

De betekenis van herstel onder patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening

Master Psychologie

Positieve Psychologie & Technologie

Masterthese

Naam: Manon van Brakel
Studentennummer: s1380869
Eerste begeleider: Prof. Dr. G.J. Westerhof
Tweede begeleider: Dr. A.M. Sools
Plaats: Universiteit Twente
Datum: 14 april 2015

Inhoud

Samenvatting.....	3
Abstract	4
1. Inleiding	5
1.1 Enstige psychiatrische aandoening.....	5
1.2 Geschiedenis	6
1.3 Herstel.....	7
1.4 Patiëntenperspectief.....	9
1.5 PhotoVoice	11
1.6 Van praktijk naar onderzoek.....	12
2. Methode	15
2.1 Design	15
2.2 Setting.....	16
2.3 Deelnemers	16
2.4 Interviews	17
2.5 Analyse	18
2.6 Codeerproces	19
3. Resultaten.....	21
3.1 Belangrijke anderen.....	21
3.1.1 Binding	23
3.1.2 Gezelschap.....	23
3.1.3 Informatieve steun	24
3.1.4 Instrumentele steun.....	24
3.1.5 Vertrouwen	24
3.1.6 Emotionele steun	25
3.2 Belangrijke plaatsen.....	25
3.2.1 Op gemak voelen	27
3.2.2 Veilig voelen.....	27

3.2.3 Vrijheid	27
3.2.4 Rust	27
3.2.5 Plaats van herkomst	27
3.3 Belangrijke activiteiten	27
3.3.1 Daginvulling	29
3.3.2 Ontspanning	29
3.3.3 Fit voelen	29
3.3.4 Zelfexpressie	30
3.3.5 Zelfontplooiing	30
3.4 Innerlijke betekenis	30
3.4.1 Fysieke verschijning	32
3.4.2 Persoonlijkheid	32
3.4.3 Acceptatie	33
3.4.4 Doelen	33
3.4.5 Ambitie	33
3.4.6 Betekenis	34
3.5 Materiële steun	34
3.5.1 Medicatie	35
3.5.2 Geld	35
3.6 De categorieën en concepten	36
4. Conclusie en discussie	38
4.1 Belangrijkste bevindingen	38
4.2 Bevindingen in de context van de literatuur	39
4.3 Reflectie	42
4.4 Aanbevelingen	45
4.5 Afsluitende conclusie	46
Referenties	48

Samenvatting

Aanleiding Het leiden aan een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) kan een verwoestende invloed hebben op de kwaliteit van leven. In het verleden werd een EPA beschouwd als een chronische en invaliderende ziekte waarvan men niet meer kon herstellen. Mede door de opkomst van de herstelbeweging werd dit ter discussie gesteld. Daarnaast ontstaat er steeds meer kritiek op het overheersende biomedische model, omdat deze niet lijkt aan te sluiten op de behoeften van de patiënten. Een recente studie van Vansteenkiste vond door middel van de PhotoVoice methode vier kernthema's in herstel: belangrijke anderen, belangrijke plaatsen, belangrijke activiteiten en innerlijke betekenis. In dit onderzoek wordt onderzocht of deze vier kernthema's terug te vinden zijn in de interviews die zijn gehouden met een nieuwe onderzoeksgroep. Doel van dit onderzoek is om vanuit het patiëntenperspectief een model te ontwikkelen van betekenisvolle factoren voor patiënten met een EPA tijdens het herstelproces. Door middel van dit model kunnen behandelingen beter worden afgestemd op de patiënt om zo een optimaal herstel en herintegratie in de maatschappij te bevorderen.

Methode Dit onderzoek maakt deel uit van een grotere studie naar de perceptie van patiënten met een EPA rondom persoonlijk herstel. Voor dit onderzoek zijn interviews van negen deelnemers geanalyseerd. Voor het ontwikkelen van het codeerschema is er gewerkt met een vooropgezette indeling en deels met de grounded theory. Het opgestelde codeerschema heeft betrekking op belangrijke anderen, belangrijke plaatsen, belangrijke activiteiten, innerlijke betekenis en materiële steun.

Resultaten Uit de resultaten blijkt dat de meeste steunende factoren betrekking hebben op de persoon zelf. Vooral het hebben van bepaalde eigenschappen en het accepteren van de ziekte wordt als erg helpend ervaren. Het hebben van waardevolle relaties met anderen uit de omgeving lijkt daarnaast onmisbaar. Het doen van activiteiten om de dag op te vullen en zichzelf verder te ontwikkelen, helpt de deelnemers om verder te kijken dan de ziekte. Deelnemers hechten ook waarde aan het krijgen van materiële steun, namelijk de juiste medicatie en voldoende geld. Tot slot ervaren weinig deelnemers steun aan bepaalde plaatsen waar zij zich prettig voelen.

Conclusie In vergelijking met de gevonden literatuur lijkt dit ontwikkelde model het meest alomvattend. Het is een breed en overzichtelijk model dat gemakkelijk kan worden toegepast in de praktijk. Belangrijk is dat een behandeling ondersteuning biedt op de diverse gevonden factoren. De hoeveelheid ondersteuning is afhankelijk van de mate van belangrijkheid voor de patiënt.

Abstract

Background A serious mental illness (SMI) can have a devastating impact on quality of life. In the past, a SMI was considered as a chronic and debilitating disease which they could not recover. This information is questioned because of the rise of the recovery movement. Moreover, there is an increasing criticism of the dominant biomedical model. Reason for this is that the model is not meeting de patients' recovery needs adequately. A recent study by Vansteenkiste explored with de PhotoVoice method detected four key elements in recovery: significant others, significant places, significant activities and inner significance. This research investigates whether these four key elements are reflected, by analysing the interviews with a new research group. The aim of this research is to develop a model from the point of the patients' view with a SMI of meaningful factors during recovery. Through this model, treatments can be better tailored to the patient in order to promote an optimal recovery and reintegration into society.

Method This research is part of a study which explored de perceptions of recovery from patients with a SMI. For the research we analysed the interviews of nine participants to create a coding scheme. This scheme is based on a preconceived format and on principles of the grounded theory. The code scheme that eventually has been created refers to the categories significant others, significant places, significant activities, inner significance and material support.

Results The results indicate that the most supportive factors relate to the individual. In particular, having certain personal characteristics and the acceptance of the disease is experienced as extremely useful. Also having valuable relationships seems out to be indispensable. Activities to fill their day and to develop themselves help the participants to look beyond the disease. Participants also value material support, namely the right medication and enough money. Finally, few participants experienced support to certain places where they feel comfortable.

Conclusion This developed model seems to be the most comprehensive compared to the literature. It is a broad and well-organized model that can be easily applied in practice. It is important that a treatment provides support on the various factors of this model. The amount of support depends on the degree of importance for the patient.

1. Inleiding

In het verleden werd een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) beschouwd als een ziekte waar men niet meer van kon herstellen. Tegenwoordig wordt er gedacht dat personen met een EPA wel degelijk herstel kunnen bereiken. Deze verandering in visie komt o.a. voort uit de opkomst van de herstelbeweging. Professionals kregen meer belangstelling voor de verhalen van patiënten met een EPA en het begrip ‘herstel’ wordt nu meer vanuit het perspectief van de patiënt gezien. Daarnaast ontstaat er steeds meer kritiek op het klassieke biomedische model. De behoeften van patiënten die herstellen van een EPA zouden niet overeenkomen met dit model en zorgden voor veel ontevredenheid. Het biomedische model sluit meer aan bij de visie die vroeger heerste maar lijkt nu niet meer te voldoen. Het begrip ‘herstel’ is geherdefinieerd en er komt steeds meer aandacht voor de vorm ‘persoonlijk herstel’, in tegenstelling tot vroeger. Om deze redenen is er meer behoefte aan onderzoek naar de perceptie van patiënten rondom herstel. Hierdoor is er voor gekozen om dit onderzoek te doen vanuit het patiëntenperspectief. Daarnaast is er behoefte aan een praktisch en breed model die verder rijkt dan het biomedische model en beter aansluit op de behoeften van patiënten.

1.1 Ernstige psychiatrische aandoening

Het hebben van een EPA heeft een grote impact op iemands leven. In Europa wordt de term ‘EPA’ gereserveerd voor de subgroep patiënten met een ernstige psychische ziekte die in zorg zijn bij de geestelijke gezondheidszorg (Delespaul & consensusgroep EPA, 2013). Daarbij moet de psychiatrische stoornis een persisterend verloop hebben (>2 jaar) en moet er sprake zijn van disfunctioneren. Geschat wordt dat de populatieprevalentie in Nederland van mensen met een EPA op 281.000 patiënten staat. De gevolgen van een EPA zijn meestal groot. Mensen met een EPA worden vaak omschreven als eenzaam en geïsoleerd en een studie laat zien dat zij doorgaans kleine sociale netwerken hebben, die in het teken staan van familie en professionals (Andersson, Denhov, Bülow & Topor, 2014). Het stigma van de psychiatrische diagnose en de geassocieerde stereotypen kunnen leiden tot sociale terugtrekking en verwerping (Perry, 2011). Andere veelvoorkomende gevolgen zijn werkloosheid (Nordt et al., 2012) en zelfs een kortere levensduur (Planner, Gask & Reilly, 2014). De last van meervoudige fysieke, psychische en sociale problemen heeft een verwoestende invloed op de kwaliteit van leven en belemmert het herstel.

1.2 Geschiedenis

In het verleden werd een EPA, zoals schizofrenie, beschouwd als een chronische en invaliderende ziekte die verslechterde gedurende het leven (Drake & Whitley, 2014). Hierdoor kregen de meeste patiënten een beangstigende prognose, de klachten zouden alleen maar verergeren. Andresen, Oades en Caputi (2003) spreken ook wel van de ‘prognose van de ondergang’, die alle hoop op herstel of zelfs maar een tevreden leven weg nam. De geestelijke gezondheidszorg systemen waren destijds gebaseerd op de overtuiging dat mensen met een EPA niet konden herstellen (Anthony, 2000). Patiënten werden ontmoedigd om deel te nemen aan normatieve activiteiten, zoals werken, onderwijs, intieme relaties en zelfstandig wonen (Drake & Whitley, 2014). Hierdoor ontwikkelden de patiënten service-afhankelijke levensstijlen met lange institutionalisering, zware medicatie, beschutte activiteiten en gecontroleerde huisvesting. In tegenstelling tot andere gebieden van de geneeskunde, breidde de psychiatrie haar gezag uit om ook invloed uit te kunnen oefenen op de woonomgeving van de patiënten, hun relaties en wat ze deden met hun vrije tijd. De toen heersende definitie van herstel geeft Whitley (2014). Volgens hem wordt herstel in traditionele, epidemiologische en klinische terminologie geoperationaliseerd als een uitkomst, gedefinieerd als terugkeer naar premorbide niveaus van gezondheid en functioneren. Hij haalt in zijn studie het baanbrekende onderzoek aan van Courtenay Harding en collega’s met deze definitie van herstel als uitgangspunt. In hun onderzoek wordt gesuggereerd dat een deel van de mensen met een EPA wel een dergelijk herstel bereiken in de jaren na een eerste episode. Volgens Harding en Zahniser (1994) hebben studies consequent aangetoond dat de helft tot twee derde van de patiënten aanzienlijk verbeterd of hersteld. Hierbij werd als criteria gehanteerd dat de patiënten geen tekenen of symptomen van een psychische aandoening mochten hebben, geen medicatie hadden, werkten, een goede band hadden met familie en/of vrienden en geïntegreerd waren in de samenleving. Dit dient volgens de onderzoekers als tegenbewijs voor de mythe ‘*once a schizophrenic always a schizophrenic*’ (Harding & Zahniser, 1994). Dergelijke bewijzen weerlegt volgens Whitley (2014) de vooruitzichten dat psychische aandoeningen onomkeerbaar, chronisch en progressief invaliderend zouden zijn. De schuld aan deze traditionele pessimistische visie op bijv. schizofrenie wordt o.a. gegeven aan de verwarrende diagnostische classificatiesystemen en de ‘illusie van de clinicus’ (Andresen, Oades & Caputi, 2003). Deze illusie houdt in dat de clinicus herhaaldelijk wordt blootgesteld aan personen met de zwaarste problematiek en hen ziet als ‘typische gevallen’ van de caseload. Terwijl in feite deze personen maar een klein deel representeren van de gehele werkelijke doelgroep (Harding & Zahniser, 1994).

In de jaren '70 en '80 kwam er een cliëntenbeweging op gang. Deze kwam op voor de rechten van de cliënt en 'the Doctor knows best' was niet langer een vaststaand gegeven (Nederland & Duyvendak, 2004). Het begrip 'herstel' in de psychiatrische zorg vond sinds het begin van de jaren '90 ingang in Nederland (Phrenos Kenniscentrum, 2010). Er kwam een groeiende herstelbeweging op gang die bestond uit mensen die de kracht van herstel aan den lijve hadden ondervonden en in opstand kwamen tegen de stroom van de gangbare psychiatrische opvattingen. Er werd een groeiend aantal persoonlijke verhalen over herstel gepubliceerd waarin de ervaringen van patiënten tijdens hun eigen herstelproces waren vastgelegd. In Nederland is Wilma Boevink een belangrijke voortrekker in de herstelbeweging. Zij kreeg de Ereprijs 2014 van Fonds Psychische Gezondheid toegekend voor de wijze waarop zij de talenten en krachten van mensen met een EPA bevordert. Door het publiceren van herstelverhalen door patiënten zelf kwam het concept herstel in een stroomversnelling terecht (Andresen, Oades & Caputi, 2003). De paternalistische overtuiging van vroeger wordt nu dan ook uitgedaagd door een internationaal paradigma verschuiving rondom het begrip herstel (Drake & Whitley, 2014).

1.3 Herstel

Het begrip 'herstel' krijgt dus steeds meer aandacht in de geestelijke gezondheidszorg. Barczyk (2014) noemt verschillende vormen van herstel. Zij spreekt van 'klinisch herstel', 'ziekte beheer herstel' en 'persoonlijk herstel'. 'Klinisch herstel' richt zich op de remissie van de symptomen of de genezing van de ziekte. 'Ziekte beheer herstel' houdt de therapietrouw in om symptomen en terugval te minimaliseren. Een aanzienlijk deel van de mensen met een EPA heeft moeite om zich aan deze therapie te houden, om op geplande afspraken te komen en om voorgeschreven medicatie op de juiste manier in te nemen (Swartz, Swanson, Wagner, Burns & Hiday, 2001). 'Persoonlijk herstel' focust zich op de verschuiving van de rol van de patiënt van iemand die een psychische aandoening heeft, naar iemand die volledig functioneert in de samenleving ondanks aanhoudende klachten. De vormen 'klinisch herstel' en 'persoonlijk herstel' krijgen vanuit de literatuur de meeste aandacht, mogelijk omdat deze twee vormen ten opzichte van vroeger en nu vaak tegenover elkaar lijken te staan, als het gaat om de behoeften van de professionals en die van de patiënten. Om deze reden zullen deze twee vormen in dit onderzoek voornamelijk aan bod komen.

De vorm 'klinisch herstel' sluit het meest aan bij het overheersende biomedische model in de geestelijke gezondheidssector. Dit model stelt volgens Deacon (2013) dat psychische stoornissen hersenziekten zijn en benadrukt het belang van farmacologische behandelingen bij vermoedelijke biologische afwijkingen. Deze biologisch gerichte benadering domineert het zorgstelsel al voor

meer dan drie decennia. Het model richt zich op de ziektemechanismen en gaat ervan uit dat het psychologische en het sociale aspect niet essentieel zijn voor het begrijpen en behandelen van patiënten (Lane, 2014). Het laat geen ruimte voor de sociale, psychologische en gedragsmatige aspecten van de ziekte en gaat ervan uit dat psychologische verschijnselen volledig kunnen worden gereduceerd tot hun biologische oorzaken (Deacon, 2013). Door middel van medicatie wordt geprobeerd de hersenziekten te corrigeren, die veroorzaakt worden door chemische onevenwichtigheden. Het model heeft geleid tot de ontwikkeling van empirisch ondersteunende psychologische behandelingen voor verschillende psychische stoornissen. Echter wordt de psychotrope medicatie ook in verband gebracht met een gebrek aan klinische innovatie en slechte lange termijn effecten voor de geestelijke gezondheid. Moderne psychofarmaca zouden over het algemeen niet veiliger of effectiever zijn dan die bij toeval een halve eeuw geleden zijn ontdekt. Bovendien zouden wetenschappers nog voor geen enkele psychische stoornis een biologische oorzaak hebben gevonden. Volgens Buchanan, Peterson en Falkmer (2014) komen de behoeften van de personen die herstellen van een EPA niet overeen met het biomedische model, wat tot veel ontevredenheid zorgt. Het model wordt nu bekritiseerd omdat het psychische aandoeningen beschouwd als een probleem gebaseerd op een biologische ziekte, consumenten worden gezien als passieve patiënten die hun behandeling alleen ‘ontvangen’ en omdat het model niet adequaat voldoet aan de herstel behoeften van de consument. De ontevredenheid van de consumenten heeft de ontwikkeling, waarbij de nadruk meer gelegd wordt op cliënt-gerichte dienstverlening, vergemakkelijkt.

Een definitie van herstel die meer aansluit bij deze nieuwe ontwikkeling en een vorm is van ‘persoonlijk herstel’ geeft Whitley (2014). Deze is gemaakt door de Mental Health Commission van Canada (MHCC): *“herstel gaat om een proces van groei en transformatie wanneer de persoon weg beweegt van de acute nood, vaak geassocieerd met een psychisch probleem of ziekte, en nieuwe sterke punten en manieren van zijn ontwikkeld”* (MHCC, 2009, p.28). Deze vorm van herstel en definitie worden op verschillende manieren uitgewerkt. Buchanan, Peterson en Falkmer (2014) spreken over herstel behoeften. Volgens hen wordt door de meer cliënt-gerichte dienstverlening de actieve deelname van cliënten in hun herstelproces vergemakkelijkt, stelt het hen in staat om hun unieke behoeften te definiëren en identificeren, en steunt het hen om herstel middelen te bemachtigen. De behoeften van personen die herstellen van een EPA hebben betrekking op de volgende gebieden; werk, thuis, onderwijs, spiritualiteit, huisdieren, interpersoonlijke relaties en welzijn. Le Boutillier et al (2014) vult de definitie, gegeven door de MHCC, aan met dat herstel juist een proces is. Het is een uniek en persoonlijk proces van transformatie waarbij de persoon zelf

de regie heeft. Hij of zij heeft de mogelijkheid om een nieuw zelf te ontdekken om een psychiatrische aandoening te overwinnen en daarnaast om de controle en de verantwoordelijkheid terug te winnen om zelf beslissingen in het leven te maken. Het is volgens hen een reis van hoop, empowerment, verbondenheid, identiteit, betekenis en doel. Tot slot legt Anthony (1993) de nadruk op het leiden van een bevredigend leven. Volgens hem verwijst herstel in de geestelijke gezondheidszorg naar het proces van het veranderen van attitudes, waarden, gevoelens, doelen en vaardigheden om een bevredigend leven te leiden binnen de beperkingen als gevolg van de ziekte.

De betekenis van herstel is dus breder dan vroeger werd gedacht en lijkt het niet alleen te gaan om een uitkomstmaat. Door de jaren heen heeft de definitie al verschillende ontwikkelingen ondergaan en is geherdefinieerd. Onderzoeken hebben laten zien dat herstel wel mogelijk is bij personen met een EPA. Daarnaast lijkt de focus nu niet meer alleen te liggen op het bestrijden van de lichamelijke klachten, wat gedaan wordt door het biomedisch model, maar lijken meer aspecten van het leven belangrijk te zijn.

1.4 Patiëntenperspectief

Doordat er steeds meer aandacht komt voor persoonlijk herstel en voor de perceptie van patiënten, zijn er verschillende onderzoeken gedaan naar het patiëntenperspectief. Wilken (2010) heeft een systematische review gedaan naar het patiëntenperspectief ten opzichte van het begrip ‘herstel’. Hij heeft 28 verschillende studies geselecteerd waarin meer dan 950 proefpersonen zijn opgenomen uit 11 verschillende landen. Deze studies omvatten meestal een analyse van persoonlijke verhalen. Wilken ontdekte dat het werkelijke herstelproces bestaat uit drie fases. In de eerste fase (stabilisatie) is de belangrijkste taak om controle over de ziekte te krijgen. In de tweede fase, de heroriëntatie, proberen patiënten een verklarend kader te ontwikkelen voor het begrijpen van de ziekte en om een positief toekomstperspectief te ontwikkelen. De patiënt gaat werken aan een psychologisch herstel en doet een inventarisatie van de intacte zelf, van zijn of haar waarden, sterke en zwakke punten. De patiënt werkt aan het opbouwen van een positieve identiteit en neemt de verantwoordelijkheid over de ziekte. In de derde fase (re-integratie) beweegt de patiënt in rollen die zinvol, productief en gewaardeerd worden door de samenleving. Naast het ontdekken van de verschillende fases in een herstelproces, probeerde Wilken in deze 28 verschillende studies ook de factoren te achterhalen die bijdragen aan het herstel. De factoren deelt hij in vijf clusters die samen een multidimensionaal model vormen:

- 1) *Factoren die zorgen voor persoonlijke motivatie om te starten met herstel en om vooruit te gaan* (bijv. de wil om betekenis te creëren, het maken van positieve veranderingen, hoopvol zijn, geloven dat herstel mogelijk is)
- 2) *Factoren die bijdragen aan de wederopbouw van de identiteit* (bijv. het scheiden van symptomen en omgevingsfactoren van de persoonlijkheid, betekenis geven aan eerdere ervaringen, ontdekken van persoonlijke sterke kanten en de integratie van de ziekte in een (nieuwe) positieve identiteit)
- 3) *Factoren die behoren tot het ontwikkelen van competenties voor het omgaan met de ziekte en de omgeving* (bijv. het ontwikkelen van vaardigheden voor het omgaan met de ziekte en de gevolgen ervan, ontwikkelen van competenties om het leven en de identiteit in het (nieuwe) perspectief te plaatsen, ontwikkelen van zelfzorg en sociale vaardigheden)
- 4) *Factoren die bijdragen aan de sociale betrokkenheid* (bijv. deelnemen aan zinvolle activiteiten, deelnemen aan sociale rollen, aangaan van positieve relaties)
- 5) *Omgevingsfactoren die dienen als hulpmiddelen voor herstel* (bijv. ondersteunende relaties, materiele middelen (huisvesting, inkomen) en de geestelijke gezondheidszorgmiddelen (medicatie, psychotherapie, begeleiding))

Omdat Wilken's onderzoek betrekking heeft op 11 verschillende landen, beschrijft hij ook de resultaten van een kwalitatief empirisch onderzoek in Nederland. Dit onderzoek is gebaseerd op de analyse van 13 verhalen en werd uitgevoerd bij mensen met (langdurige) geestelijke gezondheidszorg ervaringen in Nederland (Wilken, 2010). Binnen deze analyse was er speciale aandacht voor de opvattingen van de deelnemers over wat effectief was in hun herstelproces en de rol van de geestelijke gezondheidszorg. Veel mensen waren tijdens hun herstelproces graag in een omgeving waarin veiligheid, sociaal contact, ondersteuning en erkenning werd verleend. Ook werd er waarde gehecht aan het hebben van een fatsoenlijke huisvesting, huisdieren en het behoren tot een bepaalde gemeenschap (gevoel van verbondenheid). Sociale steun bleek een belangrijke factor in het herstelproces, zoals van familie, collega's en hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast bleek 'empowerment' een belangrijke rol te spelen, zoals het hebben van een zekere doelgerichtheid, voldoende zelfvertrouwen, voldoende fysieke en mentale energie en het geloof dat iemand heeft in zijn of haar mogelijkheden. In het domein van de geestelijke gezondheidszorg bleek medicatie belangrijk, een veilige omgeving en professionals die steun verlenen.

Een moeilijkheid in het onderzoek naar herstelverhalen is dat het voor personen met een EPA erg lastig kan zijn om zaken onder woorden te brengen. Het begrip ‘herstel’ is voor een doorsnee persoon, zonder problematiek, vaak al lastig te omschrijven. Een EPA kan daarbij de cognitieve functies aantasten. Personen die leiden aan psychoses, een ziektebeeld dat onderdeel vormt van een EPA, worden onder andere gekenmerkt door hun veranderd taalgebruik (Van den Bosch, 2008). Onderzoeken naar het taalgebruik bij schizofrenen laten zien dat hun denken en spraak geregeld wordt onderbroken en dat zij zich nadien niet meer herinneren wat zij aan het vertellen waren, noch wat ze wilden vertellen (Andreasen & Grove, 1986). Andere voorbeelden zijn een grotere herhaling van woorden of woordflarden (Morice & McNicol, 1986) en relatief veel semantische en syntactische fouten (Thomas, King & Fraser, 1987). De grammatica regels worden hierbij niet goed toegepast, er wordt een verkeerde woordvolgorde gehanteerd en de betekenis van de zin is niet correct. Het is dus zowel moeilijk voor de persoon met een EPA om zijn of haar mening onder woorden te brengen, als voor de interviewer of professional om zijn of haar mening te interpreteren.

1.5 PhotoVoice

De PhotoVoice is een participatieve onderzoeksmethode die mensen in staat stelt om door middel van een fototoestel hun ervaringen te documenteren en te bespreken (Cabassa, Nicasio & Whitley, 2013). Het kan gebruikt worden voor een effectieve toegang naar de persoonlijke ervaringen en het verkennen en delen van persoonlijke kennis over het herstel (Clements, 2012). De PhotoVoice methode zou mensen met een EPA kunnen ondersteunen in het verwoorden bij wat zij belangrijk vinden in hun herstelproces.

Sitvast (2014) heeft de PhotoVoice methode toegepast bij patiënten met een EPA in de geestelijke gezondheidszorg. Het fotograferen werd in dit onderzoek gebruikt om patiënten te helpen in hun proces van betekenisverlening, gemaakt door ervaringen in hun leefwereld. De PhotoVoice is ontwikkeld vanuit de hermeneutiek van Ricoeur. Ricoeur heeft een theorie ontwikkeld over hoe mensen betekenis geven aan hun ervaringen in het echte leven door het construeren van een verhaal. Volgens Sitvast verrijkt de hermeneutische filosofie van Ricoeur duidelijk de praktijk van de zorgverlening. Deze aanpak draagt volgens hem bij aan de verwerking van ervaringen, het oppakken van verantwoordelijkheden en een grote openheid over hun ervaringen met de behandelaars.

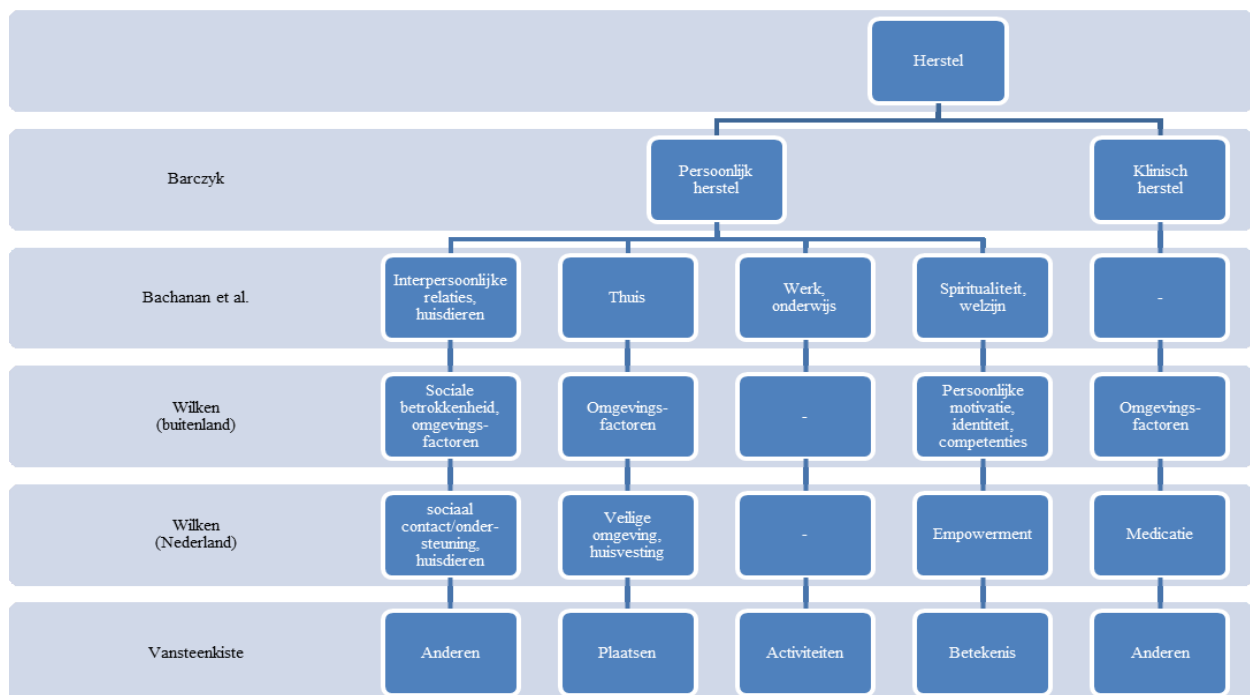
Vansteenkiste heeft in 2013 en 2014 gebruik gemaakt van de PhotoVoice methode in België. Door middel van deze methode onderzoekt hij hoe mensen met ernstige psychiatrische problemen

ervaringen waarnemen van persoonlijk herstel. Hij verkent de betekenis en beleving van persoonlijk herstel, waarbij gebruik wordt gemaakt van de kracht van visuele beelden en verhalen. Het onderzoek is uitgevoerd bij twee groepen deelnemers in dezelfde setting en van dezelfde doelgroep. Praktijkbevindingen laten vier kernthema's van persoonlijk herstel zien bij de eerste groep deelnemers, met ieder hun eigen relevantie en focus. Binnen elk kernthema zijn verschillende subthema's opgesteld. Deze kernthema's kwamen tot stand op basis van de participatieve methode in gesprek met de deelnemers, aan de hand van de foto's die gemaakt waren (Vansteenkiste, 2014):

- 1) *Belangrijke anderen*; focus op verbondenheid, sociale interactie, familie en vrienden, vertrouwen, steun
- 2) *Belangrijke plaatsen*; focus op belangrijke persoonlijke locaties, plaatsen van herkomst, op gemak voelen, veilig voelen
- 3) *Belangrijke activiteiten*; focus op zelfexpressie, energie vinden, creatief zijn, werk
- 4) *Innerlijke betekenis*; focus op spiritualiteit, identiteit, betekenis, persoonlijke reflecties, vrijheid van gedachte, ambitie

1.6 Van praktijk naar onderzoek

De besproken literatuur en bevindingen worden weergegeven in figuur 1.



Figuur 1. Schematische weergave van de gevonden literatuur.

In figuur 1 worden de overeenkomsten en verschillen duidelijk tussen de gevonden literatuur. Uit de literatuur blijkt dat er veel waarde wordt gehecht aan de vormen ‘persoonlijk herstel’ en ‘klinisch herstel’ van Barczyk (2014). Echter de mate van belangrijkheid en hoe deze kunnen worden vormgegeven in de praktijk verschilt per onderzoeker. Bachanan, Peterson en Falmer (2014) spreken over herstel behoeften. Zij noemen verschillende behoeften die allen een onderdeel kunnen vormen van persoonlijk herstel, zoals ‘interpersoonlijke relaties’, ‘thuis’, ‘werk’ en ‘spiritualiteit’. Daarentegen lijken zij geen behoeften te noemen die kunnen vallen onder klinisch herstel. Wilken (2010) beschrijft in zijn onderzoek in het buitenland én in Nederland factoren die zowel geplaatst kunnen worden onder persoonlijk herstel als klinisch herstel. Hij laat beide vormen van herstel terugkomen. De factoren van zijn onderzoek in het buitenland en in Nederland zijn anders geformuleerd, echter de betekenis komt veelal overeen. Cluster 1 ‘factoren voor persoonlijke motivatie’, cluster 2 ‘factoren die bijdragen aan de identiteit’ en cluster 3 ‘factoren voor het ontwikkelen van competenties’ van Wilken’s onderzoek in het buitenland worden namelijk ook terug gezien in de factor ‘empowerment’, die hij noemt in zijn onderzoek in Nederland. Onder cluster 5 ‘omgevingsfactoren’ in zijn onderzoek in het buitenland vallen de deelclusters ‘ondersteunende relaties’, ‘materiele middelen’ (o.a. huisvesting) en de ‘geestelijke gezondheidszorgmiddelen’ (o.a. medicatie). Deze cluster komt overeen met de factoren die hij noemt in zijn onderzoek in Nederland, zoals ‘ondersteuning’, ‘huisvesting’ en ‘medicatie’. Vansteenkiste (2014) noemt eveneens diverse factoren van persoonlijk herstel. Zijn factoren zijn erg breed en reiken van omgevingsfactoren tot het psychologische aspect. In de figuur is te zien dat de gevonden behoeften door Bachanan, Peterson en Falmer (2014) en de factoren van Wilken (2010) grotendeels te plaatsen zijn onder de kernthema’s van Vansteenkiste. Zo kunnen onder het kernthema ‘activiteiten’ van Vansteenkiste de behoeften ‘werk’ en ‘onderwijs’ van Bachanan, Peterson en Falmer (2014) vallen. Ook het kernthema ‘anderen’ van Vansteenkiste is een overkoepelend begrip voor factoren als ‘interpersoonlijke relaties’, ‘huisdieren’, ‘sociale betrokkenheid’ en ‘sociaal contact’ van de andere onderzoekers. De vorm ‘klinisch herstel’ komt in mindere mate terug in het model van Vansteenkiste, in vergelijking met Wilken’s onderzoek in het buitenland. De ondersteuning van hulpverleners kan geplaatst worden onder het kernthema ‘anderen’ van Vansteenkiste, wat een vorm is van klinisch herstel. Echter het toedienen van bijv. de juiste medicatie lijkt hierin niet te zijn opgenomen. Desondanks lijkt het model van Vansteenkiste vanuit de literatuur tot nu toe het meest overkoepelend en alomvattend. Beide vormen van herstel komen in meer of mindere mate terug in zijn model. Bovendien lijken de factoren van de andere onderzoekers te specifiek gekozen. De behoeften en factoren die door de andere onderzoekers

worden genoemd, zouden in het model van Vansteenkiste kunnen dienen als subthema's. Een gevolg van te specifieke factoren kan zijn dat belangrijke gegevens verloren gaan doordat ze niet worden opgenomen in het model. Zo kan in het model van Bachanan, Peterson en Falmer (2014) wat betreft plaatsen alleen de behoefte 'thuis' worden opgenomen, maar geen andere plaatsen waar de persoon zich prettig voelt of veel waarde aan hecht.

De praktijkbevindingen van Vansteenkiste dienen als inspiratie en worden in dit onderzoek verder onderzocht om zo tot een breder en meer geïntegreerd begrip van herstel te komen. Het doel van dit onderzoek is om de vier kernthema's van Vansteenkiste te valideren, maar ook te verrijken en wellicht tot nieuwe en andere thema's te komen. Dit wordt gedaan door een nieuwe groep deelnemers te onderzoeken, maar wel in dezelfde setting en bij dezelfde doelgroep. De onderzoeksvraag luidt als volgt:

“Welke betekenis geven personen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) aan herstel?”

Gekeken wordt hierbij of de vier kernthema's van Vansteenkiste die naar voren kwamen aan de hand van de PhotoVoice methode, ook terugkomen aan de hand van een andere onderzoeksmethode, namelijk interviews, en welke betekenis hier aan wordt gegeven door de deelnemers.

Subvragen in dit onderzoek zijn:

“Welke betekenis hebben belangrijke anderen voor personen met een EPA? Welke betekenis hebben belangrijke plaatsen? Welke betekenis hebben belangrijke activiteiten? Welke betekenis heeft innerlijke betekenis? Welke betekenisvolle factoren komen er nog meer naar voren?”

Door het beantwoorden van deze vragen wordt er meer zicht verkregen op de perceptie en de beleving van patiënten met een EPA tijdens hun herstel. Wanneer er een beter beeld wordt verkregen van wat patiënten zelf onder herstel verstaan en belangrijk vinden, kunnen behandelingen hierop aangepast worden om zo een optimaal herstel en herintegratie in de maatschappij te realiseren. Een gemakkelijk toepasbaar model is hiervoor een vereiste. Behandelingen kunnen zo beter aansluiten op de behoeften van de patiënten, dat de behandeling ten goede kan komen. Daarnaast kan het de kans op terugval verkleinen doordat er met de patiënt gewerkt wordt aan beschermde factoren. Dit onderzoek kan daarom een bijdrage leveren dat voor veel mensen van belang is.

2. Methode

Dit onderzoek vormt een deelstudie van een grotere studie, die uitgevoerd is door Vansteenkiste in 2013 en 2014. In de grotere studie is gebruik gemaakt van de PhotoVoice methode en semi-gestructureerde interviews om de perceptie van patiënten met een EPA over persoonlijk herstel te onderzoeken. Voor deze deelstudie zijn de interviews geanalyseerd die aan het begin van de acht bijeenkomsten hebben plaatsgevonden. De interviews zijn vanuit een grounded theory en vanuit eerdere bevindingen geanalyseerd, om zo tot één codeerschema te komen.

2.1 Design

Vansteenkiste heeft zijn onderzoek uitgevoerd bij twee verschillende onderzoeksgroepen, één in 2013 en één in 2014. De eerste onderzoeksgroep heeft in de periode van oktober tot en met december 2013 negen wekelijkse bijeenkomsten bijgewoond waarbij gebruik werd gemaakt van de PhotoVoice methode. Voor de start van de negen bijeenkomsten en aan het einde, zijn er semi-gestructureerde interviews afgenomen bij de deelnemers. Verschillende onderzoekers voeren een gedeelte van de grotere studie van Vansteenkiste uit. Er worden dus verschillende deelstudies uitgevoerd die samen de grotere studie vormen. Zo zullen een aantal onderzoekers bijv. de foto's van de PhotoVoice bij de eerste groep deelnemers analyseren, en andere onderzoekers de begin- en eindinterviews. De tweede groep deelnemers, die voor deze deelstudie zijn onderzocht, hebben in de periode van april tot en met juni 2014 acht wekelijkse bijeenkomsten bijgewoond waarbij eveneens gebruik werd gemaakt van de PhotoVoice methode. Elke bijeenkomst duurde twee uur waarin de foto's die de deelnemers hadden gemaakt, werden besproken. De foto's werden buiten de sessies gemaakt, binnen de eigen leefomgeving van de deelnemers. Voor het maken van de foto's werd er niet gewerkt met vastomlijnde thema's, maar met richtlijnen als 'wat bezorgt je een prettig gevoel? Wat is voor jou belangrijk in het leven?' De inhoud van de sessies werd op participatieve wijze mee vormgegeven door de deelnemers, met het thema 'herstel' als rode draad. Voor de start van de bijeenkomsten, en aan het einde, vonden er eveneens semi-gestructureerde interviews plaats met de deelnemers. Voor deze deelstudie zijn de interviews van de tweede groep deelnemers geanalyseerd die aan het begin van de bijeenkomsten hebben plaatsgevonden.

2.2 Setting

Het onderzoek vindt plaats in het psychiatrisch ziekenhuis Sint-Amadeus in Mortsel (België). Hun website (<http://www.amedeus.be/>) verstrekt informatie over de verschillende vormen van zorg die ze aanbieden. Sint-Amadeus is een psychiatrisch centrum en een dynamische organisatie binnen de geestelijke gezondheidszorg. Het verleent gespecialiseerde hulp aan mensen met een psychiatrische aandoening met nood aan korte of langdurige zorg. Het centrum bestaat uit een psychiatrisch ziekenhuis, een psychiatrisch verzorgingstehuis en patiënten kunnen er terecht voor ambulante zorg. Het psychiatrisch ziekenhuis is bedoeld voor mensen met zowel kortdurende als langdurige psychiatrische problematiek, mensen op oudere leeftijd met een kortdurende psychiatrische problematiek en personen met een verstandelijke beperking en een psychiatrische problematiek. Patiënten kunnen in voltijds, in dag- of in nachthospitaal worden opgenomen. Het psychiatrisch verzorgingstehuis bestaat uit verschillende campussen waar personen terecht kunnen met een gestabiliseerde psychiatrische problematiek. Daarnaast is het ook voor personen met een verstandelijke beperking en een bijkomende gestabiliseerde problematiek. De bewoners hebben behoefte aan een 24-uurs begeleiding en kunnen er voltijds verblijven. Het zorgaanbod bestaat voornamelijk uit de zorgfuncties wat betreft wonen, begeleiding, activering en verzorging. De ambulante zorg bestaat uit ambulante consultaties bij een psychiater en begeleiding/behandeling in de eigen leefomgeving. De medische staf in het psychiatrisch centrum bestaat uit psychiaters, een hoofdgeneesheer, een neuropsychiater en een huisarts.

De Link, ook gelegen in Mortsel, is een gemeenschap dat zorg verleent aan patiënten. Ook hun website (<http://www.vzwdelink.be/>) verstrekt informatie over de zorg die wordt aangeboden. Het team dat werkzaam is binnen deze gemeenschap is van mening dat mensen met een EPA in staat zijn om een hoopvol, nuttig en bevredigend leven te leiden, ondanks de beperkingen die samenhangen met de ziekte. Dit principe is gebaseerd op de herstelversie, die het team hierbij inspireert. De Link biedt patiënten woongelegenheid, professionele woonbegeleiding-op-maat, ondersteuning op verschillende gebieden, aanmoediging om te groeien en een tussenstap naar zelfstandig wonen en/of beschut wonen voor een langere periode. Tot slot wordt er aandacht besteed aan activering in de vorm van een vrijetijdsaanbod.

2.3 Deelnemers

De deelnemers werden binnen het psychiatrisch centrum Sint-Amadeus en binnen De Link geworven. Inclusiecriteria waren: 1) het lijden aan een EPA die wordt gediagnosticeerd als schizofrenie of andere psychotische stoornissen, 2) samen met een geschiedenis van psychische

problemen en psychiatrische ziekenhuisopname >1 jaar (één of meer perioden van ziekenhuisopname) en 3) met specifieke behoeften zoals begeleiding en ondersteuning, binnen één of meerdere levensdomeinen (gezondheid, huisvesting, sociale relaties, activiteiten). Daarnaast waren de deelnemers niet volledig symptoomvrij, maar moesten zij voldoende stabiel zijn tijdens het onderzoek. De onderzoeksgroep bestond in eerste instantie uit tien deelnemers, echter één deelnemer kon niet goed Nederlands waardoor het interview in het Engels is afgenomen. Omdat dit de analyse gecompliceerder zou maken, is er voor gekozen het tiende interview buiten de analyse te houden. De onderzoeksgroep bestond uit zeven mannen en twee vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 40 jaar. De leeftijdsrange liep van 27 jaar tot en met 51 jaar. Zelf gerapporteerde problematiek door de deelnemers waren: psychotische stoornis, schizofrenie, borderline, depressie, posttraumatische stressstoornis, ADHD, waanbeelden- en gedachten, middelenmisbruik en drugsverslaafd. Schizofrenie werd het vaakst genoemd. De meeste deelnemers waren tussen de drie en zes keer opgenomen en kenden elkaar van eerdere opnames. Alle deelnemers hebben informed consent gegeven.

2.4 Interviews

Tijdens de eerste weken van de start van de PhotoVoice methode is bij elke deelnemer een semi-gestructureerd interview afgenomen. De interviews zijn op audiotape opgenomen en letterlijk getranscribeerd. In deze interviews wordt de betekenisverlening van herstel geëxploreerd en belangrijke factoren voor de deelnemer. De deelnemers zijn nog nauwelijks gestuurd in hun proces van betekenisverlening rondom het begrip herstel door de PhotoVoice methode en ervaringen van andere deelnemers. Op deze manier wordt gepoogd een zo puur en zuiver mogelijk beeld te krijgen van het individueel perspectief.

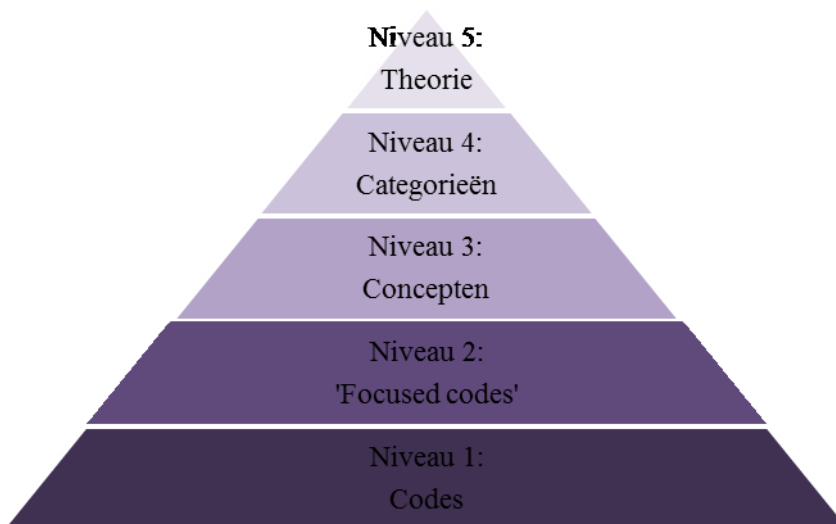
De interviews worden gestart met het uitvragen van de demografische gegevens, zoals de naam, leeftijd, geslacht, afkomst, woonplaats en de burgerlijke status. Daarna wordt er een algemeen beeld van de deelnemer geschetst. Gevraagd wordt naar het aantal opnames van de deelnemer, de reden daarvan, zijn of haar woonsituatie, of er bij de deelnemer ooit een diagnose is gesteld en hoe de deelnemer zijn of haar eigen psychische gevoeligheid zou omschrijven. Ook wordt er een schaalvraag gesteld: deelnemers moeten zichzelf een cijfer tussen de 0 en 10 geven wat betreft hun welbevinden. Eventuele keerpunten in het leven worden besproken en gevraagd wordt wat de deelnemer heeft geholpen om te staan op het punt waar hij of zij nu staat. Het begrip herstel wordt geëxploreerd door onder andere de deelnemers een overzichtslijstje te geven waarop personen staan die belangrijk kunnen zijn geweest voor de deelnemer in zijn of haar herstelproces.

Ook krijgen zij een overzichtsjstje waarop elementen en hulpmiddelen staan die belangrijk kunnen zijn geweest, zoals spiritualiteit, hobby's etc. Daarna wordt expliciet de betekenis van herstel uitgevraagd en wordt er geëindigd met een paar afsluitende vragen, zoals aanbevelingen en aanvullingen. Tijdens de interviews heeft Vansteenkiste dus een bepaalde structuur aangehouden, echter hij week hier ook wat van af door meer op een onderwerp door te vragen. Hij hanteerde enige mate van flexibiliteit, ging met de deelnemer mee in zijn of haar verhaal, maar bleef wel leidend.

2.5 Analyse

Het beantwoorden van de onderzoeksvraag wordt vanuit een brede context gedaan. In het interview wordt expliciet naar de betekenis van herstel gevraagd, zoals door de vragen: "Wat betekent het concept herstel voor u persoonlijk?" en "Welk symbool geeft voor u het begrip herstel weer?" Hierbij komt expliciet aan bod wat de deelnemer zelf onder herstel verstaat en belangrijk vindt. De deelnemers krijgen echter ook verschillende lijstjes waarop belangrijke personen en elementen staan die zij wellicht als helpend of ondersteunend ervaren tijdens het herstel. Tot slot vertellen de deelnemers in de interviews wat zij over het algemeen belangrijk vinden of waar zij veel steun aan ondervinden, zonder dat het hier expliciet gaat over hun herstelproces. Om de onderzoeksvraag zo goed mogelijk te kunnen beantwoorden en tot een zo alomvattend antwoord te komen, zijn al deze uitspraken geanalyseerd. Gedacht wordt dat wat de deelnemers belangrijk vinden in het leven en waar zij steun aan ervaren, dit indirect ook de betekenis van hun herstelproces kan weergeven.

Om tot één codeerschema te komen, is er gewerkt vanuit de eigen data en vanuit eerdere bevindingen. De top down benadering en de bottom up benadering zijn hierbij geïntegreerd. De aanpak van het onderzoek is dus deels geïnspireerd op wat al bekend is vanuit eerdere bevindingen. Onderzocht wordt of de vier kernthema's die Vansteenkiste (2014) vond bij de eerste onderzoeksgroep met de PhotoVoice methode, terug te vinden zijn in de interviews bij de tweede onderzoeksgroep. Er is dus sprake van een vooropgezette indeling. Om te voorkomen dat er gewerkt wordt vanuit een tunnel visie, is er deels gewerkt vanuit de grounded theory, zoals beschreven door Harper en Thompson (2012) doordat er ook een 'overige' categorie is opgesteld. De grounded theory gaat ervan uit dat er voorafgaand aan de analyse nog geen codes bestaan en de theorie juist in de data verborgen ligt. Het is een inductieve werkwijze dat bestaat uit verschillende fases om zo tot een theorie te komen. In figuur 2 worden deze fases weergegeven. Voor dit onderzoek is er dus een gecombineerde aanpak gebruikt.



Figuur 2. Grounded Theory.

2.6 Codeerproces

Zoals hierboven is vermeld, is er gewerkt met een vooropgezette indeling waarbij het model van Vansteenkiste als leidraad is genomen. Vansteenkiste sprak in zijn onderzoek over kernthema's en subthema's. In dit onderzoek worden deze termen vervangen door categorieën en concepten, omdat deze overeenkomen met de termen van de grounded theory. In eerste instantie zijn er vijf categorieën gemaakt, de eerste vier betreffen de kernthema's die in het onderzoek van Vansteenkiste werden genoemd: belangrijke anderen, belangrijke plaatsen, belangrijke activiteiten en innerlijke betekenis. De vijfde categorie betreft een 'overige' categorie. Er is begonnen met het opstellen van de categorieën zodat de gevonden kernthema's van Vansteenkiste niet verloren zouden gaan. De categorie 'overige' dient om alle mogelijkheden en eventuele andere categorieën open te houden. De gehele analyse van dit onderzoek vindt plaats op niveau 1 tot en met niveau 4 van de grounded theory, met uitzondering van niveau 2. De 'focused codes' op niveau 2 zijn in dit onderzoek overgeslagen, omdat er al op een natuurlijke manier overgegaan kon worden op codes naar concepten. Voor dit onderzoek is het alleen van belang om tot categorieën te komen en niet tot een theorie. Om deze reden vindt de analyse ook niet plaats op niveau 5.

Voor de analyse zijn belangrijke en relevante fragmenten uit de interviews geselecteerd en is nagegaan of deze in één van de vier categorieën passen. Er wordt hier gewerkt vanuit de top down benadering. Met een fragment wordt een betekenisvolle eenheid van vragen en antwoorden bedoeld. In deze fragmenten moet iets gezegd worden over herstel, wat voor de deelnemer belangrijk is geweest in zijn of haar herstelproces en/of leven. De vragen en respons van de interviewer zijn ook

meegenomen wanneer deze extra diepgang geven aan het verhaal van de deelnemer. Indien het fragment niet past in één van de vier categorieën, wordt deze geplaatst in ‘overige’. Binnen de categorieën is daarna gekeken naar de variatie. Dit is deels gebaseerd op de grounded theory, omdat er van hieruit is gewerkt met ‘codes’. Alle geselecteerde fragmenten binnen een categorie krijgen een eigen code toegewezen, wat de essentie van het fragment goed weergeeft. Deze code wordt zoveel mogelijk geformuleerd in de woorden van de deelnemer en moet de kern goed weergeven van het fragment. Binnen de categorie ‘belangrijke anderen’ wordt bijvoorbeeld gekeken naar wat precies de betekenis is van die belangrijke anderen die door de deelnemer genoemd worden. Door op een steeds abstractere manier te kijken naar de codes en te zoeken naar overkoepelende termen, worden er theoretische concepten geformuleerd die binnen de categorie passen. Soms worden er echter meerdere codes toegewezen aan één fragment (maximaal twee verschillende codes), omdat één code de lading niet goed dekt. Er is gekozen om het fragment niet in tweeën te knippen, omdat dit de kwaliteit van het fragment zal verminderen. Indien een fragment meerdere codes krijgt toegewezen, wordt deze ook onder meerdere concepten geplaatst. Door een gedeelte van het fragment in een andere kleur te zetten, wordt duidelijk welk gedeelte bij welk concept hoort. Een enkele keer zijn fragmenten en daardoor ook de codes vrij algemeen vermeld waardoor niet goed duidelijk wordt onder welk concept het geplaatst kan worden. Deelnemers vertellen bijvoorbeeld wel dat iemand belangrijk voor hem of haar is, maar wat de precieze betekenis van deze persoon is, wordt niet goed duidelijk. Om het fragment toch te gebruiken wordt de gehele context gebruikt. Door het hele verhaal van de deelnemer goed te bestuderen, wordt gekeken naar mogelijke aanwijzingen die kunnen duiden op een bepaalde betekenis. Enkele subthema’s uit het model van Vansteenkiste zijn overgenomen en dienen binnen dit codeerschema als concepten. Reden hiervoor is dat de term de variatie van de verschillende codes goed dekt. Er wordt hier gewerkt vanuit de bottom up benadering. Om te voorkomen dat concepten overlap met elkaar zullen krijgen, wordt bij ieder concept een definitie geformuleerd om het zoveel mogelijk af te bakenen. Indien definities toch deels met elkaar overeenkomen, wordt er opnieuw gekeken naar de fragmenten en bijhorende codes om zo tot een ander concept te komen.

De geselecteerde fragmenten uit de categorie ‘overige’ krijgen ook een eigen code toegewezen en wordt op een meer abstract en algemeen niveau gekeken naar bijpassende concepten. Uiteindelijk worden deze ondergebracht in een nieuwe geformuleerde categorie. Er wordt hier gewerkt vanuit de bottom up benadering.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk wordt het codeerschema besproken, dat opgesteld is aan de hand van de vooropgezette indeling van Vansteenkiste en op basis van een gedeelte van de grounded theory. Bij iedere categorie wordt een bijbehorende definitie gegeven. De vijf categorieën zijn: belangrijke anderen, belangrijke plaatsen, belangrijke activiteiten, innerlijke betekenis en materiële steun. Deze laatste categorie is tot stand gekomen op basis van de grounded theory. Bij iedere categorie worden in de kolommen de bijbehorende concepten weergegeven, inclusief definitie en een bijpassend fragment. De vierde kolom geeft de verdeling weer van het aantal codes onder de deelnemers per concept. Hierbij wordt er een onderscheid gemaakt tussen het aantal fragmenten en het aantal deelnemers. Onder ‘fragmenten’ worden het totaal aantal fragmenten weergegeven die door de deelnemers worden genoemd. Onder ‘deelnemers’ worden het aantal deelnemers weergegeven waarbij codes van het bijbehorende concept zijn geanalyseerd. Onderaan de tabel zijn de fragmenten van alle concepten bij elkaar opgeteld, dat weergeeft hoeveel codes horende bij de categorie zijn geanalyseerd.

3.1 Belangrijke anderen

De categorie ‘belangrijke anderen’ bestaat uit relaties die de deelnemers aangaan met hun omgeving, die als helpend of steunend worden ervaren. Dit betreft relaties die zij over het algemeen belangrijk vinden, als dat zij die specifiek tijdens het herstelproces waardevol vinden. Deze relaties hebben betrekking op de theoretische concepten ‘binding’, ‘gezelschap’, ‘informatieve steun’, ‘instrumentele steun’, ‘vertrouwen’ en ‘emotionele steun’. Tijdens de analyse is gebleken dat de concepten ‘binding’ en ‘gezelschap’ elkaar snel overlappen. Sommige deelnemers geven aan behoefte te hebben aan sociaal contact en missen dit wanneer zij dit niet (voldoende) hebben. Echter wordt soms niet goed duidelijk of zij de interactie met andere mensen missen, of het feit dat zij zich niet verbonden met een ander voelen. Indien de deelnemers alleen het willen leggen van sociale contacten noemen, wordt er voor gekozen om deze te plaatsen onder ‘gezelschap’, en niet onder ‘binding’. Reden hiervoor is dat er niet specifiek genoemd wordt dat de deelnemers zich graag met iemand verbonden willen voelen. Er is soms ook overlap tussen de concepten ‘binding’ en ‘vertrouwen’. Het hebben van een goede band ligt vaak ten grondslag aan het feit of de deelnemer iemand vertrouwt. Fragmenten waarbij de nadruk wordt gelegd op het vertrouwen van de persoon, en minder op het hebben van een band, worden onder het concept ‘vertrouwen’ geplaatst. Fragmenten waar de band meer op de voorgrond staat, worden onder ‘binding’ gezet. Tot slot

vertoont het concept ‘vertrouwen’ soms overlap met een concept van een vorm van ‘steun’. Deelnemers voelen zich op een bepaalde manier gesteund door iemand uit zijn of haar omgeving indien hij of zij deze persoon vertrouwt. Hierdoor is één fragment soms onder twee concepten geplaatst. De concepten van de verschillende vormen van steun konden goed uit elkaar worden gehaald.

Tabel 1. *Categorie Belangrijke anderen.*

Concept	Definitie	Fragment	Aantal codes
Binding	Een relatie die de deelnemer heeft met iemand uit de omgeving omdat de deelnemer zich verbonden voelt met deze persoon. Dit kan een vriendschapsband inhouden, als bijv. een familieband.	<i>“Want ik heb mij altijd goed gevoeld en dan vielen mijn twee beste vrienden weg maar ja dat waren zo personen waar je altijd mee omgaat en dan sta je alleen op de wereld ineens hé. Dat waren echt twee personen waarbij je zo denkt. Dan moet je voort meeleven hé.”</i>	Fragmenten: 14
			Deelnemers: 8
Gezelschap	Een relatie die de deelnemer met iemand uit de omgeving heeft omdat de deelnemer het gezelschap met deze persoon erg belangrijk vindt.	<i>“Ja, dat is een buur. Als ik naar hier kom ’s morgens doen wij een klapke (praatje), ’s middags soms doen wij een klapke. Als die over straat loopt dan stoppen wij soms en doen wij een hele babbel. Dat zijn zo van die momenten daar geniet ik echt van.”</i>	Fragmenten: 8
			Deelnemers: 7
Informatieve steun	Een relatie die de deelnemer met iemand uit de omgeving heeft waarbij de nadruk ligt op informatieve steun. De deelnemer krijgt informatie en/of adviezen aangeboden waar hij/zij iets van leert.	<i>“Met mijn beperking omgaan heb ik in de psychiatrie allemaal geleerd. Hoe ik voor mezelf moet zorgen, hoe ik met bepaalde prestaties moest omgaan. Dat lichaamsbewegingen goed zijn om te ontstressen of een ontspannen bad. Hoe dat je met frustraties uw lichaam kunt bespelen, dat je er vanaf bent, dat je niet wacht tot de bom barst.”</i>	Fragmenten: 2
			Deelnemers: 1
Instrumentele steun	Een relatie die de deelnemer met iemand uit de omgeving heeft waarbij de nadruk ligt op instrumentele steun. De deelnemer wordt geholpen met praktische zaken, zoals bij huishoudelijke taken, de administratie of de financiën.	<i>“Er zijn kleine momentjes dat ik eens een keer moet wassen of met de auto, want ik heb zelf geen auto. Dan staat die er voor mij. Ik heb ook een periode dat ik in (..) zat en toen kwam mijn zus mij constant halen en deed mij weg. Ja, die woont hier in (..) dus dat was dan niet zo ver van (..), maar ze doet het toch he. Ook elke week mijn was komen halen.”</i>	Fragmenten: 8
			Deelnemers: 6

Vertrouwen	Een relatie die de deelnemer aangaat met iemand uit de omgeving omdat de deelnemer die persoon vertrouwt. De deelnemer voelt zich veilig bij de persoon en durft er veel tegen te vertellen.	<i>‘Ja, de psychiater. Ja, kan je iets over haar vertellen? Ja, hoe moet je dat zeggen? Die luistert ook echt. Dat is mijn vertrouwenspersoon. Ik heb daar heel veel vertrouwen in als ik dingen zeg.’</i>	Fragmenten: 14 Deelnemers: 8
Emotionele steun	Een relatie die de deelnemer met iemand uit de omgeving heeft waarbij de nadruk ligt op emotionele steun. De deelnemer voelt zich gehoord en wordt geholpen. De deelnemer krijgt bijv. raad, wordt gestimuleerd en/of gerustgesteld.	<i>‘Ja zolang je je ei er bij kwijt kunt en het is belangrijk, iemand anders laat u de andere kant van het verhaal zien. Of hebben op sommige dingen een andere visie en dat kan wel helpen. Dat je dan uit de put komt, of verkeerde gedachten, of negatieve gedachten.’</i>	Fragmenten: 24 Deelnemers: 8
Totaal aantal codes	70		

3.1.1 Binding

Onder het eerste concept ‘binding’ vallen alle relaties die de deelnemer heeft met iemand uit de omgeving waarbij de band met deze persoon (of dier) centraal staat. De deelnemer voelt zich met iemand verbonden. Het goed overweg kunnen met iemand uit de omgeving wordt door de deelnemers belangrijk gevonden. De relaties hebben betrekking op familieleden, partners, vrienden en huisdieren. Zo kan een relatie betekenen als *‘iets waar ik al heel lang naar aan het zoeken ben’* en geeft een knuffel van een familielid de deelnemer *‘levensvreugde’*. Een band wordt ook nog steeds belangrijk gevonden door een deelnemer wanneer deze persoon al overleden is. De lach van een oma terugzien in een herinnering, wordt als erg helpend ervaren. Dit concept vindt plaats op een meer algemeen niveau; de betekenis zit in ‘het hebben van een band’ met iemand. Het vormt hierdoor de basis voor de overige concepten en wordt door veel deelnemers genoemd. De overige concepten geven de betekenis weer van die band; op welke manier wordt de band als steunend of helpend ervaren.

3.1.2 Gezelschap

Het tweede concept ‘gezelschap’ omvat alle relaties die de deelnemer heeft met iemand uit de omgeving waarbij de sociale interactie met deze persoon belangrijk wordt gevonden. Hieronder vallen alle relaties met mensen uit de directe omgeving, zoals vrienden, burens, medepatiënten, maar

ook buiten de directe omgeving, zoals met een apotheker. De focus ligt op de sociale interactie en het samenzijn met deze persoon, zoals het *‘doen van een klapke (praatje)’* en *‘een lach en een zwans (kletspraat)’*. Het gaat van een praatje met elkaar maken als ze elkaar tegen komen, tot het samen ondernemen van activiteiten en het samen willen wonen met medepatiënten. De deelnemers hechten waarde aan het op zijn tijd een praatje met deze persoon maken zodat ze niet de hele tijd alleen zijn. Het alleen zijn proberen ze waar mogelijk te vermijden, omdat *‘je zit gods heel alleen ’s avonds altijd he’*.

3.1.3 Informatieve steun

Het derde concept is ‘informatieve steun’. Dit concept omvat alle relaties die de deelnemer met iemand uit de omgeving heeft waarbij de nadruk ligt op informatieve steun. De deelnemer krijgt informatie tot en met adviezen aangeboden waar hij/zij iets van leert, dat als steunend en helpend wordt ervaren tijdens het herstelproces. De deelnemer heeft bijv. geleerd *‘hoe ik met mijn beperking om moet gaan’*, of hoe hij of zij kan leren van de ervaringen van medepatiënten: *‘jij zal moeten zien hoe andere mensen alles oplossen en je zult moeten leren van andere mensen, je zult moeten kijken en horen’*. Belangrijk binnen dit concept is dat de deelnemer iets geleerd heeft van iemand uit zijn of haar omgeving, dat op de voorgrond staat. Deze steun krijgen deelnemers van familieleden en hulpverleners, maar is een vorm die weinig gerapporteerd wordt.

3.1.4 Instrumentele steun

Onder het concept ‘instrumentele steun’ vallen alle relaties die de deelnemer heeft met iemand uit de omgeving waarbij de nadruk ligt op instrumentele steun. De deelnemer wordt geholpen met praktische en dagelijkse zaken, zoals het ergens naartoe brengen met de auto, hulp bij huishoudelijke taken, de administratie en de financiën. Het krijgen van materiële steun van iemand uit de omgeving, zoals: *‘ik werd ook wel eens voortgeholpen met geld, en op den duur was het niet geld maar voedselpakketten’* valt ook onder dit concept. Tot slot geeft een deelnemer aan steun te hebben gehad aan de begeleiding voor het krijgen van de kans om binnen het zorgcentrum te herstellen en is een andere deelnemer haar buurvrouw dankbaar voor haar woning. Ook deze twee vormen van steun vallen onder dit concept. De deelnemers krijgen hulp aangeboden, iets tastbaars, waar zij steun aan hebben. Familieleden, burens en hulpverleners leveren bij de deelnemers instrumentele steun.

3.1.5 Vertrouwen

Het vierde concept is ‘vertrouwen’. Hieronder vallen alle relaties die de deelnemer met iemand uit de omgeving heeft waarbij het vertrouwen centraal staat. De deelnemer voelt zich op zijn of haar

gemak en veilig bij deze persoon. Het karakter van deze persoon is hierbij belangrijk en hij of zij moet betrouwbaar zijn: *‘iemand die los is en meegaand, dat geeft je een soort vertrouwen’* of *‘door haar hele lieve karakter heb ik mij vrij snel veilig gevoeld en ben ik begonnen te praten’*. Het hebben van een klik en een goede band ligt aan dit concept ten grondslag. Het vertrouwen uit zich in veel over jezelf durven te vertellen, het gevoel hebben alles te kunnen bespreken, goed met deze persoon kunnen praten maar ook dat deze persoon loyaal en trouw naar de deelnemer toe is. Dit concept wordt door veel deelnemers erg belangrijk gevonden: *‘Het vertrouwen inwinnen van uw patiënten, dat doet veel. Dat is echt wel bijna het hele woord: vertrouwen dat je dan geeft’*. De relaties waarin vertrouwen centraal staat hebben zowel betrekking op relaties met familieleden, vrienden, als ook met hulpverleners.

3.1.6 Emotionele steun

Het laatste concept binnen de categorie is ‘emotionele steun’. Onder dit concept vallen alle relaties die de deelnemer met iemand uit de omgeving heeft waarbij de emotionele steun op de voorgrond staat. De deelnemer voelt zich gehoord, begrepen, mag zichzelf zijn en wordt door deze persoon geholpen. Een vriendin biedt *‘een luisterend oor’* en een broer *‘stimuleert mij om van de drugs af te blijven’*. Het echt luisteren en praten lijken de basisprincipes te zijn voor emotionele steun. Deelnemers hechten veel waarde aan het feit dat ze altijd bij deze persoon terecht kunnen en er goed mee kunnen praten. Onder dit concept valt ook een familielid die de deelnemer stimuleert in zijn interesse in de wetenschap, een manier om met de ziekte om te gaan. Andere vormen van emotionele steun zijn raad geven, stimuleren om vol te houden en de deelnemer de goede kant op helpen. Eén deelnemer noemt zijn psychose als een steunfiguur: *‘in mijn psychose is er een vrouw die tegen mij zegt wat ik allemaal moet doen, allemaal met als doel terug een onderdeel zijn van de maatschappij’*. Omdat de deelnemer in zijn beleving boodschappen gestuurd krijgt van een vrouw, wordt dit fragment onder het concept ‘emotionele steun’ in de categorie ‘belangrijke anderen’ geplaatst. De relaties hebben betrekking op familieleden, vrienden, hulpverleners, burens en mensen van een toneelvereniging. ‘Emotionele steun’ is een concept dat door de deelnemers erg vaak genoemd wordt.

3.2 Belangrijke plaatsen

De categorie ‘belangrijke plaatsen’ bestaat uit plaatsen en plekken waar de deelnemers zich bevinden en waar zij zich prettig voelen. Deze plaatsen hebben minder betrekking op wat de deelnemers specifiek als helpend hebben ervaren tijdens het herstelproces, maar meer waar zij waarde aan hechten en welke plaatsen zij over het algemeen belangrijk vinden. De plaatsen

betreffen voornamelijk de leef- en woonomgeving van de deelnemers. Deze categorie wordt weinig gerapporteerd door de deelnemers en bestaat uit de concepten ‘op gemak voelen’, ‘beschermd voelen’, ‘vrijheid’, ‘rust’ en ‘plaats van herkomst’. De verschillende concepten zijn tijdens de analyse goed uit elkaar te houden, er vindt geen overlap plaats.

Tabel 2. *Categorie Belangrijke plaatsen.*

Concept	Definitie	Fragment	Aantal codes
Op gemak voelen	Een plaats of plek waar de deelnemer zich prettig en op zijn of haar gemak voelt.	<i>“En ik voel mij bijzonder goed gewoonweg. Heel mijn draai... Ik kom niet tegen mijn zin naar hier. Ook een van de eerste dingen van de psychiatrie, je zou hier tegen je goesting heen gaan, maar hier eigenlijk nog nooit.”</i>	Fragmenten: 1 Deelnemers: 1
beschermd voelen	Een plaats of plek waar de deelnemer zich beschermd voelt. Dit heeft betrekking op de beschermende omgeving waar de persoon woont, wat hem of haar houvast geeft.	<i>“Oké ik ben nu hier wel altijd in die beschermde omgeving. Ik weet niet wat dat gaat geven als ik terug buiten woon. Dan is de controle een pak minder. Ga ik dan hetzelfde kunnen als wat ik hier nu kan?”</i>	Fragmenten: 2 Deelnemers: 2
Vrijheid	Een plaats of plek waar de deelnemer zich vrij voelt. De deelnemer hecht waarde aan het feit dat hij of zij zelfstandig is en zelf kan bepalen wat hij of zij doet.	<i>“Hier kan ik zelf doen wat ik wil. Dat is voor mij wel belangrijk. Alleen gaan wonen was toch zeer belangrijk.”</i>	Fragmenten: 4 Deelnemers: 2
Rust	Een plaats of plek waar de deelnemer rust vindt, wat hij of zij erg belangrijk vindt.	<i>“Wat is de oplossing dan? Thuis. Thuis, hier vind jij rust? Hier kan ik mijn rust vinden en op mijn zetel (bank) liggen, dat kan je in het ziekenhuis ook niet.”</i>	Fragmenten: 2 Deelnemers: 2
Plaats van herkomst	Een plaats of plek waar de deelnemer geboren is. Hij of zij hecht waarde aan het feit dat hij of zij de omgeving kent en daar vandaan komt.	<i>“En ten tweede het is mijn geboortestad. Dat doet ook zoveel want ik ken hier zoveel buurten en dat is door de jaren door zo hard veranderd.”</i>	Fragmenten: 1 Deelnemers: 1
Totaal aantal codes	10		

3.2.1 Op gemak voelen

Onder het eerste concept ‘op gemak voelen’ vallen de plaatsen of plekken waar de deelnemer zich bevindt en waar hij of zij zich op zijn of haar gemak voelt. Zich er prettig voelen staat bij dit concept centraal. Een deelnemer verwoordt dit ook wel als zijn *‘draai te hebben gevonden’*.

3.2.2 Beschermd voelen

Het tweede concept is ‘beschermd voelen’. Dit gevoel komt voort uit de beschermende omgeving binnen de psychiatrie waar de deelnemers zich bevinden. De deelnemers beleven deze bescherming en controle als iets positief, het geeft houvast en *‘is voor mij een soort stok achter de deur’*. De deelnemers willen graag beschut (blijven) wonen, omdat deze controle buiten de beschermende woonomgeving wegvalt.

3.2.3 Vrijheid

Onder het derde concept ‘vrijheid’ vallen de plaatsen of plekken waar de deelnemer vrijheid ervaart. Deelnemers ervaren deze vrijheid omdat zij hun eigen woonplek hebben, zelfstandig zijn en zelf kunnen bepalen wat zij willen doen. De plaatsen en plekken die genoemd worden betreffen de eigen woning/appartement: *‘uw eigen omgeving hebben is toch wel belangrijk’*.

3.2.4 Rust

Het vierde concept ‘rust’ omvat de plaatsen of plekken waar de deelnemer rust ervaart. Deze rust vindt hij of zij erg belangrijk. De rust heeft betrekking op de omgeving waar de deelnemer woont: *‘en als je meer naar buiten gaat heb je die wijken, waar er helemaal geen bus, geen tram rijden’* als zijn of haar eigen woonplek: *‘hier kan ik mijn rust vinden’*.

3.2.5 Plaats van herkomst

Het vijfde en laatste concept is ‘plaats van herkomst’. Onder dit concept vallen de plaatsen of plekken waar de deelnemer is geboren. De deelnemer hecht waarde aan deze plek omdat hij of zij daar vandaan komt en de omgeving kent: *‘dat doet ook zoveel want ik ken hier zoveel buurten’*.

3.3 Belangrijke activiteiten

De derde categorie is ‘belangrijke activiteiten’. Deze categorie bestaat uit activiteiten die de deelnemers ondernemen die als helpend of steunend worden ervaren. Het gaat om activiteiten die de deelnemers specifiek tijdens hun herstelproces belangrijk vinden, als ook die zij over het algemeen waardevol vinden. De categorie ‘belangrijke activiteiten’ is samengesteld uit de concepten ‘daginvulling’, ‘ontspanning’, ‘fit voelen’, ‘zelfexpressie’ en ‘zelfontplooiing’. De definities van de

concepten ‘ontspanning’ en ‘fit voelen’ lijken deels op elkaar. Omdat het bij het concept ‘fit voelen’ gaat om het uitoefenen van een sport, zou ook gezegd kunnen worden dat sporten een vorm is van ontspanning. Echter bij ‘fit voelen’ is het doel om te werken aan de lichamelijke conditie, en niet om ontspannen en rustig te worden. De concepten ‘zelfexpressie’ en ‘zelfontplooiing’ kunnen elkaar in definitie ook deels overlappen. Een vorm van zelfexpressie, zoals toneelspelen, kan eveneens een manier zijn voor zelfontplooiing. Fragmenten waarbij de nadruk ligt op het verder ontwikkelen van zichzelf als persoon, het versterken van bepaalde (persoons)eigenschappen worden geplaatst onder het concept ‘zelfontplooiing’. De deelnemer moet door de activiteit een beter en/of verder ontwikkeld persoon worden. Onder het concept ‘zelfexpressie’ vallen de activiteiten die de deelnemer verricht om zijn of haar gevoel op een niet-verbale manier uit te drukken. Hieronder vallen ook de creatieve hobby’s van de deelnemers, zonder dat hier specifiek de nadruk wordt gelegd op het kunnen uitdrukken van zichzelf. Verwacht wordt dat een creatieve hobby, bijv. schilderen, voor de deelnemer o.a. een manier is om zijn of haar gevoel uit te drukken.

Tabel 3. *Categorie Belangrijke activiteiten.*

Concept	Definitie	Fragment	Aantal codes
Daginvulling	Activiteiten die de deelnemer onderneemt om bezig te zijn en de dag op te vullen.	<i>“De werkzaal en préjob en zo. Op welke manier is dat dan? Sociale contacten, bezig zijn, niet heel den tijd op een stoel zitten en wat liggen slapen. Ik ben graag bezig. Dat je dag al wat gebroken is.”</i>	Fragmenten: 6
			Deelnemers: 5
Ontspanning	Activiteiten die de deelnemer onderneemt om rust te creëren en/of te ontspannen.	<i>“Rusten, een filmpje zien, ontspannen vooral, veel ontspannen. Geen stress en dit en dat.”</i>	Fragmenten: 4
			Deelnemers: 2
Fit voelen	Activiteiten die de deelnemer onderneemt met als doel om zich (lichamelijk) fit te voelen.	<i>“Wat zou je zelf aanbevelen aan anderen die in een herstelproces zitten? Sport doen. Punt. Ja maar echt. Dat is zoveel en je voelt je losser en losser naarmate dat je sport doet en op de duur heb je terug het lijf, het sportieve losse lijf, zonder kramp zonder dit zonder dat.”</i>	Fragmenten: 6
			Deelnemers: 1
Zelfexpressie	Activiteiten die de deelnemer onderneemt om zichzelf op een creatieve manier uit te drukken.	<i>“Maar dat was ook wel de humaniora (school) van tekenen en schilderen en als je stoned bent, je hebt een jointje gesmoord of zo dan kon je ook beter tegen. Dan komt er wat inspiratie en zo.”</i>	Fragmenten: 3
			Deelnemers: 3

Zelfontplooiing	Activiteiten die de deelnemer op eigen kracht verricht om zichzelf, als persoon, verder te ontwikkelen.	<i>“Vroeger wist ik zo weinig dat ik bijna niet durfde te praten. Maar ik begon meer en meer te merken dat ik door al dat lezen toch wel een bepaalde kennis heb opgebouwd en dat ik toch wel kan meepraten eigenlijk. Ik hoef daar niet bij stil te zitten, ik kan ook mijn zegje doen en kan ook wel iets weten.”</i>	Fragmenten: 8 Deelnemers: 5
Totaal aantal codes	27		

3.3.1 Daginvulling

Onder het eerste concept ‘daginvulling’ vallen alle activiteiten die de deelnemer onderneemt om zijn of haar dag op te vullen. Het doel van deze activiteiten is om bezig te zijn, want *‘anders word ik zo wat ambetant’*. Deze activiteiten variëren van werken tot het uitvoeren van hobby’s. Het betreft activiteiten waar *‘je zelf goesting in hebt’* en de deelnemers zijn van mening dat zij zelf moeten zorgen voor afwisseling wat betreft hun hobby’s, om *‘uw leven boeiend te maken’*.

3.3.2 Ontspanning

Het tweede concept is ‘ontspanning’. Binnen dit concept vallen alle activiteiten die de deelnemer onderneemt om te ontspannen. Hieronder vallen actieve activiteiten, zoals *‘naar een festival gaan’*, *‘schilderen’*, *‘tekenen’* als ook rustige activiteiten, zoals *‘muziek luisteren op bed’*, *‘film kijken’* en een *‘bad nemen’*. De focus binnen dit concept ligt op de ontspanning, de deelnemer moet door de activiteit op zijn of haar manier kunnen ontspannen. Deze rust vindt een deelnemer erg belangrijk, anders raakt ze in een *‘vicieuze cirkel’*. Het fragment over ‘schilderen en tekenen’ wordt ook geplaatst onder het concept ‘zelfexpressie’, omdat de deelnemer vertelt vroeger veel inspiratie hiervoor te krijgen door drugs te gebruiken. Nu vindt de deelnemer deze activiteiten (schilderen en tekenen) nog steeds erg belangrijk. Deze activiteit wordt zowel benoemd in de context van ontspanning, als in de context van zelfexpressie.

3.3.3 Fit voelen

Het derde concept ‘fit voelen’ omvat alle activiteiten die de deelnemer onderneemt om zich lichamelijk fit te voelen en om in goede conditie te verkeren. Deze activiteiten hebben betrekking op het uitoefenen van een sport. Het dient om *‘je een beetje los te voelen, zonder kramp’* en na een periode van drugsgebruik weer een *‘goede fysieke toestand te krijgen’*. Een bijkomend voordeel van deze activiteiten vindt een deelnemer *‘het afdrijven van al die drugs’*. Omdat deze deelnemer ook

benoemt dat vroeger zijn benen tijdens het lopen *‘gevoelloos en doof’* aanvoelden en door middel van het sporten zijn benen *‘losser zijn geworden’*, wordt dit fragment toch onder dit concept geplaatst.

3.3.4 Zelfexpressie

Onder het vierde concept ‘zelfexpressie’ vallen alle activiteiten die de deelnemer uitvoert om zichzelf op een creatieve manier uit te drukken. Het gaat hierbij om een hobby van de deelnemer. De deelnemers noemen *‘fotografie’* en *‘schilderen en tekenen’*. Dit is voor de deelnemer een manier om zichzelf te kunnen uitdrukken op een niet-verbale manier. De voorkeur voor fotografie komt bij één deelnemer voort uit de PhotoVoice methode.

3.3.5 Zelfontplooiing

Het laatste en vijfde concept binnen deze categorie is ‘zelfontplooiing’. Dit concept bevat alle activiteiten die de deelnemer verricht om zichzelf als persoon verder te ontwikkelen. Deze activiteiten helpen de deelnemers vooruit in hun herstelproces. Het gaat hierbij om het hebben van *‘een goede job’*, het doen van *‘vrijwilligerswerk’* en zichzelf laten opnemen. Door de opname is de deelnemer weer gaan sporten, kreeg sociale contacten en had een daginvulling. Dit zijn allemaal activiteiten die de deelnemer helpen om zich verder te ontwikkelen. Het *‘kijken van documentaires’*, *‘lezen van boeken en encyclopedieën’* en *‘studeren/leren’* zijn eveneens activiteiten die binnen dit concept vallen. Het vergroot de kennis van de deelnemers. Tot slot valt het lid zijn van een *‘toneelvereniging’* hieronder. De deelnemer leert daar hoe hij met mensen om kan gaan, ontdekt zijn sterke en minder sterke kanten, creëert uithoudingsvermogen en leert zichzelf beter kennen. Door het toneel ontwikkelt de deelnemer zich verder: *‘dat kunt ge perfect gebruiken in uw dagelijks leven.’*

3.4 Innerlijke betekenis

De vierde categorie is ‘innerlijke betekenis’. Onder deze categorie vallen alle fragmenten van de deelnemers die te maken hebben met hun eigen persoon, dat zij als helpend en steunend ervaren. De categorie bestaat uit de concepten ‘fysieke verschijning’, ‘persoonlijkheid’, ‘acceptatie’, ‘ambitie’, ‘doelen’ en ‘betekenis van herstel’. Onder deze categorie vallen ook activiteiten, net als bij de categorie ‘belangrijke activiteiten’. Verschil is dat de activiteiten binnen de concepten ‘doelen’ en ‘ambitie’ van deze categorie (nog) niet hebben plaatsgevonden, maar dat misschien in de toekomst wel zou kunnen gebeuren in de vorm van doelen, wensen en/of dromen. Onder het concept ‘zelfontplooiing’ van de categorie ‘belangrijke activiteiten’ vallen de activiteiten die de deelnemers

op dit moment al verrichten. Bij zowel de concepten ‘doelen’, ‘ambitie’ als het concept ‘zelfontplooiing’ gaat het om een passie van de deelnemer, echter het verschil is hier dus het tijdsbestek. De concepten ‘doelen’ en ‘ambitie’ vertonen onderling ook wat samenhang. Beiden gaat het om een soort droom van de deelnemer. Het verschil is dat de deelnemer bij ‘doelen’ van plan is om het doel te bereiken. De fragmenten horende bij ‘ambitie’ zijn meer dromen. Het is iets wat de deelnemer wel graag zou willen, maar hij of zij is nog niet van plan om deze droom te verwezenlijken. Dromen horende bij het concept ‘ambitie’, kunnen wel overgaan tot doelen indien de deelnemer besluit zichzelf dit als doel te stellen en een soort plan bedenkt. ‘Zelfontplooiing’ van de categorie ‘belangrijke activiteiten’ zou dan de laatste stap in het proces zijn, het doel dat voorkomt uit iemands passie horende bij het concept ‘ambitie’ om iets te bereiken, wordt dan al uitgevoerd. ‘Ambitie’ wordt hier daarom meer opgevat als fantasieën/dromen die nog niet ten uitvoer zijn gebracht en wat de deelnemer zich ook nog niet als doel heeft gesteld.

Tabel 4. Categorie Innerlijke betekenis.

Concept	Definitie	Fragment	Aantal codes
Fysieke verschijning	Fragmenten waarin de deelnemer benoemt waarde te hechten aan zijn of haar uiterlijk, omdat hij of zij dat belangrijk vindt.	<i>“Ik merk nu dat sinds ik er wat verzorgder bij loop, wel een beetje nonchalant, maar vroeger was het echt niet om aan te zien. Nu heb ik terug een bepaalde stijl en dan denk ik wel dat er meer mensen naar mij zien en voel ik mij terug goed. Ik mag terug gezien worden.”</i>	Fragmenten: 3 Deelnemers: 1
Persoonlijkheid	Fragmenten waarin de deelnemer het hebben van een bepaalde eigenschap als steunend ervaart. Het betreft karaktereigenschappen, cognities en copingstijlen.	<i>“Ik ben wel een optimist, en ja mijn humor, die kan zo alle kanten uit, maar dat is wel hetgeen me rechthoud.”</i>	Fragmenten: 32 Deelnemers: 9
Acceptatie	Fragmenten waarin de deelnemer het belangrijk vindt om de ziekte en/of de beperking(en) van de ziekte te accepteren.	<i>“Maar er is dus wel een tijd geweest dat ik het mij wel aantrok. Dat ik anders was en niet kon bereiken wat zij bereikten. Er is wel een tijd geweest dat dat moeilijk was. Maar ik heb mij daarmee verzoend.”</i>	Fragmenten: 5 Deelnemers: 5
Ambitie	Fragmenten waarin de deelnemer praat over zijn of haar passie, over iets wat hij of zij graag zou willen bereiken. Het is een droom en de deelnemer heeft zichzelf dit nog niet als doel gesteld. De	<i>“Wat zou je dan nog willen bereiken, misschien is dat een betere vraag. Als ik echt mocht kiezen, zou ik wel terug bij een architect willen werken. Da zou ik wel willen maar of da echt kan das nog iets anders natuurlijk. Das iets wat ik wel wil, zo’n carrière.”</i>	Fragmenten: 6 Deelnemers: 3

	deelnemer zou deze droom graag willen verwezenlijken maar probeert dit nog niet.		
Doelen	Fragmenten waarin de deelnemer zichzelf een specifiek en concreet doel stelt wat voor hem of haar met herstel te maken heeft. De deelnemer probeert stappen te maken om het doel te bereiken.	<i>“Het kan zelfs zijn dat ik dit jaar al de dodentocht ga meedoen. Ofwel dit jaar of volgend jaar... maar zo de dodentocht en Santiago de Compostelle, het klinkt een beetje als een uitdaging voor jezelf. Ja, om te zien, ik had vroeger een heel sterk karakter, of ik er sterker ben uitgekomen. Door de jaren heb je toch een paar knauwen gekregen die niet meer hersteld kunnen worden.”</i>	Fragmenten: 4 Deelnemers: 3
Betekenis van herstel	Fragmenten waarin de deelnemer vertelt wat voor hem of haar herstel betekent. Het gaat hierbij puur om wat ‘herstellen’ betekent voor de deelnemer.	<i>“Je kunt alles herstellen. Alles wat kapot is kun je maken maar soms, soms als de mens helemaal kapot is, dan kost het jaren, jaren, jaren om te herstellen. En als je dan goed zorgt voor jezelf en niet blind bent voor je eigen problemen, dan komt dat allemaal wel goed.”</i>	Fragmenten: 21 Deelnemers: 9
Totaal aantal codes	71		

3.4.1 Fysieke verschijning

Onder het eerste concept ‘fysieke verschijning’ vallen alle fragmenten die betrekking hebben op het uiterlijk van de deelnemer, waar waarde aan wordt gehecht. De deelnemer vindt het belangrijk om er verzorgd uit te zien, omdat *‘ik mag terug gezien worden’* en dan *‘voel ik mij terug goed’*. Er wordt waarde gehecht aan het kapsel, de kleren, maar ook aan de persoonlijke hygiëne. Alles wat met de fysieke verschijning en uitstraling te maken heeft.

3.4.2 Persoonlijkheid

Het tweede concept ‘persoonlijkheid’ bevat alle fragmenten waarin de deelnemer het hebben van een bepaalde eigenschap als steunend en helpend ervaart. Dit is een erg breed concept en bevat veel codes. Het gaat hierbij om karaktereigenschappen, cognities en copingstijlen. Wat betreft karaktereigenschappen benoemen deelnemers bijv.: *‘een doorgedreven karaktertje hebben’*, *‘socialer geworden’*, *‘mensen laten lachen door humor’*, *‘meer initiatief tonen’*, *‘weten wat je wilt’* en *‘geduld hebben’*. Veel deelnemers vinden zichzelf sterker geworden en vinden het belangrijk dat ze vertrouwen in zichzelf blijven houden. Met cognities doelen deelnemers op *‘positief denken’* en

'hoop' koesteren. Als coping noemen deelnemers *'doorzetten en harder worden'*, *'jezelf meer de tijd geven'*, *'hindernissen durven nemen'*, *'uit de eigen cocon komen'*, *'weten hoe met de eigen beperkingen om te gaan'*, *'sneller tevreden zijn'* en *'meer genieten'*.

3.4.3 Acceptatie

Het derde concept binnen de categorie is 'acceptatie'. Dit concept bevat alle fragmenten die betrekking hebben op het accepteren van de ziekte en de beperkingen. Als dit niet wordt aanvaard, zijn de meeste deelnemers van mening dat zij in een negatieve spiraal terecht komen. Dit werkt volgens hen destructief, omdat ze in een depressie zouden raken en *'het wordt anders wel heel moeilijk om met u eigen te leven'*. Aan de ene kant vinden de deelnemers dat zijzelf moeten veranderen, aan de andere kant vinden ze dat ze bepaalde dingen zullen moeten accepteren. Wat betreft het accepteren van de ziekte noemen de deelnemers: *'aanvaarden nooit meer de oude te zijn'*, *'nooit volledig te kunnen herstellen'*, *'accepteren zoals je bent met de beperking'* en *'leren leven met een psychose'*. Ook de beperkingen van de ziekte zullen ze moeten aanvaarden, zoals *'nooit meer jointjes mogen roken'*, *'niet meer volledig kunnen werken'* en *'veel zaken op het gebied van presteren (werken, een gezin hebben) die niet meer haalbaar zijn'*. Het vergelijken van de eigen prestaties met die van anderen uit de omgeving en het oude leven terug willen hebben, leidde bij enkele deelnemers tot frustraties.

3.4.4 Ambitie

Het vijfde concept 'ambitie' bevat alle fragmenten waarin de deelnemer praat over zijn of haar passie, over iets wat hij of zij graag zou willen. De ambities die worden genoemd hebben betrekking op *'architectuur'*, *'de interactie tussen mensen'*, *'de natuur'* en *'professioneel voetbal'*. Indien de deelnemers noemen ergens graag te willen werken, zoals bij een architect of een reclamebureau, maar hier nog geen plan voor hebben bedacht, worden deze geplaatst onder 'ambitie'. De deelnemer zou het wel graag willen maar heeft er nog niet over nagedacht of dit haalbaar is en wat er voor nodig is. Hij of zij heeft zich dit nog niet als doel gesteld en een plan bedacht.

3.4.5 Doelen

Onder het concept 'doelen' vallen alle fragmenten waarin de deelnemer zichzelf een doel stelt, iets wat hij of zij graag wil bereiken dat voor hem of haar te maken heeft met herstel. Enkele deelnemers zijn op een punt gekomen waarin ze zich *'andere doelen stellen in het leven om een serieuzer leven te gaan leiden'*. De specifieke en concrete doelen hebben betrekking op school (diploma halen), werken, maar ook sportieve doelen zoals Santiago de Compostella en de

dodentocht lopen. De deelnemer heeft zichzelf een doel gesteld waarbij hij of zij al heeft nagedacht of dit doel haalbaar is. Dit doel kan een droom zijn voor de deelnemer, maar hij of zij heeft al wel een soort plan bedacht om dit doel te bereiken. In die zin blijft dit doel dus niet alleen maar bij een droom. De deelnemers proberen al stappen te maken om dit doel te bereiken.

3.4.6 Betekenis van herstel

Het zesde en laatste concept binnen deze categorie is ‘betekenis’. Onder dit concept vallen alle fragmenten waarin de deelnemer vertelt wat herstel voor hem of haar betekent. Bij iedere deelnemer wordt gevraagd wat herstel voor hem of haar persoonlijk inhoudt en welk beeld of symbool het herstel zou kunnen vertegenwoordigen. De antwoorden op deze vragen zijn geplaatst onder ‘betekenis van herstel’, omdat het hier puur om de betekenis van herstel gaat. De betekenissen die door de deelnemers worden genoemd zijn erg uiteenlopend. Ze variëren van *‘iets is kapot dat hersteld moet worden’*, *‘bewuster nadenken en minder met de eigen problemen bezig zijn’*, *‘herstel van alle drugs’* tot *‘weer onderdeel worden van de maatschappij’* en *‘uitgroeien tot wie je wilt en kan zijn’*. Voor twee deelnemers was het te moeilijk om onder woorden te brengen wat ‘herstel’ in hun ogen precies betekent. Uit de beelden en symbolen dat herstel kan vertegenwoordigen, is af te leiden dat de deelnemers nog volop in hun herstelproces zitten. Ze zijn halverwege de tunnel op weg naar het licht, zitten met hun knieën op de rand van een put om eruit te klimmen en een boom wordt gemaakt die ziek was. Twee deelnemers noemen als symbool een familielid. Een foto van de vader van een deelnemer staat symbool voor herstel omdat het contact weer hersteld wordt, en wordt er gerefereerd naar *‘mijn bompa (opa)’* omdat hij altijd zo’n positief persoon was. Vrienden en het hebben van een eigen appartement worden ook genoemd. Het appartement staat symbool voor vrijheid. Twee deelnemers refereren naar een letterlijk symbool, zoals naar *‘een hartje’* en *‘het peace teken’*. Tot slot noemt één deelnemer een *‘sportatleet’*. Een *‘toxicomaan’* herstelt door o.a. te gaan sporten om weer in een goede lichamelijke conditie te verkeren. Een sportatleet staat in zijn beleving gelijk aan iemand die lichamelijk niets mankeert.

3.5 Materiële steun

De vijfde en laatste categorie is ‘materiële steun’. Deze bestaat uit externe hulpmiddelen die de deelnemer (onder)steunt in zijn of haar herstelproces. Binnen het concept ‘instrumentele steun’ van de categorie ‘belangrijke anderen’ krijgen de deelnemers ook hulp van buitenaf, personen uit hun omgeving bieden hen een vorm van hulp aan. Zowel de persoon die de hulp biedt, als de hulp zelf, worden door de deelnemers belangrijk gevonden. Binnen de categorie ‘materiële steun’ staat alleen de steun/hulp zelf centraal en niet door wie de hulp wordt geboden. Deze categorie is opgebouwd

uit twee concepten, ‘medicatie’ en ‘geld’. Het gebrek aan geld behoort ook tot het concept. De twee concepten vertonen geen overlap tijdens de analyse.

Tabel 5. *Categorie Materiële steun.*

Concept	Definitie	Fragment	Aantal codes
Medicatie	<i>De fragmenten waarin de deelnemer benoemt dat medicatie hem of haar ondersteunt in het herstelproces.</i>	<i>“Wat heeft me wel geholpen.. medicatie die de dokter voorschrijft hé, niet eigenhandig. Ik heb geen verslaving. Maar medicatie, dat ik heel mijn leven zal moeten nemen. Op doktersvoorschrift hé, dat helpt wel om rustiger te zijn. En angstremmers, zodat die angsten er zo niet meer zijn. Het is een steun.”</i>	Fragmenten: 12 Deelnemers: 7
Geld	<i>De fragmenten waarin de deelnemer benoemt dat het hebben van (voldoende) geld hem of haar zou ondersteunen. Het ervaren van een gebrek aan geld, om verschillende redenen, behoort ook tot dit concept.</i>	<i>“Geld is altijd belangrijk, dat is zo wat de drijfveer van het leven tegenwoordig. Alles draait om geld. Ja, vind je dat? Ja, geld is nu eenmaal belangrijk. En heeft dat ook geholpen, ik heb geld en daardoor kon ik verder? Ja, als je geld hebt dan is het leven sowieso gemakkelijker he. En nu heb ik geen geld en dan zit je hier en dan kan je ook meer in je vrije tijd doen als je geld hebt. Dus ’t is nu een beetje het gebrek aan geld.. dat houdt je hier binnen die 4 muren.”</i>	Fragmenten: 8 Deelnemers: 5
Totaal aantal codes	20		

3.5.1 Medicatie

Onder het eerste concept ‘medicatie’ vallen de fragmenten waarin de deelnemers benoemen dat medicatie hen ondersteunt. De medicatie heeft een (positief) effect op hun cognities, het vermindert de gedachtegang en het piekeren, ze zijn meer in staat om rationeel te denken en het vermindert de angsten. Naast de cognities heeft de medicatie ook een (positief) effect op de gemoedstoestand. De deelnemers voelen zich rustiger, kalm, op hun gemak en ‘easy’. De medicatie zorgt o.a. voor ‘rust in mijn kopje’. Deze vorm van materiële steun ‘is geen oplossing maar het is wel een ondersteuning’ voor de deelnemers.

3.5.2 Geld

Het tweede concept is ‘geld’. Onder dit concept vallen alle fragmenten waarin de deelnemers benoemen dat het hebben van geld hen (meer) zou ondersteunen. In dit geval is het gebrek aan geld

voor de deelnemers belemmerend. Het hebben van voldoende geld is voor veel deelnemers belangrijk, omdat zij dan meer kunnen ondernemen. *‘Het maakt het leven makkelijker’* en je kunt dan *‘uw eigen een schoon woonst zoeken’*. Vrijwel alle deelnemers ervaren een tekort aan geld, wat zij belemmerend vinden. Het houdt ze binnen in hun appartement en ze kunnen minder dingen doen. Voor sommige deelnemers is geld zelfs zo blijkbaar dat het een voorwaarde is om je goed te kunnen voelen en om niet meer depressief te zijn.

3.6 De categorieën en concepten

In deze paragraaf wordt explorerend te werk gegaan om het belang van iedere categorie naar voren te halen. Tijdens de analyse is gebleken dat de ene categorie vaker door de deelnemers wordt genoemd, dan de andere categorie. De categorie ‘innerlijke betekenis’ komt bij alle deelnemers terug en wordt het vaakst benoemd. Soms wordt dit spontaan genoemd, soms naar aanleiding van een vraag van de onderzoeker of het lijstje. De categorie ‘belangrijke anderen’ komt, op één punt verschil na met ‘innerlijke betekenis’, ook erg vaak aan bod. Mede ook omdat hier expliciet naar gevraagd wordt en er verschillende mogelijke steunfiguren op het lijstje staan. Er wordt echter weinig tot geen sturing gegeven aan welke invulling deze belangrijke anderen krijgen door de deelnemers. ‘Belangrijke activiteiten’ komt bij minder deelnemers terug, in vergelijking met de twee voorgaande categorieën. Daarentegen is dit wel een categorie die meestal spontaan wordt genoemd door de deelnemers, zonder sturing van de interviewer. Op de vierde plaats staat de eigen geformuleerde categorie ‘materiële steun’. De categorie ‘belangrijke plaatsen’ komt het minst aan bod bij de deelnemers. Wel is dit, net als de categorie ‘belangrijke activiteiten’, een categorie die meestal spontaan wordt genoemd door de deelnemers, zonder sturing.

Tot slot kan er op het niveau van de concepten worden gekeken. Uitschieter binnen de categorie ‘innerlijke betekenis’ is het concept ‘persoonlijkheid’. Deelnemers hechten veel waarde aan het hebben van bepaalde eigenschappen. Mede ook doordat dit concept erg breed is, komt deze vaak aan bod. Een andere reden is dat de interviewer soms specifiek vraagt naar een bepaalde eigenschap, zoals of de deelnemer positief denkt. Ditzelfde geldt voor het concept ‘betekenis van herstel’. Dit is eveneens een concept die bij alle deelnemers ter sprake komt, omdat hier specifiek naar gevraagd wordt. In die zin is dit concept eigenlijk wat ‘gemanipuleerd’, omdat het geen spontane reacties van de deelnemers betreft. ‘Acceptatie’ is een concept dat door meer dan de helft van de deelnemers wordt genoemd. ‘Ambitie’ en ‘doelen’ komen minder aan bod. ‘Fysieke verschijning’ wordt door één deelnemer genoemd. Binnen de categorie ‘belangrijke anderen’ is vooral het concept ‘emotionele steun’ een vorm die door veel deelnemers genoemd wordt en waar

veel waarde aan wordt gehecht. Ook 'binding' en 'vertrouwen' worden door bijna alle deelnemers genoemd. 'Gezelschap' en 'instrumentele steun' zijn vormen die meer dan de helft van de deelnemers belangrijk vinden. 'Informatieve steun' wordt bepaald door één deelnemer, deze komt minder aan bod. Van de categorie 'belangrijke activiteiten' worden de concepten 'daginvulling' en 'zelfontplooiing' beiden door meer dan de helft van de deelnemers genoemd. 'Ontspanning' en 'zelfexpressie' komen bij enkele deelnemers terug. Het concept 'fit voelen' wordt maar door één deelnemer genoemd. De categorie 'materiële steun' is opgebouwd uit de concepten 'medicatie' en 'geld'. 'Medicatie' wordt door de helft van de deelnemers spontaan genoemd, door de andere helft naar aanleiding van het lijstje. Desondanks wordt door veel deelnemers medicatie belangrijk gevonden. Aan 'geld' wordt minder waarde gehecht door de deelnemers, maar nog steeds door meer dan de helft. Echter een gebrek aan geld ervaren de deelnemers wel als belemmerend. Binnen de laatste categorie 'belangrijke plaatsen' worden de concepten 'beschermd voelen', 'vrijheid' en 'rust' elk benoemd door twee deelnemers. 'Op gemak voelen' en 'plaats van herkomst' zijn concepten die bepaald worden door één deelnemer.

4. Conclusie en discussie

Het doel van dit kwalitatieve onderzoek is om de betekenis van herstel te onderzoeken onder patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA). De relevantie van dit onderzoek ligt in het optimaliseren van behandelingen en andere begeleidingsvormen waar patiënten met een EPA mee te maken krijgen. Zo kunnen ze beter aansluiten en afgestemd worden op de behoefte van de patiënt om een zo optimaal herstel en herintegratie in de maatschappij te realiseren. Dit onderzoek kan hier daarom een bijdrage aanleveren.

Dit onderzoek vormt een deelstudie van een grotere studie, dat uitgevoerd is door Vansteenkiste. Door middel van de PhotoVoice methode en semi-gestructureerde interviews onderzocht hij de perceptie van patiënten met een EPA over persoonlijk herstel. Door het analyseren van de foto's van de PhotoVoice methode bij de eerste onderzoeksgroep kwam hij tot vier kernthema's: belangrijke anderen, belangrijke plaatsen, belangrijke activiteiten en innerlijke betekenis. In dit onderzoek zijn de interviews geanalyseerd van de tweede onderzoeksgroep. Er is deels gewerkt met een vooropgezette indeling waarbij de gevonden kernthema's van Vansteenkiste als leidraad zijn genomen, maar ook deels is er gewerkt vanuit de grounded theory. Door een gecombineerde aanpak te gebruiken, wordt voorkomen dat er gewerkt wordt vanuit een tunnel visie en gaat de informatie van de deelnemers niet verloren.

4.1. Belangrijkste bevindingen

Voor dit onderzoek werd de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

“Welke betekenis geven personen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) aan herstel?”

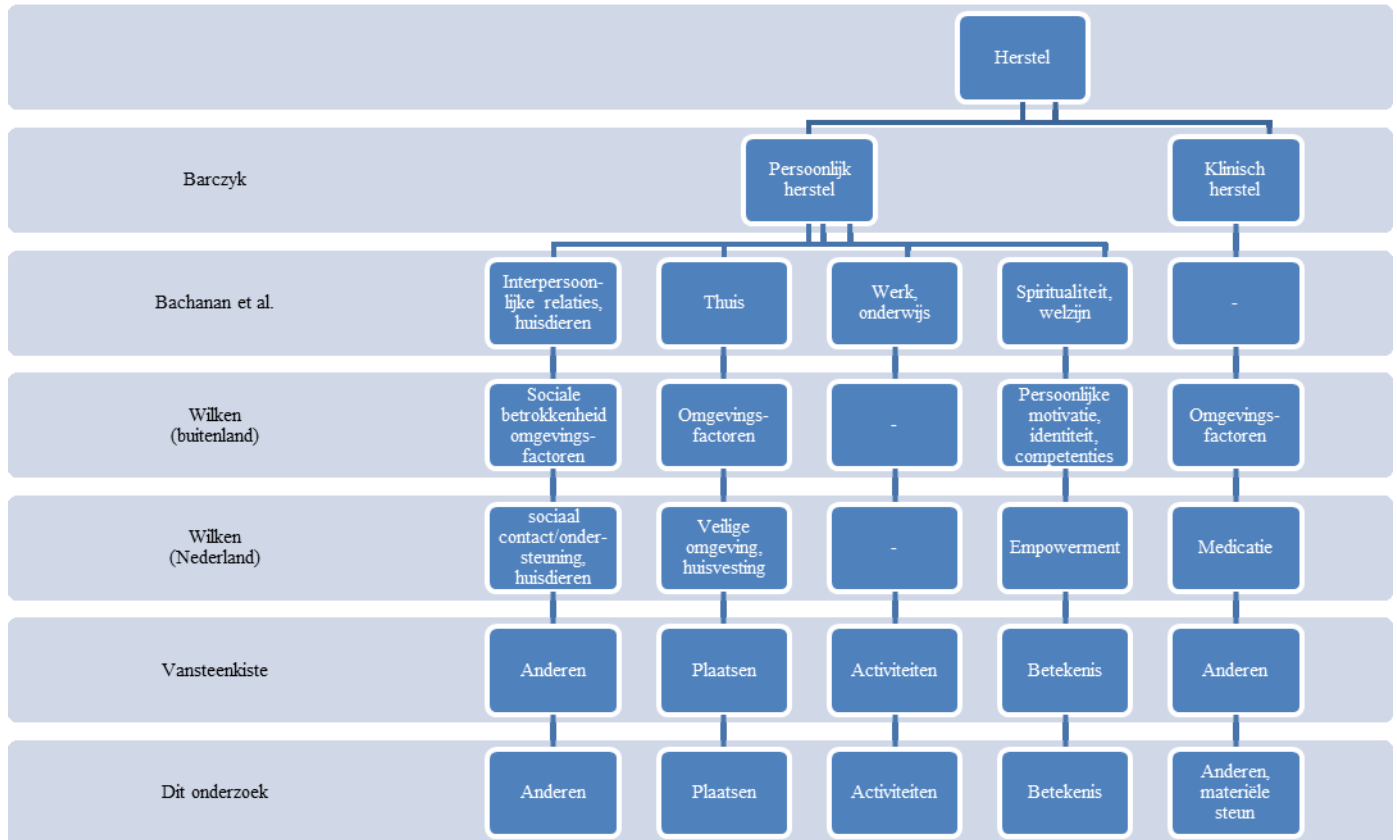
Uit de analyse is gebleken dat de betekenis van de deelnemers rondom herstel is terug te herleiden naar vijf categorieën en lijkt het model van Vansteenkiste te valideren. Vooral persoonlijke factoren worden toegeschreven aan herstel door de deelnemers, de categorie ‘innerlijke betekenis’ komt namelijk het vaakst aan bod. De concepten ‘persoonlijkheid’ en ‘acceptatie’ worden door veel deelnemers genoemd, de concepten ‘fysieke verschijning’, ‘ambitie’ en ‘doelen’ komen minder vaak aan bod. Daarna wordt de categorie ‘belangrijke anderen’ het vaakst genoemd. De concepten ‘binding’, ‘gezelschap’, ‘instrumentele steun’, ‘vertrouwen’ en ‘emotionele steun’ worden door de meeste deelnemers als erg waardevol gezien, ‘informatieve steun’ noemen weinig deelnemers. Ook het doen van bepaalde activiteiten binnen de categorie ‘belangrijke activiteiten’,

hebben volgens de deelnemers een bevorderende werking op het herstelproces. Een ‘daginvulling’ hebben en het doen van activiteiten voor ‘zelfontplooiing’ vinden veel deelnemers belangrijk. ‘Ontspanning’, ‘fit voelen’ en ‘zelfexpressie’ komen minder vaak aan bod. De concepten ‘medicatie’ en ‘geld’ van de categorie ‘materiële steun’ worden tevens als steunend ervaren, vooral het krijgen van de juiste medicatie. De concepten ‘op gemak voelen’, ‘beschermd voelen’, ‘vrijheid’, ‘rust’ en ‘plaats van herkomst’ van de laatste categorie ‘belangrijke plaatsen’ is een categorie die weinig genoemd wordt door de deelnemers. Een mogelijke verklaring dat deze categorie juist wel veel terug kwam in de PhotoVoice methode, ligt wellicht in het feit dat verschillende onderzoeksmethoden andere resultaten opleveren. Voor het maken van de foto’s tijdens de PhotoVoice bijeenkomsten hoeven de deelnemers niet onder woorden te brengen wat zij als steunend ervaren. Daarentegen is het wel vaak iets tastbaars, omdat het anders moeilijker is om te fotograferen. Iets abstracts, zoals het accepteren van de ziekte, is moeilijk om op een foto te zetten. In een interview kunnen deelnemers juist gemakkelijk abstracte zaken noemen die zij als steunend ervaren. Daarvoor moeten zij het echter wel eerst onder woorden kunnen brengen. Dit model is tot stand gekomen op basis van beide onderzoeksmethoden. Het model op basis van de PhotoVoice methode vormde het uitgangspunt, de interviews hebben het model verder verrijkt en uitgebreid. De toegevoegde waarde van dit onderzoek ligt dan ook in het feit dat het model is gebaseerd op meerdere onderzoeksmethoden. Hierdoor geeft het een beter beeld weer en wordt er tot een meer alomvattende betekenis van herstel gekomen, dan wanneer dit gebaseerd zou zijn op één onderzoeksmethode.

Naast de factoren die hierboven genoemd zijn die de deelnemers als helpend en steunend ervaren, komt tijdens het interview ook expliciet aan bod wat de deelnemers onder herstel verstaan. Herstel betekent voor de meeste van hen dat iets dat kapot is, weer gemaakt wordt, hoewel dat soms veel tijd nodig heeft. Zij voelen zich dan weer goed, kunnen weer functioneren in de maatschappij en groeien uit tot de persoon die ze willen zijn, inclusief hun kwetsbaarheid.

4.2 Bevindingen in de context van de literatuur

Voorafgaand aan het onderzoek werd de gevonden literatuur samen met de bevindingen van Vansteenkiste tijdens de PhotoVoice methode in een figuur geplaatst. In figuur 3 worden de nieuwe bevindingen van dit onderzoek aan de bestaande literatuur toegevoegd.



Figuur 3. Schematische weergave van de gevonden literatuur en het nieuwe model.

In figuur 3 is te zien dat het model van dit onderzoek het meest alomvattend lijkt te zijn. De vorm klinisch herstel lijkt niet terug te komen in het model van Buchanan, Peterson en Falkmer (2014) en een aantal onderdelen van persoonlijk herstel zien we niet terug in de twee onderzoeken van Wilken (2010). Zoals eerder genoemd komt klinisch herstel wel terug in het model van Vansteenkiste, maar is dit in geringe mate. Dit onderzoek laat klinisch herstel uitgebreider aan bod komen. De factoren gevonden door de andere onderzoekers komen veelal overeen met de categorieën van dit onderzoek of kunnen er onder worden geplaatst. Op het niveau van de categorieën lijkt dit model het meest uitgebreid en overkoepelend te zijn, wordt er echter gekeken op het niveau van de concepten, dan is er toch wel een verschil. Hieronder worden de overeenkomsten en verschillen besproken tussen de gevonden literatuur en het nieuwe model.

Barczyk (2014) noemde in haar onderzoek ‘persoonlijk herstel’ en ‘klinisch herstel’. Wanneer deze vormen vergeleken worden met de opgestelde categorieën van het nieuwe model, zijn er een aantal overeenkomsten op te merken. Klinisch herstel sluit het meest aan bij de categorie ‘materiële steun’ (het concept ‘medicatie’). De medicatie richt zich op het verminderen van de symptomen. Ook de categorie ‘belangrijke anderen’ vertoont deels overeenkomsten met deze vorm,

als het gaat om de steun en begeleiding van hulpverleners. Deze steun helpt de deelnemers eveneens om te herstellen. De vorm ‘persoonlijk herstel’ zien we terug in de categorieën ‘belangrijke anderen’, ‘belangrijke plaatsen’ en vooral in ‘belangrijke activiteiten’ en ‘innerlijke betekenis’. In hoeverre is de deelnemer weer in staat om activiteiten op te pakken om te kunnen functioneren in de maatschappij en in hoeverre ziet hij of zij zichzelf niet meer als een patiënt?

Buchanan, Peterson en Falkmer (2014) deden een onderzoek naar de behoeften van personen die herstellen van een EPA. Volgens hen hebben deze behoeften betrekking op de gebieden: interpersoonlijke relaties, huisdieren, thuis, werk, onderwijs, spiritualiteit en welzijn. De behoeften ‘interpersoonlijke relaties’ en ‘huisdieren’ vertonen overlap met de categorie ‘belangrijke anderen’ van dit nieuwe model. De behoefte ‘thuis’ kan ondergebracht worden in de categorie ‘belangrijke plaatsen’ en ‘werk’ en ‘onderwijs’ in de categorie ‘belangrijke activiteiten’. De behoeften ‘spiritualiteit’ en ‘welzijn’ werden weinig tot niet genoemd door de deelnemers in dit onderzoek en zijn daarom niet opgenomen in het model.

De clusters van Wilken (2010), gevonden bij een studie in het buitenland, zijn voornamelijk onder te brengen in de categorie ‘innerlijke betekenis’ van het nieuwe model, maar ook onder de andere categorieën. De clusters vertonen veel overeenkomsten met de opgestelde categorieën. Zo kunnen de clusters 1 t/m 3 (persoonlijke motivatie, identiteit, competenties) onder gebracht worden in de categorie ‘innerlijke betekenis’. Cluster 4 (sociale betrokkenheid) vertoont overlap met de categorieën ‘belangrijke anderen’ en ‘belangrijke activiteiten’, en cluster 5 (omgevingsfactoren) met alle categorieën, behalve ‘belangrijke activiteiten’ en ‘innerlijke betekenis’. Verschil met het nieuwe model is dat Wilken dieper in gaat op factoren binnen de persoon zelf en hoe hij of zij met de (gevolgen van de) ziekte om kan gaan. Cluster 2 van Wilken (2010) met bijbehorende concepten gaat bijv. diep in op de wederopbouw van de identiteit van de persoon en hoe hier betekenis aan kan worden gegeven. De categorie ‘innerlijke betekenis’ van dit onderzoek blijft hierbij wat meer aan de oppervlakte, het blijft vrijwel bij het benoemen van eigenschappen (het concept ‘persoonlijkheid’) en het kunnen accepteren van de ziekte (concept ‘acceptatie’). Deelnemers gingen niet zo diep in op de factoren en hebben deze niet zo expliciet benoemd, als dat de clusters van Wilken doen. Ook heeft de interviewer hier waarschijnlijk minder op doorgevraagd. Hierdoor komen de factoren van Wilken minder aan bod in dit nieuwe model. Daarnaast kan het verschil op het niveau van de concepten wat betreft de diepgang, mogelijk ook voortkomen uit het feit dat Wilken ontdekte dat een herstelproces bestaat uit drie fases. De mogelijkheid bestaat hierdoor dat

hij meer gericht was op het proces van herstel, terwijl dit onderzoek zich juist heeft gericht op mogelijke factoren en hierdoor tot andere categorieën is gekomen.

De genoemde factoren van Wilken (2010) uit zijn onderzoek in Nederland vertonen erg veel overeenkomsten met het nieuwe model. Alle genoemde factoren kunnen ondergebracht worden in één van de opgestelde categorieën en bijbehorende concepten. De factoren ‘sociaal contact/ondersteuning’ en ‘huisdieren’ kunnen geplaatst worden in de categorie ‘belangrijke anderen’. De factoren ‘veilige omgeving’ en ‘huisvesting’ vertonen overlap met de categorie ‘belangrijke plaatsen’, en de factor ‘empowerment’ met de categorie ‘innerlijke betekenis’. Tot slot kan de factor ‘medicatie’ ondergebracht worden in de categorie ‘materiële steun’.

De kernthema's van Vansteenkiste (2014) gevonden door middel van de PhotoVoice methode, zijn overgenomen in de opgestelde categorieën van dit onderzoek. Echter de subthema's, in dit onderzoek de concepten, zijn grotendeels veranderd om ze beter te laten aansluiten op de onderzoeksgroep. De categorie ‘materiële steun’ is aan het model toegevoegd, omdat dit een thema is die door veel deelnemers werd genoemd. Bovendien komt de vorm ‘klinisch herstel’ zo uitgebreider aan bod dan bij het model van Vansteenkiste. Geconcludeerd kan worden dat op het niveau van de categorieën dit nieuwe model beter lijkt te passen in de bestaande literatuur dan de andere weergegeven modellen. Echter werd al opgemerkt dat op het niveau van de concepten er toch wel een verschil is. Het nieuwe model bestaat voornamelijk uit brede begrippen die reiken van factoren binnen de persoon zelf tot omgevingsfactoren, maar kan het soms ontbreken aan diepgang op het niveau van de concepten. Dit kan erin resulteren dat veel verschillende factoren onder één concept vallen, bijv. wanneer cluster 1 en 2 van Wilken geplaatst worden onder het concept ‘persoonlijkheid’ van de categorie ‘innerlijke betekenis’. De variatie binnen het concept kan dan erg uiteenlopend worden. Desondanks laat dit model zien welke factoren patiënten met een EPA belangrijk vinden tijdens het herstelproces en welke betekenis aan deze factoren wordt gegeven.

4.3 Reflectie

In deze paragraaf worden de sterkten en de beperkingen van het onderzoek uiteengezet. Als eerst worden de deelnemers besproken, vervolgens komen de gebruikte interviews aan bod en wordt de analyse geëvalueerd.

Deelnemers

De problematieken van de deelnemers waren divers, echter het leiden aan o.a. een psychotische stoornis stond centraal. Kanttekening die hierbij geplaatst kan worden is dat een EPA niet alleen

bestaat uit psychotische stoornissen. Delespaul en de consensusgroep EPA (2013) zijn van mening dat ook niet-psychotische beelden ernstig kunnen zijn en tot een EPA behoren, zoals pervasieve ontwikkelingsstoornissen en angststoornissen. De onderzoeksgroep is dus niet volledig representatief voor de doelgroep, wat betreft de problematiek. Bovendien moesten de deelnemers één of meerdere ziekenhuisopnames hebben gehad en moesten zij voldoende stabiel zijn tijdens het onderzoek. De onderzoeksgroep vormt dus een bepaalde deelgroep van de gehele doelgroep. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op personen met een EPA die leiden aan niet-psychotische beelden en bijv. (nog) niet stabiel zijn. Mogelijk geven zij een andere betekenis aan herstel.

Interviews

De interviews die gebruikt zijn voor de analyse zijn gehouden met alleen de deelnemers, vrij van invloed van derden. De interviews zijn gedaan door één persoon, namelijk door de man die de gehele studie heeft opgezet en de PhotoVoice bijeenkomsten heeft geleid. Dit kan een voordeel zijn, omdat de interviewer wist waar hij over praatte en er kan van uitgegaan worden dat de interviews op een zelfde manier gevoerd zijn. Het Pygmalion effect houdt in dat een leraar, of een onderzoeker, onbewust invloed uitoefent op zijn leerlingen, in dit geval de deelnemers, omdat hij bepaalde verwachtingen heeft (Terwel, 2002). Dit effect wordt in het onderzoek bewaakt doordat het format van het interview, het interviewschema, al vast stond voordat de vier kernthema's werden gevonden. Echter doordat de interviews pas na deze bevindingen plaatsvonden, kan de interviewer wel mogelijk meer hebben doorgevraagd op deze thema's. Dit werd soms ook terug gezien in de interviews. Een voorbeeld is dat de deelnemer vertelde dat hij soms aan zijn moeder vroeg of hij bij haar kon logeren wanneer het niet goed met hem ging, waarop de interviewer vroeg: "Is uw moeder een steunfiguur?" Door deze gerichte vraag kan de deelnemer wellicht eerder geneigd zijn om hier instemmend op te antwoorden, dan wanneer de interviewer deze vraag niet had gesteld. Er is dus gewerkt met een redelijk vaststaande format tijdens het interview, maar een bepaalde mate van flexibiliteit werd ook gehanteerd.

Tijdens het interview kregen alle deelnemers twee lijstjes, waarop mogelijke steunfiguren en andere hulpmiddelen stonden. Dit heeft de deelnemers op ideeën kunnen brengen wanneer zij het moeilijk vonden om hier zelf op te komen en onder woorden te brengen. Echter heeft dit ook de spontane reacties van de deelnemers kunnen verminderen doordat zij zich mogelijk alleen nog focusten op de factoren die op de lijstjes stonden. Hierdoor kan een tunnel visie zijn ontstaan waardoor de deelnemers niet meer aan andere factoren zouden kunnen denken, die niet op de lijstjes

stonden. Opgemerkt wordt dat de factoren op de lijstjes vaker worden genoemd door de deelnemers, dan factoren die niet stonden op de lijstjes. Ondanks dat de interviewer eerst naar algemene belangrijke factoren vroeg en pas daarna de lijstjes liet zien, hebben deze lijstjes waarschijnlijk wel een grote invloed gehad. Doordat de factoren op de lijstjes erg breed en divers waren, werd deze diversiteit vaak ook terug gezien in de antwoorden van de deelnemers. Ook kwamen de vier opgestelde categorieën door Vansteenkiste terug in de lijstjes, wat er mogelijk voor heeft gezorgd dat deze vier categorieën ook terug werden gevonden bij deze onderzoeksgroep. Dat dit nieuwe model het meest overkoepelend en alomvattend lijkt te zijn ten op zichte van de gevonden literatuur, lijkt dus voor een groot deel te komen door de twee lijstjes. Echter gaat het erom wat de deelnemers belangrijk hebben gevonden en gaven zij ook eerlijk aan wanneer zij een factor niet als steunend of helpend hebben ervaren tijdens het herstelproces. Zij wogen de factoren tegen elkaar af waardoor er toch een goed beeld van de betekenis van herstel kon worden verkregen.

De interviewer was tevens een bekende voor de deelnemers, dit kan zowel een voordeel als een nadeel zijn. Indien de deelnemer een goed contact had met de interviewer en zich bij hem op zijn of haar gemak voelde, kan het de validiteit van het onderzoek bevorderen. De deelnemer zou eerder een eerlijk antwoord durven geven. Een aantal deelnemers durfden bijv. eerlijk te praten over het drugsgebruik en een vrouw vertelde dat zij vroeger seksueel is misbruikt. Echter indien de deelnemer geen goed contact had met de interviewer zou dit averechts kunnen werken. Voor de validiteit was het dan wellicht beter geweest dat de interviewer een onbekende en buitenstaander van het onderzoek was. Dat dit een nadeel kan zijn, blijkt niet direct uit de interviews. Er waren wel een aantal deelnemers die erg kortaf waren, wat vijandig overkwamen en weerstand boden. Echter of deze vijandigheid en weerstand te maken had met de problematiek van de deelnemer of het feit dat de interviewer een bekende was, werd niet goed duidelijk.

Analyse

Tijdens de analyse is er gewerkt met een vooropgezette indeling en is deels de grounded theory toegepast. Het werken met een deels vooropgezette indeling verhoogt de betrouwbaarheid van het onderzoek en door de grounded theory gaan er geen belangrijke gegevens van de deelnemers verloren. Het coderingsschema is dus zowel door de theorie als door de praktijk tot stand gekomen. Echter dat het (vernieuwde) schema in deze studie maar door één onderzoeker tot stand is gekomen, kan mogelijk wel een nadeel van het onderzoek zijn vanwege de mate van subjectiviteit. Deze subjectiviteit verlaagt op zijn beurt weer de betrouwbaarheid van het onderzoek. Tijdens het toewijzen van de codes speelde altijd de interpretatie van de onderzoeker mee, ondanks dat de

categorieën, concepten en codes zo goed mogelijk gedefinieerd waren. Omdat de deelnemers allemaal leidde aan een bepaalde problematiek(en), was hun verhaal daarnaast soms moeilijk te volgen. De één praatte van de hak op de tak, de ander juist warrig en gaf andere antwoorden op de vragen. Ook dit bemoeilijkte de interpretatie.

4.4 Aanbevelingen

De gevonden literatuur liet zien dat het begrip ‘herstel’ op verschillende manieren kan worden uitgewerkt. Het kan beschreven worden in de vorm van behoeften, factoren of bijv. een proces. Dit onderzoek heeft zich gericht op factoren. Interessant voor vervolgonderzoek kan zijn om het onderzoek te richten op het proces van herstel, in plaats van op factoren. Verwacht wordt dat personen met een EPA eerst klinisch herstel erg belangrijk zullen vinden en wanneer deze in bepaalde mate wordt gecontroleerd en gestabiliseerd, ze zich meer zullen richten op persoonlijk herstel. Ook kan interessant zijn om te onderzoeken in hoeverre de gevonden categorieën verbonden kunnen worden aan het proces van herstel.

Uit de analyse is gebleken dat de twee aangeboden lijstjes een grote invloed hebben gehad op de resultaten van dit onderzoek. De vijf categorieën werden hierdoor waarschijnlijk eerder genoemd waardoor het model sneller lijkt te valideren. Vervolgonderzoek kan zich eveneens richten op de perceptie van herstel van personen met een EPA maar dan zonder de aangeboden lijstjes. Interessant kan zijn om te onderzoeken of er dan wellicht andere factoren genoemd worden.

De interviews zijn in deze studie als startpunt genomen. Voor vervolgonderzoek kan aanbevolen worden om de eindinterviews van deze onderzoeksgroep, maar ook de begin- en eindinterviews van de eerste onderzoeksgroep, te analyseren met het ontwikkelde coderingsschema. Tijdens deze analyse kan opnieuw gewerkt worden met een ‘overige’ categorie, zodat er geen belangrijke gegevens verloren gaan. Het nieuwe ontwikkelende coderingsschema kan ook door andere instellingen gebruikt worden om zo tot een steeds meer generaliseerbaar model te komen. Rekening moet worden gehouden met het feit dat deze studie heeft plaatsgevonden in België en daardoor niet zomaar overgedragen kan worden op Nederlandse patiënten. Hiervoor zal eerst meer onderzoek gedaan moeten worden naar de perceptie van Nederlandse patiënten rondom het begrip ‘herstel’. Verwacht wordt echter dat er weinig verschil zal zijn tussen de Belgische en Nederlandse patiënten.

4.5 Afsluitende conclusie

Het doel van het onderzoek was om de perceptie en de beleving van de deelnemers rond het begrip herstel te onderzoeken. In de literatuur kwamen er verschillende thema's naar voren aan de hand van de verhalen van patiënten zelf. Echter geen één van de tot nu toe gevonden modellen leek echt alomvattend te zijn. In deze studie is onderzocht of de gevonden vier kernthema's van Vansteenkiste tijdens de PhotoVoice bijeenkomsten, terug te vinden zijn in interviews uitgevoerd met een andere onderzoeksgroep. Dit is inderdaad het geval, echter één kernthema ('belangrijke plaatsen') kwam weinig aan bod en op basis van de informatie van de deelnemers is er een nieuwe categorie ('materiële steun') aan het model toegevoegd. Dit nieuwe model, bestaande uit belangrijke anderen, belangrijke plaatsen, belangrijke activiteiten, innerlijke betekenis en materiële steun, lijkt tot nu toe het meest veelzijdig en overkoepelend te zijn. Het model is gebaseerd op meerdere onderzoeksmethoden waardoor er tot een meer alomvattende betekenis van herstel wordt gekomen onder patiënten met een EPA, dan de gevonden literatuur.

Ondanks de beperkingen van dit onderzoek, is het van toegevoegde waarde en levert het belangrijke gegevens op voor de opdrachtgever Vansteenkiste, als ook voor de wetenschappelijke literatuur over het patiëntperspectief rondom herstel. Onderzoek naar het perspectief en de ervaringen van patiënten zijn schaars, hoewel het wel steeds meer in opkomst is. Dit onderzoek laat zien dat personen met een EPA waarde hechten aan vormen van klinisch herstel, maar zeker ook aan vormen van persoonlijk herstel. Als er wordt gekeken naar de bruikbaarheid in de praktijk, levert deze studie belangrijke resultaten op die kunnen bijdragen aan het optimaliseren van behandelings- en begeleidingsvormen. Er is zowel gekeken naar belangrijke factoren binnen de patiënt zelf, als omgevingsfactoren. Hulpverleners kunnen inspelen op deze factoren om zo het herstel te bevorderen. Zo waren er een aantal factoren, afkomstig uit het model die door vrijwel alle deelnemers werden genoemd. De hulpverlener kan samen met de patiënt werken aan deze beschermende factoren, bijv. het aangaan van een band met iemand uit de omgeving of zorgen voor een daginvulling. Omdat deze als beschermende factoren dienen, kan het de kans op terugval verminderen. De hedendaagse behandelingen proberen zich al wel zo breed mogelijk in te zetten bij patiënten met een EPA. Rehabilitatie, herstel en participatie zijn wereldwijd steeds meer de kernbegrippen geworden in de zorg voor mensen met een EPA (Olij & De Haan, 2009; Van Hoof & Knispel, 2013). Er wordt bijv. zowel gewerkt aan een afname van de symptomen door medicatie als dat er met de patiënt gekeken wordt naar een aansluitende dagbesteding en huisvesting. De individuele rehabilitatiebenadering (IRB) helpt patiënten met een EPA bij het realiseren van persoonlijke doelen op de gebieden van wonen, werken, leren en sociale contacten (Michon & Van

Weeghel, 2010). Een ander voorbeeld is het model van individuele plaatsing en steun (IPS) dat mensen met een EPA beoogt te helpen om reguliere betaalde arbeid te vinden en te behouden. Desondanks beschrijft Dekker (2014) in zijn onderzoek dat ondanks de de-institutionalisering in de vorige decennia, de problemen deels niet veranderd lijken te zijn. Zo lijkt volgens hem één van de grootste problemen in de langdurige zorg te zijn dat patiënten met een EPA een geringe maatschappelijke participatie en integratie kennen. Dit model kan daarom bijdragen aan het (sneller) her-integreren en participeren in de maatschappij, omdat het model is afgestemd op de behoeften van patiënten. Hierdoor wordt de behandeling zo effectief mogelijk en bevordert dit het herstel en de herintegratie in de maatschappij.

De studie levert een bewijs voor factoren die belangrijk blijken te zijn voor patiënten met een EPA en welke betekenis zij geven aan deze factoren. Het is een overzichtelijk en alomvattend model dat gemakkelijk lijkt te kunnen worden toegepast in de praktijk. Belangrijk blijft wel dat de hulpverlener goed en aandachtig blijft luisteren naar de patiënt. Zo kan de ene factor wel belangrijk zijn voor de patiënt en blijkt de andere minder waardevol te zijn.

Referenties

- Andersson, G., Denhov, A., Bülow, P., & Topor, A. (2014). Aloneness and loneliness – persons with severe mental illness and experiences of being alone. *Scandinavian Journal of Disability Research*. doi:10.1080/15017419.2014.941927
- Andreasen, N.C., & Grove, W.M. (1986). Thought, language, and communication in schizophrenia: Diagnosis and prognosis. *Schizophrenia Bulletin*, 12(3), 348-359.
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experiences of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586-594.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Anthony, W.A. (2000). A recovery-oriented service system: Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 159-168. doi: 10.1037/h0095104
- Barczyk, A.N. (2014). Relationship between the public's belief in recovery, level of mental illness stigma, and previous contact. *Community Ment Health Journal*. doi: 10.1007/s10597-014-9766-z
- Buchanan, A., Peterson, S., & Falkmer, T. (2014). A qualitative exploration of the recovery experiences of consumers who had undertaken shared management, person-centred and self-directed services. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(1), 23.
- Cabassa, L.J., Nicasio, A., & Whitley, R. (2013). Picturing recovery: A photovoice exploration of recovery dimensions among people with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 64(9), 837-842. doi: 10.1176/appi.ps.201200503

- Clements, K. (2012). Participatory action research and photovoice in a psychiatric nursing/clubhouse collaboration exploring recovery narrative. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 785–791.
- Deacon, B.J. (2013). The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33, 846-861. doi: 10.1016/j.cpr.2012.09.007
- Dekker, J. (2014). *Problemen in de zorg voor EPA- patiënten*. Geraadpleegd op 20 maart 2015, van <http://www.stichtingtotsteunvcvz.nl/projecten/wetenschappelijk-onderzoek/problemen-in-de-zorg-voor-epa-patienten.htm>
- Delespaul, P., & consensusgroep EPA. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55, 427-438.
- Drake, R.E., & Whitley, R. (2014). Recovery and severe mental illness: description and analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(5), 236-242.
- Harding, C.M., & Zahniser, J.H. (1994). Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 140-146.
- Harper, D., & Thompson, A.R. (2012). *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: a guide for students and practitioners*. New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Lane, R.D. (2014). Is it possible to bridge the biopsychosocial and biomedical models? *BioPsychoSocial Medicine*, 8(1), 1-3
- Le Boutillier, C., Slade, M., Lawrence, V., Bird, V.J., Chandler, R., Farkas, M., . . . Leamy, M. (2014). Competing Priorities: staff perspectives on supporting recovery. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. doi: 10.1007/s10488-014-0585-x

- Mental Health Commission of Canada (MHCC). *Toward recovery and well-being*. Ottawa (ON): MHCC; 2009.
- Michon, H., & van Weeghel, J. (2010). Rehabilitatieonderzoek in Nederland. Overzicht van onderzoek en synthese van bevindingen in 2000 – 2008. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52(10), 683-694.
- Morice, M., & McNicol, D. (1986). Language changes in schizophrenia: a limited replication. *Schizophrenia Bulletin*, 12(2), 239-251.
- Nederland, T., & Duyvendak, J. W. (2004). *De kunst van effectieve belangenbehartiging door de patiënten en cliëntenbeweging*. Utrecht: Verwey Jonker Instituut.
- Nordt, C., Brantschen, E., Kawohl, W., Bärtsch, B., Haker, H., Rüsch, N., & Rössler, W. (2012). 'Placement budgets' for supported employment – improving competitive employment for people with mental illness: study protocol of a multicentre randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12(165)
- Olij, L., & De Haan, E. (2009). *Naar herstel en burgerschap: visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen*. GGZ Nederland.
- Perry, B.L. (2011). The labeling paradox: stigma, the sick role, and social networks in mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(4), 460-477.
doi:10.1177/0022146511408913
- Planner, C., Gask, L., & Reilly, S. (2014). Serious mental illness and the role of primary care. *Current Psychiatric Reports*, 16(458). doi: 10.1007/s11920-014-0458-8
- Phrenos Kenniscentrum. (2010). *Herstel en herstelondersteuning*. Geraadpleegd op 20 oktober 2014, van <http://www.kenniscentrumphrenos.nl/kennisthemas/herstel-herstelondersteuning/>
- Sitvast, J. (2014). Hermeneutic Photography: An innovative intervention in psychiatric rehabilitation founded on concepts from Ricoeur. *Journal of Psychiatric Nursing*, 5(1), 17-24

- Swartz, M.S., Swanson, J.W., Wagner, H.R., Burns, B.J., & Hiday, V.A. (2001). Effects of involuntary outpatient commitment and depot antipsychotics on treatment adherence in persons with severe mental illness. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 189(9), 583-592.
- Terwel, J. (2002). Curriculumdifferentiatie en leren denken: een onderwijspedagogisch perspectief. *Pedagogische studiën*, 79, 192-211.
- Thomas, P., King, K., & Fraser, W.I. (1987). Positive and negative symptoms of schizophrenia and linguistic performance. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 76(2), 144-151.
- Van den Bosch, R.J. (2008). *Handboek psychopathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Van Hoof, F., & Knispel, A. (2013). Ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning. Een internationale vergelijking van overheidsbeleid. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 68(5).
- Vansteenkiste, T. (2014). *Images of recovery a participatory PhotoVoice studie*. Paper presented at Refocus on recovery Conference, London (Engeland), 2-3 juni 2014.
- Wilken, J.P. (2010). *Recovering care: A contribution to a theory and practice of good care*. Amsterdam: SWP Publishers.