom. Psychisch lijden, sociaal lijden en sociale kwetsbaarheid zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Dit opent de weg voor vernieuwende interventiemethoden, zoals multidisciplinariteit, relaties op gelijkere voet, ervaringsdeskundigheid en gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheid.

Vanuit de sociale marges groeien ook weerstanden en hulpmiddelen die de professionele tradities doen veranderen, die strakke interventiekaarsers en de gevestigde orde op de helling zetten. Vrijplaatsen bieden verzorging, ondersteunen de weerstand van de personen en hun individuele en collectieve herstelprocessen. Hoewel kwetsbaarheden een bron van psychische en sociale uitholling zijn, vormen ze tegelijk de voedingsbodem voor alternatieve benaderingen, leiden ze tot interdisciplinariteit en vernieuwende interventiemethoden (Lévy-Vroelandt, Joubert & Reinprecht, 2015). Ze situeren zich op het kruispunt van contexten die worden getekend door de toename van armoede, door de middelen waarover personen beschikken (hun bereidheid en capaciteit tot handelen – *empowerment*) en door de inventiviteit van zorgwerkers.

Noten

1. [http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/2012-KBS-FRB/05\)_Pictures,_documents_and_external_sites/09\)_Publications/2015_PUB_3356_ExclusionetSante%CC%81Mentale.pdf](http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/2012-KBS-FRB/05)_Pictures,_documents_and_external_sites/09)_Publications/2015_PUB_3356_ExclusionetSante%CC%81Mentale.pdf)
2. Meerdere aanvragen formuleren op diverse plaatsen.
3. Dankzij een experiment uitgevoerd door ‘Service Carolo Rue’ (OCMW van Charleroi), in samenwerking met ‘Relais Santé’, kon een psychiater in dienst worden genomen die de straathoekwerkers op het terrein begeleidt. Naast het directe voordeel voor de ‘straatbewoners’, creëert het partnerschap een aanpak die gebaseerd is op de uitwisseling van kennis en ervaringen.
4. Dit onderzoek werd uitgevoerd door het team van Lucas (KU Leuven), met de steun van de Koning Boudewijnstichting, het Fonds Julie Renson en het Koningin Fabiolafonds.
5. Een ervaringsdeskundige is een persoon die aan de hand van zijn ervaring met de geestesziekte een zekere kennis heeft opgebouwd die hij met anderen kan delen en die nuttig kan zijn voor wie een gelijkaardige probleemsituatie kent.
6. Dit onderzoek werd uitgevoerd door het team van CeRIS (UMONS), met de steun van de Koning Boudewijnstichting, het Fonds Julie Renson en het Koningin Fabiolafonds.
7. Andere benaming: ‘Hervorming Psy 107’.
8. Meer info op <http://www.psy107.be/>

9. Operaties 'Boule de Neige' / 'Modus Vivendi asbl' (Jourdanstraat, 151, 1060 Brussel). 'Toudi Boudji' / 'Comme chez nous asbl' (Rue Léopold, 36c, 6000 Charleroi). 'La Maison Deligny' / 'Périples en la Demeure scfs' / asbl (Rue verte, 1, 6670 Limerlé). 'SSM Club André Baillon' (Rue des Fontaines Roland, 7-9, 4000 Liège).
10. Deze neemt drie vormen aan. De erkenning van het contact (en van de band met het buurtwerk), de erkenning van zichzelf (die het vermogen om te praten, (tegen zichzelf) te vertellen, benadrukt) en de wederzijdse erkenning (gedeelde goedkeuring tussen de persoon en de zorgwerker). Zie Ricoeur (2004).
11. 'SSM Le Méridien' / Gemeenschapsgericht team (Meridiaanstraat, 68, 1210 Brussel). Project Amikaro / Woonplaats in (semi-) gemeenschap / 'L'Autre « lieu »' (Maria-Theresiastraat, 61, 1210 Brussel). vzw De Hulster (Minderbroederstraat, 23, 3000 Leuven), 'Maison des Familles' / 'La pioche asbl' (Rue Royale, 95, 6030 Marchienne au Pont). Eigen Kracht-Conferentie / EKC.be vzw (Gelbergenstraat, 52, 3471 Kortenaak). Den Teirling (Maesstraat, 89, 1050 Brussel).
12. Werkgroep Ervaringsdelen en Destigmatisering / Aanloophuis Poco Loco (Brugsesteenweg, 97a, 9000 Gent). Herstelacademie / cgg Ahasverus vzw (Sint-Amandsplein, 11, 1853 Strombeek-Bever). Similes Bruxelles asbl (Malibranstraat, 43, 1050 Brussel). Similes Vlaanderen – Federatie Similes (Groeneweg, 151, 3001 Heverlee). Similes Wallonie – Coördinatie van de Waalse secties (Rue Lairesse, 15, 4020 Luik). 'Psytoyens asbl' (Place Emile Dupont, 1, 4000 Luik). UilenSpiegel vzw – Patiëntenvertegenwoordiging Geestelijke Gezondheidszorg (Hovenierstraat, 45, 1080 Brussel). 'Together asbl' (Chaussée Brunehaut, 268b, 4041 Vottem).
13. 'Club Théo Van Gogh' / OCMW Charleroi (Rue de Gosselies, 56a, 6040 Jumet). 'Atelier Côté Cour' (L. de Lantsheerstraat, 50, 1040 Brussel). Radio Panik / 'Psyence Radio' (Sint-Jooststraat, 49, 1210 Brussel).
14. In Greacen & Jouet (2012).