

# Sociale inclusie in de TG: een theoretisch kader

---

Veerle Soyez

(klinisch coördinator therapeutische gemeenschap, Merelbeke  
en docent VUB, vakgroep Klinische en Levensloop Psychologie, Brussel)

## Inleiding

Mensen met verstandelijk minder mogelijkheden of een verstandelijke beperking vormen slechts één subgroep van kwetsbare doelgroepen met bijzondere noden die in de drughulpverlening in het algemeen, en in de therapeutische gemeenschap (TG) in het bijzonder, terecht komen. Deze groepen met bijzondere noden komen het laatste decennium steeds vaker en meer uitgesproken in beeld. Hiervoor kunnen verschillende redenen aangehaald worden. In de *eerste* plaats is er sprake van een duidelijk toegenomen maatschappelijke diversiteit: het laatste decennium is in zowat elke Europese gemeente of stad de bevolkingssamenstelling in toenemende mate gekenmerkt door een etnische en socio-economische diversiteit (Pinxten en De Munter, 2006). Het gaat hierbij niet alleen over etnisch-culturele diversiteit, maar ook over genderverschillen en verschillen in seksuele geaardheid, in leeftijd, in fysieke en verstandelijke mogelijkheden, in sociale klasse, in taal, in opleidingsniveau, in godsdienst, in levensfilosofie en in gezinssamenstelling (Mortier, 2010). Een *tweede* belangrijk fenomeen dat bijdraagt tot het meer uitgesproken in beeld komen van mensen met bijzondere noden, is de evolutie naar een geglobaliseerde kennismaatschappij en een netwerkmaatschappij. Deze maatschappijvorm is onlosmakelijk verbonden met nieuwe types van machtsstructuren (en dus ook nieuwe types marginalisering) (Quéau, 2000; Pinxten & De Munter, 2006). Enerzijds wordt de onderverdeling tussen ‘wij’ en ‘zij’ hierdoor vager, anderzijds ontstaan nieuwe vormen van exclusie en anonimiteit voor groepen en individuen die niet of in beperkte mate gebruik maken van communicatie-netwerken en kennisontwikkeling (Pinxten & De Munter, 2006; Mortier, 2010).

Deze *sociale exclusie* kan gezien worden als een vicieuze cirkel bestaande uit ‘*mechanisms whereby individuals and groups are excluded from taking part in the social exchanges, from the component practices and rights of social integration and of identity. Social exclusion goes beyond participation in working life; it is felt and shown in the fields of housing, education, health and access to services*’ (European Commission, 1992). In een reactie hierop groeiden verschillende initiatieven om sociale *inclusie* te bevorderen. Men wilde zich als dusdanig distantiëren van een maatschappij waarbinnen iedereen zich tegen elke prijs dient te integreren en aan te passen. Dit gaat immers ten koste van de identiteitsbeleving. Eerder moet men er naar streven het ‘anders zijn’, of de ‘ability diversity’ (Gabel, 2002), een plaats te geven binnen de ruimere maatschappelijke realiteit: sociale inclusie staat voor gelijkwaardigheid en volwaardig burgerschap.

We moeten ons dus afvragen op welke manier kwetsbare doelgroepen met bijzondere noden binnen de drughulpverlening geholpen en ‘versterkt’ kunnen worden. Van Regenmortel (2009) pleit hier

voor een innovatieve hulpverlening, die ruimte laat voor reflectie en experimenteren en de nodige 'scharrelruimte' (Van Doorn, 2008 in: Van Regenmortel, 2009) voor hulpverleners. We menen dat de TG als behandelconcept zich uitstekend leent tot dergelijke vorm van hulpverlening gezien (1) het gemeenschapsleven in zekere zin een reflectie vormt van de bredere maatschappij en (2) de TG zich focust op de behandeling van de 'persoon als een geheel'. We citeren in deze context George De Leon (2000, p.46): *"The TC places less emphasis upon a biological basis of drug use. It stresses the importance of 'intentional' factors, particularly motivation and responsibility, in the recovery process. Rather than disease, its view of treating the whole person justifies the more general concept of substance abuse as a 'disorder'."*

In de volgende paragrafen belichten we op welke manier we, in de therapeutische gemeenschap van de Sleutel in Merelbeke, sinds enkele jaren proberen om vanuit een visie van sociale inclusie te werken met 'kwetsbare doelgroepen met bijzondere noden'.

## Kwetsbare doelgroepen met bijzondere noden

Strikt genomen komt men binnen de drughulpverlening *standaard* in contact met maatschappelijk kwetsbare burgers (Room, 2005). Dit betekent evenwel niet dat we vanzelf ook de noodzakelijke diversiteit m.b.t. de samenstelling van de groep bereiken: in de wetenschappelijke literatuur kunnen immers een aantal maatschappelijk kwetsbare subgroepen geïdentificeerd worden die enerzijds als 'moeilijk bereikbaar' en anderzijds als kwetsbaar voor drop-out in de drughulpverlening bestempeld worden: het gaat hier bijvoorbeeld over (1) vrouwen (zie bvb. Greenfield e.a., 2007), (2) alloctonen (*cultural minorities*) (zie bvb. Reid e.a., 2001) en (3) mensen met verstandelijk minder mogelijkheden ('*zwakbegaafd*') of mensen met een verstandelijke beperking (zie bvb. McGillicuddy, 2006). Gezien deze groepen moeilijk de stap zetten naar de hulpverlening, vormen ze binnen de behandeling vaak een minderheidsgroep. Bij een groepsbehandeling kan deze minderheidspositie daarenboven een belemmering vormen voor de persoonlijke ontwikkeling en dagelijkse activiteiten; dit is des te meer het geval in een therapeutische gemeenschap, waar de groep of de gemeenschap een centraal middel in de behandeling vormt (De Leon, 2000). Deze 'minderheidsgroepen' hebben doorgaans bijzondere noden en moeten daarom met de nodige aandacht geïncorporeerd worden in een TG, tevens rekening houden met klinische aspecten van alle bewoners en de groepswerking in het algemeen.

Belangrijk is dat de belemmeringen die personen uit deze 'minderheidsgroepen' ervaren, doorgaans niets te maken hebben met *onvoldoende voorbereiding*, het niet geschikt zijn van de behandeling, *onvoldoende motivatie* of slechte wil. Wel is het zo dat een deel van de ervaringen van deze 'minderheidsgroepen' in stand gehouden wordt door omgevingsfactoren. Het is net hierop dat we kunnen inspelen: binnen de therapeutische gemeenschap willen we een context creëren die voor iedereen maximale mogelijkheden biedt op persoonlijke ontwikkeling. Van Regenmortel (2009, p.34) spreekt hier over 'invoegen en toevoegen': *"Dit sluit aan bij het paradoxaal perspectief dat kwetsbare personen hebben ten opzichte van de hulpverlening: deze verwachten op betrekkningsniveau (dus in de relatie) een gelijkwaardigheid, terwijl ze op inhoudsniveau een hiërarchisch onderscheid verwachten."* Binnen de TG moeten we de gelijkwaardigheid in de eerste

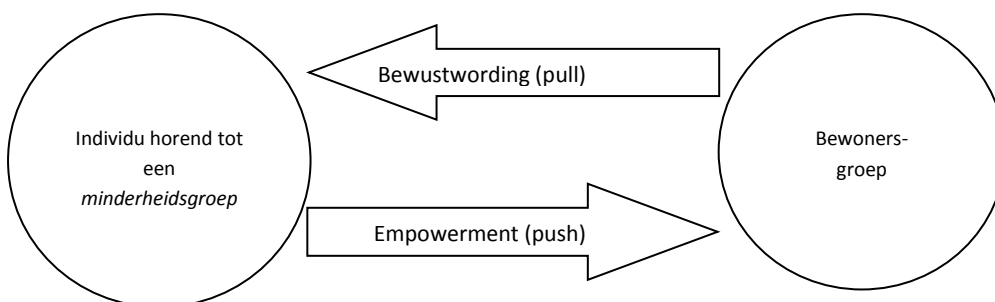
plaats proberen na te streven binnen de bewonersgroep, maar ook als hulpverlener mag men zich niet 'boven' de bewoner plaatsen. Dit betekent niet dat de traditionele hiërarchie die in de TG gehanteerd wordt niet kan blijven bestaan: het gaat veeleer over het aannemen van een positieve basishouding (zie: Van Regenmortel, 2009). Op die manier nemen we als behandelaar mee verantwoordelijkheid voor het ontwikkelen van een *inclusieve samenleving*<sup>1</sup>. Hieruit spreekt het geloof dat de maatschappij van de capaciteiten van minderheidsgroepen gebruik moet maken en er ook voordeel uit kan halen. Tegelijkertijd stralen we deze houding ook uit naar de andere bewoners: we bieden hen de mogelijkheid om te leren omgaan met diversiteit (bewoners leren respect hebben voor het *anders zijn*).

## Het includeren van kwetsbare groepen met bijzondere noden in de TG: hoe doen we dat?

Eén van de principes van een inclusieve samenleving is: *"Inclusie moet waar het kan, een afwijkende aanpak slechts indien nodig"*. Dit principe willen we ook doortrekken in de TG-behandeling.

We dienen hierbij echter rekening te houden met een aantal randvoorwaarden: het tot stand brengen van sociale inclusie is slechts mogelijk mits twee zaken bereikt zijn, nl. *empowerment* en *bewustmaking*. Hiervoor is actie nodig op twee vlakken: enerzijds is het noodzakelijk dat de persoon die behoort tot een minderheidsgroep zelf opnieuw greep krijgt op zijn / haar eigen leven, anderzijds is er nood aan het verhogen van bewustmaking, verdraagzaamheid en aanvaarding door de bewonersgroep (of in bredere zin: de maatschappij).

Het einddoel bestaat er in de afstand tussen het individu horende tot een minderheidsgroep en de maatschappij te overbruggen. Dit kan door een push en pull-principe toe te passen: een empowerende samenleving dient "trek"-kracht (of "pull") te ontwikkelen voor mensen die "anders" zijn, naast de "push" die de 'reguliere' TG-behandeling biedt.



<sup>1</sup> Bij een inclusieve samenleving ligt de verantwoordelijkheid tot 'aanpassing' niet bij een sociaal achtergestelde groep, zoals bij integratie. Het is de maatschappij die zich aanpast en diversiteit als een meerwaarde ziet. Hindernissen voor sociale participatie worden (letterlijk en figuurlijk) verwijderd, zodat iedereen naar bestvermogen kan deelnemen aan het maatschappelijk leven. Sociale inclusie is dus **'het proces waarbij inspanningen worden geleverd om ervoor te zorgen dat iedereen, ongeacht hun ervaringen of omstandigheden, hun potentieel kan ontwikkelen'** (Centrum voor Economische en Sociale Inclusie, 2002).

De beoogde minderheidsgroepen die we hoger beschreven participeren maximaal binnen het TG-groepsprogramma. Het is immers slechts door het effectief samenleven dat de beoogde sociale inclusie bereikt kan worden: ontmoeting en dialoog zijn een noodzaak voor sociale inclusie, maar deze gebeurt in onze gesegregeerde samenleving niet spontaan: ze dient voorbereid en gearrangeerd te worden. Zo ook binnen de TG.

Waar nodig krijgen minderheidsgroepen *ondersteuning* (empowerment - PUSH). Deze ondersteuning is inhoudelijk specifiek afgestemd op de aard en de noden van de minderheidsgroep als groep en van de individu. Daarnaast is het verhogen van de bewustwording van de grote bewonersgroep (PULL) een nuttig instrument om de afstand te overbruggen. We bespreken beide bewegingen hieronder meer in detail.

Accenten voor specifieke minderheidsgroepen verschillen sterk doorheen het programma: bv. de literatuur wijst er op dat intensieve ondersteuning van vrouwen in de beginfase van de behandeling zeer uitgesproken moet zijn, terwijl allochtonen en mensen met minder verstandelijke mogelijkheden eerder een continue ondersteuning nodig hebben binnen de TG-periode die versterkt dient te worden tijdens de TH en re-integratieperiode.

#### EMPOWERMENT / POWER FROM WITHIN (PUSH)

Via empowerment stimuleren we individuen om aan de maatschappij deel te nemen. Dit betekent dat we deze individuen *versterken* (kracht geven: em-power-en) met als doel al hun eigen kwaliteiten aan te spreken, hun mogelijkheden en potentieel te ontwikkelen, hun zelfbewustzijn en zelfvertrouwen te verhogen.

De TG-behandeling an sich is reeds empowerend voor alle bewoners. Voor mensen behorend tot minderheidsgroepen vertaalt empowerment zich binnen de TG-werking zich aanvullend in volgende vormen:

- Identiteitsversterkend werken
  - o door interactie met lotgenoten horend tot dezelfde minderheidsgroep
    - het uitwisselen van ervaringen (bijvoorbeeld: vrouwengroep, allochtonengroep)
    - het samen reflecteren o.b.v. psycho-educatie (inzichten in impact van ervaringen op gedrag)
    - het samen doen van een aantal identiteitsversterkende activiteiten
  - o door het verwerven van een aantal specifieke privileges
- Remediërend werken
  - o Ondersteuning op maat bieden om het hoofd te bieden aan ervaren beperkingen / moeilijkheden / etc. (bijvoorbeeld: een buddy-systeem voor mensen met minder verstandelijke mogelijkheden)
  - o In kaart brengen en 'screenen' van de problemen samen met de bewoner vormt de basis om te kunnen starten met remediëring

- Positieve ervaringen opdoen d.m.v. eigen mogelijkheden en potentieel
  - o Door sociale netwerkverankering met individuen die niet tot de minderheidsgroep behoren te stimuleren en ondersteunen (zie ook verder: 'power with')

Het is duidelijk dat investeren in empowerment veel tijd en energie vraagt van ondersteunende stafleden. Deze investering levert evenwel op langere termijn een meerwaarde voor de overige bewoners (return-on-investment). Om deze meerwaarde te bereiken dient er evenwel gewaakt te worden over voldoende evenwicht in de groep. Daarenboven is het ook belangrijk dat het volledige team mee op de hoogte is van de onderwerpen, activiteiten, gebeurtenissen, ... in het kader van dit empowerend werken.

#### VERHOGEN VAN BEWUSTWORDING /POWER WITH en POWER TO (PULL)

Empowerment zoals hierboven beschreven geeft erkenning aan de individuele kwetsbaarheid, maar gaat deze niet individualiseren (met risico van culpabilisering van de betrokkene). Daarom is het van belang om ook de andere niveaus van empowerment mee in overweging te nemen (Jacobs e.a., 2005, p.18-19 in Van Regenmortel, 2009): het gaat m.n. over "power with" (het aanwenden van krachtbronnen in de eigen omgeving, waaronder ook lotgenotencontact) en "power to" (de macht om veranderingen door te voeren, zoals bijvoorbeeld het veranderen van vooroordelen).

Zodra de bewonersgroep / maatschappij zich *bewust is* van de implicaties die het behoren tot een minderheidsgroep met zich mee brengt, kan deze het individu beter begrijpen, gaan benaderen en ook gericht ondersteunen om zijn of haar potentieel te bereiken.

Verhogen van bewustwording vertaalt zich binnen de werking concreet als:

- Informeren
  - o Formeel via psycho-educatie (seminars, video-materiaal, uitnodigen van externe experts) en debatgroepen
  - o Informeel via gesprekken en lotgenotencontact

## Tot slot

In deze tekst schetsten we het theoretisch kader van waaruit we binnen de TG van De Sleutel in Merelbeke aan de slag pogen te gaan met kwetsbare bewoners 'met bijzondere noden'. Het is niet meer dan een denk- en handelingskader. Dit impliceert dat we elke dag opnieuw op zoek moeten naar wat werkt, in een partnerschap met de bewoners.

## Referenties

De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model and method*. New York: Springer Publishing Company.

European Commission (1992). *Towards a Europe of solidarity*. COM (92) 542, Brussels: European Commission.

Gabel, S. (2002). Some conceptual problems with critical pedagogy. *Curriculum Inquiry*, 32 (2): 177-201.

Greenfield, S.F.; Brooks, A.J.; Gordon, S.M.; Green, C.A.; Kropp, F., McHugh, R.K.; Lincoln, M.; Hien, D.; Miele G.M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*; 86: 1–21.

McGillicuddy, N.B. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*; 12(1): 1-11.

Mortier, K. (2010). *Creating supports for children with disabilities in general education classrooms: from an expert model to a partnership model*. Orthopedagogische Reeks Gent, nr. 34. Gent: Uitgeverij Academia Press.

Pinxten, H. & De Munter, K. (2006). *De Culturele Eeuw*. Antwerpen: Uitgeverij Hautekiet.

Quéau, P. (2000). *Governing the global knowledge society*. Retrieved on: [http://www.unesco.org/webworld/points\\_of\\_views/queau\\_9.shtml](http://www.unesco.org/webworld/points_of_views/queau_9.shtml)

Reid, G.; Aitken, C.; Beyer, L. & Crofts, N. (2001). Ethnic communities' vulnerability to involvement with illicit drugs. *Drugs – Education, Prevention and Policy*; 8(4): 359-374

Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*; 24(2): 143-55.

Van Regenmortel, T. (2009). Empowerment as a challenging framework for social inclusion and modern care. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*; 18 (4), 22-42.