

Psycho-educatie in therapie: informatie en empowerment

Evelien De Kempeneer

Inleiding

Mensen gaan met allerlei problemen naar een klinisch psycholoog om met een deskundige te spreken. Tijdens psychotherapeutische sessies komt onder meer aan bod wat de klachten zijn en hoe men ze kan begrijpen, wat de mogelijke oorzaken zijn van wat men ervaart en hoe men hiermee verder aan de slag kan. De klinisch psycholoog luistert, maar geeft waar nodig ook zelf informatie.

Psycho-educatie: hoe is het begrip ontstaan en wat betekent het?

In de loop der jaren is de term ‘psycho-educatie’ op verschillende manieren gebruikt. Psychologen die een educatief model volgden, waren in de eerste plaats niet zozeer bezorgd om het genezen van een neurose of het elimineren van klachten of symptomen, maar om het aanleren van persoonlijke en interpersoonlijke houdingen en vaardigheden die het individu kan gebruiken om huidige en toekomstige psychologische problemen op te lossen en de levensvreugden te verhogen (Guernsey, Stollak, & Guernsey, 1971). In de jaren 1980 ontwikkelde psycho-educatie zich dan tot een vorm van terugvalpreventie bij schizofrenie (Anderson, Gerard, Hogarty, & Reiss, 1980). Het betekende toen dat er aan de familie informatie over de ziekte werd gegeven en steun werd geboden na een psychotische episode. Niet het medische model diende als basis, maar een holistisch model gebaseerd op competenties. De nadruk werd gelegd op gezondheid, samenwerking, coping en empowerment.

Psycho-educatie wordt ook vandaag nog in verschillende contexten gebruikt. Ten eerste zijn er de gedragstherapeuten die aan gedragsmodificatie doen. Zij bekijken psychotherapie als een leerproces, gebruiken psycho-educatie als tool om nieuw, gewenst gedrag aan te leren en gaan dat gedrag vervolgens inoefenen met cliënten. Ten tweede zijn er hulpverleners die het medische model voor de behandeling van psychische stoornissen in vraag stellen. Het medische model is gestoeld op de aanname dat fysiochemische processen de enige oorzaak zijn van symptomen, maar die processen bieden tot nu toe nog steeds geen volledige verklaring voor alle psychische aandoeningen. Het medische model kan dus niet het enige behandelingsmodel zijn: het blijft steeds een ‘en-en’-verhaal waarin psycho-educatie een belangrijke plaats inneemt (Authier, 1977). Ten derde zijn er professionals die psycho-educatie bekijken vanuit een gemeenschapsbenadering. Zij gaan ervan uit dat er steeds te weinig psychologen zullen zijn, en dat daarom mensen psychologische principes moeten worden aangeleerd, zodat zij zichzelf in een vroeg

stadium kunnen helpen. Definities van psycho-educatie zijn dus gekleurd door de (preventieve dan wel therapeutische) context waarin het begrip werd ontwikkeld of wordt gebruikt.

Een algemene definitie vinden we in de richtlijnen van het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), waar psycho-educatie wordt omschreven als “elk gestructureerd groeps- of individueel programma dat een ziekte multidimensionaal bekijkt met daarin begrepen familiale, sociale, biologische en farmacologische perspectieven. Daarenboven voorziet psycho-educatie in informatieve steun en managementstrategieën aan cliënten en zorgverleners” (Getachew, Dimic, & Priebe, 2009). Psycho-educatie is dus het op een zo efficiënt mogelijke manier combineren van ‘het empoweren van diegenen die aangedaan zijn’ (emotioneel aspect) met ‘behandelingsexpertise gebaseerd op wetenschappelijke evidentie’ (informatief aspect) (Bauml, Frobese, Kraemer, Rentrop, & Pitschil-Walz, 2006).

Alle definities van psycho-educatie gaan uit van een mate van openheid rond de diagnose of de klachten. Uit een onderzoek van Luderer en Böcker (1993) blijkt desalniettemin dat openheid rond de diagnose niet vanzelfsprekend is: de diagnose schizofrenie wordt bijvoorbeeld zelden met die term meegedeeld aan cliënten die eraan lijden. Psycho-educatie is daarenboven meer dan het overhandigen van een folder of verwijzen naar informatie in een boek of op een website. Het gaat hoofdzakelijk om gelijkwaardigheid tussen hulpverlener en cliënt. Bonsack, Rexhaj en Favrod (2015) omschrijven dat als volgt: de aandacht is niet gericht op ‘de zieke’ zoals gewoonlijk het geval is in psychotherapie, maar verzoent ‘de therapeut’ en ‘de zieke’ in een partnerschap via een observatie van op afstand over ‘de ziekte’. Of nog: psycho-educatie vindt bij voorkeur niet plaats in een vacuüm. Informatie geven is vaak helpend en kan een tegengif zijn voor vervormde opvattingen en maladaptieve responsen, maar wordt het beste toegepast in de context van een lopend therapeutisch proces. Daarbuiten is gewoon lesgeven aan cliënten over wat ze wel of niet moeten doen, of suggereren hoe ze zouden moeten denken, zelden helpend (Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara, & Ebert, 2004).

Het doel van psycho-educatie: (terugval)preventie of meer?

Een eerste doel van psycho-educatie is een verbetering van de prognose: het verminderen van de duur en de impact van een probleem. Men zou psycho-educatie kunnen zien als een vorm van geïndiceerde preventie: bij bepaalde cliëntengroepen die al symptomen vertonen, kan psycho-educatie preventief werken en zo kan vermeden worden dat er andere, ernstigere stoornissen optreden (Brown, 2011). Psycho-educatie is dan een manier om comorbiditeit te verminderen en kan worden gezien als een vorm van preventie binnen de therapie en als een vorm van terugvalpreventie.

Naast het preventieve aspect beoogt de clinicus die psycho-educatie toepast, nog een aantal doelstellingen. Men kan middels psycho-educatie het begrip (de kennis) van cliënten vergroten: cliënten weten meer over wat hun overkomt of overkomen is. Door psycho-educatie kan aan cliënten een forum worden aangereikt. De integratie van de informatie kan worden gefaciliteerd dankzij (groeps)discussie met bijvoorbeeld lotgenoten. Psycho-educatie geeft bovendien de mogelijkheid specifieke vaardigheden om beter om te gaan met de ziekte te demonstreren en aan te

leren. Het aanreiken van een deels biologische verklaring voor de ziekte kan worden gezien als een ‘ontschuldiging’ en zo bijdragen aan het verminderen van stigmatisering. Bij familieleden kan psycho-educatie de draaglast doen afnemen en hen ondersteunen in het omgaan met de ziekte. Het geven van informatie en uitleg over de zin van een behandeling kan cliënten motiveren en hun therapietrouw vergroten. Een objectief referentiekader bieden voor ervaringen van cliënten leidt tot cognitief meesterschap dat angst en stress vermindert. Als een hulpverlener laat blijken dat hij ervan overtuigd is dat de cliënt die informatie aankan, kan dat ‘empowerend en remoraliserend’ werken. Ten slotte kan psycho-educatie demystificerend werken. Het past op die manier ook binnen de huidige regelgeving van patiëntenrechten. Een van de zeven patiëntenrechten luidt immers: ‘de zorgverlener geeft je duidelijke informatie’. Dat houdt het volgende in:

“De zorgverlener moet je alle info meedelen, zodat je je gezondheidstoestand kan begrijpen. Hij geeft je daarbij een beeld van de mogelijke evolutie. Je krijgt advies over wat je best doet en laat. Dit gebeurt in duidelijke taal, zodat je alles begrijpt. Je kan zelf een familielid of vriend aanstellen die je kan bijstaan als vertrouwenspersoon.” (<http://www.patiëntenrechten.be>)

Psycho-educatie faciliteert een authentiek ‘informed consent’, schreef Goldman al in 1988. Een boek zoals *In therapie of niet? Een praktische gids over psychotherapie* is een voorbeeld hiervan (Van Deth & Vandereycken, 2005).

Soms heeft psycho-educatie ook geen of negatieve resultaten. Men kan de cliënt overladen met informatie of door onzorgvuldigheid de cliënt bruuskereken. Een informatiefolder past binnen een psycho-educatief proces, maar enkel afvinken dat de folder werd verstrekt, volstaat dus niet. Uit onderzoek blijkt dat psycho-educatie niet werkt als de cliënt te veel pijn ervaart of als de cliënt psychotisch is. Het is noodzakelijk maatwerk te leveren en verder onderzoek te doen naar ongewenste effecten. Zo stellen Bonsack et al. (2015) dat “mal utilisée et mal comprise, la psychoéducation peut amener à réduire le sujet à un objet malade” (p. 82).

Inhoud en vorm van psycho-educatie

Inhoud

Psycho-educatie behelst het bespreken van de etiologie, progressie, gevolgen, prognose, behandeling en alternatieven. Het gaat over de behandeling, over hoe om te gaan met de diagnose, over therapietrouw en over het vermijden van een terugval of het verergeren van de symptomen (O’Donohue & Cummings, 2011). Kort door de bocht samengevat, geeft psycho-educatie een antwoord op drie vragen: wat heb ik, hoe kom ik eraan en hoe geraak ik ervan af?

In boeken, folders en websites vindt men vaak psycho-educatieve informatie per stoornis of thema. Het spreekt vanzelf dat de inhoud van dergelijk materiaal bij voorkeur door de clinicus wordt doorgenomen en geëvalueerd alvorens het te gebruiken in een concrete situatie. Een handig instrument voor medici (ook in de eerste lijn) is het boek *Wegwijzer bij psychische problemen* (Van Deth & Vandereycken, 2006), dat in heldere bewoordingen uitlegt hoe men allerlei psychische klachten kan begrijpen en wat men eraan kan doen. Vaak wordt bij de inhoud van psycho-educatie gedacht aan informatie over de diagnose, maar ook informatie

over het therapieverloop hoort hierbij (duur van de sessies, behandelplan, lengte van de therapie, manier van feedback geven en afsluiten). Maes (2005) ontwikkelde in dat verband een brochure met 27 items als hulpmiddel voor de clinicus.

De inhoud van psycho-educatie is gelimiteerd door de verbeelding van de personen die hulp nodig hebben en de therapeut die hier innovatief en creatief mee omgaat, schreef Authier al in 1977. Steeds zijn er nieuwe ontwikkelingen en dat in veel domeinen. Het vinden van concrete, geüpdatete bronnen van informatie vormt soms een probleem. Een artikel van Van Deth (2003) geeft een overzicht van goede informatie over (een hele reeks) psychische stoornissen. Het handboek van Hoencamp en Haffmans (2008) geeft eveneens een overzicht van psycho-educatieve interventies per aandoening. Een kleine zoektocht in ons taalgebied leert echter dat websites vermeld in een boek uit 2009 (Vandereycken & Van Deth, 2009) al achterhaald zijn. Degelijke bronnen van informatie zijn momenteel: de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid met onder andere de website <http://www.geestelijkgezondvlaanderen.be>, het Trimbos-instituut (<http://www.trimbos.nl>) en de Stichting GGZ Friesland (<http://www.ggzfriesland.nl>).

Vorm

Psycho-educatie kan worden gegeven door een multidisciplinair team of door een persoon uit een bepaalde discipline en kan individueel of in groepsverband plaatsvinden. Men kan een of meerdere inhoudelijke thema's aan bod laten komen. Er kan worden gekozen voor een diagnose maar men kan ook transdiagnostisch werken (bijvoorbeeld rond emoties). De informatie kan schriftelijk, digitaal of mondeling worden overgebracht. Het voordeel van mondelinge informatie is dat misverstanden snel opgehelderd kunnen worden en dat de informatie op maat kan worden gegeven. Schriftelijke informatie heeft dan weer het voordeel dat ze mee naar huis kan worden genomen en herlezen kan worden. Uit de vakliteratuur (Briere & Scott, 2014) komen vier aspecten naar voren die belangrijk zijn bij hand-outs voor cliënten: de kwaliteit van het materiaal (correcte en duidelijke informatie), de taal van het materiaal (niet beschuldigend, complex of religieus), culturele sensitiviteit (veel schriftelijk materiaal wordt ontwikkeld voor de blanke middenklasse) en, ten slotte, een goede balans tussen cognitieve en emotionele thema's.

Psycho-educatie kan zich richten op de familie, de cliënt of beide. Ze kan vooraf worden georganiseerd of minder gestructureerd 'à la minute' tijdens de sessie worden geïmplementeerd. Men kan psycho-educatie didactisch of procesgeoriënteerd aanpakken: een eenmalige informatiesessie organiseren of een groepsproces met lotgenoten installeren. Andere vormelijke aspecten waaraan bij psycho-educatie gedacht kan worden, zijn: de rol van de leider, de setting, het beschikbare personeel, het functioneren van de cliënt, het moment in het therapieverloop. Vaak vindt psycho-educatie aan het begin van de therapie plaats, maar het kan ook later in het therapieproces nut hebben, bijvoorbeeld wanneer trauma's of angsten ter sprake komen die de cliënt aanvankelijk niet durfde te vertellen.

Psycho-educatie wordt dus bij voorkeur aangepast aan de doelgroep en over de implementatie is door de clinicus nagedacht: wat geef je mee aan wie en in welke vorm? Zo moet psycho-educatie volgens Heeren, Linssen, Overduin en Kok (1997) bij ouderen een belangrijke plaats krijgen.

Ten eerste omdat samenhangend met de afname van gezondheid, autonomie, maatschappelijke rollen en het overlijden van belangrijke anderen, de problematiek complex en multidimensionaal is. Ten tweede omdat ouderen meer dan jongeren onbekend zijn met psychologische begrippen en meer geneigd zijn de oplossing buiten zichzelf, bij artsen of medicatie, te zoeken.

Conclusie: in de praktijk van de klinisch psycholoog

Psycho-educatie kan een waardevol onderdeel zijn van de praktijk van de klinisch psycholoog. Het gaat echter niet om een exclusieve taak van de psycholoog en kan zelfs leiden tot een vruchtbare multidisciplinaire samenwerking. De psycholoog legt vanuit zijn discipline wel bepaalde klemtonen: de ‘consensustekst’ over de uitoefening van de klinische psychologie (Belgische Federatie van Psychologen, 2002) spreekt over een duidelijke wetenschappelijke basis van het professioneel handelen. Die wetenschappelijke basis (kennis over motivatie, informatieverwerking, hypothesetoetsend denken, ...) vormt het fundament om psycho-educatie vorm te geven.

Een vaak gehoorde kritiek luidt dat psycho-educatie vooral thuishoort in bepaalde therapierichtingen, bijvoorbeeld de gedragstherapie. Deze bijdrage laat echter zien dat psycho-educatie kan passen binnen elk therapieproces. Het gaat dus bij het geven van informatie niet over een reductie van de realiteit, maar eerder om een poging door informatie psychische klachten op een respectvolle manier te duiden.

Psycho-educatie wordt gezien als zinvol en wetenschappelijk verantwoord. Echter, uit onderzoek van Getachew et al. (2009) blijkt dat cliënten slechts beperkt toegang hebben tot psycho-educatie. Uit een vragenlijstonderzoek bleek immers dat van de aangeschreven 100 Britse gemeenschapscentra voor geestelijke gezondheid er slechts 8 een psycho-educatief programma aanboden en 39 psycho-educatie op individueel niveau uitvoerden. Er is daar dus nog veel winst te boeken. Ook voor ons taalgebied zou het de moeite waard zijn de stand van zaken in kaart te brengen.

Het goed toepassen van psycho-educatie kan men het beste leren van experts uit de klinische praktijk. Zo krijgt in de postgraduaatopleidingen gedragstherapie psycho-educatie als volwaardige behandeltechniek een plaats in het curriculum (http://fac.ppw.kuleuven.be/clep/opleiding_gedragstherapie/). Concrete voorbeelden worden tijdens de opleiding gedemonstreerd en ingeoefend, bijvoorbeeld: hoe (met welke woorden en schema's) aan cliënten uitleggen hoe angststoornissen zich ontwikkelen.

Educatie, het overdragen van kennis, is het terrein van de leerkracht. Leerkrachten proberen bij het lesgeven hun leerstof zo vorm te geven dat leerlingen vanuit interesse nieuwe kennis opdoen. “Education is not the filling of a pail, but the lighting of a fire”, schreef Plutarchus al in het jaar 50 (geciteerd in Freedman, 2009). Dat geldt ook voor psycho-educatie: niet zomaar een stapel folders of boeken meegeven, maar vanuit klinisch psychologisch inzicht, psychodiagnostiek en een goede therapeutische relatie (gebaseerd op empathie, acceptatie en echtheid) bepalen waar de cliënt nood aan heeft, is essentieel. De (klinisch) psycholoog

dient een evenwicht te vinden tussen de inhoud van de psycho-educatie en het proces van de therapie. Zo ook moet hij bij het overbrengen van informatie voeling houden met de cliënt en aansluiten bij diens persoonlijke stijl.

Literatuur

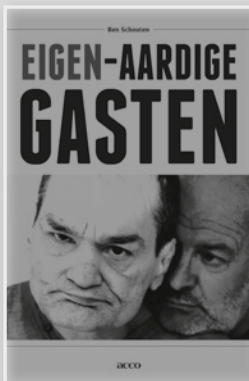
- Anderson, C.M., Gerard, E., Hogarty, G.E., & Reiss, D.J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 490-505. doi: 10.1093/schbul/6.3.490
- Authier, J. (1977). The psychoeducation model: Definition, contemporary roots and content. *Canadian Counsellor*, 12, 15-22.
- Bauml, J., Frobose, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (Suppl 1), S1-S9. doi: 10.1093/schbul/sblo17
- Belgische Federatie van Psychologen. (2002). *Consensusnota klinische psychologie*. Geraadpleegd via https://www.bfp-fbp.be/sites/default/files/consensustekst_bfp.pdf
- Bonsack, C., Rexhaj, S., & Favrod, J. (2015). Psychoéducation: définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173, 79-84. doi: 10.1016/j.amp.2014.12.001
- Briere, J., & Scott, C. (2014). Psychoeducation. In J. Briere & C. Scott (Eds.), *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment* (pp. 126). Thousand Oaks, CA: Sage. doi: 10.1080/15299730802492553
- Brown, N. (2011). *Psychoeducational groups: Process and practice*. New York, NY: Taylor & Francis. doi:10.4324/9780203847787
- Freedman, P. (2009). To nurture a flame. *Encounter*, 22(1), 7-10.
- Getachew, H., Dimic, S., & Priebe, S. (2009). Is psychoeducation routinely provided in the UK? Survey of community mental health teams. *BJPsych Bulletin*, 33, 102-103. doi: 10.1192/pb.bp.107.018077
- Goldman, C.R. (1988). Toward a definition of psychoeducation. *PsychiatryOnline*, 39, 666-668. doi: 10.1176/ps.39.6.666
- Guerney, B., Stollak, B., & Guerney, L. (1971). The practicing psychologist as educator: An alternative to a medical practitioner model. *Professional Psychology*, 2, 271-272. doi: 10.1037/h0031716
- Heeren, T.J., Linsen, A.C.G., Overduin J.D., & Kok, R.M. (1997). Psychiatrische psychotherapie bij ouderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 146-160.
- Hoencamp, E., & Haffmans, J. (2008). *Psycho-educatie in de ggz en de verslavingszorg*. Assen: Van Gorcum. doi: 10.1007/bf03080475
- Luderer, H.J., & Böcker, F.M. (1993). Clinicians' information habits, patients' knowledge of diagnoses and etiological concepts in four different clinical samples. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 266-272. doi: 10.1111/j.1600-0447.1993.tb03455.x
- Maes, E.F.A. (2005). *Praktijkafspraken gebundeld in een brochure: een pilotonderzoek*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 583-592.
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Ebert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 579-587. doi: 10.1037/0022-006x.72.4.579
- O'Donohue, N., & Cummings, W. (Eds.) (2011). *Evidence-based adjunctive treatments*. San Diego, CA: Academic Press.

- Vandereycken, W., & Van Deth, R. (2009). *Handboek psychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. doi: 0.1007/978-90-313-7516-5
- Van Deth, R. (2003). Waar vind ik goede informatie over psychische stoornissen? *Psychopraxis*, 5, 137-140. doi: 10.1007/bf03072091
- Van Deth, R., & Vandereycken, W. (2005). *In therapie of niet?* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Deth, R., & Vandereycken, W. (2006). *Wegwijzer psychische problemen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Personalia

Evelien De Kempeneer, psycholoog en gedragstherapeut, is als teamleider instapteam en ouderenzorg werkzaam bij het CGG Eclips te Gent.

E-mail: e.dekempeneer@cggeclips.be



Eigen-aardige gasten

Observatie, diagnose en behandeling van ernstige gedragsproblemen bij personen met een verstandelijke beperking

Ben Schouten

Maak kennis met een bijzondere groep van mensen. 'Gasten' met een matig, ernstig of diep verstandelijke beperking en eventuele autismespectrumstoornis die door hun 'eigen-aardige' gedrag geen plaats vinden in onze samenleving. Dienstencentrum St.-Oda in Overpelt bekommert zich al meer dan een kwarteeuw over die moeilijke en soms vergeten doelgroep. Vanuit heel Vlaanderen worden de kinderen en volwassenen die nergens anders meer terecht kunnen, opgevangen in observatieafdeling 'Ster 2'. Tijdens de observatieperiode kunnen de gast, zijn familie, leerkrachten en begeleiders tot rust komen. De specifieke noden van de gast worden in kaart gebracht. Met hart en verstand wordt menselijk en professioneel gezocht naar de aanpassingen en aanpak die een leefbaar leven mogelijk maken.

De kracht van dit boek schuilt in de bundeling van een schat aan vakkennis en werkervaring. Praktijksituaties illustreren herkenbare problematiek en concrete aanpak. Het boek is niet alleen een aanrader voor opvoeders, pedagogen, psychologen en (para)medici, maar biedt iedereen de unieke kans om via die weg toch een aantal 'eigen-aardige gasten' te ontmoeten.

BEN SCHOUTEN is (psychiatrisch) verpleegkundige en theoretisch psycholoog en doctoreerde in de psychologische wetenschappen aan de KU Leuven. Hij werkt als coördinator wetenschappelijk onderzoek voor vzw Stijn. Vzw Stijn is een koepelorganisatie die zorg organiseert voor personen met een beperking. De vzw groeide voort uit dienstencentrum St.-Oda in Overpelt.

ISBN 978 94 6292 306 5 //200 blz. // € 28,90 (excl. verzendingskosten)

Koop dit boek online op www.uitgeverijacco.be of in de boekhandel.

Voor België: Uitgeverij Acco
E-mail: bestelling@acco.be

acco
MAAKT KENNIS MET U

Voor Nederland: Acco Nederland
E-mail: info@uitgeverijacco.nl