

Het sterkteperspectief benadrukt capaciteiten en mogelijkheden van een persoon in plaats van zijn of haar tekortkomingen. Zelfbepaling wordt hierbij naar voren geschoven als de manier om deze zienswijze te realiseren. Recente internationale trends op het gebied van verlosingszorg, sociaal werk en geestelijke gezondheidszorg wijzen op de kracht van dergelijke benaderingen (Dekkers, Aga, & Vanderplasschen, 2017).

Het Wellness Recovery Action Plan

Herstel van paradigma naar praktijk

Het herstelparadigma, dat lotgenotencontact en ervaringsdeskundigheid centraal stelt, is één voorbeeld van een sterktegerichte invalshoek. Dit begrip vindt het laatste decennium haar ingang binnen zowel praktijk als beleid in de geestelijke gezondheidszorg. Deze sector is zoekende naar handvatten en krijtlijnen voor de implementatie van kernprincipes van herstel, wat vaak de orde van de dag verstoort en een cultuuromslag vraagt binnen een organisatie en haar beleid.

Eén van de doelstellingen van herstelondersteunend werken is dat de persoon met een psychische kwetsbaarheid de regie over het eigen leven behoudt of herwint, zodat het welbevinden op termijn kan verhogen. Verschillende methodieken die de herstelvisie onderschrijven zijn intussen ontwikkeld. Een inspirerend voorbeeld hiervan is WRAP (een geregistreerde benaming), voluit: het Wellness Recovery Action Plan. WRAP is uitgegroeid tot een wijdverspreide zelfhulpinstrument met ondersteuning van lotgenoten (Slade, 2009; Cook et al, 2012).

■ Wat is WRAP?

WRAP werd in 1997 ontwikkeld door Mary Ellen Copeland (Copeland, 1997). Zij worstelde met het feit dat artsen binnen de behandeling van haar *'manische depressie met psychotische stemmingswisselingen'* enkel zochten naar symptoomreducerende medicatie. Ze verenigde zich met lotgenoten waarmee ze samen op zoek ging naar alternatieven voor de uitdagingen die ze ondervonden gedurende hun herstelproces. WRAP is dus ontwikkeld voor en door mensen met psychische problemen die vorm willen geven aan hun persoonlijk herstel. Het plan is geen behandelplan en kan bestaan naast andere trajecten. De rode draad hierin is dat diegene die het plan opmaakt, ook expert is van zijn of haar eigen situatie, binnen de eigen context.

WRAP biedt houvast aan personen die hun hersteltraject op een haalbare en gepersonaliseerde manier vorm wil geven. Het is niet gebonden aan een specifieke diagnose en staat open voor iedereen. Volgende vragen staan centraal: *"Wat heb ik nodig in welke situatie en hoe kan ik mijn welbevinden vergroten?"* (Boertien, van Bakel, van Weeghel, 2012). Het helpt op de eerste plaats om een leidraad op te stellen die inzicht verwerft in de gevoelswereld van de centrale persoon. Ten tweede is het gericht op het detecteren van signalen bij zichzelf wanneer het minder goed gaat. Ten derde worden actieplannen opgesteld die als hulpbronnen fungeren in situaties die actie vereisen. Deze drie componenten hebben als doel om eigen gedragspatronen en uiterlijke tekenen te leren (h)erkennen om finaal het eigen welzijn te bewaken en te verhogen. Naast deze bestanddelen van persoonlijke herstel, is er aandacht voor sociaal herstel door het uitbouwen van een steunsysteem.

De centrale pijlers *doorleefde ervaringen en kennisdelen* dragen grotendeels bij tot de meerwaarde van dit instrument ten opzichte van andere herstelgerichte methoden. Het delen van ervaringen in groep, ondersteund door ervaringsdeskundige facilitators, inspireert andere deelnemers, zodat ook het eigen plan verder vorm kan krijgen. Deze pijlers dragen bij tot kennisverruiming en tot het veranderen van attitudes en overtuigingen (Ramchand et al, 2017), wat achtereenvolgens bijdraagt aan een beter gevoel en meer zelfkennis. Een bijkomend voordeel is dat deelnemers een gevoel van verbondenheid met en engagement ten aanzien van elkaar ervaren (Ramchand et al., 2017).

Algemeen wil WRAP in de dagelijkse leefwereld van personen met een psychische kwetsbaarheid op een methodische en systematische wijze een richtsnoer zijn (van Gestel-Timmermans, 2011). Het biedt zekerheid dat er persoonlijke oplossingen zijn voor situaties van ontwrichting die werden neergeschreven in een periode van een zeker evenwicht. Dit

7 onderdelen van de WRAP



Figuur 1: Opbouw en onderdelen WRAP (Kenniscentrum Phrenos en HEE!)

kan ook ten goede komen aan de personen in de directe omgeving van de patiënt. Dialoog en partnerschap tussen o.a. psychiaters, klinici, andere professionelen en de patiënt worden vergemakkelijkt. Door vertrouwd te raken met patiënten die hun wensen en elementen van welzijn en herstel expliciteren, kan men samen tot betere ondersteuning komen.

WRAP modelgetrouw implementeren

Het implementatietraject (zie figuur 2) start met een *informatiesessie* over WRAP gegeven door twee ervaringsdeskundige facilitators. Na deze sessie kan iedereen die dat wil deelnemen aan de basisopleiding. Deze basisopleiding start met een toelichting van *vijf sleutelbegrippen* waarop WRAP is gebaseerd: hoop, persoonlijke verantwoordelijkheid, eigen ontwikkeling, opkomen voor jezelf en steun. Iedere deelnemer werkt vanuit deze begrippen in groep een individueel plan uit. Twee gecertificeerde facilitators begeleiden het groepsproces, zonder dat ze daarbij een richtingaangevende rol opnemen.

Het opstellen van een WRAP start met het samenstellen van een *gereedheidskoffer voor een goed gevoel*. Dit zijn beschrijvingen van dingen die men in het dagelijkse leven kan toepassen, gericht op het eigen welzijn. Deze worden aangevuld met het inventariseren van hulpmiddelen die men kan toepassen wanneer het minder goed gaat. Na het vullen van deze gereedheidskoffer, start het opstellen van de eigenlijke WRAP die bestaat uit *zes actieplannen*. Alle actieplannen zijn gebaseerd op het toepassen van gereedschap uit de koffer voor een goed gevoel (zie figuur 1; Scholten, Hulsman, van Bakel & Boertien, 2014).

Een basistraining is praktijkgericht en steunt op educatieve principes. Doorheen acht wekelijkse sessies van 2u30 wordt het plan geïndividualiseerd. Gedurende deze sessies krijgen deelnemers tijd en ruimte om een aanzet te maken van hun

eerste plan. Dit gebeurt samen met een groep van acht tot twaalf personen, op een rustig tempo, gebaseerd op het werkboek. Bij het afronden van de training krijgen de deelnemers een certificaat. Tussen de sessies door en na de reeks gaat men verder aan de slag om WRAP zich meer eigen te maken. WRAP groeit mee met de deelnemers tot het een manier wordt om door het leven te gaan, het is dynamisch en evolueert. Een WRAP kan dan ook veranderen wanneer dat nodig is, op grond van ervaringen met wat helpend is (Copeland, 1997; Scholten et al., 2014) binnen bepaalde contexten en momenten.

Volgend op een basistraining, kan een opleiding tot *facilitator* worden gevolgd. Dit is een vijfdaagse opleiding. Tijdens deze bijeenkomsten wordt uitgebreid stilgestaan bij de ethische grondslagen van WRAP, bij de didactische principes en bij hulpmiddelen die tijdens de training worden gebruikt. Hier wordt uitgebreid stilgestaan bij het leren overstijgen van het eigen referentiekader.

Om facilitators te mogen opleiden, moet men een *advanced level facilitatortraining* volgen. Dit aanbod wordt enkel georganiseerd via het Copeland Centre in Boston, VS (zie <https://copelandcenter.com>).

Figuur 2: Implementatietraject



■ Onderzoek

Hoewel WRAP reeds breed wordt verspreid in Amerika, de U.K., Ierland, Schotland, Nieuw-Zeeland, China, Japan, Nederland, Duitsland en België, is onderzoek naar de beleving en de effecten van WRAP zeer schaars. Binnen het schaarse onderzoek zijn welbevinden, lotgenotencontact, tewerkstelling en belangenbehartiging, herstelindicatoren die kwantitatief werden onderzocht in relatie tot de effectiviteit van WRAP. Het merendeel van het beschikbare onderzoek werd uitgevoerd in de VS. Op basis van deze onderzoeksbevindingen, werd WRAP in de VS erkend als wetenschappelijk onderbouwde interventie. Enkele grootschalige studies (Cook et al., 2010; Cook et al., 2012; Cook et al., 2013) toonden immers aan dat WRAP psychiatrische symptomen reduceert, hoop genereert en de subjectieve levenskwaliteit verhoogt in vergelijking met een groep die de gewone behandeling volgde. Een andere vergelijkende studie in de VS naar zorgbehoefte en -gebruik toont aan dat beide elementen daalden na deelname aan WRAP, in vergelijking met een groep die een cursus 'welzijn en gezonde voeding' doorliepen (Cook et al., 2013). Daarnaast werd aangetoond dat WRAP-deelnemers beter voor hun eigen wensen en belangen opkomen in contact met professionele hulpverleners (Jonikas et al., 2011). Andere studies wijzen op een positief effect op het welzijn van de facilitators (Pratt, MacGregor, Reid, & Given, 2012). Daarnaast wordt steeds meer duidelijk dat de inzet van lotgenoten en ervaringsdeskundigen een belangrijke bijdrage levert aan het vorm geven aan persoonlijk herstel door middel van een zelfhulpinstrument (van Gestel-Timmermans, 2011; Cook et al., 2012; Cook et al., 2013; Boevink, 2017). Een goede opleiding en opvolging van facilitators is daarom van belang om ervaringen en kennis ten volle te benutten.

■ Valkuilen

Levenskwaliteit verhogen is van belang voor zorggebruikers, maar is daarnaast - buiten het werkveld - van belang voor iedereen. De keerzijde van de medaille is echter dat het te vaak als een verantwoordelijkheid van het individu wordt benadrukt. Toch wijzen theorieën en onderzoeken over herstel erop dat welzijn optimaliseren niet enkel een zaak is van het individu, maar ook van de samenleving als geheel. Onderzoek toonde eveneens aan dat de sociale dimensie de moeilijkste is om herstel in te ervaren (Aga, Vander Laenen, Vandevelde, Vermeersch, & Vanderplasschen, 2017). Dit is ook de grootste kritiek die wordt geuit op zelfhulpmethodieken zoals WRAP. Wanneer men deze individualistische benadering niet kan overstijgen, dreigt men zich opnieuw vast te rijden in een culpabiliserende houding en in normatief uitkomstendenken over herstel. Scott en Wilson (2011) beargumenteren daarnaast dat WRAP zich richt op personen die zich reeds een (zelf)reflexieve attitude hebben eigen gemaakt. Zij wijzen ook op de gevaren van het opnieuw institutionaliseren van herstel door WRAP indien men het promoot als een one size fits all-interventie. Zij stellen dat *"being aware of how a well intentioned programme can undermine recovery for some consumers is the first step in facilitating recovery for all"* (Scott & Wilson, 2011, p. 48).

■ WRAP in Vlaanderen

Naar aanleiding van een doctoraatsonderzoek aan de vakgroep Orthopedagogiek van de UGent, werd WRAP in Vlaanderen in 2014 geïnitieerd en modelgetrouw geïmplementeerd, in samenwerking met het Copeland Centre (VS), kenniscentrum Phrenos (NL) en het HEE-team (NL). De aftrap werd gegeven op 18 maart 2014 met een informatiesessie met meer dan 280 aanwezigen. In juni 2014 hadden we de eerste WRAP-basisopleidingen en op 16 februari 2015 ontvingen de eerste 12 WRAP-facilitators in Vlaanderen hun certificaat. Intussen is de groep facilitators met 20, waarvan 15 personen verbonden aan Vlaamse, professionele organisaties. Ondertussen ontvingen al meer dan 150 personen een certificaat voor het voltooien van de basismodule.

De vraag naar WRAP is groot. Daarom is de vakgroep Orthopedagogiek een samenwerking gestart met de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid. De VVGG wordt het centrale aanspreekpunt voor WRAP in Vlaanderen. Deze vereniging staat voortaan in voor het organiseren van de opleidingen, de intervisie en de opvolging van de facilitators. De vakgroep Orthopedagogiek zal zich vooral richten op de wetenschappelijke opvolging van WRAP en er samen met de VVGG op toezien dat WRAP modelgetrouw wordt toegepast volgens het curriculum van de auteurs (Frederici, 2013).

Natalie Aga

lic. pedagogische wetenschappen, lic. familiale en seksuologische wetenschappen, doctoranda Vakgroep Orthopedagogiek UGent, WRAP-facilitator
natalie.aga@ugent.be

Referenties

Zie p. 33

Reeds geprogrammeerd:

- Refreshmentcursus voor facilitators die reeds 2 jaar actief zijn met WRAP: 1 en 2 februari 2018
- Facilitatorscursus: voor wie de basiscursus heeft gevolgd en minstens 6 maanden de WRAP implementeert: vijf dagen tussen 9 en 15 februari 2018

Meer informatie: Kristel Ornelis, projectmedewerker VVGG (kristel@vvgg.be).
www.herstelplatform.be/wrap

Artikel 'Het Wellness Recovery Action Plan' (p. 8-10)

Referenties

- Aga, N., Vander Laenen, F., Vermeersch, E., Vandeveld, S., & Vanderplasschen, W. (2017). Recovery of Offenders Formerly Labeled as Not Criminally Responsible: Uncovering the Ambiguity From First-Person Narratives, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1(21), p. 1–21
- Boertien, D., van Bakel, M., van Weeghel, J. (2012). Wellness Recovery Action Plan in Nederland – Een herstelmethode bij psychische ontwrichting. *MGv*, 67(5), p. 276-283
- Boevink, W. (2017). *Planting a tree. On recovery, empowerment and experiential expertise*. Utrecht: Trimbos Instituut
- Cook, J.A., Copeland, M.E., Corey, L., Buffington, E., Jonikas, J.A., Curtis, L.C., Grey, D.D., Nichols, W.H. (2010). Developing the evidence base for peer-led services: changes among participants following Wellness Recovery Action Planning (WRAP) education in two statewide initiatives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(2), p. 113–120
- Cook, J.A., Copeland, M.E., Jonikas, J.A., Hamilton, M.M., Razzano, L.A., Grey, D.D., Floyd, C.B., Hudson, W.B., Macfarlane, R.T., Carter, T.M. & Boyd, S. (2012). Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 881-891
- Cook, J.A., Jonikas, J.A., Hamilton, M.M., Goldrick, V., Steigman, P.J., Grey, D.D., Burke, L., Carter, T.M., Razzano, L.A., Copeland, M.E. (2013). Impact of Wellness Recovery Action Planning on service utilization and need in a randomized controlled trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(4), p. 250-257
- Copeland, M.E. (1997). *Wellness Recovery Action Plan*. Venice: Peach Press
- Dekkers, A., Aga, N. & Vanderplasschen W. (2017). *Herstel van verslaving: achtergrond en situering*. In W. Vanderplasschen & F. Vander Laenen (red.), *Naar een herstelondersteunende verslavingszorg. Praktijk en beleid*. Leuven/Den Haag: ACCO
- Frederici (2013). The Importance of Fidelity in Peer-Based Programs: The Case of the Wellness Recovery Action Plan, *Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 36(4), p. 314-318. doi: 10.1037/prj0000029
- Jonikas, J.A., Grey, D.D., Copeland, M.E., Razzano, L.A., Hamilton, M.M., Floyd, C.B., Hudson, W.B. & Cook, J.A. (2011). Improving propensity for patient self-advocacy through Wellness Recovery Action Planning: results of a randomized controlled trial. *Community Mental Health Journal*, 49, p. 260-269
- Pratt, R., MacGregor, A., Reid, S. & Given, L. (2012). Wellness Recovery Action Planning (WRAP) in Self-Help and Mutual Support Groups. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(5), p. 403–405. doi: 10.1037/h0094501
- Ramchand, Ahluwalia, Xenakis, Apaydin, Raaen, & Grimm (2017). A systematic review of peer-supported interventions for health promotion and disease prevention. *Preventive medicine*, p. 156-170. doi: 10.1016/j.ypmed.2017.06.008
- Scholten, R., Hulsman, T., van Bakel, M., & Boertien, D. (2014). *WRAP Wellness Recovery Action Plan. Ontwikkeld door Mary Ellen Copeland. Werkboek*. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos en HEE!
- Scott, A., & Wilson, L. (2011). Valued identities and deficit identities: Wellness Recovery Action Planning and self-management in mental health. *Nursing Inquiry*, 18(1), p. 40-49
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press
- van Gestel-Timmermans, J.A.W.M. (2011). *Recovery is up to you: Evaluation of a peer-run course*. Tilburg: Universiteit van Tilburg

De Druivelaar, 11 oktober 2017

41e week, zaaimaand, zon 7.59 – 18.59, maan 14.26 – 23.22. Sint-Gommaar (Gomaar, Gottmar, Gommer), overleden omstreeks 775.

“Geestesgestoorde tegen medepatiënt: Wat een geluk dat mijn naam George is. Waarom? Omdat iedereen mij zo noemt.”

De Standaard, 20 oktober 2017

Henri Heimans (ere-magistraat en jarenlange bepleiter van betere omstandigheden voor geïnterneerden) over de schrale gezondheidszorg voor gevangenen en geïnterneerden.

“Ondanks de nieuwe interneringswet, die nu één jaar van kracht is, en het voluntaristische beleid van de minister van Justitie, vermindert het aantal geïnterneerden die zonder gepaste zorg in een penitentiair milieu verblijven, niet. Voor alle gedetineerden blijft de medische en psychologische zorg ondermaats. Vroeg of laat keren ze terug naar de samenleving, terwijl ze gebukt gaan onder zware detentieschade.”

De Tijd 21 oktober 2017

In zijn boek *The Making of an Illusion* schetst auteur Frederick Crews Sigmund Freud als een wetenschappelijke fantast. Filosoof Filip Buekens (KU Leuven en Universiteit Tilburg) is het daarmee eens.

“De psychoanalyse is niet alleen een pseudowetenschap, het is zelfs erger. De theorieën van Freud leiden niet tot begrip, wel tot illusies van begrip. Wij, mensen, hebben een enorme zucht om te begrijpen. Onze hersenen zitten zo in elkaar dat we snel samenhang tussen dingen zien, zelfs al is die er niet. We zien tekeningen in de wolken, in inktvlekken... Freud maakte daar handig misbruik van.”

De Tijd 21 oktober 2017

In zijn boek *The Making of an Illusion* schetst auteur Frederick Crews Sigmund Freud als een wetenschappelijke fantast. Neuroloog Steven Laureys (Universiteit van Luik) is het daarmee niet eens.

“Freud was fout op zoveel vlakken, weten we nu. Maar hij legde zijn vinger wel op de interessante kwesties. Ruim honderd jaar geleden al. Hij was een pionier omdat hij het onderbewuste als onderzoeksdomein op de kaart zette. Hij heeft alle generaties neurowetenschappers die na hem kwamen, gedwongen hard na te denken.”

De Standaard, 24 oktober 2017

Psycholoog Ronny Bruffaerts (professor KU Leuven) is enthousiast over een wiskundig algoritme dat voor eerstejaarsstudenten het risico bepaalt om binnen één of twee jaar een depressie of een suïcidale episode te ontwikkelen of afhankelijk van alcohol te geraken.

“Onze aanpak keert de hele hulpverlening om. We mogen niet wachten tot iemand naar ons komt om vrijuit over problemen te praten, want dat willen veel patiënten niet. Als hulpverleners moeten we zelf mogelijkheden zoeken om een stap te zetten naar de mensen met een risico, zonder noodzakelijkerwijs face-to-face-contact.”