

Scriptiebegeleider: Esther van der Steeg
School of Human Movements and Sports:
Milou Hommes
Psychomotorische therapie
S1007369 | Juni 2014
VOE-code: HSK3-AFS-BV4-13
Scriptiebeoordelaar: Sandra Verbeeten

Afstudeeronderzoek 2013-2014

Therapeut en gebarentolk als één team!



Voorwoord

Met trots presenteer ik het product voor mijn afstudeerfase, het afstudeeronderzoek (AO) van de opleiding Psychomotorische Therapie (PMT) en Bewegingsagogie (BA) aan de Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle.

Tijdens de periode dat ik lessen op het CIOS te Heerenveen volgde, heb ik een presentatie gegeven over mensen met een auditieve beperking en gebarentaal. Ik vond dit zo fascinerend, dat ik ontzettend getwijfeld heb of ik de opleiding tot PMT'ster zou beginnen of de opleiding tot Gebarentolk. In september 2011 ben ik naast de opleiding tot PMT'ster alsnog begonnen met de opleiding tot tolk Nederlandse Gebarentaal aan de Hogeschool van Utrecht. Dit heeft gemaakt dat ik graag voor mijn afstudeeronderzoek beide perspectieven wilde betrekken; het tolken en de psychomotorische therapie. Afgelopen jaar heb ik vrijwillig het vak GGZ bij de gebarentolkopleiding gevolgd en hierbinnen heb ik tolken gesproken die geregeld voor PMT'ers werken. Dit heeft me nog meer bevestigd dat dit het juiste onderzoek was voor mij.

Door de tijd heen heb ik mijn onderzoeksopzet vele keren herschreven. Ook het onderzoek zelf ging met ups en downs. Mijn gevoelens gingen geregeld in tegen de structuur die de opleiding vast houdt. Zelf ben ik van mening dat het theoretische kader belangrijk is voor de beeldvorming over het tolken binnen de GGZ, maar ook over de doelgroep met zijn eigen cultuur. Op het moment dat dit te beknopt is, geeft het naar mijn mening geen realistisch beeld van de werkelijkheid. Ondanks dat ik er ondertussen veel meer uren in heb gestoken dan de 7 ec's die er voor staan, kan ik nu met trots zeggen dat mijn AO naar mijn mening netjes op papier staat. Naast dat de positieve en negatieve aspecten beschreven zijn van het inzetten van een gebarentolk binnen de therapie, is deze AO ook een advies voor zowel therapeuten als tolken die voor het eerst met doven binnen de GGZ gaan werken of net hebben gewerkt.

Ik wil graag de mensen bedanken die voor mij klaar hebben gestaan tijdens mijn onderzoek. Allereerst mijn begeleidster, Esther van der Steeg. Na twee AO-begeleiders heb ik de assertiviteit genomen om zelf een begeleider aan te vragen en achteraf ben ik nog steeds erg blij met mijn voorkeur voor Esther als begeleider. Esther; heel erg bedankt voor het altijd super snel antwoorden op mijn mails en vragen en het structureren van mijn AO. Verder een hartelijk bedankt aan alle geïnterviewden voor hun tijd en het verschaffen van waardevolle informatie. En natuurlijk mijn lieve ouders die me altijd gesteund hebben, niet alleen bij mijn AO, maar tijdens mijn hele leven! Ook wil ik graag mijn vrienden bedanken, dat ze ondanks mijn isolement vanwege mijn studie altijd voor mij klaar staan. Aleth, bedankt voor je scherpe blik bij het controleren van mijn AO. En tot slot mijn vriend Bas: dank je voor je feedback, je ontzettend grote geduld tijdens mijn chaos en je steun tijdens alle ups en downs.

Milou Hommes, Utrecht 2014



Samenvatting

De noodzaak voor goede communicatie tussen doven en de therapeut in de zorg is zeer groot. Communicatie is immers essentieel om tot een goede diagnose en behandeling te komen, maar de meeste therapeuten kunnen niet of moeilijk met dove mensen communiceren. Er wordt dan gebruik gemaakt van een gebarentolk. Onbekend zijn de effecten van het inzetten van een gebarentolk tijdens de therapie. Deze effecten zijn onderzocht en dit product heeft als doel dat de therapeut bewuster kan handelen in een situatie waarbij een gebarentolk wordt ingezet.

Dit onderzoek betreft een literatuuronderzoek gecombineerd met een kwalitatieve, beschrijvende multiple casestudie. Vanuit beide visies zijn verschillende uitgangspunten naar voren gekomen. Binnen de resultaten worden deze benoemd. Hierbij wordt er gericht op een aantal PMT aspecten, zoals communicatie, interventies, relaties en de invloeden van een tolk. Bij de discussie worden deze resultaten vergeleken en bij de conclusie wordt er antwoord gegeven op de vraag en het doel van deze AO. Tot slot worden er enkele aanbevelingen gedaan richting therapeuten die onbekend zijn met deze doelgroep en voor vervolgonderzoek.

“In groep 6 (zes enkelvoudig dove kinderen in de leeftijd van 9 en 10 jaar) is sprake van pestgedrag. Er zijn conflicten onderling en de kinderen hebben problemen met het aangeven en respecteren van (elkaars) grenzen. De dove psychologe wordt gevraagd om een aantal gesprekken met de kinderen te voeren. Deze gesprekken gaan over situaties die niet prettig verliepen en hoe het anders zou kunnen. De kinderen kunnen daar goed over praten, maar dit heeft geen effect op hun gedrag in de praktijk. Besloten wordt om acht keer sociale vaardigheidstraining op basis van PMT aan te bieden. De groep wordt begeleid door de PMT-er en de dove psychologe. Bij een opdracht waarbij de kinderen van plaats mogen wisselen (ieder kind staat in een hoepel), wordt snel duidelijk dat de kinderen geen of nauwelijks oogcontact maken. Dit is een voorwaarde om de opdracht uit te kunnen voeren en voorwaarde voor contact/communicatie. Dit wordt besproken met de kinderen, waarna ze er mee kunnen oefenen. Ze ervaren dat de opdracht na het maken van oogcontact beter verloopt. Bij een meer confronterende opdracht ervaren de kinderen duidelijk wat het betekent om gepest te worden; één van de kinderen staat binnen de kring en probeert de bal af te pakken die de kringleden naar elkaar toe spelen. Alle kinderen komen aan de beurt voor depositie binnen de kring (dus zowel de pester(s), als de kinderen die gepest worden) en ervaren aan den lijve hoe het is om in je eentje ‘tegen’ de hele groep te moeten spelen. De kinderen worden bevraagd op hun gevoelens hierover (al tijdens het spelen) en het vragen van een ‘helper’ wordt geoefend. Ze ervaren in het spel dat het samen gemakkelijker gaat. Bij het evalueren met de kinderen wordt de transfer naar andere situaties gemaakt.”

-Boomsma & Sterkman (2005) -

Inhoud

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Inhoud	4
Hoofdstuk 1 --- Inleiding	5
1.1 Aanleiding onderzoeksvraag	5
1.2 Probleemstelling	5
1.3 Doel en Relevantie	6
1.4 Vraagstelling	6
1.5 Leeswijzer	6
Hoofdstuk 2 --- Theoretisch kader	6
2.1 Doelgroep	7
2.1.1 Dovencultuur	7
2.1.2 Gebarentaal	7
2.1.3 Gebarentolk	8
2.2 GGZ voor doven en slechthorenden	9
2.2.1 Faciliteiten	9
2.2.2 Algemeen tolkgebruik binnen de GGZ	10
2.3 Tijdens therapie	10
2.3.1 Psychomotorische therapie	10
2.3.2 Probleemstellingen	11
2.3.3 Therapeutische aanpassingen	12
2.3.4 Gebarentolk aanpassingen	15
Hoofdstuk 3 --- Methode	17
Hoofdstuk 4 --- Resultaten	18
4.1 Literatuur	20
4.2 Interviews	21
Hoofdstuk 5 --- Discussie	26
5.1 Discussie	26
5.2 Conclusie	26
5.3 Aanbeveling	27
Hoofdstuk 6 --- Literatuur	28
Bijlage 1: Interview vragenlijst PMT	29
Bijlage 2: Verantwoording vragenlijst	31



Hoofdstuk 1 --- Inleiding

1.1 Aanleiding onderzoeksvraag

Uit onderzoek van Van den Bogaerde en Bot (2013) komt naar voren dat er in Nederland naar schatting 1,5 miljoen mensen een auditieve beperking hebben. Dit is ruim één op de elf Nederlanders. Hierin varieert de aard van de auditieve beperking. Hierbij moet men denken aan doof geborenen (vroegdooven), doofblinden, plots- en laat-doven en ouderdomsdoofheid. Daarnaast is er een aanzienlijke groep slechthorenden, waaronder een snel groeiende groep slechthorende jongeren (MP3-doofheid).

Barnett, McKee, Smith en Pearson (2011) concluderen het volgende: *“Most sign language users have been deaf since birth or early childhood”*. Dit maakt dat het voor de meeste doven moeilijk tot niet mogelijk is om te leren praten en ze afhankelijk zijn van gebarentaal. Hierbij bevestigt Eldik (1998) dat er ernstige en aanzienlijke emotionele problemen en gedragsproblemen voor blijken te komen bij 41% van de dove kinderen. Ook Van Gent (2012a) stelt in zijn proefschrift vast, dat het percentage psychische problemen bij dove jongeren twee keer zo hoog ligt als bij horende jongeren. Uit praktijkgegevens is bekend dat uit deze groep van dove kinderen niet iedereen onder behandeling is. Met andere woorden: van veel dove kinderen wordt niet erkend dat bij hen (mogelijk) psychische problemen aanwezig zijn en/of zij worden niet doorverwezen naar een hulpverleningsinstelling. Daarnaast stelt Eldik (1998) dat omgevingsfactoren een belangrijke oorzaak kunnen zijn van psychische problemen. Ten eerste moet hierbij gedacht worden aan de reactie van ouders op de doofheid en de wijze waarop de ouders omgaan met hun dove kind in hun horende opvoedingsomgeving. Ook kan er gedacht worden aan de communicatieproblemen met de horende omgeving en met de gevoelens die het niet geaccepteerd worden door horende leeftijdsgenoten met zich meebrengt in het algemeen. Qua levensgebeurtenissen is vast te stellen dat dove kinderen over het algemeen meer gebeurtenissen mee maken dan de normgroepen. Er worden drie aspecten van de opvoedingsomgeving onderscheiden: gezinsbelasting, gezinsfunctioneren en levensgebeurtenissen. Deze drie aspecten bleken een direct effect te hebben op emotionele problemen/gedragsproblemen bij dove kinderen. Daarnaast verklaren Rieffe, Terwogt, Dirks en Smit (2001) dat dit ten grondslag ligt aan de effecten van doofheid op de communicatie, het missen van leerervaringen door niet kunnen luisteren naar wat er in de omgeving gebeurt (incidenteel leren) en gewoontevorming in reactiepatronen.

Zowel Vernon en Miller (2001), als Van den Bogaerde en Bot (2013) stellen vast dat de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) over het algemeen slechter is voor doven en slechthorenden, dan voor horenden. Volgens Van den Bogaerde en Bot (2013) heeft dit te maken met dat ze vaak minder daadkrachtiger, minder goed opgeleid, vaker werkloos zijn en een lage *health literacy* hebben. Doordat de gebarentaal van de ouders echter vaak niet op moedertaal niveau is ontwikkeld, is het voor het kind lastig om deze op moedertaalniveau te verwerven. Evenmin leert het kind de gesproken taal op moedertaalniveau. Dit maakt dat het voor dove kinderen moeilijk is om te leren lezen en schrijven. De klanken die de letters verbeelden zeggen hem immers niets. Laaggeletterdheid komt daarom veel voor bij doven en ernstig slechthorenden, ongeacht hun intelligentieniveau. Toch gebeurt het geregeld dat dove mensen onterecht de diagnose zwakzinnig of psychiatrisch gestoord krijgen. De noodzaak voor goede communicatie in de zorg is dus zeer groot. De Nederlandse Federatie van Ouders van Dove Kinderen (FODOK), speciale hulpverlening (z.j.) sluit hierbij aan: *“communicatie is essentieel om tot een goede diagnose en behandeling te komen, en de meeste hulpverleners kunnen niet of moeilijk met dove mensen communiceren”*.

1.2 Probleemstelling

Omdat veel hulpverleners niet met dove en/of slechthorende mensen kunnen communiceren wordt er gebruik gemaakt van een gebarentolk. Wanneer er in een therapiesetting een tolk aanwezig is, is er sprake van indirecte communicatie. Immers, het gesprek verloopt via de gebarentolk en niet



direct tussen de therapeut en de cliënt. Onbekend zijn de voordelen en nadelen van indirecte communicatie.

1.3 Doel en Relevantie

In dit scriptieonderzoek wordt onderzocht wat voor- en nadelen zijn van het inzetten van een tolk tijdens therapie. Daarnaast wordt er bekeken waar zowel de tolk als de therapeut op moet letten bij indirecte communicatie binnen de GGZ. Dit kan tijdens psychomotorische therapie zijn, maar ook tijdens andere therapieën. Deze eventuele therapeutische effecten zijn van belang voor de cliënt, de therapeut en de instelling. Het eindproduct van dit scriptieonderzoek is een aanbeveling voor instellingen, therapeuten en de therapieopleidingen, met daarin wat de voor- en nadelen zijn van (psychomotorische) therapie aan doven en slechthorende mensen bij indirecte therapie. Deze aanbeveling heeft tot doel dat de therapeut bewuster kan handelen in een situatie waarbij een gebarentolk ingezet wordt.

1.4 Vraagstelling

Wat zijn de voor- en nadelen van de inzet van een tolk bij therapie aan slechthorende of dove cliënten met psychische problematiek?

1.5 Leeswijzer

In mijn afstudeeronderzoek zullen er verschillende hoofdstukken en subhoofdstukken aan bod komen. Ten eerste wordt in hoofdstuk een toegespitst op de aanleiding, probleemstelling, onderzoeksvraag en relevantie van dit onderzoek. Binnen het theoretische kader (hoofdstuk twee) wordt er binnen een drietal subhoofdstukken het kader van dit afstudeeronderzoek beschreven, te weten: 'de doelgroep', 'GGZ voor doven en slechthorenden' en 'tijdens therapie'. In hoofdstuk drie, Methoden, wordt verder ingegaan op hoe dit onderzoek tot stand is gekomen en welke middelen daarvoor gebruikt zijn. Vervolgens worden in hoofdstuk vier de pijlen gericht op de resultaten. Aan de hand van de literatuur en de interviews zullen er verschillende punten naar voren komen. In hoofdstuk vijf zal hierover een discussie aan bod kom, een conclusie getrokken worden en er een aanbeveling uit voortvloeien.

Waar binnen deze AO de mannelijke persoonsvorm wordt gebruikt, kan ook de vrouwelijke persoonsvorm gelezen worden. Dit geldt ook daar waar patiënt(en) wordt gebruikt kan cliënt(en) worden gelezen. Waar doof/doven staat kan tevens gelezen worden als slechthorend. Waar tolk staat benoemd, wordt er een gebarentolk/NGT tolk bedoeld.

"Door wat ik van PMT weet en heb meegemaakt en gehoord heb, denk ik dat het voor iedereen fantastisch werkt. Het moet wel goed aangeboden worden, maar het feit dat je in bepaalde spel of sportsituaties, dingen vertaalt naar het dagelijks leven, hoe ga je er mee om? "Waar loop je een risico? Ben je bereidt dat risico te lopen? Oh, vind je dat normaal? Iedereen doet het dus jij doet het ook?" Het werkt gewoon, ik heb gezien dat het fantastisch werkt, zowel bij horende als bij dove mensen, dat het kwartje fantastisch valt".

- NGT Tolk (2014) -

Hoofdstuk 2 --- Theoretisch kader

2.1 Doelgroep

2.1.1 Dovencultuur

Zoals Dean en Pollard (2001) beschrijven is de Amerikaanse gebarentaal (ASL) geworteld in de dovencultuur. Dit zijn de ervaringen, gevoelens, denkwijzen en benaderingswijzen van dove mensen. Hier sluiten Van den Bogaerde en Bot (2013) bij aan over de dovencultuur binnen Nederland. Ook hier is de doofheid, de gebarentaal maar ook het leven in een visuele wereld een grote bindingsvorm binnen de dovencultuur. De dovencultuur is een minderheidscultuur. Veel dove mensen beschouwen zichzelf als lid van een minderheidsgroep met een eigen taal en cultuur. Ze noemen zichzelf Doof, met een hoofdletter D. Ze delen de ervaringen van het doof zijn binnen een veel grotere horenden samenleving.

Jarenlang was het gebruikelijk dat dove kinderen in Nederland in een internaat bij een dovenschool verbleven. Tijdens hun schoolperiode hadden deze kinderen weinig contact met de horende buitenwereld. Na hun schoolperiode bleven deze kinderen veel in contact met hun schoolgenoten. Ze ontmoetten elkaar in speciale Dovenclubs en Dovenverenigingen en op deze manier werd de dovengemeenschap gevormd (Van den Bogaerde & Bot, 2013).

2.1.2 Gebarentaal

Gebarentaal is een visueel-manuele taal, waarbij de gebaren, mimiek en houding de woorden en zinnen vormen. Een gebarentaal heeft zijn eigen lexicon en grammatica. In Nederland hebben we de Nederlandse Gebarentaal, NGT. . In Nederland bestaan er momenteel nog verschillende regionale varianten, voortgekomen uit de regio's waar in het verleden de 5 doveninstituten stonden/staan, te weten: Groningen (1790), Sint-Michielsgestel (1853), Rotterdam (1853), Voorburg (1888) en Amsterdam (1911). Ten gevolge van een conventie van Milaan rond 1880, was in de periode tussen 1900 en 1980 gebaren in het onderwijs verboden. Doordat dove mensen onderling, op sommige instituten zelfs stiekem, bleven gebaren ontstonden de regionale varianten. Pas in 1995 werd er in Groningen op het instituut H.D. Guyot tweetalig onderwijs doorgevoerd, NGT en Nederlands. De rest van het land volgde snel. Deze regionale verschillen hebben invloed op de manier van communiceren en het tolkproces ("Gebarentaal," 2002).

Naast de gebarentaal wordt er in Nederland ook NmG gebruikt, Nederlands met Gebaren. Hierbij wordt er vastgehouden aan de Nederlandse woorden en grammatica en worden verschillende woorden ondersteund met gebaren. In tegenstelling tot gebarentaal, dat zijn eigen grammatica en woordenschat heeft ("Nederlands met Gebaren," 2005).

Gebarentaal of NmG is meer dan alleen praten met je handen, er zitten ook hele belangrijke non-manuele delen bij, lipbewegingen, gezichtsuitdrukking of lichaamstaal. Hiermee kun je nuances of extra nadruk aan je verhaal of het tolken geven. Van den Bogaerde en Bot (2013) benadrukken dat je in gebarentaal dezelfde nuances kunt meegeven als in gesproken taal, maar dan op een andere manier. Een tolk zal dit soort aspecten meenemen in de vertaling.

Voor mensen die met doven omgaan of werken is het belangrijk om te weten dat de mimiek een belangrijke rol speelt binnen de NGT. De mimiek is de intonatie van de gebarentaal. Volgens Van den Bogaerde en Bot (2013) is dit belangrijk omdat horenden soms kunnen schrikken

"Stel dat je cliënt maar ja blijft knikken en je twijfelt of hij het begrepen heeft of dat het een beleefdheidsknikje is. De arts vraagt hem of hij het begrepen heeft, dan kun je eventuele twijfel heel goed met behulp van intonatie weergeven. Als tolk kun je dan ook nog zeggen dat je niet zeker bent of je het goed hebt overgebracht. Zo wordt het eenvoudiger om de informatie nogmaals te herhalen".

- Barnum (2003) -

van de, in hun beleving, overdreven mimiek en dit zelfs als agressief kunnen ervaren. Hierbij een voorbeeld om aan te geven hoe belangrijk mimiek is bij NGT.

1. NGT: MORGEN E-MAILEN IK AFSPREKEN
Vertaling: Ik zal morgen e-mailen om een afspraak te maken
2. NGT: MORGEN E-MAILEN IK AFSPREKEN?
Vertaling: Zal ik morgen e-mailen om een afspraak te maken?

De gebaren van beide zinnen zijn gelijk, het verschil zit in de gezichtsuitdrukking; de vraagmimiek.

2.1.3 Gebarentolk

Een gebarentolk verzorgt de communicatie tussen dove en horende mensen. De tolk vertaalt het gesproken Nederlands naar gebarentaal en gebarentaal naar Nederlands. Dit laatste noemen we stemtolken. De gebarentolk kan zowel in NGT, Nederlandse Gebarentaal als in NmG, Nederlands met Gebaren tolken. Dit is afhankelijk van de behoefte van de klant ("Doventolk," 2005).

Bot (2011) stelt in haar onderzoek vast dat wanneer een vertaler een literaire vertaling maakt, of een wetenschappelijk werkt vertaalt, hij soms wel dagenlang peinst over de betekenis van een bepaald woord in deze speciale context. Hierbij benoemt Bot de volgende definitie: *"Tolken is een vorm van vertalen waarbij een eerste en tegelijkertijd finale versie in de doeltaal wordt geproduceerd op basis van een eenmalige presentatie van de 'tekst' in de brontaal"*. Hierbij blijkt de bijna onmogelijke taak van de tolk. Het produceren van een vertaling die recht doet aan zowel inhoud als stijl en specifiek taalgebruik van de spreker en die rekening houdt met het specifieke communicatieve doel, en dit alles 'instantaneously' is eigenlijk te veel gevraagd. Er bestaat zelden een één op één relatie tussen een woord in de ene taal en in de andere taal (Bot, 2004). Het kan niet anders, of de vertaling die de tolk maakt, wijkt op allerlei punten af van wat de primaire spreker zei.

Er zijn verschillende tolkmodellen, van waaruit een gebarentolk te werk kan gaan. (Wilcox & Shaffer, 2005). Voor 1970 werd er vanuit het Helper Model vertaald. Officiële tolken bestonden er toen in Nederland nog niet. Het vertalen gebeurde vooral door familieleden, burens en kennissen. Het Helper Model houdt in dat de dove mensen overal bij geholpen werden, vanuit de visie dat dove mensen zelf niks konden. De persoon die voor ze vertaalde, gaf geregeld ook antwoord op de vragen die er gesteld werden. De dove persoon werd vaak buiten beschouwing van een gesprek gelaten en alles werd voor hem geregeld, zonder dat hij zelf wist wat er gebeurde. Vervolgens kwam het Communicatie Model, hierbij was de tolk een taalmachine. Er was geen ruimte voor eigen emoties of een eigen mening, de tolk was puur aanwezig voor de vertaling. Gaandeweg zijn verschillende modellen de revue gepasseerd, zoals het Interpretive Model, Sociolinguistic Model, Interpreting Process Model en het Interactive Model of Interpreting. Momenteel wordt er vooral gewerkt vanuit het Bi-lingual-bi-culture Model. Vanuit dit model wordt er per situatie gekeken hoe de tolk zich hier op moet aanpassen. Als tolk is er sprake van een samenwerking met de cliënt. De tolk is er niet alleen om te vertalen, maar is er ook als cultuurmakelaar. Het kan voorkomen dat de tolk te maken krijgt met cliënten, die het Helper Model of het Communicatie Model (nog) gewend zijn. Dit kan invloed hebben op het tolkproces en op de cliënt-therapeut-tolk relatie.

Dit sluit aan bij de eenpersoonspsychologie van Bot (2004). Hierbij wordt er uit gegaan dat het mogelijk is dat een analyticus de psychologie van zijn patiënt analyseert los van zijn eigen psychologie of persoonlijkheid. Abstinentie was hiertoe een instrument. Bij het tolken wordt er weliswaar niet gesproken over 'abstinentie', maar over 'onpartijdigheid', 'neutraliteit' en 'afzijdig houden'. De tolk wordt gedefinieerd als iemand wiens taak het is om 'alles te vertalen wat er wordt gezegd en verder niets'. In het hoofdstuk *Tijdens therapie*, in 2.3.1, wordt verder ingegaan op de eenpersoons-, tweepersoons- en driepersoonspsychologie.

Barnum (2003) concludeerde in haar artikel dat tolken gebarentaal zich moeten afvragen of hij of zij de aangewezen persoon is voor een tolkaanvraag binnen de GGZ. Daarnaast moet de tolk interesse hebben in het werkveld. Tevens moet de tolk een flexibel persoon zijn en is het prettig als de tolk

wat levenservaring heeft. Vernon en Miller (2001) stellen vast dat het doel van de tolk is om een communicatiebrug te vormen tussen twee of meerdere mensen. Mochten er dingen zijn die dit doel in de weg staan, dan kan er niet optimaal gewerkt worden.

Per jaar heeft een doof persoon recht op een aantal tolkuren. Dit is onder te verdelen in drie categorieën;

- * Leefuren; elk doof persoon heeft recht op 30 leefuren per jaar. Voor een doofblinde persoon is dit vast gesteld op 168 leefuren per jaar. Deze leefuren kunnen ingezet worden voor privé situaties, zoals een bezoek aan een huisarts, notaris, ouderavonden, GGZ etc.

- * Werkuren; dit is 15% van de werktijd. Deze uren kunnen ingezet worden voor bijvoorbeeld vergaderingen, personeelsuitjes, bijscholing etc.

- * Onderwijsuren; vaak is dit 100% van de tijd in regulier onderwijs, maar het exacte aantal bepaalt het UWV. ("Tolkvoorziening", 2007).

2.2 GGZ voor doven en slechthorenden

2.2.1 Faciliteiten

In het artikel van Bot (2007) komt naar voren dat men in Nederland het belangrijk vindt dat de zorg voor iedereen toegankelijk is. Dit maakte dat de Nederlandse overheid in de jaren zeventig erkende dat tolkvoorzieningen daar een noodzakelijke voorwaarde voor is. Dit is onder andere opgenomen in de WGBO (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst). Hierin staat expliciet vermeld dat hulpverleners de plicht hebben in gesprekken met anderstaligen een tolk in te schakelen. In andere wetten die de kwaliteit van de gezondheidszorg betreffen, staat ook vermeld dat de hulpverlener zorg moet dragen voor een goede communicatie.

Hierbij wordt er door Van den Bogaerde en Bot (2013) toegevoegd dat bij de behandeling van doven en slechthorenden niet alleen de WGBO geldt, maar ook de Wet Gelijke Behandeling op grond van Handicap of Chronische Ziekte (wgbo/cz 2009). Deze wet verplicht instellingen en zorgverleners iedereen zodanig aangepaste zorg te bieden zodat gelijkheid wordt bereikt.

Ondanks de wetten, is de hulpverlening voor doven en slechthorenden pas erg laat op gang gekomen. Van der Kroef en Huiskes (2008) wijten dit aan meerdere aspecten. Zoals dat de doveninstituten naar binnen gerichte instellingen waren, deze instituten zijn heel lang de enige voorzieningen voor doven geweest (men spreekt hier van de periode rond de jaren 80). Daarnaast werden kinderen volgens de 'orale' methode opgevoed. Dit wil zeggen dat dove kinderen van jongs af getraind werden in spraakafzien en dat het gebruik van gebarentaal op scholen verboden was. Dit met als doel om hen te laten integreren in de horende maatschappij. Voor veel dove kinderen was de orale methode een te moeilijke opgave. In de praktijk veroorzaakte deze manier van opvoeding een gebrekkige taal- en sociaal-emotionele ontwikkeling, informatieachterstand en een gebrek aan vaardigheden in het maatschappelijk verkeer. De orale-methode suggereerde dat dove mensen 'konden mee doen'. Maar door gebrek aan kennis van de maatschappij, interactieve processen en sociale vaardigheden was deelname met de maatschappij voor dove volwassen slechts zeer beperkt mogelijk.

Hulpverlening voor dove met psychische problemen, zowel kinderen als voor volwassenen bestond niet. In 1984 kwam een document uit van mevrouw W. Frenay, 'En niemand heeft geluisterd', waarin zij een zoektocht beschrijft naar psychische hulp voor haar dove zoon. Dit is een begin geweest van de noodkreet voor psychische hulp aan doven. Het grote probleem was dat de geestelijke gezondheidszorg voor doven niet toegankelijk was, omdat er geen hulpverleners waren die konden communiceren met doven. Vanaf 1980 werd gebarentaal mondjes maat toegestaan binnen de doveninstituten en pas sinds 1995 voor het eerst onderwezen. Vanaf het moment dat het voor doven mogelijk werd om te communiceren in een taal die voor hen toegankelijk was, zijn de voorzieningen voor doven ook gaan groeien. Van den Bogaerde en Bot (2013) omschrijven verschillende GGZ gespecialiseerde instellingen voor doven, zoals de afdeling Doven en slechthorenden bij de Riethorst van Pro Persona in Ede, en de GGMD voor doven en slechthorenden

met verschillende locaties door het gehele land. Deze instellingen hebben hun eigen tolken in dienst. Ze geven ook aan dat ook de gewone zorg goed toegankelijk dient te zijn voor dove en slechthorende cliënten. Een tolk gebruiken is daarbij belangrijk, maar zeker niet het enige element. Een open houding van de behandelaar richting de communicatie en de belevingswereld van de dove of slechthorende is minstens zo belangrijk.

2.2.2 Algemeen tolkgebruik binnen de GGZ

Vernon en Miller (2001), maar ook Barnum (2003) stellen dat tolken van groot belang zijn voor de hulpverlening aan doven en slechthorenden. Dit omdat het groepje hulpverleners dat kan gebaren, erg klein is. Hieraan wordt toegevoegd dat een onderzoek in Minnesota heeft uitgewezen dat mensen uiteindelijk beter genezen door de positieve relatie die ze met de hulpverlener hebben. Voor de tolk betekent dit een belangrijke rol in de communicatie tussen de dove persoon en de hulpverlener.

Hierbij moet niet uit het oog verloren worden dat de taak die de tolk heeft binnen de GGZ een stuk moeilijker is dan wat de meeste mensen realiseren, inclusief de hulpverleners en de cliënten (Vernon en Miller, 2001). Hierbij vult Barnum (2003) aan dat de tolk ook gewoon een mens is. Ondanks de kennis en ervaringen van een tolk, heeft deze ook gevoelens en blijft het tolkproces een menselijke handeling. De overdracht en tegenoverdracht die geldt tussen een cliënt en een hulpverlener, geldt ook in de driehoeksverhouding met een tolk erbij. Deze overdracht en tegenoverdracht kunnen plaatsvinden tussen de cliënt en de tolk, maar ook tussen de hulpverlener en de tolk. Het is voor zowel de hulpverlener als de tolk van belang om hier bewust van te zijn (Nederlandse Beroepsvereniging Tolken Gebarentaal [NBTG], z.j.).

Barnum (2003), Vernon en Miller (2001) laten alle drie weten om als hulpverlener na te gaan hoe de relatie is tussen de cliënt en de tolk. De hulpverlener dient zich bijvoorbeeld af te vragen hoe de tolk is aangevraagd. Heeft de cliënt dit zelf gedaan, is het de vaste tolk van de instelling of heeft de hulpverlener de aanvraag gedaan? Er bestaat een kans dat de tolk de cliënt in meer of mindere mate kent, aangezien de dovenwereld niet heel groot is. Als hulpverlener is het van belang om je af te vragen welke invloed de relatie tussen de cliënt en de tolk kan hebben op het behandelproces. Indien ze elkaar al kennen, kan dit zowel een positieve als een negatief effect hebben op de therapie. Voor de cliënt kan het van invloed op zijn handelen als hij de tolk kent, bijvoorbeeld dat hij zich schaamt of niet prettig voelt om zijn verhaal te vertellen in het bijzijn van een bekende. Iemand die hij in andere situaties ook nog onder ogen moet komen. Het kan ook een positief effect hebben dat de cliënt en de tolk elkaar al kennen, de tolk weet hoe de cliënt zich cognitief ontwikkeld heeft en hoe hij zich moet aanpassen aan het taalniveau van de cliënt.

Voor een optimale communicatie zit/staat de tolk altijd naast de behandelaar. Voor de tolk is het van belang om zich bewust te zijn dat de hulpverlener het niet gewend is om een tolk naast zich te hebben staan/zitten. Deze driehoeksverhouding is voor de meeste hulpverleners nieuw en onwennig (Barnum, 2003). Ook moet er gelet worden op de samenwerking tussen de tolk en de therapeut (Bot, 2004). Het is voor patiënten geruststellend wanneer ze merken dat tolk en hulpverlener respectvol en in harmonie met elkaar samenwerken; niet als een machtsblok tegenover hem, maar als twee professionals die het beste met hem voor hebben. In de driehoeksverhouding werkt zowel de therapeut, de tolk als de patiënt mee aan een goede samenwerking.

2.3 Tijdens therapie

2.3.1 Psychomotorische therapie

Bij psychomotorische therapie is de lichaamservaring en de manier hoe je handelt binnen bewegingssituaties het belangrijkste. Hierbij wordt het bewegen gezien als een expressiemogelijkheid van gevoelens, gedachten en ervaringen. Bij PMT wordt er vanuit gegaan dat problemen op psychosociaal of psychiatrisch gebied zichtbaar zijn in het bewegen. De therapeut kijkt naar de belevings- en emotionele aspecten van het bewegen en hoe iemand daarbij met

materiaal en zichzelf omgaat. Tijdens de therapie wordt er gekeken naar de 'symbolische' betekenis van het bewegen en worden er beweging situaties gecreëerd, waarbinnen cliënten de mogelijkheid krijgen specifieke ervaringen op te doen. Vervolgens wordt er betekenis verleend aan deze ervaringen, wat voor essentieel belang is voor de therapie (Boomsma & Sterkman, 2005).

Boomsma en Sterkman (2005) zijn van mening dat PMT een therapievorm is die goed aansluit bij dove mensen. Dit omdat bij PMT de directe ervaring ('zien en doen') als uitgangspunt genomen wordt. Daarnaast zijn ze er van overtuigd dat PMT aan dove kinderen een meerwaarde heeft. Dit omdat bij PMT de nadruk ligt op de lichaamsbeleving, lichaamswaardering en bewegen, wat direct aansluit bij het dove kind.

In en door het bewegen krijgt het kind ook direct feedback; als het de bal te hard tegen de muur gooit, is het opvangen moeilijk.

- Boomsma & Sterman (2005) -

Boomsma en Sterkman (2005) stellen dat er naast PMT ook nog andere behandelvormen zijn waarbij de directe ervaring als uitgangspunt genomen wordt, bijvoorbeeld speltherapie en creatieve therapie. Welke therapievorm en hierbij dus welk 'middel' het beste past bij de dove cliënt, is afhankelijk van de kwaliteiten, interesses en aanwezige problematiek van de cliënt.

Bot (2004) laat naar voren komen, dat er in het verleden door therapeuten veelal vanuit een eenpersoonspsychologie werd gewerkt. Dit perspectief werd uiteindelijk bekritiseerd zowel om de afstandelijke, formele houding, maar ook op logische gronden: het is onmogelijk om 'niet te communiceren'. Vandaar dat de eenpersoonspsychologie zich tot de tweepersoonspsychologie ontwikkelde. Daarin wordt ervan uitgegaan, dat therapeuten en patiënten in onderlinge interactie het therapeutische proces vormgeven. Hierbinnen zijn begrippen als werkrelatie en 'match' tussen therapeut en patiënt van belang.

Bij de aanwezigheid van een tolk gaat de therapeut uit van de driepersoonspsychologie. Hierbij wordt het therapeutisch proces vorm gegeven door de interactie tussen therapeut, patiënt en tolk. Dit wil zeggen, dat bijvoorbeeld de tolk kan deelnemen aan 'small talk' aan het begin van het gesprek, op gepaste momenten iets over zichzelf kan zeggen en zich niet hoeft te onthouden van alle uitdrukkingen van emoties, maar kan 'mee vibreren' met wat er in het gesprek gebeurt. Hierbij is een samenwerking tussen de drie gesprekspartners van belang. Ze vormen een soort van werkgroep, waarbij iedereen zijn eigen rol invult.

2.3.2 Probleemstellingen

Hieronder worden probleemstellingen geschetst, die binnen de GGZ voor doven en slechthorenden naar voren kunnen komen en invloed kunnen hebben op de behandeling.

Verkeerde diagnose – Alle doven en slechthorenden met de leeftijd van 40 jaar of ouder (anno 2014) zijn niet tweetalig opgevoed. In de periode dat zij naar school gingen werd de orale methode nog gehanteerd. Ze hebben op school intensief geoefend met een logopedist, toch leerden veel dove kinderen slechts moeilijk of niet verstaanbaar te praten. Dit heeft geleid en leidt nog steeds tot allerlei misvattingen, in het bijzonder over hun cognitieve vermogen. De zwak ontwikkelde taalvaardigheid bij doven zijn een grote oorzaak van diagnostische verwarringen. Het is daarom van belang om zowel als tolk en als therapeut hier van bewust te zijn (Van den Bogaerde & Bot, 2013).

Taal en intelligentie niveau – Het is soms lastig in te schatten of de cliënt de boodschap heeft begrepen en of de onbegrepenheid nu voortkomt uit de gebarentaalontwikkeling of het intelligentieniveau van de cliënt. Op welke manier de cliënt is opgegroeid en wat hierbinnen het aanbod is geweest, is van grote invloed op het begrip (Barnum, 2003).

Gebarentaal lexicon van GGZ – Vaak bestaan er geen gebaren voor GGZ termen of dekt het niet de lading die er in de brontaal bedoeld wordt. De laatste jaren is dit in ontwikkeling en wordt de GGZ

lexicon steeds uitgebreider. Maar als een doof persoon nog nooit in aanraking is geweest met de GGZ, is hij vaak niet bekend met dit lexicon. Dit maakt dat de tolk geregeld de tolktechniek 'expansie' moet gebruiken. In hoofdstuk 3.4, *Gebarentolk aanpassingen*, zal er verder worden ingegaan op expansie. Dit kost wel extra tijd en het is van belang, dat de tolk zelf kennis heeft van de GGZ (Vernon & Miller, 2001).

Tolkuren – Een doof persoon heeft per jaar recht op 30 tolk-leefuren. Veel doven vragen deze uren niet aan; ze vinden het niet nodig of te ingewikkeld, ze vinden het communiceren via een tolk vervelend of ze overschatten hun eigen (taal-) vaardigheden. Soms kan het zijn dat doven de uren wel aanvragen, maar deze uren niet in durven te zetten. Ze zijn bang dat de uren op zijn, op het moment dat ze de uren echt nodig hebben. Dit kan voortvloeien in de risico's van misverstanden en de daarbij behorende tijdverspilling. Sommige doven zullen er voor kiezen om bij een korte behandeling of intake een familielid of vriend mee te nemen als tolk. Ook dit is meestal niet bevorderlijk voor de kwaliteit van de communicatie. Het familielid of de vriend is immers geen geschoolde tolk. Op het moment dat de hulpverlener vindt dat een tolk echt nodig is, kan er via de instelling een tolk ingeschakeld worden. De regels hiervoor zijn gecompliceerd en te vinden op de website van Tolknet. Via tolknet zijn tolken NGT en NmG aan te vragen, ook in noodsituaties (Bot, 2004 en Van den Bogaerde & Bot, 2013).

Positionering - Bij psychomotorische therapie gebeurt er veel in een ruimte. Er wordt veel bewogen en geregeld van positie veranderd door zowel de cliënt als de therapeut. Dit maakt dat de tolk ook continu van positie moet veranderen. Barnum (2003) gebruikt hierbij het voorbeeld van een fysiotherapeut en een dove patiënt die in een rolstoel zit. De patiënt moet aan de loopbrug revalideren en de fysiotherapeut doet tijdens het praten voor, wat de patiënt moet doen. De patiënt is niet in staat om naar de tolk te kijken en tegelijkertijd naar het voorbeeld van de fysiotherapeut. Als therapeut moet je hier rekening mee houden.

2.3.3 Therapeutische aanpassingen

In de literatuur komen verschillende aspecten naar voren waar de therapeut rekening mee moet houden tijdens therapie aan dove en/of slechthorende cliënten. Verschillende van deze aspecten zijn terug gekomen in de interviewvragen. De desbetreffende antwoorden staan in combinatie met de literatuur hieronder verwerkt.

Voor de therapie – Het is de verantwoordelijkheid van de therapeut of er een tolk ingeschakeld wordt of niet. Op het moment dat je als therapeut het idee hebt dat je de cliënt niet goed verstaat/begrijpt of dat cliënt de therapeut niet goed verstaat/begrijpt kan je kiezen voor het inzetten van een tolk. Het is wel raadzaam om dit in overleg met de cliënt te doen (Bot, 2007). Zowel Barnum (2003) als de NBTG (z.j.) vinden het van belang dat er, voordat een sessie begint, contact is tussen de therapeut en de tolk, zowel bij een nieuwe cliënt, als voor elke behandeling. Dit is van belang om ervoor te zorgen dat de tolk op de hoogte is van de laatste ontwikkelingen van de cliënt en zich hier eventueel op kan aanpassen. Daarnaast is het raadzaam, dat de therapeut de therapeutische technieken die hij die sessie wil gaan gebruiken kenbaar maakt aan de tolk, zodat deze technieken op de juiste manier vertaald worden.

Bij een nieuwe cliënt is het handig om een communicatie-intake te laten plaatsvinden. Deze intake wordt afgenomen door de tolk of een dove hulpverlener. Dit kan voor of aan het begin van een intake/sessie. Binnen deze intake wordt er gekeken op welke manier de cliënt communiceert en hoe zijn taalgebruik zich heeft ontwikkeld. Tevens dient hierbij de rol van de tolk te worden uitgelegd.. Het is van belang dat deze intake zo kort en bondig mogelijk wordt gehouden, elke communicatie buiten de sessie kan invloed hebben op de inhoud en dynamiek van de sessie zelf (NBTG, z.j. en Van den Bogaerde & Bot, 2013).

Realisaties – Als therapeut moet je je realiseren dat de tolk geen vertaalmachine is. Dit betekent dat een uiting in de doeltaal anders kan overkomen dan wat er in de brontaal is bedoeld. Om te kunnen vertalen moet er eerst begrepen worden. Begreep de tolk hetzelfde als wat de hulpverlener begrepen zou hebben, als hij de cliënt kon verstaan? Deze invloed ontstaat door het verschil in grammatica en lexicale structuur. Maar ook de tolk zelf beïnvloedt het gesprek door haar impliciete en expliciete normen, waarden en motivaties. Die invloed kan gaan van het specifieke woordgebruik

Therapeut: “Wat betekent het voor u dat u dat nog niet heeft?”. Tolk: “Wat voor probleem veroorzaakt dat voor u?”. De therapeut was hier opzoek naar betekenisverlening; wat roept deze situatie bij de patiënt op?

- Bot, (2007) -

van deze tolk, tot haar ‘uitstraling’. Op het moment dat je geen rekening houdt met deze invloeden van de tolk op het gesprek, doet de therapeut de cliënt onrecht. Mocht de therapeut niet het verwachte antwoord krijgen, dan kan er via interventies en het herformuleren van de vraag toch terecht gekomen worden bij meer fundamentele therapeutische kwesties (Bot, 2004, 2007)

In sommige gevallen is het voor een bepaalde cliënt of groep beter om een mannelijke therapeut te hebben dan een vrouwelijke therapeut. Dit geldt ook voor de tolk. Mannen communiceren onderling vaak in ander taalgebruik dan wanneer er een vrouw aanwezig is.

Het is van belang voor de therapeut om te weten dat er een verschil is in taalgebruik tussen doven en horende mensen. Zo worden suggestieve vragen, woordgrapjes, sarcasme en uitdrukkingen vaak niet begrepen door doven. Wel mag de therapeut ervan uit gaan dat de tolk op de hoogte is van vakjargon en de tolk in staat is deze te vertalen. Hierbij moet gelet worden op toegankelijk taalgebruik voor de cliënten (Barnum, 2003 en NBTG, z.j.). Mocht je als therapeut twijfelen over de kennis van de tolk of de cliënt, kan je gebruik maken van psycho-educatie. Op deze manier geef je niet alleen de educatie aan de cliënt, maar ook aan de tolk (Bot, 2007).

Mocht je als therapeut van jezelf weten dat je een snel spreektempo hebt of snel van de ene zin in de andere zin over gaat, vergeet dan niet de tolk de ruimte te geven om te vertalen. Mocht je bepaalde zinnen hebben die je extra belangrijk vindt, zet deze zinnetjes dan even ‘los’ van de rest (Bot, 2007).

Eén tolk tijdens het behandeltraject - Vernon en Miller (2001) stellen dat de continuïteit van de aanwezigheid van eenzelfde tolk belangrijk is. Dit heeft als reden dat een tolk ook een relatie met de cliënt opbouwt. Daarnaast weet de tolk over de geschiedenis van de therapie van de cliënt, begrijpt de tolken de doelen van de behandeling en heeft de tolk kennis van de communicatie vaardigheden en stijl van de cliënt.

Tolkencode – Voor alle tolken gebarentaal is er een tolkencode opgesteld door de Nederlandse Beroepsvereniging Tolken Gebarentaal [NBTG]. Daarnaast is er een aparte tolkencode opgesteld voor tolken gebarentaal binnen de GGZ. Deze tolkencode geeft een richtlijn voor het handelen van een tolk gebarentaal binnen de GGZ. Belangrijk is om te weten dat de tolkencode niet leidend is. De Nederlandse wet heeft als regel dat je actie moet ondernemen als een ander in gevaar is. Dit staat boven de tolkencode en de zwijgplicht van een tolk. De wet overstemt de tolkencode, wat inhoudt dat je hier in een eventuele rechtszaak nooit op aangesproken kan worden (Barnum, 2003 en Bot, 2004).

Veiligheid en risico's –Op het moment dat er eventuele risico's zijn tijdens een behandeling, is het van belang dat de therapeut de tolk hiervan vooraf op de hoogte stelt. Op het moment dat er sprake is van een mogelijke risicovolle situatie, dient er rekening gehouden te worden met de plaatsbepaling van de tolk. Voor het belang van de therapie moet de tolk niet alleen gelaten worden met de cliënt. Ook niet als er geen risico's aanwezig zijn. Het alleen laten van de cliënt en de tolk kan invloed hebben op de behandeling (Barnum, 2003 en NBTG, z.j.).

Tijdens therapie kunnen er heftige verhalen of situaties naar boven komen. Het is van belang dat de therapeut zorg draagt voor de tolk. Bepaalde situaties binnen de GGZ kan voor de therapeut dagelijkse kost zijn, maar voor een tolk een nieuwe situatie. Sta als therapeut na de behandeling open voor eventuele vragen.

De tolk heeft net als de therapeut zwingplicht. Dit maakt dat het prettig is om eventuele conflicten of heftige situaties naderhand te bespreken. (Barnum 2003).

“Bij een hele geladen cliënt, was er geen tolk. Dit maakte dat er een tolk last-minute ingevlogen is, maar zij bleek hoog zwanger. Hierdoor moest ik als therapeut extra letten op de positionering van de tolk, dat op het moment dat het escaleert zij als eerste de ruimte kon verlaten”.

- PMT'er (2014) -

Om er voor te zorgen dat de communicatie zo effectief mogelijk verloopt, is het noodzakelijk om de tolk om de ongeveer 30 minuten zo'n 5 minuten pauze te gunnen. Het zou prettig zijn als de tolk tijdens de pauze de ruimte kan verlaten. (NBTG, z.j.).

Tijdens de therapie – De therapeut is verantwoordelijk voor de communicatie. Hij heeft de touwtjes in handen. Soms kan dit lastig zijn, doordat er met een tolk gewerkt wordt. Maar de therapeut heeft de regie. Vaak hebben horenden niet in de gaten dat ze door iemand heen praten die aan het gebaren is. Het is van belang dat de therapeut goed oplet of zijn cliënt eventueel aan het woord is. Op het moment dat een doof persoon weigert om oogcontact met de tolk te maken, is het aan de therapeut om te bepalen welke acties er ondernomen worden (Barum, 2003). Andersom kan ook gebeuren; dat de therapeut ergens mee bezig is en de cliënt wil contact zoeken. Dit kan door iemand aan te tikken, door het 'wapperen' van de hand of door op een bureau/bank/tafel te tikken. Voor een doof persoon is dit een normale manier van contact zoeken (Van der Bogaerde & Bot, 2013).

Tijdens de behandeling gebruikt de therapeut therapeutische vragen. Het is van belang dat de tolk op de hoogte is van de subtiele verschillen in de manier van bevragen. Tolken zijn niet geschoold in psychologische hulpverlening en moeten de interventies van de therapeut dus zonder achtergrondkennis kunnen begrijpen. Hoe duidelijker de therapeut zelf formuleert, hoe groter de kans dat de tolk er een goede vertaling van maakt. Eventueel kan de therapeut er voor kiezen een cyclische gesprekstechniek toe te passen, dit houdt in dat men herformuleert wat men net gehoord heeft (Bot, 2007).

Het is voor de therapeut belangrijk dat de tolk niet als vijand of onhandig beschouwd wordt, maar als hulpmiddel binnen de therapie. Doven en slechthorenden zijn over het algemeen hun hele leven gewend om in verschillende situaties te communiceren via een tolk. Doordat er een tolk in de therapie aanwezig is, heeft het een eenvoudige transfer naar hoe het buiten de therapie zou kunnen gaan. Tevens is het wel een aanrader om eens te proberen een gesprek aan te gaan met de cliënt, zonder tolk. Het contact is vaak veel intensiever. De nadruk ligt meer op de waarde van de gezamenlijke inspanning om elkaar te begrijpen, dan op een efficiënte en adequate uitwisseling van informatie (Bot, 2004, 2007).

Door middel van de tolk heeft de therapeut extra kansen om de behandeling diepgang te geven. Eventueel kan hiervoor de relatie met de tolk bij de behandeling betrokken worden. Kan bijvoorbeeld de cliënt de afhankelijkheid van de tolk verdragen? Of hoe reageert de cliënt als de tolk niet correct vertaalt. Kan de cliënt rekening houden met de tolk? De therapeut kan de tolk als middel inzetten tijdens zijn therapieën (Bot, 2007 en Vernon & Miller, 2001).

Tijdens de gehele therapie is het voor de therapeut belangrijk om over zijn eigen positionering na te denken, maar ook over de positionering van de tolk. Een belangrijk aspect van gebarentaal is het visuele karakter. De tolk en de cliënt moeten elkaar kunnen aankijken, anders is er geen communicatie. Dit betekent dat de therapeut zich buitengesloten kan voelen of het lastig vindt om contact met de cliënt te maken. Het is voor de cliënt belangrijk om zowel de tolk als de therapeut

goed te kunnen zien. Op deze manier kan de cliënt in één oogopslag de gebaren van de tolk zien en het non-verbale gedrag van de therapeut. Waar gaat de therapeut staan tijdens een uitleg of onderbreking? Maar ook tijdens het ophalen en wegbrengen van een cliënt, hoe wordt er omgegaan met small talk? (Van den Bogaerde & Bot, 2013).

Nabespreken – Het kan voor de therapeut van grote meerwaarde zijn, om na de therapie even kort met de tolk te gaan zitten. Onder andere optimaliseert dit de werkrelatie voor de rest van de behandeling. Door het geven van feedback raken de tolk en de therapeut steeds beter op elkaar ingespeeld. Daarnaast kunnen er eventuele problemen zijn opgevallen bij de tolk, die de therapeut zijn ontgaan. Bijvoorbeeld in de wijze van communiceren en de eventuele problemen daarbij. Als de tolk vreemde ‘tics’ of stopwoordjes signaleert, of de cliënt wel leeftijdsadequaat gebaart, worden de gebaren goed gearticuleerd, zijn er onsamenhangende of niet-logische opmerkingen van de cliënt en hoe is de tolk hier mee omgegaan. Hierin kan ook besproken worden of de tolk dit de volgende keer letterlijk moet vertalen of een omschrijving mag geven (Van den Bogaerde & Bot, 2013). Ook is het van belang om de overdracht en tegenoverdracht van de tolk en de cliënt te bespreken. Dit zijn tevens aspecten die invloed hebben op de behandeling (NBTG, z.j.).

2.3.4 Gebarentolk aanpassingen

Tolk als mens – Een tolk is een mens, wat betekent dat er fouten gemaakt kunnen worden. Tijdens het tolken kan het zijn dat de tolk niet alles verstaan heeft, een stukje heeft gemist of iets niet heeft begrepen. Dit is inherent aan het beroep voor tolken en dit moet de tolk zichzelf ook niet te zwaar aanrekenen.. Mocht de tolk er achteraf achter komen of te laat door hebben dat zij niet goed heeft

“You can never know it all! When you are not sure, always ask for clarification”.

- Barnum (2003)-

getolkt, is het belangrijk dat ze dit toe durft te geven. De tolk moet zelf geen dingen verzinnen of zomaar iets invullen. Ook al is het gesprek al voorbij en de cliënt is naar huis, dan is het de tolk aan te raden om toch even langs de therapeut te gaan en te melden dat er een fout is gemaakt. Op deze manier worden er mogelijkheden gecreëerd om er een volgende keer op terug te komen (Barnum, 2003 en NBTG z.j.).

De dovencultuur is een klein wereldje in Nederland. Dit maakt dat de kans bestaat dat de tolk en de cliënt elkaar kennen. Hierbij kan de tolk dit het beste bij de therapeut aangeven. De therapeut kan het dan aan de cliënt voorleggen. Als de tolk het zelf voorlegt, is de kans groot dat de cliënt niet durft te weigeren (Barnum, 2003).

Tolkstrategieën – Op het moment dat de tolk een aanvraag krijgt voor het tolken binnen de GGZ, is het van belang dat ze nagaat of ze deze opdracht aan kan. Heeft ze hiervoor genoeg tolkervaring en genoeg kennis van de GGZ, zodat de tolk voor een optimale communicatie kan zorgen. Het is als tolk handig om op de hoogte te zijn van namen en betekenissen van veel voorkomende medicijnen, zodat de tolk niet steeds hoeft te onderbreken hoe dat woord gespeld wordt. Als tolk is het raadzaam om je voor te bereiden, op het moment dat er binnen de GGZ getolkt wordt. Zoals enkele kennis van de verschillende aandoeningen en het ziektebeeld wat hierbij hoort. Het ziektebeeld of bepaalde medicatie kan invloed hebben op de manier van communiceren van de cliënt (Barnum, 2003).

Tijdens het tolken moet de tolk bewuste keuzes maken met betrekking tot welke gebaren zij gebruikt. Voor veel Nederlandse woorden is er geen synoniem gebaar. Daarnaast zijn er gebaren die niet de gehele lading van het Nederlandse woord dekken of dat er al een subjectieve beoordeling in het gebaar naar voren komt. De tolk zal er dan voor kiezen om expansie toe te passen. Dit betekent dat er meerdere gebaren gebruikt worden voor het uitleggen of verwoorden van een begrip.

De meeste doven zijn niet bekend met uitdrukkingen. Daarnaast willen doven graag de context van een vraag weten. Dit maakt dat sommige ja-of-nee vragen voor doven onduidelijk kunnen zijn. “Voelt u dat u een beetje op het randje zit?”. Op het moment dat dit letterlijk vertaald wordt, zal de dove niet weten wat er met dat randje bedoeld wordt. Op het randje van wat? De tolk kan er voor kiezen om een combinatie van gebaren te gebruiken. Ook de vraag: “Voelt u zich nerveus?”, is te abstract voor doven. Nerveus in relatie tot wat? Nerveus op de weg hierheen, nerveus door zijn schoonmoeder? Door expansie kan de tolk meer betekenis geven aan de vraag van de therapeut (Vernon & Miller, 2001).

“Heeft u wel eens drugs gebruikt”. Op het moment dat de tolk hierbij het gebaar DRUGS gebruikt (een denkbeeldige spuit in de bovenarm), kan de cliënt hier ontkennend op reageren. Omdat de cliënt nooit gebruik maakt van drugs in een spuit, maar wel bijvoorbeeld geregeld joints of pillen neemt. Hierbij is het voor de tolk belangrijk om expansie te gebruiken. Hetzelfde geldt voor het gebaar MOORD (alsof iemand neergestoken wordt met een mes). Op het moment dat er hier geen expansie plaats vindt, krijgt de therapeut geen realistisch beeld van de cliënt.

- Gebarentolk GGZ -

De tolk is ervaringsdeskundige op het gebied van communicatie en dovencultuur. Het is niet aan de tolk om therapeutisch advies te geven. Mocht de cliënt hier naar vragen, dan kan hij doorverwezen worden naar de therapeut. De tolk zal proberen om vreemde uitingen of uitingen die vaak herhaald worden zo letterlijk mogelijk te tolken. Op het moment dat de tolk probeert dit te vertalen naar goed lopende Nederlandse zinnen, brengt het risico mee dat het symptoom van de cliënt gecamoufleerd wordt. Hierdoor is het lastig te oordelen of de cliënt een taalstoornis heeft, niet vloeiend gebaart of dat er sprake is van een denkstoornis. Later kan er met de therapeut besproken worden of het vertalen op deze manier wenselijk blijft of dat de tolk de tolkstrategie aanpast. Van belang is dat de tolk geen oordeel geeft over wat ze ziet. Mocht het gebeuren dat de tolk het idee heeft dat de cliënt niet duidelijk gebaart of verwarde uitdrukkingen gebruikt, dan wordt er aangeraden om vanuit de derde persoon te spreken. Op deze manier kan de tolk omschrijven wat de cliënt precies doet wat niet duidelijk is (Barnum, 2003 en NBTG, z.j.).

Hoofdstuk 3 --- Methode

Het huidige onderzoek betreft een literatuuronderzoek gecombineerd met een kwalitatieve, beschrijvende multiple casestudie. De twee cases zijn: een psychomotorische therapeut die PMT aanbiedt aan dove en slechthorende mensen en een gebarentolk die tijdens psychomotorische therapie tolkt.

Literatuurstudie:

Zoekstrategie: op internet, in tijdschriften, boeken en readers wordt er gekeken naar artikelen in de gezondheidszorg, waar een tolk ingezet wordt. Er zal gezocht worden binnen Google Scholar, Picarta en databases van bibliotheken, maar ook bij Springer Link en Project Muse. Hierbij zal er gebruikt worden gemaakt van het sneeuwbal effect. Er zal gekeken worden naar interviews die gericht zijn op non-verbaal ervaringsgericht werken. Tevens wordt er gekeken wat een doof persoon precies nodig heeft van een therapeut in een behandeling. Er zal tevens gezocht worden in Engelse literatuur.

Zoektermen: doof (doven), psychische problemen, gezondheidszorg, doven therapie, doof therapie, gebarentaal therapie, NGT, diverse stoornissen doof/doven, doof psychische instelling, dovencultuur PMT, psychomotorische therapie doof/doven, non-verbale therapie, non-verbale interventies, tolk, asielzoekers therapie, therapeut relatie. Bovenstaande zoektermen kunnen ook in het Engels gebruikt worden.

In- en exclusie criteria: Voor de inclusie criteria voor deze scriptie geldt dat er gesproken moet worden over dove mensen, over mensen die het Nederlands niet vaardig zijn, over de geestelijke gezondheidszorg, over het geven van therapie en over het inzetten van een tolk. Voor de exclusie criteria geldt dat er minimaal twee van bovengenoemde onderwerpen in een artikel aan bod moet komen.

Aan de hand van de vergelijking tussen verschillende uitgangspunten wordt de conclusie onderbouwd. Hierbij wordt er gericht op een aantal PMT aspecten, zoals communicatie, interventies, relaties en de invloeden van een tolk.

Multiple casestudie:

Vragenlijst: Aan de hand van de gevonden literatuur wordt er een vragenlijst opgesteld. Binnen deze vragenlijst zullen zowel open als gesloten vragen geformuleerd worden, directe en indirecte vragen en stellingen of uitspraken. De vragenlijst zelf is te vinden onder bijlage één en de verantwoording van de vragenlijst is terug te vinden onder bijlage twee.

Interview: Aan de hand van de vragenlijst zullen er semigestructureerde interviews afgenomen worden. Deze interviews zullen afgenomen worden binnen de twee disciplines; een niet gebarentaalvaardige psychomotorische therapeut die gebruik maakt van een gebarentolk en een gebarentolk.

Gegevensverwerking: De verbanden van de interviews zullen aan de hand van een beschrijvend onderzoek zowel onderling als aan de hand van de literatuur vergeleken worden.

Hoofdstuk 4 --- Resultaten

In totaal zijn er 87 artikelen gevonden waarin de onderwerpen doven, de geestelijk gezondheidszorg of het tolken aan bod kwamen. Een deel hiervan is voort gekomen uit databases aan de hand van de inclusie criteria, zie tabel 1. Een groot deel van de literatuur is verworven door middel van het sneeuwbal effect. Daarnaast is een deel van de literatuur verkregen via een docent die het vak GGZ binnen de tolkopleiding van de Hogeschool van Utrecht geeft. Aan de hand van de relevantie is de bron erbij gezocht. Op basis van de inclusiecriteria bleven er nog 51 artikelen over en na toepassing van de exclusiecriteria nog 24 artikelen. Deze artikelen worden in tabel 3 weergegeven. Binnen tabel 3 wordt de bewijskracht en de relevantie van de artikelen weergegeven met de uitgangspunten van tabel 2.

Bij een deel van de artikelen zit er een grote overlap tussen de inhoud van de artikelen. Zo zijn er verschillende bronnen die ingaan op de psychische problemen van dove kinderen en volwassenen. Er is voornamelijk gekozen voor literatuur die meer inzicht geeft in het tolken in medische settingen. Zowel vanuit het perspectief van de tolk als vanuit het therapeutische perspectief. Hierin komen verschillende aandachtspunten maar ook mogelijkheden naar voren indien er een tolk ingezet moet worden binnen de GGZ. Deze punten zijn terug te vinden binnen hoofdstuk 4.1. Tevens zijn deze punten omgezet tot verschillende interviewvragen (bijlage 2).

Er zijn twee psychomotorische therapeuten geïnterviewd en twee gebarentolken. Hieruit is een algemene visie geformuleerd op basis van de antwoorden, deze staan in hoofdstuk 4.2 beschreven.

Tabel 1: Gevonden en geselecteerde literatuur binnen de databases.

Database	Zoektermen	Hits	Relevant
Google Scholar	Psychische problemen/ doof (doven)	3150	* Van Eldik, 1999: Psychische problemen, gezinsbelasting, gezinsfunctioneren en meegemaakte stress bij dove kinderen: Een klinisch-epidemiologisch onderzoek. * Van Eldik, 2000: Probleemgedrag en opvoedingsomgeving van dove kinderen.
	Psychische problemen/ tolk	1210	* Van Eldik 1999: Psychische problemen, gezinsbelasting, gezinsfunctioneren en meegemaakte stress bij dove kinderen: Een klinisch-epidemiologisch onderzoek.
	Doven(doof)/ therapie	4420	/
	Tolk / gezondheidszorg	1210	* Bot, 2007: Gespreksvoering met behulp van een tolk. * Gosseling R & Frederiks BJM, 2000: De rechtspositie van dove patiënten in de gezondheidszorg: de kwaliteit van (het recht op) communicatie in het geding? * Bot, 1998: Werken met tolken in psychotherapie. * Bot, 2010: Belemmert een taalbarrière psychotherapie?
	Doof (doven / gezondheidszorg	1410	* Gosselink & Frederiks, 2009: De rechtspositie van dove patiënten in de gezondheidszorg: de kwaliteit van (het recht op) communicatie in het geding?
	Doof (doven) / instelling	3240	/
	Dovencultuur / therapie	18	* Boomsma & Sterkman, VHZVAN HOREN ZEGGEN, 2005: Psychomotorische therapie helpt dove kinderen met sociaal-emotionele problemen. * Eldik, 1999: Psychische problemen, gezinsbelasting, gezinsfunctioneren en meegemaakte stress bij dove kinderen: Een klinisch-epidemiologisch onderzoek.
	Doof (doven) / PMT	196	/
	Psychomotorische therapie / doof (doven)	198	* Boomsma & Sterkman, VHZVAN HOREN ZEGGEN, 2005: Psychomotorische therapie helpt dove kinderen met sociaal-emotionele problemen.

	Tolk / therapie	845	* Bot, 1998: Werken met tolken in psychotherapie. * Bot, 2007: Gespreksvoering met behulp van een tolk. * Bot, 2010: Belemmert een taalbarrière psychotherapie?
	Asielzoekers therapie	595	/
	Therapeut relatie tolk	741	* Bot, 2010: Belemmert een taalbarrière psychotherapie? * Bot, 2007: Gespreksvoering met behulp van een tolk. * Bot, 1998: Werken met tolken in psychotherapie.
	Deaf / mental health	158.000	* Van Eldik, 2004: Mental health problems of deaf Dutch children as indicated by parents' responses to the child behavior checklist. * Van Eldik, 2005: Mental health problems of Dutch youth with hearing loss as shown on the Youth Self Report.
	Interpreter / mental health	118.000	/
	Deaf / psychiatric	38.200	/
	Psychiatric / interpreter	33.800	/
Project Muse	Deaf / mental health	6724	* Vernon, 2007: Mental Health Services for People Who Are Deaf. * Eldik, Treffers, Veerman & Verhulst, 2004: Mental Health Problems of Deaf Dutch Children As Indicated by Parents' Responses to the Child Behavior Checklist. * Eldik, 2005: Mental Health Problems of Dutch Youth With Hearing Loss as Shown on the Youth Self Report.
	Interpreter / mental health	5778	* Vernon & Miller 2001: Interpreting in Mental Health Settings: Issues and Concerns.
	Psychiatric / interpreter	1184	/

Bij Picarta, Cinahl, de database van de Hogeschool Utrecht (Lucas) en bij Springer Link kwamen vergelijkbare resultaten na voren. Hier binnen is geen vernieuwende literatuur gevonden.

Tabel 2: Uitleg bewijskracht en relevantie.

	Bewijskracht	Relevantie
A1	Systematische reviews die ten minste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn.	Er wordt gesproken over het inzetten van een tolk tijdens therapie aan doven binnen de geestelijk gezondheidszorg .
A2	Gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerde, dubbelblind gecontroleerde trials) en van voldoende omvang en consistentie.	
B	Gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, patiëntcontroleonderzoek).	Drie van de vier kernthema's worden besproken (tolk, therapie, doven, GGZ).
C	Niet-vergelijkend onderzoek.	Twee van de vier kernthema's worden besproken.
D	Mening van deskundigen.	Eén van de vier kernthema's wordt besproken.

Tabel 3: Geselecteerde literatuur.

	Auteur(s)	Jaartal	Doelgroep	Onderwerp	Peer Reviewed	Bewijskracht	Relevantie
1	Barnett S., McKee M., Smith S. & Pearson A.	2011	Doven	Doven met psychische problemen	V	A1	C
2	Barnum, M.	2003	Tolken	Tolken binnen de GGZ	-	D	B
3	Beroepsvereniging NBTG	z.j.	Tolken	Tolken binnen de GGZ	-	D	B
4	Boomsma, B. & Sterkman, K.	2005	Therapeut/Doven	PMT aan doven	-	D	B
5	Bot, H.	2011	Therapeuten	Omgaan met een tolk	-	D	A
6	Bot, H.	2007	Therapeuten	Omgaan met een tolk	V	B	A
7	Bot, H.	2004	Tolken	Tolken binnen de GGZ	V	C	A
8	Dean, R.K. & Pollard Jr, R.Q.	2001	Doven	Interpreteren van gebarentaal		B	C
9	Doventolk – Wikipedia	2005	Tolken	Tolkgebruik	-	D	D
10	FODOK – psychische problemen	z.j.	Doven	Doven met psychische problemen	-	D	B
11	FODOK – special hulpverlening	z.j.	Doven/therapeuten	Doven binnen de GGZ	-	D	B
12	Frenay, W.	1984	Doven	Doven binnen de GGZ	-	D	C
13	Gebarentaal - Wikipedia	2002	Doven	Gebarentaal	-	D	D
14	Leraar NGT/Tolk NGT - Studiegids	z.j.	Tolken	Tolkopleiding	-	D	D
15	Nederlands met gebaren - Wikipedia	2005	Doven	Gebarentaal	-	D	D
16	Rieffe, C.M., Terwogt, M., Dirks, E. & Smit, C.	2001	Doven	Doven met psychische problemen	V	A2	C
17	Tolkvoorzieningen - Wikipedia	2008	Tolken	Tolkvoorzieningen	-	D	D
18	Van den Bogaerde, B. & Bot, H.	2013	Therapeute/tolken	Doven binnen de GGZ	-	C	A
19	Van der Kroef, R. & Huiskes, G.	2007	Therapeuten	Doven binnen de GGZ	-	C	C
20	Van Eldik, T.T.	1999	Doven	Doven met psychische problemen	V	A2	C
21	Van Gent, T.	2012a	Doven	Doven met psychische problemen	V	A2	C
22	Van Gent, T.	2012b	Doven	Voorzieningen binnen de GGZ	-	D	B
23	Vernon, M. & Miller, K.	2001	Tolken	Tolken binnen de GGZ	V	A1	A
24	Wilcox, S. & Shaffer, B.	2005	Tolken	Tolkmodellen	-	D	D

4.1 Literatuur

Dove cliënten:

Het kan voorkomen dat de tolk te maken krijgt met cliënten, die het Helper Model of het Communicatie Model (nog) gewend zijn. Dit kan invloed hebben op het tolkproces en op de cliënt-therapeut-tolk relatie (Wilcox & Shaffer, 2005).

Veel dove kinderen/volwassenen blijken de neiging te hebben hun gevoelens direct om te zetten in bewegingsgedrag, zonder aan te geven hoe ze zich voelen (Boomsma en Sterkman, 2005).

Gebarentaal/tolk invloed:

Het doel van de tolk is om een communicatiebrug te vormen tussen twee of meerdere mensen. Mochten er dingen zijn die dit doel in de weg staan, kun je je werk niet meer optimaal doen (Vernon en Miller, 2001). Een tolk is gewoon een mens, dit betekent dat er fouten gemaakt kunnen worden. Durf dit als tolk toe te geven. Het is van belang dat de tolk zelf geen dingen verzint of zomaar iets invult. Het kan niet anders, of de vertaling die de tolk maakt, wijkt op allerlei punten af van wat de

primaire spreker zei (Bot, 2011). Daarnaast hebben de eigen normen en waarden, maar ook de houding van de tolk invloed op het proces. Op het moment dat de tolk een aanvraag krijgt voor het tolken binnen de GGZ, moet de tolk nagaan of ze deze opdracht aan kan (Barnum, 2003; NBTG z.j.; Vernon & Miller, 2001).

De tolk is een ervaringsdeskundige op het gebied van communicatie en dovenscultuur (Vernon & Miller, 2001). Daarom kan de tolk er voor kiezen om expansie toe te passen tijdens het tolken. Dit mede omdat er vaak geen gebaren bestaan voor GGZ termen of dekt het niet de lading die er in de brontaal bedoeld wordt. Mochten er wel gebaren zijn, dan kan het voorkomen dat de cliënt deze gebaren niet kent. Daarnaast wordt er gesteld dat de continuïteit van de aanwezigheid van dezelfde tolk tijdens de behandeling belangrijk is (Vernon & Miller, 2001).

Therapeutische aspecten:

Het is voor de therapeut belangrijk dat de tolk niet als vijand of onhandig beschouwd wordt, maar als hulpmiddel binnen de therapie (Bot, 2007). Al is deze driehoeksverhouding voor de meeste hulpverleners nieuw en onwennig (Barnum, 2003). Het draagt bij aan de behandeling, als er contact is tussen de therapeut en de tolk aan het begin en aan het einde van elke behandeling (Barnum, 2003; NBTG, z.j.; Van den Bogaerde & Bot, 2013). Hierbij gaat de therapeut ook na, hoe de relatie is tussen de cliënt en de tolk (Barnum, 2003; Vernon & Miller, 2001).

Bij een nieuwe cliënt is het handig om een communicatie-intake te laten plaatsvinden (NBTG, z.j.; Van den Bogaerde & Bot, 2013). Hierbij wordt onder andere gelet op de ontwikkelde taalvaardigheid bij doven, aangezien deze vaak een grote oorzaak is van diagnostische verwarringen. Daarom is het van belang om zowel als tolk en als therapeut hier van bewust te zijn. Het is voor de therapeut essentieel om een open houding richting de communicatie en de belevingswereld van de dove of slechthorende te hebben (Van den Bogaerde & Bot, 2013).

De therapeut is verantwoordelijk voor de communicatie. Hoe duidelijker de therapeut zelf formuleert, hoe groter de kans dat de tolk er een goede vertaling van maakt. Hierbij moet hij de tolk de ruimte geven om te kunnen vertalen. De tolk is geen vertaalmachine. Dit betekent dat een uiting in de doeltaal anders kan overkomen dan wat er in de brontaal is bedoeld (Bot, 2007; Van der Bogaerde & Bot, 2013). Het is voor de therapeut handig om te weten, dat de mimiek bij doven een belangrijke rol speelt binnen de NGT (Van den Bogaerde & Bot, 2013). Dit omdat er verschil zit in taalgebruik tussen dove en horende mensen (Barnum, 2003; NBTG, z.j.).

Tijdens de gehele therapie is het aan de therapeut om over zijn eigen positionering na te denken, maar ook over de positionering van de tolk. De cliënt is immers niet in staat om naar de tolk te kijken en tegelijkertijd naar de therapeut of het voorbeeld van de therapeut (Barnum, 2003). Op het moment dat er sprake is van een mogelijke risicovolle situatie, dient er rekening gehouden te worden met de plaatsbepaling van de tolk. Voor het belang van de therapie moet de tolk niet alleen gelaten worden met de cliënt. (Barnum, 2003; NBTG, z.j.; Van den Bogaerde & Bot, 2013). Hierbij draagt de therapeut zorg voor de tolk. Voor de tolk is het prettig om elk half uur ongeveer 5 minuten pauze te krijgen. Het is dan voor de tolk tevens prettig om de mogelijkheid te krijgen om de ruimte te verlaten. (Barnum, 2003; NBTG, z.j.). Bij de behandelsessie is een samenwerking tussen de drie gesprekspartners van belang. Ze vormen een soort van werkgroep, waarbij iedereen zijn eigen rol invult (Bot, 2004).

4.2 Interviews

Dove cliënten:

Het verschil in de sociaal-emotionele ontwikkeling tussen horende en dove kinderen begint al heel jong. Horende kinderen tussen de 9 en de 12 maanden richten zich op, om de wereld om zich heen te gaan verkennen. Dove kinderen doen dit minder snel, ze missen de prikkels van hun omgeving. Ook dove kinderen met een CI missen voor het plaatsen van de CI al informatie, wat van invloed is

op de ontwikkeling en de hechting van het kind. Bij dove kinderen hebben zowel de biologische factoren, het 'nature' deel, als de omgevingsfactoren, het 'nurture' deel, invloed op de opvoeding.

Voor een groot deel is de invloed van het gezin op het kind hetzelfde bij horende kinderen als bij dove kinderen; persoonlijke kenmerken, het gezin, de omgeving en school. Het is een verhouding tussen draagkracht en draaglast. Hierin is zowel de schoolkeuze als de gezinssituatie bepalend. Daarnaast spelen er factoren mee, die voor elk kind gelden: is het gezin compleet, heeft er een scheiding plaats gevonden of zijn er ernstig zieken binnen het gezin. Op het moment dat ouders vrij snel na de geboorte van het kind gebarentaal leren, investeren ze in de hechting met het kind. Dit verloopt anders op het moment dat het kind oraal opgevoed wordt. Er zijn dan minder aanpassingen voor het kind gedaan, hier kunnen meer hechtingsproblematiek gerelateerde stoornissen uit voort komen. Er moet door het kind, maar ook door het gezin geïnvesteerd worden voor de acceptatie en de participatie van het dove kind. Op deze manier krijgt het dove kind een veel stabielere jeugd en hierdoor is er een vangnet als hij het moeilijk krijgt. Het stressmanagement en de tolerantie is dan een stuk hoger. Op latere leeftijd kunnen er allerlei factoren invloed hebben op de psychosociale problemen bij dove mensen. Het leven is communicatie. Bij ieder mens is een gevoel van acceptatie en voor vol worden aangezien belangrijk. Dit geldt ook voor dove mensen. Het kunnen vinden van werk, het hebben van collega's en een sociaal netwerk speelt hierin mee.

Er wordt niet zozeer onderscheid gemaakt tussen een orale opvoeding of een opvoeding met gebarentaal, maar meer tussen cultureel doof of medisch doof. Doven die meer met andere doven omgaan hebben vaker een sterkere identiteit ontwikkeld. Vanuit de medische doofheid vinden ze zichzelf vaak minderwaardig, omdat ze een gebrek hebben. Ze proberen zich te identificeren met de horenden, proberen zich in het Nederlands uit te drukken, waardoor ze vaak slecht(er) kunnen communiceren en dit levert sneller acceptatieproblemen en frustraties op.

Over het algemeen komen de vroegdoven meer richting de GGZ dan laatdoven of plotsdoven. Daarnaast is de Tinnitus-groep op meerdere plekken ook erg groot, deze is onder te verdelen bij de slechthorende doelgroep.

Doven die oraal zijn opgevoed praten over het algemeen beter, waardoor ze niet altijd gestemtolkt hoeven te worden. Doven die met gebarentaal zijn opgevoed gebaren vloeiender, hierdoor is het contact met de tolk eenvoudiger. Er is minder kans op misverstanden. Daarnaast is er nu een nieuwe groep doven, mensen met een CI. Er is nog maar weinig bekend over de effecten op communicatie en/of ontwikkeling.

“Een cliënt wilde absoluut geen tolk aanwezig hebben binnen de therapie, maar ikzelf als therapeut vond dit belangrijk. Zonder de tolk was ik niet in staat om inzichtgevend te werken, aangezien er een taalbarrière was. De cliënt had geen behoefte aan de tolk, omdat hij zich daarbij onveilig voelde. Daarnaast was de cliënt een onvlambaar persoon, waarbij het bij de communicatie heel vaak mis ging. Dit wilde ik als therapeut waarborgen, aangezien het niet eerlijk naar de cliënt maar ook naar mezelf zou zijn, als de communicatie niet duidelijk was. Daarnaast had de cliënt een hechtingsprobleem. Dat conflict heeft er aan bijgedragen dat de cliënt voelde dat ik hem oprecht wilde helpen, maar daar wel voorwaarden aan stelde. Dat de cliënt ook wat moest toegeven, maar dat ik bereid was om te onderhandelen. Op het moment dat ik op een ander niveau zou gaan werken, op een wat meer structurerend niveau, dan zou er geen tolk aanwezig hoeven zijn. Het was een hele lange strijd, het heeft maanden geduurd voordat er een goede therapeutische relatie was, maar het heeft uiteindelijk wel bijgedragen aan de resultaten van de behandeling”.

- PMT'er (2014) -

Gebarentaal/tolk invloed:

Hoe de tolkvoorziening is geregeld, verschilt per instelling. Bij sommige instellingen zijn er vaste tolken in dienst, die vanuit de instelling ingezet worden. Bij andere instellingen zijn er wel vaste tolken in dienst, maar wordt dit betaald vanuit de leefuren van de cliënt. Op het moment dat deze

leefuren op zijn, kunnen er nieuwe uren aangevraagd worden. Tot nu toe is er nog niet de ervaring geweest, dat een cliënt zijn behandeling niet kon afmaken, omdat zijn uren op waren.

“Er was een onschuldig gebaar, wat leek op het gebaar voor seks. Het was door mij onschuldig bedoeld, maar de cliënt pakte het woord seks eruit en begreep dat niet in de context en voelde zich opgelaten hierdoor. Toen bleek dat het een misverstand was, werd de cliënt boos op de tolk. Ik heb hier op moeten ingrijpen, maar tegelijkertijd was het ook een therapeutische interventie, het paste bij de problematiek van de cliënt”.

- PMT'er (2014) -

Therapeuten voor wie het werken met een tolk nieuw is, hebben niet gelijk door dat het non-verbale aspect wat de cliënt laat zien niet gelijk een één op één relatie heeft met de vraag van de therapeut. Ondanks dat een gebarentolk redelijk simultaan tolkt, zitten er af en toe kleine vertragingen in. De tolk moet eerst een situatie schetsen en de cliënt kan hierbij knikken, een bevestiging dat hij de vertaling nog volgt. Dit kan maken dat

de therapeut kan denken: de cliënt is het er mee eens, hij beaamt het. Maar hij beaamt het nog niet, hij beaamt alleen maar dat hij de vertaling volgt.

Therapeutische aspecten:

Vanuit de therapeut is er vaak de neiging om te vertellen wat het doel is van de oefenvormen. Het is niet zomaar een spelletje, maar er zit een therapeutische betekenis aan vast. De tolken werken zelden nog met therapeuten die helemaal blanco staan bij het gebruiken van een tolk. Mocht dit wel gebeuren, dan leggen ze explicieter uit wat hun functie inhoudt.

Het afnemen van een communicatie-intake tijdens of voor de eerste sessie is afhankelijk van de instelling. Soms wordt communicatie meegenomen tijdens de algehele intake, soms in een apart gesprek. Er wordt altijd op een bepaalde manier gekeken hoe de cliënt gebarentaal gebruikt en hoe de tolk hier het beste op kan afstemmen. Daarnaast wordt er ook informatie verstrekt over het werken met een tolk, waar ze naar school zijn geweest, of ze gestemtolkt willen worden. De intake kan afgenomen worden door een tolk, door een gebarentaal- communicatiedocent, een gebarentaalvaardige medewerker en in sommige instellingen zelfs door een communicatiedeskundige. Bij sommige instellingen hebben ze ook de mogelijkheid voor een communicatieonderzoek.

De voorbereiding is afhankelijk of de tolk wel of niet bekend is met het behandelplan en met de cliënt. Op het moment dat de tolk hiermee bekend is, wordt er vaak kort voorgesproken. Is de tolk niet bekend met de cliënt en de behandeling, dan wordt vanuit zowel de therapeut als vanuit de tolk het als prettig ervaren om wat langer voor te bespreken. Hierin wordt besproken wat de therapeutische aanpak is, hoe de communicatie verloopt en wat er van de tolk verwacht wordt.

Aan het einde van de therapie wordt er altijd even nabesproken tussen de tolk en de therapeut. Bij een tolk die elke week deze behandeling tolkt, is het vaak alleen even de bijzonderheden bespreken. Als er ingrijpende gebeurtenissen zijn, kunnen deze ook nabesproken worden. Bij een nieuwe tolk wordt er vaak even wat langer uitgetrokken. Naast de bijzonderheden tijdens het tolkproces kunnen de persoonlijke ervaringen van de tolk ook besproken worden.

Vanuit de interviews zijn er geen situaties voorgevallen waarbij de therapeut niet wist hoe hij met de situatie met de tolk moest omgaan. Het komt soms wel voor dat de tolk bij de behandeling wordt betrokken als ‘deelnemer’. Om bijvoorbeeld mee te doen met een potje tennis, omdat er drie cliënten zijn en ze hebben nog iemand nodig. Dan moet je als tolk soms wat minder populaire beslissingen nemen.

Om te zorgen voor een goede cliënt-therapeutrelatie moet zowel de therapeut als de tolk zich hier voor inzetten. Je vormt samen een team, maar de therapeut is bepalend wat er gebeurt binnen de

behandeling. Als tolk laat je beide partijen weten wat je doet, je bent volgend, maar je bepaalt wel je eigen grenzen. Als tolk moet je nooit laten zien hoe je er zelf over denkt, maar je hoeft geen pokerface te hebben; je mag meelevend zijn tot op zekere hoogte. Als je dingen op vallen als tolk, benoem je dit naar de therapeut. Als therapeut let je er op dat er geen verbond ontstaat tussen jou als therapeut en de tolk, maar ook niet tussen de tolk en de cliënt. Iedereen moet een even grote bijdrage hebben in de behandeling, al is dat op ieder zijn eigen manier. Communicatie is het belangrijkste stukje in het contact, we moeten zorgen dat deze goed is als we toch de hulpmiddelen bij de hand hebben.

Tijdens therapie wordt er rekening gehouden met de tolk door middel van plaatsbepaling en de tijd die de tolk nodig heeft om te vertalen. Er wordt altijd geprobeerd om de communicatie onderling goed af te stemmen. Hoe meer de tolk van te voren weet, hoe beter het tolkproces verloopt. De therapeut is leidend over de plaatsbepaling van de tolk. De tolk blijft zo veel mogelijk in de buurt van de therapeut, tenzij de therapeut zelf mee doet met een spelsituatie. Het is zowel voor de therapeut als voor de tolk belangrijk, dat er oogcontact gemaakt kan worden met de cliënt.

De tolk heeft altijd een bepaalde manier van invloed op de therapie. Ondanks dat de vertaling redelijk simultaan gaat, zal er altijd even gewacht moeten worden op het antwoord. Ook het voorkomen van de tolk heeft invloed, het geslacht en de houding. Het is voor de therapeut prettig als deze invloeden zo klein mogelijk zijn, zodat de therapeut de therapie zo veel mogelijk in eigen hand heeft en hierbinnen kan sturen.

Bij een tolkwissel is de invloed afhankelijk van hoe de therapeut zich hier zelf in opstelt. Als de therapeut hier niet te zwaar aan tilt, zal de cliënt dit ook niet doen. Het is wel afhankelijk van de hulpvraag van de cliënt. Op het moment dat de cliënt zich al heel lastig open stelt, kan een tolkwissel zeker invloed hebben. Het geslacht van de tolk kan van invloed zijn op de behandeling, hierdoor kan het soms meer moeite kosten voor de cliënt om vertrouwelijke of gevoelige informatie te delen. De meeste instellingen proberen om een team van vaste tolken in te zetten. Op het moment dat deze niet kunnen, worden de vaste invallers gevraagd. Dit omdat de therapeut en de tolk niet meer op elkaar in hoeven te werken en ze weten wat ze aan elkaar hebben.

“Communicatie is het belangrijkste stukje in het contact, we moeten zorgen dat deze goed is als we toch de hulpmiddelen bij de hand hebben”.

- PMT'er (2014) -

Qua kleding hoeft de tolk geen speciale aanpassingen te doen. Kleding die passend is voor een doorsnee tolksituatie is prima. De tolk is er om te tolken, niet om te bewegen. Het kan zijn dat schoenen niet toegestaan zijn in de zaal, dan is het voor de tolk zelf wel zo prettig om geen gaten in de sokken te hebben. Het is voor de tolk wel prettig om te weten als zij in of bij een zwembad moet tolken.

Tijdens psychomotorische therapie worden er bijna geen technieken aangepast in verband met de aanwezigheid van de tolk. De grootste aanpassing is dat de therapeut de interventies niet op elk mogelijk moment kan toepassen, wanneer hij dat wil. Tijdens een spelsituatie of als de dove ergens geconcentreerd mee bezig is, is het lastig of soms zelf onhandig om een interventie te plegen. Het kan zijn dat de cliënt ander beweeggedrag laat zien doordat er een tolk aanwezig is. De meeste tolken zijn vrouwelijk en dit kan bij de mannelijke cliënten ander gedrag naar voren halen.

Tijdens therapie is het aan de therapeut om de tolk de ruimte te geven om te vertalen. Er bestaat geen één op één relatie tussen het taalgebruik bij het tolken en als therapeut moet je het vertrouwen hebben, dat de tolk het op de juiste manier vertaalt. Mocht de tolk niet weten hoe zij iets vertaalt, dan kan ze hierover om verduidelijking vragen.

In tegenstelling tot de therapie aan volwassenen, worden er bij dove kinderen wel technieken aangepast, voornamelijk met betrekking tot het taalgebruik. Richting dove kinderen zijn de

boodschappen vaak korter en directer. Bovendien wordt er meer rekening gehouden met de positie van de therapeut in de ruimte. Er wordt gezorgd dat het kind niet van achteren wordt benaderd, er is immers geen wereld achter hen.

Sommige dove cliënten zijn vanuit hun achtergrond heel volgzzaam. Dit maakt dat ze soms overal 'ja' op knikken. Op het moment dat je dit weet als therapeut, kun je hier op inspelen. Je kan het bewust vast laten lopen en het terug koppelen naar de cliënt: 'Je had het toch begrepen? Ik heb je zien knikken'. Mocht dit niet het doel zijn van de therapie, kan de therapeut er voor kiezen om de vraag door de cliënt te laten herhalen.

Je bent met z'n drieën verantwoordelijk voor de communicatie. Het gebruik maken van expansie tijdens het tolken wordt meer gezien als taaleigen, dan als een extra techniek. Wel moet er opgepast worden bij het gebruiken van voorbeelden tijdens het tolken. Op het moment dat de therapeut een breed gestelde vraag stelt, moet je als tolk geen voorbeeld geven om de vraag te verduidelijken. Op het moment dat de tolk een voorbeeld zou geven, worden de gedachtes en gevoelens van de cliënt beïnvloed.

Tijdens de therapie wordt er niet heel veel extra gebruik gemaakt van psycho-educatie. Wel kan er als vorm van psycho-educatie de hulpvraag van de cliënt worden herhaald, zodat de tolk op de hoogte is van eventuele situaties die kunnen gaan voorvallen. *Therapeut: "Pietje, bij het minste of geringste explodeer je en dat is precies wat er vandaag geïmproviseerd wordt; om dat minder te doen. Dus we gaan spannend verhogend werken"*. Op deze manier weet de tolk dat de cliënt licht ontvlambaar is en dat ze niet hoeft te schrikken als er wat gebeurt.

Er zit een groot verschil tussen het werken met dove volwassenen of dove kinderen. Het verschil zit hem vooral in taalgebruik en woordkennis, maar niet in beeldkennis. Dove kinderen lopen qua woordkennis soms achter. Bijvoorbeeld het woord 'eiland', het kind mocht iemand meenemen naar een eiland. Maar het woord/gebaar eiland kende het kind niet. Op het moment dat het beeldend werd neergezet, zee, stuk land erin, jij met een bootje erheen, is het plaatje duidelijk en valt het kwartje. Soms is de therapeut in staat om te werken met kinderen, zonder het inzetten van een tolk. Dit omdat er met kinderen op een wat basaler vlak wordt gecommuniceerd, de therapie is veel meer ervaringsgericht. Op het moment dat er een tolk aanwezig is, kan de therapeut de tolk vragen om een spel te spelen met het kind, waarbij de communicatie het hoofddoel is. Hoe heeft het kind interactie, op welke manier reageert het kind en hoever is zijn taalkennis? Dit zijn aspecten die voor een therapeut erg lastig zijn om zelf te ondervinden als het eigen gebarentaalniveau niet voldoende is.

Tijdens psychomotorische therapie is het bewegen een middel van de therapie. Het werken met een tolk kan inzichtgevend zijn voor de cliënt. De tolk is een communicatiemiddel. De tolk is er om te tolken, maar kan betrokken worden op het moment dat de interventies gaan over de communicatie. Zo kan de therapeut er voor kiezen om de tolk even niet in te zetten, of dat de tolk alleen ingezet kan worden, op het moment dat de cliënt er om vraagt. Als tolk en therapeut moet je een team zijn, je werkt samen aan de behandeling van de cliënt.

Hoofdstuk 5 --- Discussie

5.1 Discussie

Tijdens het zoeken naar literatuur bleek dat 'doof' en 'doven' verschillende betekenissen hebben. Dit maakte dat de hits in de databases ontzettend hoog waren, terwijl er weinig relevante artikelen stonden. 'Doof' kan geïnterpreteerd worden als gevoel; je hebt een doof gevoel in je been. Tevens als dat er iets in de doofpot wordt gestopt. Of dat het licht kan gaan doven. Dit geldt ook voor 'gebaar' en 'gebaren'.

Ook PMT en psychomotorische therapie leverde veel hits op, die een hele andere betekenis hadden dan het doel van deze scriptie. Zo wordt PMT ook als afkorting gebruikt voor bijvoorbeeld projectmanagementteam of prestatie motivatie test. En werd 'psychomotorische' vaak gebruikt in combinatie met andere woorden zoals; achteruitgang, retardatie, ontwikkeling, trainingsprogramma en problematiek. Wel ontzettend prettig is dat Google Scholar zelf de vertaalslag maakt dat als je zoekt op 'doof' dat hij ook artikelen zoekt met 'doven'. Hetzelfde geldt voor 'therapie' en 'therapeut'.

Er is nog maar weinig bekend over het inzetten van een tolk binnen een therapiesetting aan slechthorende en/of dove mensen met psychische problemen. Dit maakt dat er weinig peer reviewed- en/of onderzoekartikelen beschikbaar zijn over dit onderwerp. Daardoor is de bewijskracht van de literatuur op een matig niveau. Wel zijn er veel eigen ervaringen van verschillende therapeuten en tolken te vinden. Dit maakt dat er toch een duidelijk beeld geschetst kan worden over het inzetten van een tolk binnen therapie aan doven en slechthorende mensen met psychische problemen.

Daarnaast zijn er 4 mensen geïnterviewd, dit is een basis voor bewijskracht, maar het aantal is niet genoeg op een krachtige boodschap te formuleren. Binnen deze scriptie zijn er twee psychomotorische therapeuten geïnterviewd. Dit omdat er weinig PMT'ers werkzaam zijn binnen deze doelgroep. Het onderzoek had breder uitgezet kunnen worden door therapeuten van verschillende soorten disciplines te benaderen. Het zou de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek versterken wanneer er praktijkonderzoek zou plaats vinden, waarbij de effecten van het inzetten van een gebarentolk gemeten worden aan de hand van meetinstrumenten.

Inhoudelijk zitten er veel overeenkomsten tussen de visie binnen de literatuur en de mensen die er geïnterviewd zijn. Dit maakt dat de literatuur bekrachtigd wordt door de interviews. Enkele opvallende verschillen zijn:

- Het afnemen van een communicatie intake is erg verschillend per doveninstelling. Tevens wordt het ook niet altijd gedaan buiten de specifieke instellingen. Terwijl NBTG (z.j.); Van den Bogaerde en Bot (2013) van mening zijn dat het een grote toegevoegde waarde heeft.
- Vernon en Miller (2001) zijn van mening dat de continuïteit van de aanwezigheid van dezelfde tolk belangrijk is, terwijl er bij de interviews naar voren komt dat het niet uitmaakt welke tolk er staat, ze vinden dat de invloed van een tolkwissel deels afhankelijk is van de houding van de therapeut en niet van de tolk zelf. Wel wordt er bij het interview aangegeven dat het prettiger is om te werken met tolken waar al vaker door de therapeut mee is gewerkt dan met nieuwe tolken.
- Bij Vernon en Miller (2001) komt er naar voren dat de tolk kan kiezen voor de strategie van expansie, terwijl het bij de interviews meer wordt gezien als taaleigen van de gebarentaal dan als een extra tolktechniek binnen de GGZ.

5.2 Conclusie

In deze scriptie zijn geen grote voor en nadelen naar voren gekomen. De punten die naar voren zijn gekomen worden genoemd in tabel 4. Wel zijn er veel punten waar je als therapeut en/of tolk bij stil zou moeten staan op het moment dat je werkzaam bent met slechthorenden/doven met psychische problemen binnen de GGZ. Deze scriptie is voornamelijk een handleiding voor tolken en therapeuten die voor het eerst of nog maar net werkzaam zijn met doven binnen de GGZ.

Wat zijn de voor- en nadelen van de inzet van een tolk bij therapie aan slechthorende of dove cliënten met psychische problematiek?

Tabel 4: De voor- en nadelen van het inzetten van een tolk tijdens therapie.

Voordelen	Nadelen
De tolk is expert op het gebied van communicatie en dovencultuur.	De tolk heeft invloed op het proces.
De tolk vormt een communicatiebrug tussen twee of meerdere mensen.	Bij het vertalen moet er gelet worden op de woord-/betekeniskeuze. Een verkeerde keuze/verkeerd gebaar kan de vraag van de therapeut teniet doen.
De tolk maakt een positieve relatie tussen de cliënt en de therapeut mogelijk.	De therapeut kan geen voorbeeld geven en er tegelijkertijd bij praten.
De therapeut kan de tolk als middel 'gebruiken' tijdens de therapie.	Het kost de therapeut meer tijd per cliënt, i.v.m. het voorbereiden en nabespreken.
	De therapeut dient rekening te houden met de tolk en de vertaalslag.

Zowel binnen de literatuur als binnen de interviews komt er naar voren dat een therapeut die niet gebarentaalvaardig is en gaat werken met doven met psychische problemen, niet zonder een gebarentolk kan. Het is voor de therapeut anders bijna onmogelijk om met de cliënt te communiceren. Dit vergt enige aanpassingen en realisaties, maar op het moment dat de therapeut en de gebarentolk als één team te werk gaan, heeft het een positieve impact op de behandeling van de cliënt.

5.3 Aanbeveling

In de conclusie staat beschreven dat als de therapeut en de gebarentolk als één team te werk gaan, met ieder zijn eigen inbreng, dit ten goede komt van de behandeling van de cliënt. Hierbij moet gelet worden op verschillende aspecten door zowel de tolk als de therapeut. Dit staat uitgebreid beschreven in hoofdstuk 2.3.2, 2.3.3 en 2.3.4. Daarnaast is hiervan een beknopte samenvatting te vinden onder hoofdstuk 4.1. Hoofdstuk 4.2 sluit hierbij aan als visie vanuit de geïnterviewde professionals. Deze hoofdstukken kunnen gebruikt worden als aanbeveling richting instellingen, therapeuten en de therapieopleidingen, zodat er in de toekomst een betere samenwerking mogelijk is tussen therapeuten en gebarentolken, wat de behandeling van de cliënt alleen maar positief beïnvloedt.

Om dit onderzoek kracht bij te zetten, is het mogelijk om een vervolg onderzoek in de praktijk te realiseren, waarbij specifiek wordt gekeken naar het inzetten van een tolk tijdens therapie aan dove mensen met psychische problemen. Hierbij hoeft er niet specifiek gekeken te worden naar PMT, maar kan er ook gekeken worden naar vaktherapieën in het algemeen.

“De doelgroep is zo klein dat het eigenlijk heel makkelijk zou moeten zijn om hulp efficiënter en effectiever te organiseren. Dat is de uitdaging voor nu”.

- Van Gent (2012b) -

Hoofdstuk 6 --- Literatuur

- Barnett, MD, S., McKee, MD, MPH, M., R Smith, MD, MPH, S., & A Pearson, MD, PhD, MPH, T. (2011). Deaf Sign Language Users, Health Inequities, and Public Health: Opportunity for Social Justice. *Preventing Chronic Disease. Public health research, practice, and policy*, 8(2), 1-6. Geraadpleegd op <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3073438/>
- Barnum, M (2003), Tolken Gebarentaal in Medische settings. Geraadpleegd op <http://www.nbtg.nl/sites/default/files/Publicatie%20tolken%20in%20medische%20settings%20e%20druk.pdf>
- Beroepscode voor tolken gebarentaal werkend in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). (z.j.). Geraadpleegd op <http://www.stichtingrtg.nl/images/downloads/beroepscodetolkenggz.pdf>
- Boomsma, B., & Sterkman, K. (2005). Psychomotorische therapie helpt dove kinderen met sociaal-emotionele problemen. *Van Horen Zeggen*, 46, 12-19. Geraadpleegd op <http://www.simea.nl/vhz/artikelen/2005/2005-6-artikel.pdf>
- Bot, H. (2004). Werken met tolken in de geestelijke gezondheidszorg, een nieuwe gespreksvorm. *Klinische Psychologie*, 34(3), 129-136. Geraadpleegd op http://www.acco.be/download/nl/10499246/file/tkp_2004-jg34-3_werken_met_tolken_in_de_geestelijke_gezondheidszorg_een_nieuwe_gespreksvorm.pdf
- Bot, H. (2007). Gespreksvoering met behulp van een tolk. *De Psycholoog*, 6, 362-367. Geraadpleegd op http://www.tijdschriftdepsycholoog.nl/assets/sites/6/DePsycholoog_nr6-2007.pdf
- Bot, H. (2011). Het vertalen in psychotherapeutische gesprekken. *Geraadpleegd op* <http://www.hannekebot.eu/>
- Dean, R. K., & Pollard Jr, R. Q. (2001). Application of Demand-Control Theory to Sign Language Interpreting: Implications for Stress and Interpreter Training. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 6(1), 1-14. doi:10.1093/deafed/6.1.1
- Doventolk (2005, 21 juli). Geraadpleegd op 12 maart, 2014, op <http://nl.wikipedia.org/wiki/Doventolk>
- FODOK. (z.j.). Psychische problemen. Geraadpleegd op 21 januari, 2014, op <http://www.fodok.nl/themas/zorg/psychische-problemen/>
- FODOK. (z.j.). Speciale hulpverlening. Geraadpleegd op 21 januari 2014, op <http://www.fodok.nl/themas/zorg/speciale-hulpverlening/>
- Frenay, W. (1984). *En niemand heeft geluisterd* (1). Utrecht, Nederland: FODOK.
- Gebarentaal. (2002, 13 december). Geraadpleegd op 6 maart, 2014, op <http://nl.wikipedia.org/wiki/Gebarentaal>
- Leraar Nederlandse Gebarentaal (NGT)/Tolk NGT (z.j.). Geraadpleegd op 12 maart, 2014, op <http://www.studiekeuze.hu.nl/opleidingen/Leraar-Nederlandse-Gebarentaal-Tolk-NGT/Opleidingsinhoud>
- Nederlands met Gebaren. (2005, 4 mei). Geraadpleegd op 6 maart, 2014, op http://nl.wikipedia.org/wiki/Nederlands_met_Gebaren
- Rieffe, C., M Terwogt, M., Dirks, E., & Smit, C. (2001). Voorspellen en verklaren van emoties bij dove kinderen. *Kind en adolescent*, 22(2), 51-57. doi:10.1007/BF03060800
- Tolkvoorziening (2008, 25 augustus). Geraadpleegd op 16 mei 2014, op <http://nl.wikipedia.org/wiki/Tolkvoorziening>
- Van den Bogaerde, B., & Bot, H. (2013). Doven zijn ook anderstaligen. In H. Bot (Red.), *Taalbarrieres in de zorg* (1, pp. 107-115). Assen, Nederland: Gorcum b.v..
- Van der Kroef, R., & Huiskes, G. (2008). Psychische hulp aan dove mensen. *Simèa*, 1-16. Geraadpleegd op <http://www.simea.nl/nieuws/artikel-psychische-hulp-aan-dove-mensen.html>
- Van Eldik, T, T. (1998). *Psychische problemen, gezinsbelasting, gezinsfunctioneren en meegemaakte stress bij dove kinderen* 138-143 (Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam, Nederland). Geraadpleegd op Persistent URL: <http://repub.eur.nl/pub/19729>
- Van Gent, T (2012a) Mental health problems in deaf and severely hard of hearing children and adolescents : findings on prevalence, pathogenesis and clinical complexities, and implications for prevention, diagnosis and intervention . Verkregen op 21-01-2014 van <http://hdl.handle.net/1887/18701>
- Van Gent, T. (2012b). Het is broodnodig dat er meer voorzieningen komen. *Van Horen Zeggen*, 53(4), 8-9. Geraadpleegd op <http://www.simea.nl/vhz/artikelen/2012/vhz-2012-4-interview.pdf>
- Vernon, M., & Miller, K. (2001). Interpreting in Mental Health Settings: Issues and Concerns. *American Annals of the Deaf*, 146(5), 429-434. Geraadpleegd op http://muse.jhu.edu/login?auth=0&type=summary&url=/journals/american_annals_of_the_deaf/v146/146.5.vernon.html
- Wilcox, S., & Shaffer, B. (2005). Towards a cognitive model of interpreting. In T. Janzen (Red.), *Topics in Signed Language Interpreting* (1, pp. 27-49). Amsterdam, Nederland: John Benjamins Publishing Company.

Bijlage 1: Interview vragenlijst PMT

Wat zijn de voor- en nadelen van de inzet van een tolk bij therapie aan slechthorende of dove cliënten met psychische problematiek?

1	Welk beroep beoefent u binnen de GGZ?
2	Hoe lang bent u al werkzaam in de GGZ?
3	De aard van de doofheid varieert sterk. Welke groep (vroegdoof, doofblind, plotsdoof, laatdoof, ouderdomsdoofheid, mp3-doofheid) komt u het meeste tegen binnen de GGZ?
4	Merkt u verschil in communicatie tussen doven die met gebarentaal zijn opgevoed of doven die oraal zijn opgevoed binnen de GGZ?
5	Merkt u verschil in de psychische problematiek tussen doven die met gebarentaal zijn opgevoed of doven die oraal zijn opgevoed binnen de GGZ?
6	Op welke manier loopt de sociaal-emotionele ontwikkeling van dove kinderen anders dan bij horende kinderen?
7	Welke invloed kan het gezin hebben op de psychische problemen van een doof persoon?
8	Welke gevolgen heeft het beperkte incidenteel leren op de ontwikkeling van het dove kind? (Incidenteel leren is het ongemerkt oppikken van informatie.)
9	Welke omgevingsfactoren kunnen een invloed hebben op de psychosociale problemen bij dove mensen?
10	Hoe is de tolkvoorziening geregeld binnen de instelling(en)? En in hoeverre is dit anders dan de landelijke regeling bij UWV en Menzis? (Hulpverlener moet zorg dragen voor een goede communicatie).
11	Hoe was het voor u om voor het eerst met een tolk te werken/wat merkte u bij de therapeut die voor het eerst met een tolk werkte?
12	Hoe bereid u zich als therapeut/tolk voor op een situatie binnen de GGZ, met een tolk?
13	Bent u als therapeut/tolk wel eens GGZ situaties tegen gekomen waarbij de therapeut niet wist hoe hij met de situatie met tolk moest omgaan?
14	Vindt er altijd een communicatie-intake plaats voor of bij de eerste sessie?
15	Hoe zorgt u er als tolk/therapeut voor, dat er een goede cliënt-therapeutrelatie is als er een gebarentolk ingezet wordt.
16	Vindt er wel eens een tolkwissel plaats binnen een gehele behandeling? Zo ja, welke invloeden heeft dit op de behandeling en op de cliënt? Hoe wordt hier bij een 'nieuwe' tolk mee omgegaan?
17	Welke verhouding bestaat er tussen de therapeut en de tolk, buiten de sessie om? Bijvoorbeeld tijdens de voorbereiding, betrekking en/of nabespreking.
18	Worden de PMT technieken aangepast i.v.m. de aanwezigheid van een tolk? Zo ja, welke dan?
19	Hoe gaat u als therapeut/tolk om met het taalgebruik. Wat kan er beter wel/niet gezegd worden binnen de GGZ?
20	Hoe gaat u als tolk/therapeut om met therapeutische vragen? Bijvoorbeeld; 'roept dit boosheid bij je op?'
21	Hoe gaat u als tolk/therapeut om met uw eigen emoties en gevoelens tijdens een PMT sessie aan dove mensen. Dit kan zowel tegenover de cliënt als tegenover de tolk/therapeut zijn. (Bijvoorbeeld frustraties, angsten, verdriet etc.)
22	Hoe gaat u om met de informatie die de tolk verkrijgt, maar niet door de therapeut opgemerkt wordt, bijvoorbeeld over communicatie.
23	Wat doet u als u merkt dat de klant/cliënt de vraag niet begrepen heeft, maar toch 'ja' knikt.

24	Op welke manier maakt u gebruik van expansie tijdens het tolken? Op welke manier heeft dit eventueel invloed op de PMT situatie?
25	Maakt u als therapeut meer gebruik van psycho-educatie als er een tolk aanwezig is.
26	In hoeverre houdt u als therapeut rekening met de tolk/merkt u als tolk dat er rekening met u wordt gehouden?
27	Wat maakt dat PMT een therapievorm is wat goed aansluit bij dove mensen?
28	Is er een verschil tussen het geven/tolken van PMT aan/voor dove kinderen en volwassenen?
29	Hoe ervaart u als therapeut/tolk de invloed van de tolk op een PMT sessie? Zowel inhoudelijk als in aanwezigheid?
30	Welke bijzondere ervaringen heeft u als tolk/therapeut meegemaakt binnen de PMT aan dove mensen.
31	Op welke manier positioneert u zichzelf als tolk binnen de PMT/op welke manier heeft u als therapeut invloed op de positie van de tolk, i.v.m. veranderende situaties. Hoe pakt u dit eventueel aan in het zwembad?
32	Wat wordt er van de tolk verwacht omtrent kleding? Hoe gaat u om met een tolk die geen gepaste (sport) kleding heeft?
33	Wat zijn situaties binnen de PMT waarbij het voor de tolk lastig is om te tolken? Hoe wordt hier mee omgegaan?
34	Op welke manier kan een tolk als middel ingezet worden binnen psychomotorische therapie?
35	Welke therapievormen kunnen naast PMT nog meer geschikt zijn voor dove mensen?

Bijlage 2: Verantwoording vragenlijst

Interview vragenlijst PMT

Wat zijn de voor- en nadelen van de inzet van een tolk bij therapie aan slechthorende of dove cliënten met psychische problematiek?

Literatuur:

Artikel	Bronvermelding
1	Barnett, MD, S., McKee, MD, MPH, M., R Smith, MD, MPH, S., & A Pearson, MD, PhD, MPH, T. (2011). Deaf Sign Language Users, Health Inequities, and Public Health: Opportunity for Social Justice. <i>Preventing Chronic Disease. Public health research, practice, and policy</i> , 8(2), 1-6. Geraadpleegd op http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3073438/
2	Eldik, T.T. (1998). <i>Psychische problemen, gezinsbelasting, gezinsfunctioneren en meegemaakte stress bij dove kinderen</i> 138-143 (Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam, Nederland). Geraadpleegd op Persistent URL: http://repub.eur.nl/pub/19729
12	Vernon, M., & Miller, K. (2001). Interpreting in Mental Health Settings: Issues and Concerns. <i>American Annals of the Deaf</i> , 146(5), 429-434. Geraadpleegd op http://muse.jhu.edu/login?auth=0&type=summary&url=/journals/american_annals_of_the_deaf/v146/146.5.vernon.html
13	Barnum, M. (2003). Tolken Gebarentaal in Medische Settings. <i>Nederlandse Beroepsvereniging Tolken Gebarentaal</i> , 1(1), 13. Geraadpleegd op http://www.nbtg.nl/sites/default/files/Publicatie%20tolken%20in%20medische%20settings%20e%20druk.pdf
14	Beroepscode voor tolken gebarentaal werkend in de geestelijk gezondheidszorg (GGZ). (z.j.). Geraadpleegd op http://www.stichtingrtg.nl/images/downloads/beroepscode_tolkenggz.pdf
15	Boomsma, B., & Sterkman, K. (2005). Psychomotorische therapie helpt dove kinderen met sociaal-emotionele problemen. <i>Van Horen Zeggen</i> , 46, 12-19. Geraadpleegd op http://www.simea.nl/vhz/artikelen/2005/2005-6-artikel.pdf
16	Bot, H. (2011). Het vertalen in psychotherapeutische gesprekken. <i>Springer Link</i> , 1(1), 1-9.
33	Bot, H. (2007). Gespreksvoering met behulp van een tolk. <i>De Psycholoog</i> , 6, 362-367. Geraadpleegd op http://www.tijdschriftdepsycholoog.nl/assets/sites/6/DePsycholoog_nr6-2007.pdf
39	Bogaerde van den, B., & Bot, H. (2013). Doven zijn ook anderstaligen. In H. Bot (Red.), <i>Taalbarrieres in de zorg</i> (1, pp. 107-115). Assen, Nederland: Gorcum b.v..

Vragenlijst met literatuurvermelding

1	Welk beroep beoefent u binnen de GGZ?
2	Hoe lang bent u al werkzaam in de GGZ?

39 Doof in NL “In Nederland hebben naar schatting 1,5 miljoen mensen een auditieve beperking. Dat is ruim één op de elf Nederlanders. De aard van de auditieve beperkingen varieert sterk. Er zijn doof geboren (vroegdoof), doofblinden, plots- en laat-doven. Er is ook een grote groep ouderen die te maken heeft met ouderdomsdoofheid. Verder is er een aanzienlijke groep slechthorenden, waaronder een snel groeiende groep slechthorenden jongeren (MP3-doofheid) “(blz. 108)

3	De aard van de doofheid varieert sterk. Welke groep (vroegdoof, doofblind, plotsdoof, laatdoof, ouderdomsdoofheid, mp3-doofheid) komt u het meeste tegen binnen de GGZ?
---	---

39 Moedertaalgebruikers “De gebarentaal van de ouders is dan echter vaak niet op moedertaalniveau ontwikkeld. Daardoor kan het kind deze ook niet op moedertaalniveau verwerven, maar het leert evenmin de gesproken taal op dat niveau. Dit maakt het ook erg moeilijk voor dove kinderen om te leren lezen en schrijven. De klanken die de letters verbeelden zeggen hen immers niets. Laaggeletterdheid komt daarom veel voor bij Dove en ernstig slechthorenden. “(blz. 109)

4	Merkt u verschil in communicatie tussen doven die met gebarentaal zijn opgevoed of doven die oraal zijn opgevoed binnen de GGZ?
5	Merkt u verschil in de psychische problematiek tussen doven die met gebarentaal zijn opgevoed of doven die oraal zijn opgevoed binnen de GGZ?

15 Sociaal-emotionele ontwikkeling van dove kinderen “De sociale en emotionele ontwikkeling van dove kinderen verloopt anders dan die van horende kinderen (Beck en de Jong, 1990; Meerum Terwogt, e.a. 2002). Dove kinderen blijven een grote risico te lopen op sociaal-emotionele ontwikkelingsproblematiek. (van Eldik e.a. (2000) tonden bijvoorbeeld aan dat twee tot drie maal zo veel dove jongeren (4 tot 18 jaar oud) problemen ondervindt op sociaal en emotioneel gebied in vergelijking met horende leeftijdgenoten. Andere onderzoeken geven hetzelfde beeld (Van Gent, 1999 en 2000). Als verklaring hiervoor worden door Rieffe e.a. (2001) gegeven: de effecten van doofheid op de communicatie, het missen van leerervaringen door niet kunnen luisteren naar wat er in de omgeving gebeurt (incidenteel leren) en gewoontevorming in reactiepatronen. “(blz. 12)

6	Op welke manier loopt de sociaal-emotionele ontwikkeling van dove kinderen anders dan bij horende kinderen?
---	---

2 Opvoedingsomgeving “De drie onderscheiden aspecten van de opvoedingsomgeving, gezinsbelasting, gezin functioneren en levensgebeurtenissen, bleken een direct effect te hebben op emotionele problemen/gedragsproblemen bij dove kinderen “(blz. 141)

7	Welke invloed kan het gezin hebben op de psychische problemen van een doof persoon?
---	---

39 Incidenteel leren “Een groot deel van de ontwikkeling van een kind komt tot stand door

incidenteel leren. Dit leren vindt ‘vanzelf’ plaats in de dagelijks leven thuis en op school. Terwijl het kind speelt, hoort het wat de ouders tegen elkaar zeggen, luistert het mee met telefoongesprekken en vangt het dingen op die misschien niet voor ‘kleine oortjes’ bedoeld waren. Het leert op die manier hoe de wereld in elkaar zit. Dove kinderen missen deze vanzelfsprekende auditieve informatie. Zelfs als de ouders gebaren gebruiken, is het erg lastig om tegelijkertijd met je autootje te spelen en te zien wat je ouders gebaren. Hierdoor kunnen dove en ernstig slechthorende kinderen een achterstand oplopen in de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling die op latere leeftijd moeilijk in te halen is. Vooral complexe emoties zoals teleurstelling of verbazing zijn soms bij dove kinderen rond de twaalf jaar nog weinig ontwikkeld. Ze hebben dan de neiging vast te houden aan een eenmaal gesteld doel en kunnen niet goed omgaan met hun teleurstelling als; bijvoorbeeld, een dagtochtje niet doorgaat. De horende omgeving ervaart hun rectie in zo’n situatie vaak als dwingend, weinig flexibel en zelfs agressief. “(blz. 109)

15 Sociaal-emotionele ontwikkeling van dove kinderen *Zie vraag 6*

8	Welke gevolgen heeft het beperkte incidenteel leren op de ontwikkeling van het dove kind? (Incidenteel leren is het ongemerkt oppikken van informatie.)
---	---

2 Omgevingsfactoren “Bij omgevingsfactoren moet allereerst gedacht worden aan de reacties van ouders op de doofheid en de wijze waarop de ouders omgaan met hun dove kind in hun horende opvoedingsomgeving “(blz. 140)

9	Welke omgevingsfactoren kunnen een invloed hebben op de psychosociale problemen bij dove mensen?
---	--

33 Wet: GGZ toegankelijk “We vinden het in Nederland belangrijk dat de zorg voor alle ingezetenen gelijkmatig toegankelijk is. Al in de jaren zeventig erkende de Nederlandse overheid dat daarvoor een tolkvoorziening een noodzakelijke voorwaarde is” (blz. 362)

10	Hoe is de tolkvoorziening geregeld binnen de instelling(en)? En in hoeverre is dit anders dan de landelijke regeling bij UWV en Menzis? (Hulpverlener moet zorg dragen voor een goede communicatie).
----	--

13 Onwennigheid hulpverlening “De tolken die al in de gezondheidszorg werken kennen de uitdaging; een arts is niet gewend dat er een persoon naast hem of haar staat, en daar komt de tolk als derde persoon’. (blz. 6)

11	Hoe was het voor u om voor het eerst met een tolk te werken/wat merkte u bij de therapeut die voor het eerst met een tolk werkte?
----	---

13 Tolkvoorbereiding op situatie “Omdat we met zo ontzettend veel verschillende mensen te maken hebben die op zoveel verschillende gebieden werkzaam zijn is een gedegen voorbereiding voor ons onontbeerlijk. Het gebeurt me nog steeds dat ik overvallen word door een situatie” (blz. 8)

12	Hoe bereid u zich als therapeut/tolk voor op een situatie binnen de GGZ, met een tolk?
----	--

39 GGZ voor doven “De GGZ kent een aantal gespecialiseerde instellingen voor dove, zoals de afdeling Dove en Slechthorenden de Riethorst van Pro Persona in Ede en de GGMD voor doven en slechthorenden. Deze instellingen hebben hun eigen tolken in dienst. Maar ook de gewone zorg dient goed voor dove en slechthorende cliënten toegankelijk te zijn. Een tolk gebruiken is daarbij een belangrijk, maar zeker niet het enige element. Een open houding jegens de communicatie en de belevingswereld van de dove of slechthorende cliënt is minstens zo belangrijk. “(blz. 114)

13	Bent u als therapeut/tolk wel eens GGZ situaties tegen gekomen waarbij de therapeut niet wist hoe hij met de situatie met tolk moest omgaan?
----	--

39 Communicatie-intake “In de communicatie-intake stelt de tolk, zelfstandig, vóór af aan het begin van een sessie het taalgebruik van de cliënt vast. Zij [...] zoekt uit of de patiënt op de hoogte is van de medische of andere relevante terminologie en legt deze zo nodig uit. De tolk bespreekt de benodigde termen voor het consult of de sessie met de hulpverlener. Zij legt de patiënt uit dat er in het voor- en nagesprek met de hulpverlener alleen over de communicatievaardigheden en –problemen wordt gesproken. Dit is belangrijk, want dove cliënten zijn soms wantrouwiger dan andere anderstaligen. Zij zijn gewend buitengesloten te worden van communicatie en informatie en denken al snel dat het gesprek over henzelf gaat, in plaats van over de communicatie. Dat kan de vertrouwensband verstoren. “(blz. 113)

14	Vindt er altijd een communicatie-intake plaats voor of bij de eerste sessie?
----	--

13 Relatie hulpverlener belangrijk “Een onderzoek in Minnesota heeft uitgewezen dat mensen uiteindelijk genezen door de relatie die ze met hun hulpverlener hebben. Voor de tolk betekent dat een belangrijke rol in de communicatie tussen de dove persoon en de hulpverlener” (blz. 6)

15	Hoe zorgt u er als tolk/therapeut voor, dat er een goede cliënt-therapeutrelatie is als er een gebarentolk ingezet wordt.
----	---

12 - 1 tolk tijdens de behandeling “The continued use of the same interpreter in therapy sessions is an excellent idea. The interpreter will have access to the clients therapeutic history, understand the goals of the treatment, and have a growing and intimate knowledge of the communication skills and style of the client. “(blz. 433)

16	Vindt er wel eens een tolkwissel plaats binnen een gehele behandeling? Zo ja, welke invloeden heeft dit op de behandeling en op de cliënt? Hoe wordt hier bij een 'nieuwe' tolk mee omgegaan?
----	---

14 Contact met hulpverlener vóór het begin van de sessie “Voordat de desbetreffende sessie begint moet de tolk proberen de hulpverlener te spreken om een toelichting te krijgen. Als dit niet mogelijk is, kan de tolk vragen het dossier in te zien. [...] Dit vooroverleg dient om de volgende zaken te bespreken; 1 De therapeutische doelen van de hulpverlener voor deze sessie. 2 De rol van de tolk. 3 Het taalgebruik van de cliënt. 4 De moeilijkheden die kunnen ontstaan bij het vertalen. 5 Optimale fysieke voorwaarden. 6 De belangrijkste

onderwerpen die aan bod kunnen komen. 7 Achtergrond van de cliënt en eventuele risico's. 8 Relevante details. 9 Specifieke therapeutische technieken. "(blz. 1/2)

17	Welke verhouding bestaat er tussen de therapeut en de tolk, buiten de sessie om? Bijvoorbeeld tijdens de voorbereiding, betrekking en/of nabespreking.
----	--

16 Gesprekstechnieken "minimale aanmoediging, stilte, bevestiging bekrachtig en geruststelling, extrinsieke informatie (geen betrekking op therapeutisch proces), info over het therapeutisch proces, instructie (proces-directief, advies/huiswerk), gesloten vragen, diagnostische vragen, open explorerende vraag, her-formulering van verhaalaspecten, reflectie van geuite beleving, reflectie van onderliggende beleving, interpretatie, feedback, confrontatie, zelf-onthulling, taakgericht proces onthulling door therapeut, relationele hier-en-nu beleving van therapeut, persoonlijke ervaringen en visies van therapeut, sociale babbel. "(blz. 2)

33 Gesprekstechnieken "Een cyclische gesprekstechniek houdt in dat men herformuleert wat met heeft gehoord en ook terugkomt op wat men zelf net heeft gezegd. "(blz. 366)

18	Worden de PMT technieken aangepast i.v.m. de aanwezigheid van een tolk? Zo ja, welke dan?
----	---

13 Kinder therapie "Er is een groot verschil in het werken met volwassenen en kinderen. Bij kinderen is de therapie vaak meer gericht op spel, het is vaak visueler en minder 'woordelijk'. Er is een groot verschil in taalgebruik. Tegen een kind heb je het bijvoorbeeld eerder over 'plassen' dan over 'urineren'. (blz. 32)

13 Verskil taalgebruik " Dit verschil in taalgebruik is ook van belang voor de therapeut. Deze moet weten wat je zegt en ook hoe je het zegt. Bovendien is het belangrijk dat er geen suggestieve vragen worden gesteld. Het beste is om van tevoren met de therapeut over de aanpak te overleggen." (blz. 32)

19	Hoe gaat u als therapeut/tolk om met het taalgebruik. Wat kan er beter wel/niet gezegd worden binnen de GGZ?
----	--

33 Therapeutische vragen "Zo worden vragen ('roept dit boosheid bij u op?') vaak omgezet in stellingen (u bent hier boos over). Hiermee wordt de therapeut die de patiënt aanspoort tot reflectie, veranderd in een deskundige die weet wat er in de patiënt omgaat. Navraag bij tolken leert dat zij zich vaak helemaal niet bewust zijn van het belang van dit soort subtiele verschillen. Scholing is dus gewenst.

20	Hoe gaat u als tolk/therapeut om met therapeutische vragen? Bijvoorbeeld; 'roept dit boosheid bij je op?'
----	---

13 Tolk gevoelens "Wij hebben een keer een psychiater uitgenodigd voor onze intervisiebijeenkomst. Bleek toch dat hij geen idee had waar wij mee te maken kregen. Waar het op neer komt is dat je nare ervaringen nooit bij je hoeft te houden. Wanneer je iets zwaars meemaakt moet er eigenlijk altijd iets luchtigers tegenover staan. We zijn bij schreeuwpartijen, staan tussen ruzies. Als ik dan klaar ben moet ik mijn frustraties toch

kwijt. Het gaat erom dat je jezelf onder controle weet te houden. Mag een tolk huilen? Ik vind dat dat soms wel mag. Als iedereen huilt mag jij ook best huilen, als je je werk maar blijft doen. Ikzelf heb meer moeite met het beheersen van mijn woede. Dit kun je leren door het spelen van rollenspellen en het volgen van workshops en trainingen. De tolk kan een situatie beïnvloeden en als je kalm van binnen kunt zijn, dan breng je de boodschap ook beter over.” (blz. 14)

21	Hoe gaat u als tolk/therapeut om met uw eigen emoties en gevoelens tijdens een PMT sessie aan dove mensen. Dit kan zowel tegenover de cliënt als tegenover de tolk/therapeut zijn. (Bijvoorbeeld frustraties, angsten, verdriet etc.)
----	---

13 Interpretatie tolk “Zo was er ook een cliënt die steeds weg keek wanneer de verpleegster iets had gezegd en ik het had vertaald. Vervolgens keek hij naar mij en vroeg: Wat? Ik dacht meteen: die hoort stemmen. Ik kon dat niet zomaar zeggen en de verpleegster leek niets in de gaten te hebben. Toen heb ik de zuster maar gewoon verteld wat er steeds gebeurde: jij zegt iets, ik vertaal het, hij kijkt weg, en weer terug voor herhaling. Waarop de verpleegster reageerde: ‘Oh, zou hij misschien stemmen horen?’ ”. (blz. 18)

22	Hoe gaat u om met de informatie die de tolk verkrijgt, maar niet door de therapeut opgemerkt wordt, bijvoorbeeld over communicatie.
----	---

13 Begrip “Stel dat je cliënt maar ja blijft knikken en je twijfelt of hij het begrepen heeft of dat het een beleefdheidsknikje is. De arts vraagt hem of hij het begrepen heeft, dan kun je eventuele twijfel heel goed met behulp van intonatie weergeven. Als tolk kun je dan ook nog zeggen dat je niet zeker bent of je het goed hebt overgebracht. Zo wordt het eenvoudiger om de informatie nogmaals te herhalen” (blz. 17)

23	Wat doet u als u merkt dat de klant/cliënt de vraag niet begrepen heeft, maar toch 'ja' knikt.
----	--

12 Slechte toegang tot GGZ + gevolg lexicon “Even though some concepts are more easily and more vividly expressed in ASL than in English, deaf people historically have been largely excluded from psychiatry and psychology as well as other professional fields such as law and medicine.[...] There are often no concise signs for the words used in psychology or psychiatry. For example, the term self-esteem cannot be used with undereducated deaf individuals unless the meaning of the term is first explained in depth. Interpreters refer to this technique as “expansion”. It requires both extra time and an interpreter who is knowledgeable about mental health. In addition, the English syntax is frequently different from ASL in ways that make interpreting extremely difficult ”(blz. 429)

24	Op welke manier maakt u gebruik van expansie (het uitbreiden van de brontaal) tijdens het tolken? Op welke manier heeft dit eventueel invloed op de PMT situatie?
----	---

33 Psycho-educatie “In mijn achterhoofd weet ik dan dat ik hiermee niet alleen psycho-educatie geef aan de patiënt, maar ook aan de tolk ”(blz. 365)

25	Maakt u als therapeut meer gebruik van psycho-educatie als er een tolk aanwezig is.
----	---

33 Duidelijk formuleren “Tolken is een moeilijk vak. Dit betekent dat hoe duidelijker u zelf formuleert, hoe groter de kans is dat de tolk er een goede vertaling van maakt. Tolken zijn niet geschoold in psychologische hulpverlening en moeten uw interventies dus zonder achtergrondkennis kunnen begrijpen. Vermijd wollige taal, vermijd ingewikkelde zinsconstructies, vermijd jargon.” (blz. 364)

26	In hoeverre houdt u als therapeut rekening met de tolk/merkt u als tolk dat er rekening met u wordt gehouden?
----	---

15 PMT voor dove kinderen “Omdat in PMT de nadruk ligt op lichaamsbeleving, lichaamswaardering en bewegen, sluit deze therapie direct aan bij het dove kind. Voor hen speelt het lichaam immers een extra belangrijke rol, doordat zij bijna uitsluitend visueel communiceren (gebarentaal, spraakafzien en lichaamstaal). Door aan het dove kind terug te geven wat zichtbaar is aan de uitdrukking op zijn/haar gezicht of door het gedrag van het kind of een interactie in de groep na te spelen en er vervolgens een alternatief naast te zetten, vindt (h)erkenning plaats en is verandering mogelijk. In en door het bewegen krijgt het kind ook direct feedback; als het de bal te hard tegen de muur gooit, is het opvangen moeilijk. Door dove kinderen aan te spreken op en in hun natuurlijke uitingsvorm (bewegen en lichaamstaal), bestaat de mogelijkheid tot veelvuldig en heel direct positief bekrachtigen.” (blz. 13)

15 PMT aan doven “PMT is een therapievorm waarbij de directe ervaring (‘zien en doen’) als uitgangspunt genomen wordt. Gedacht werd, dat deze vorm van therapie goed zou aansluiten bij de behoefte van dove kinderen met sociaal-emotionele ontwikkelingsproblematiek” (blz. 12)

27	Wat maakt dat PMT een therapievorm is die goed aansluit bij dove mensen?
----	--

13 Kinder therapie “Er is een groot verschil in het werken met volwassenen en kinderen. Bij kinderen is de therapie vaak meer gericht op spel, het is vaak visueler en minder ‘woordelijk’. Er is een groot verschil in taalgebruik. Tegen een kind heb je het bijvoorbeeld eerder over ‘plassen’ dan over ‘urineren’. (blz. 32)

28	Is er een verschil tussen het geven/tolken van PMT aan/voor dove kinderen en volwassenen?
----	---

33 Tolk invloed “Uit de bovenstaande voorbeelden blijkt dat het werken met een tolk invloed heeft op de inhoud van het gesprek. Deze invloed is afhankelijk van de twee betrokken talen – verschillen in grammatica, lexicale structuur en dergelijke. Maar ook de tolk zelf beïnvloedt het gesprek door zijn impliciete en expliciete normen, waarden en motivaties; daarnaast past de hulpverlener zich aan zowel de patiënt als aan de tolk aan. (blz. 365)

29	Hoe ervaart u als therapeut/tolk de invloed van de tolk op een PMT sessie? Zowel inhoudelijk als in aanwezigheid?
----	---

15 Gewenning omgeving “Leerkrachten hadden (en hebben) tijd nodig om te wennen aan een dergelijke vorm van therapie binnen de school. De leerkrachten die inmiddels ervaring

hebben opgedaan met PMT aan één of meerdere kinderen uit hun groep, vinden dat PMT een belangrijke bijdrage levert aan de ontwikkeling van het kind/de kinderen “(blz. 18)

30	Welke bijzondere ervaringen heeft u als tolk/therapeut meegemaakt binnen de PMT aan dove mensen.
----	--

39 Lokalisatie tolk “Door het visuele karakter van NGT vraagt de *positionering* van de drie gesprekspartners in de kamer speciale aandacht. De hulpverlener, de tolk en de patiënt moeten op elkaar af kunnen stemmen. Kan een tolk in een gesproken taal zich nog een beetje op de achtergrond houden, een tolk NGT moet juist midden in het blikveld van de patiënt zitten. Maar de patiënt moet ook de therapeut goed kunnen zien, om diens gezichtsuitdrukking te zien, eventueel voor spraakafzien (‘liplezen’). Tegelijkertijd moet hij ook de gebaren van de tolk zien. Goede verlichting is dus van cruciaal belang: de gezichten moeten goed te zien zijn en cliënt noch tolk moet tegen het licht in kijken.”(blz. 114)

31	Op welke manier positioneert u zichzelf als tolk binnen de PMT/op welke manier heeft u als therapeut invloed op de positie van de tolk, i.v.m. veranderende situaties.
32	Hoe vind positionering voor een tolk plaats in het zwembad?

14 Kleding “De tolk dient passend gekleed te gaan, zodat de deelnemers aan het gesprek bij het kijken naar de tolk niet afgeleid worden door de kleding, sieraden en andere attributen.”(blz. 3)

33	Wat wordt er van de tolk verwacht omtrent kleding? Hoe gaat u om met een tolk die geen gepaste (sport) kleding heeft?
----	---

13 Tolken fysio “Een praktijksituatie: een dove patiënt in een rolstoel moet aan de loopbrug revalideren. Terwijl de patiënt nog in de rolstoel zit legt de arts of therapeut uit wat de bedoeling is, en doet het, onderwijl verder pratend voor. Nu is het belangrijk dat je de persoon in kwestie uitlegt dat je cliënt niet en naar jouw gebaren kan kijken en het voorbeeld kan kijken. Eerst moet de arts uitleggen wat er gaat gebeuren en het dan pas voordoen. Als de patiënt eenmaal aan de oefening begonnen is, tolk je niet meer. Nieuwe informatie onthoud je en geef je naderhand. Het werkt ook stimulerend om de therapeut een paar gebaren te leren die tijdens de oefening gebruikt kunnen worden. Bijvoorbeeld standaardgebaren zoals je duim omhoog als het goed gaat. Dit komt ook de relatie tussen de therapeut en de patiënt ten goede”. (blz. 12)

34	Wat zijn situaties binnen de PMT waarbij het voor de tolk lastig is om te tolken? Hoe wordt hier mee omgegaan?
----	--

33 Tolk als middel inzetten “Wanneer u op deze manier de relatie met de tolk in de behandeling betreft, geeft het inschakelen van een tolk extra kansen om de behandeling diepgang te geven (bv: Kan de patiënt de afhankelijkheid van de tolk verdragen? Kan de patiënt rekening houden met de tolk? Kan de patiënt de ambivalentie verdragen – de tolk vertaalt niet altijd precies wat je wilde zeggen? Toont de patiënt een gezond wantrouwen tegen hulpverlener en tolk, of is dit paranoïde gekleurd?) “(blz. 364)

35	Op welke manier kan een tolk als middel ingezet worden binnen psychomotorische therapie?
----	--

15 Andere therapieën “Naast PMT zijn speltherapie en creatieve therapie (beeldend en drama) ook behandelvormen waarbij de directe ervaring als uitgangspunt genomen wordt en die niet primair verbaal van aard zijn. Welke therapievorm (en dus welk middel) het beste past bij een kind wordt bepaald door leeftijd, interesse en kwaliteiten van het kind en de aanwezige problematiek. Naar onze ervaring is PMT een vorm van therapeutische begeleiding die past bij dove kinderen van alle leeftijden en bij verschillende vormen van sociaal-emotionele ontwikkelingsproblematiek. Zoals verwacht is bewegen en lichamelijke een geschikt aangrijpingspunt voor therapie bij dove kinderen.” (blz. 12)

36	Welke therapievormen kunnen naast PMT nog meer geschikt zijn voor dove mensen?
----	--