



MASTERTHESE

VISIE OP EN BETEKENIS VAN HET BEGRIP
'HERSTEL' VOOR MENSEN MET LANGDURIGE
PSYCHIATRISCHE KLACHTEN.

ALEXANDRA MENZ | s 100 96 48

MASTER POSITIEVE PSYCHOLOGIE EN TECHNOLOGIE
GEDRAGSWETENSCHAPPEN, PSYCHOLOGIE

EERSTE BEGELEIDER: PROF. DR. G. J. WESTERHOF
TWEDE BEGELEIDER: L. WEISS

JUNI 2015 | ENSCHEDE | UNIVERSITEIT TWENTE

Abstract

There are different theories and approaches in the science of the processes involved in recovering from a mental illness. Wilken (2010) conducted a meta-analysis of 26 studies on recovering from a mental illness and found five factors that are essential for recovery: Motivation for recovery (factor 1), developing identity (factor 2) acquiring skills (factor 3), social inclusion and integration into society (factor 4) and the supportive resources (factor 5). With these generally valid factors, Wilken (2010) reached a high level of abstraction. To date there has not been enough research to determine whether those factors can be translated back to and are valid for individual recovery stories of people with chronic psychiatric diseases.

To gain new insights about the validity of the factors, semi-structured interviews were conducted around the recovery story for people with chronic mental illnesses. The first factor of Wilken (2010), the motivation for recovery, is only touched briefly. In this qualitative study peoples' thoughts on recovery and how the factors of Wilken (2010) match the individual steps to recovery are examined via interviews. To ensure that the analysis stays as close to the actual feedback given in the interviews, a number of quotations are used.

The study shows that, despite the three recovery stories being very different, almost all of Wilken's (2010) factors, with some exceptions, occur in each recovery story of the participants. The conclusion that the generally valid factors found by Wilken (2010) also fit in the recovery stories of people with chronic psychiatric problems is obvious. Especially regaining of independence and expanding (social-) skills are very apparent. Only the fifth factor is not that apparent in the recovery stories. Possible explanations can be found in the composition of the group of participants and the set of questions of the interview.

A follow-up study should be considered to determine whether the factors that didn't fully emerge in this study materialise in a different group of individuals with similar mental illnesses and how the factors appear in an entirely different group of mental illnesses. Also, the interview would have to be adapted for this purpose in order to obtain more information on the missing factors.

Samenvatting

Er bestaan verschillende theorieën en opvattingen binnen de wetenschap over de processen rondom het herstellen van een psychische ziekte. Wilken (2010) heeft een meta-analyse van 26 studies over het herstellen van een psychische ziektes gedaan en heeft vijf factoren gevonden die essentieel bij het herstel zijn: De motivatie voor herstel (factor 1), het ontwikkelen van identiteit (factor 2), het verwerven van competenties (factor 3), de sociale betrokkenheid en integratie in de samenleving (factor 4) en de omgevingssteun en de hulpbronnen (factor 5). Bij deze algemeen geldige factoren heeft Wilken (2010) een hoog niveau van abstractie bereikt. Het is tot nu toe te weinig onderzocht of deze factoren weer terugvertaald kunnen worden naar en geldig zijn voor individuele herstelverhalen van mensen met chronisch psychiatrische ziektes.

Om nieuwe inzichten over de geldigheid van de factoren te verwerven werden semigestructureerde interviews rondom het herstelverhaal bij mensen met chronisch psychiatrische ziektes afgenomen. De eerste factor van Wilken (2010), de motivatie voor herstel blijft in dit onderzoek buiten beschouwing. Op basis van de interviews wordt in een kwalitatieve studie onderzocht hoe deze mensen over herstel nadenken en in hoeverre de van Wilken (2010) gevonden factoren bij de individuele verhalen passen. Hierbij wordt vooral gelet op dat de analyses dicht bij de verwoordingen van de mensen zelf blijven en de bevindingen met veel citaten uit de interviews onderbouwt werden.

Uit het onderzoek blijkt dat het desondanks drie heel individuele herstelverhalen zijn, bijna alle van Wilken (2010) gevonden factoren, met enkele uitzonderingen, bij ieder herstelverhaal van de deelnemers een soort invulling krijgen. Geconcludeerd wordt dat de van Wilken (2010) algemeen geldige factoren ook bij de herstelverhalen van mensen met een chronisch psychiatrische problematiek passen. Vooral het terugwinnen van zelfstandigheid en het uitbreiden van vaardigheden en sociale competenties komen hier naar voren. Alleen de vijfde factor komt in dit onderzoek niet geheel duidelijk naar voren wat waarschijnlijk met de samenstelling van de deelnemersgroep en de vraagstelling in de interviews te maken heeft.

In een vervolgonderzoek zou gekeken kunnen worden of de factoren die in dit onderzoek niet eenduidig naar voren kwamen wel bij andere mensen uit dezelfde deelnemersgroep naar voren komen en hoe de factoren in geheel andere deelnemersgroep voorkomen. Ook zou hiervoor het interview aangepast moeten worden om in deze gebieden meer informatie te verkrijgen.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	1
1.1. Inleiding en theoretische onderbouwing	1
1.2. Resultaten uit ander onderzoek	4
1.3. Doel van het onderzoek	6
2. Methode	9
2.1. Onderzoeksopzet	9
2.2. Materialen	9
2.3. Deelnemers	9
2.4. Opbouw semigestructureerde interviews	10
2.5. Procedure	10
2.6. Data analyse	11
3. Resultaten	14
Herstelverhaal 1: Frank	14
3.1.1. Betekenissen van herstel	14
3.1.2. Herstelfactoren	15
3.1.3. Hulpbronnen bij het herstelproces	16
Herstelverhaal 2: Dieter	18
3.2.1. Betekenissen van herstel	18
3.2.2. Herstelfactoren	19
3.2.3. Hulpbronnen bij het herstelproces	20
Herstelverhaal 3: Steven	22
3.3.1. Betekenissen van herstel	22
3.3.2. Herstelfactoren	23
3.3.3. Hulpbronnen bij het herstelproces	24
3.4. Vergelijking tussen de deelnemers	29
3.4.1. Vergelijk herstelopvattingen	30
3.4.2. Vergelijk herstelfactoren	31
3.4.3. Vergelijk hulpbronnen	34
4. Conclusie en Discussie	36
4.1. Conclusie	36
4.2. Interpretatie	37
4.3. Sterke en zwakke punten	41

<i>4.3.1 Het interview</i>	41
<i>4.3.2. De analyses</i>	42
<i>4.4. Aanbevelingen voor verder onderzoek</i>	43
<i>4.5. Aanbevelingen voor hulpverleners</i>	44
5. Bronnen	46
6. Bijlage	47

1. Inleiding

1.1. Inleiding en theoretische onderbouwing

Over het begrip herstel is in de afgelopen jaren in de geestelijke gezondheidszorg veel onderzoek gedaan (Andresen, 2011; Slade, 2009). In deze scriptie staan mensen met een chronisch psychiatrische ziekte in de focus. Op het eerste oog is er moeilijk een verband te leggen tussen het begrip herstel en mensen met chronische psychiatrische stoornissen. Het woord chronisch sluit eigenlijk de mogelijkheid te herstellen of te genezen uit. Het is de vraag hoe en of mensen met langdurige klachten überhaupt in staat zijn om beter te worden. Wat herstel uiteindelijk voor het individu betekent is afhankelijk van de context en de personen die het betreft (Balder, 2014). Balder (2014) omschrijft de subjectiviteit van herstel: *“Ieder mens heeft zijn eigen beleving van herstel. Wat de ene herstel vindt, is voor de ander nog onderdeel van het ziek zijn.”* (p. 9). Ook het proces naar herstel toe is voor iedereen uniek en kan op verschillende manieren gebeuren (Andresen, 2011; Slade, 2009). Andersen (2011) en Slade (2009) schrijven dat het herstelproces voor iedereen uniek is. Dit betekent dat er niet één goede manier is om te herstellen. Bij dit onderzoek ligt de focus op herstelverhalen van mensen met chronisch psychiatrische ziektes. Het wordt door middel van case studies gekeken in welke zin mensen met een diagnose als schizofrenie of een andere psychotische ziekte over herstel nadenken en hoe ze het begrip ‘herstel’ in hun eigen verhaal interpreteren. Op deze manier kan de individuele betekenis die de mensen aan herstel verlenen naar voren gehaald worden.

In het verleden werd de diagnose van een ernstige psychische ziekte als een levenslange belemmering gezien. Behandelingen maakten primair gebruik van medicijnen om de symptomen van de ziekte te reduceren (Sklar, 2013). In de laatste jaren heeft er een verandering bij het begrip van geestelijke gezondheid en de ermee verbonden zorg plaats gevonden. Tegenwoordig wordt geestelijke gezondheid als een veel breder concept dan alleen de afwezigheid van ziekte gezien: Het individu zelf en zijn behoeftes, zijn waarden en het herstellen van verschillende levensdomeinen zijn meer op de voorgrond gekomen en niet alleen het bestrijden van klachten en symptomen (Connell et al., 2012; Sklar, 2013). Deze twee aspecten van geestelijke gezondheid, het terugdringen van klachten en het weer opbouwen van levensdomeinen, kunnen in het geval van een mens die aan een ziekte lijdt en verbetering wenst, onder het begrip ‘herstel’ samengevat worden. In dit onderzoek staat dit

begrip centraal. Van Dale definieert ‘herstel’ als 1. ‘genezing’ en 2. als ‘terugkeer tot een vroegere (goede) toestand’. Dit komt voor een deel overeen met de twee visies binnen de wetenschap over hoe men tegen herstel aan kan kijken.

Het begrip ‘genezing’ uit de van Dale leidt tot de eerste visie hoe de wetenschap tegen herstel aankijkt: Het medische model. Vanuit het medische model ligt de focus op de pathologie en de symptomen, er wordt vooral gekeken naar wat er mis loopt. In dit kader betekent herstel het verminderen van de symptomen en het verbeteren van functioneren van het individu. Het doel is uiteindelijk gericht op de genezing en ermee gepaard gaat het verdwijnen van de symptomen. In deze zin kan van ‘klinisch herstel’ worden gesproken (Slade, 2009). Hierbij staat ook de hulpverlener centraal. Hij is in de patiëntrelatie de expert en het is ook aan hem te bepalen wanneer de patiënt hersteld is. Hierbij geldt dat herstel (en het afnemen van symptomen) niet altijd samengaat met een verbeterde en verhoogde levenskwaliteit van de patiënt. Valkuilen van dit model zijn dat weinig aandacht wordt gegeven aan de persoon zelf, de focus is vooral klachtgericht. Er wordt niet gekeken naar bijvoorbeeld de waarden en de zingeving van de persoon zelf in omgang met de ziekte. Hier wordt later met hulp van de tweede visie verder op ingegaan.

Kijkend naar de tekortkomingen van het medische model is het tijd om ook een andere zichtwijze op herstel onder het oog te nemen. Deze visie gaat meer richting de tweede definitie van herstel van de Van Dale: de ‘terugkeer tot een vroegere (goede) toestand’. Wel is deze algemene formulering in het geval van het herstellen van een chronische psychiatrische ziekte met voorzicht te genieten en kan niet één op één toegepast worden. Het is de kwestie of een terugkeer tot een vroegere toestand überhaupt mogelijk is en of het wenselijk naar deze eerste toestand terug te keren. Beter kan hier van een ontwikkeling en het streven naar een klachtenvrije toestand gesproken worden. In deze zin schrijven W. Veling et al. (2013): “...de tijden zijn voorbij dat de diagnose van een psychotische aandoening automatisch een doemscenario voor de rest van het leven met zich meebracht. Het krijgen van een psychose betekent niet langer een definitief afscheid van toekomstplannen en van een normaal leven.”

Hier stelt zich de vraag of het mogelijk is om ook met een blijvend ziektebeeld van een psychiatrische stoornis te herstellen. Zeker moet in deze context het begrip herstel anders gedefinieerd worden dan het in het medische model is gedaan. De WHO (World Health Organization) definitie van gezondheid luidt: “*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*” Hierbij wordt duidelijk dat niet alleen aandacht geschonken moet worden aan de afwezigheid van ziekte

maar ook het aanwezig zijn van meerdere componenten van “well-being” (Slade, 2009). De WHO definieert geestelijke gezondheid als: *“a state (...) in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community”*. Dit betekent een zekere verschuiving van aandacht. Bij deze manier van denken staat meer de patiënt en zijn wel-zijn centraal dan alleen het bestrijden van de klachten. Hierbij geldt de patiënt als de expert in zijn eigen verhaal en de hulpverlener neemt minder de rol van een expert maar meer de rol van een coach in. De patiënt en zijn wensen worden hier actief bij de behandeling betrokken. Hierbij wordt de focus onder andere verlegt naar het verbeteren van de sociale inclusie van de patiënt en het sociaal actief worden tegen stigmatisering. Herstel in deze zin verschilt van het boven genoemde klinische herstel (Slade, 2009). Dit herstel, ook ‘persoonlijke herstel’ genoemd, is een proces van het individu dat toewerkt naar ‘well-being’, dus naar een verhoogde kwaliteit van leven. Het doel is dat de persoon zich lichamelijk, geestelijk en sociaal goed voelt en hierdoor tevreden is met zijn leven is (Slade, 2009). Hierbij is het niet noodzakelijk dat alle symptomen teruggedrongen werden, wat zelfs bij chronische psychiatrische stoornissen een kwestie is of het afkomen deze klachten überhaupt mogelijk is. Het gaat bij het persoonlijke herstel meer om de relatie die het individu met zijn symptomen aangaat en de verantwoordelijkheid neemt om bewust afstand te kunnen nemen van deze (Slade, 2009). Bij deze zichtwijze wordt herstel meer als een individueel ontwikkelingsproces gezien, hierbij kunnen individuen herstellen ondanks hun ziekte. Het gaat om het accepteren van beperkingen door de ziekte en het focussen op andere dingen die voor het individu naast de ziekte en klachten een positieve betekenis hebben.

In deze zin heeft William Anthony (1993) een definitie van herstel (‘mental health recovery’) geformuleerd: *“Een zeer persoonlijk en uniek proces dat te maken heeft met de waarden, attitudes, gevoelens, persoonlijke doelen, sociale rollen en de vaardigheden van een persoon. Het is een manier om een bevredigend, hoopvol en sociaal betekenisvol leven te leiden, zelfs met de beperkingen van de ziekte. Herstel betekent een nieuwe zin geven aan het leven van iemand die de catastrofe van een psychiatrische aandoening probeert te verwerken.”* (p.13). Bij deze definitie komt naar voren dat herstel een persoonlijk en uniek proces voor iedereen is en hoe ingrijpend een psychische ziekte voor de persoon op verschillende levensdomeinen is. Het is aan te nemen dat iedereen op basis van de persoonlijke geschiedenis een eigen definitie van herstel heeft. Ook Slade (2009) ondersteunt deze zichtwijze: Herstel is een individueel proces, er bestaat geen algemeen aanpak welke geschikt is voor alle mensen met een psychische ziekte.

De ene zichtwijze op herstel, zoals boven in de theoriebeschouwing genoemd, is geen uitsluitingscriterium voor de ander. De twee zichtwijzen vullen elkaar aan en kunnen naast elkaar bestaan. Deze twee zichtwijzen zijn echter heel algemeen geldig voor gezondheid en herstel en niet toegespitst op patiënten met chronische psychiatrische stoornissen. In dit onderzoek zal gekeken worden hoe deze groep patiënten er zelf tegen aan kijkt en welke betekenis ze aan herstel verlenen. Uit de theorie lijkt de tweede zichtwijze op herstel beter op deze patiëntengroep te passen. Het is echter nog niet duidelijk of patiënten meer in het kader van het medische model denken en of te wel het met langdurige klachten niet waarschijnlijk is van deze af te komen toch naar een klinisch herstel toewerken of dat deze patiënten meer gefocust zijn op hun waarden en behoeftes en het zo goed mogelijk leven met klachten op de voorgrond staat, richting een persoonlijk herstel.

1.2. Resultaten uit ander onderzoek

Een voorbeeld van een vergelijkbaar studie is die van Carlson et al. (2010). Ze hebben in hun studie sociale gezondheid als sleutelbegrip van het psychische herstel gevonden. Het concept van sociale gezondheid richt zich op factoren als sociale activiteiten, sociaal ‘well-being’, de kwaliteit van het sociale netwerk, interpersoonlijke communicatie, sociale ondersteuning en het hebben van een sociale rol en voldoening erin vinden. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het verlenen van betekenis aan dergelijke sociale activiteiten een groot deel uitmaakt van de psychische gezondheid. Binnen deze studie werd ook gevonden dat mensen met schizofrenie de meeste beperkingen binnen het sociale vlak hebben, deze werden gevolgd van patiënten met een bipolaire, depressieve en affectieve ziekte.

Wilken (2010) heeft een meta-analyse van 26 narratieve studies (zo als het boven genoemde voorbeeld) over herstel uitgevoerd met als doelstelling belangrijke factoren die tot herstel leiden of het herstellen van een ernstige psychiatrische ziekte bevorderen te definiëren. Hierdoor konden vijf clusters van herstelfactoren gedefinieerd worden. De eerste drie factoren hebben betrekking op de persoonlijke ontwikkeling van de herstellende, de laatste twee factoren maken een uitspraak over de samenstelling van de omgeving. De factoren luiden als volgt: 1. motivatie voor herstel, het 2. ontwikkelen van identiteit, de 3. competenties verwerven om zich aan te passen aan de beperking, de 4. sociale betrokkenheid en integratie in de samenleving & participatie/status en de 5. omgevingssteun & hulpbronnen.

Wilken (2010) schrijft dat de eerste factor, de motivatie om te veranderen, vaak uit een negatieve toestand voortkomt. De patiënt moet een onder de gegeven situatie lijden, deze als onuitstaanbaar ervaren en geen toekomstperspectief meer zien om iets te willen veranderen. Deze negatieve toestand en vaak ermee verbonden passiviteit verandert vervolgens in de activiteit en de kracht om iets te willen veranderen. De persoon ontwikkelt de wens beter met stress om te kunnen gaan, een betekenisvol leven te kunnen leiden en minder afhankelijk van de hulp van anderen te zijn.

De tweede factor omschrijft het heropbouwen van de eigen identiteit. Ziekte leidt vaak tot de distorsie van de eigen identiteit. De persoon moet zijn eigen personaliteit weer leren kennen en deze heropbouwen of geheel nieuw opbouwen, afhankelijk van in hoeverre de identiteit als was ontwikkelt ten tijde van de uitbraak van de ziekte. Hiervoor moet de persoon een aantal stappen doorlopen. De persoon moet leren psychotische symptomen van de personaliteit te scheiden, de persoon is niet hetzelfde als de ziekte maar de ziekte maakt een deel uit van de persoon. Verder moet de persoon de verleden tijd een plaats geven en wat gebeurt is en de ermee verbonden ziekte accepteren. Hierbij hoort ook het accepteren van de eigen kwetsbaarheid en zwaktes. Aan de andere kant moet de persoon persoonlijke sterktes en vaardigheden ontdekken. Door het ontdekken van competenties wordt het eigen zelfbewustzijn versterkt.

De derde factor, het ontwikkelen van competenties gaat over het terugwinnen van autonomie, onafhankelijkheid en zelfstandigheid om in verschillende bereiken van het leven beter te kunnen functioneren. Hierbij is de omgang met de ziekte en de consequenties ervan en het ontwikkelen van nieuwe sterke vaardigheden ‘skills’ vooral van belang. Hierbij hoort bijvoorbeeld het leren voor zichzelf te zorgen, de omgang met stress en het trainen van sociale vaardigheden.

De vierde factor gaat over de sociale betrokkenheid en integratie in een samenleving. In het toewerken naar herstel wordt het werken aan de sociale status belangrijk. Hierbij horen onder andere het werken aan positieve relaties en het ondernemen van betekenisvolle activiteiten zoals hobby’s en het uitleven in sociale rollen. Ook het hebben van werk is wenselijk omdat het de persoon een kans geeft nieuwe sociale contacten te leggen, een betekenisvol leven te leiden en zich weer waardevol te voelen.

Als laatste en vijfde factor omschrijft Wilken het hebben van ondersteuning vanuit de omgeving en ‘material resources’. Hiermee wordt aan de ene kant de ondersteuning door familie, vrienden of anderen bijvoorbeeld personeel uit de kliniek, die in de persoon geloven

en helpen bedoelt. En aan de andere kant het beschikken over bijvoorbeeld financiële middelen, een woning en gezondheidsverzorging.

1.3. Doel van het onderzoek

De insteek van dit onderzoek is narratief. Het idee is de mensen zelf aan het woord te laten komen. In deze zin is doel van dit onderzoek is aan de hand van de herstelverhalen beter zicht te krijgen op de betekenis van het begrip ‘herstel’ voor mensen met chronische psychiatrische stoornissen. Dit zal onderzocht worden door mensen van de doelgroep te interviewen en te laten vertellen wat herstel voor hun in samenhang met hun chronische ziekte betekend. Hierdoor zal de visie van de mensen zelf zo goed mogelijk naar voren gebracht worden.

In dit kader zal worden onderzocht, welke zichtwijze mensen met chronische psychiatrische stoornissen op hun klachten hebben, hoe ze ermee omgaan en op welke manier ze aan hun situatie werken. Naast de visie op herstel van de mensen met chronische psychiatrische stoornissen aan de hand van deze theoretische basis in kaart te brengen, is het verder van belang te onderzoeken welke factoren mensen bij hun herstelproces als helpend of bevorderend ervaren en welk betekenis ze eraan verlenen. Om beter grip op het herstelproces van de mensen te krijgen worden de verhalen op basis van de van Wilken (2010) gevonden factoren bij onderzoek naar factoren bij het herstel van psychische ziektes nader onderzocht. Op deze manier zullen de verhalen onderling vergelijkbaar worden.

Ook zal kritische naar de van Wilken (2010) gevonden factoren gekeken worden. Wilken heeft door zijn meta-analyse een redelijk abstract niveau bereikt om algemeen geldige factoren voor het herstellen van een psychische ziekte te kunnen formuleren. Hierdoor ontstaat een groot afstand tussen wat elk individu in zijn heel persoonlijk herstelverhaal beleeft en de theoretische basis. Het stelt zich de vraag in hoeverre Wilken’s factoren nog terug te vertalen zijn naar het perspectief en de beleving van herstel van de mens zelf. Hoe geeft elk individu invulling aan abstracte begrippen als bijvoorbeeld ‘competenties’ in zijn eigen verhaal? Hoe verwoordt de mens dit en welke betekenis verleent hij eraan?

In deze studie zal door een diepe analyse van de verhalen ‘van de mensen’ met een kritische blik gekeken worden in hoeverre en op welke manier de factoren in de individuele verhalen van de mensen terugkomen. Ook staat dit onderzoek open voor factoren of aanvullingen die Wilken (2010) in zijn onderzoek niet genoemd of gevonden heeft.

De eerste factor van Wilken (2010), de motivatie voor herstel blijft in dit onderzoek buiten beschouwing en komt alleen terloops in analyses ter sprake, als de deelnemers er zelf

iets over vertellen. Het hoofdaspect van dit onderzoek ligt op de factoren die bijdragen aan herstel en voor de deelnemers erbij als belangrijk ervaren werden. Dit zijn de tweede tot en met vijfde factor van Wilken (2010).

Op basis van de boven genoemde literatuur komen volgende onderzoeksvragen tot stand:

Onderzoeksvraag 1:

Wat is de variatie aan persoonlijke betekenissen van het begrip herstel voor mensen met een chronische psychiatrische problematiek?

Deze vraag zal in kaart brengen hoe mensen met chronische psychiatrische stoornissen tegen herstel aankijken. De analyse is niet aan de factoren van Wilken (2010) gekoppeld.

Onderzoeksvraag 2:

Welke (interne) factoren worden door mensen met een chronische psychiatrische problematiek in verband met herstel genoemd?

Deze vraag richt zich op een analyse van de tweede en derde factor van Wilken (2010). Hierbij draait het om de identiteitsontwikkeling, de mogelijkheden die de persoon bij zichzelf ontdekt en hoe deze zijn vaardigheden uitbouwt om naar herstel toe te werken.

Onderzoeksvraag 3:

Welke (externe) hulpbronnen noemen mensen, met een chronische psychiatrische problematiek, om het herstelproces te bevorderen?

Het gaat hier vooral om een analyse van externe hulpbronnen, Wilken's vierde en vijfde factor (2010). Hierbij horen steunende mensen, activiteiten en maatregelen die de personen als helpend en bevorderend bij het herstelproces noemen en welke betekenis ze eraan verlenen.

Relevantie voor de praktijk

Afsluitend zal er uitspraak over gedaan worden in hoeverre de uitkomsten van dit onderzoek de interactie tussen hulpverlener en patiënten kunnen steunen. Met oogmerk op wat de patiënt als helpend en betekenisvol tijdens zijn herstelproces ervaart zal aandacht geschonken worden aan in hoeverre het rekening houden met de van Wilken (2010) gevonden factoren

tijdens een therapie zinvol is. Het zal onderzocht worden op welke manier deze toegepast zouden kunnen worden zodat de therapie uiteindelijk goed afgestemd kan worden op de mechanismen die tijdens een herstelproces van belang zijn en op de individuele behoeften van de mens zelf.

2. Methode

2.1. Onderzoeksopzet

Het onderzoek wordt in het kader van een promotieonderzoek van Tom Vansteenkiste uitgevoerd, de interviews zijn door Tom Vansteenkiste afgenomen.

De onderzoeksvragen worden aan de hand van drie random geselecteerde semigestructureerde interviews, die bij een groep van acht mensen met chronische psychiatrische stoornissen voorafgaand aan een project genaamd de PhotoVoice methode zijn afgenomen, onderzocht. De PhotoVoice methode is erop gericht door het maken van foto's over het alledaagse leven bij te dragen aan het herstelproces. Die in dit verband afgenomen interviews onder leiding door Tom Vansteenkiste zijn gericht op de betekenis die mensen met een chronisch psychiatrische problematiek verlenen aan het begrip herstel. De interviewvragen (zie bijlage 1-3) gaan onder andere ook over op betekenisvolle en behulpzame dingen of personen die bijdragen aan het herstelproces.

2.2. Materialen

Voor het interview wordt een van Tom Vansteenkiste opgesteld interviewschema met bijhorende checklists gebruikt (zie bijlage 1-3). Tijdens de interviews wordt een voicerecorder gebruikt en de interviews vanuit de opnames uitgetypt. Voor de analyses wordt gebruik gemaakt van een analyseschema (zie bijlage 4).

2.3. Deelnemers

De deelnemers werden in overleg tussen Tom Vansteenkiste en de behandelaar geworven bij het psychiatrische ziekenhuis Sint-Amedeus en ‘De Link’ Antwerpen, België. De deelnemers van dit onderzoek zijn mannelijk en zijn 25, 36 en 56 jaar oud. Ze zijn opgenomen patiënten, leven in ondersteunende wooninrichtingen of krijgen een vervolgbehandeling na een opname. Als inclusie criteria gelden: het hebben van een diagnose als schizofrenie of een andere psychotische ziekte met chronisch verloop. Samenhangend met een geschiedenis van geestelijke gezondheidsproblematiek en een of meerdere opnames >1jaar in psychiatrische inrichtingen. Ook hoort hierbij het hebben van speciale behoeftes in een of meerdere levensdomeinen, hierbij tellen onder andere gezondheid, wonen, sociale relaties en activiteiten. Het worden mensen met verschillende sociale achtergronden geïnterviewd.

De groepen van de PhotoVoice methode bestaan uit 8-10 deelnemers. Hiervan is ook het aantal deelnemers van de semigestructureerde interviews afhankelijk. De deelnemers werden voor en na de PhotoVoice methode geïnterviewd. Voor dit onderzoek werden alleen de interviews die voorafgaand aan de methode zijn afgenomen onderzocht.

2.4. Opbouw semigestructureerde interviews

Het semigestructureerde interview (zie bijlage 1-3) bestaat uit de fases A, B, C en D. Voorafgaand aan het interview wordt de deelnemer in fase A de procedure uitgelegd, het doel van het interview besproken en een verwijz op het anonimiseren van de patiëntgegevens gedaan. Het consent formulier wordt ondertekend.

Tijdens fase B maakt de interviewer kennis met de deelnemer, hier worden inleidende vragen over de achtergrond van de deelnemer gesteld en zijn psychisch functioneren. Deze stap is belangrijk om een beeld van de deelnemer, zijn levensomstandigheden en ziektegeschiedenis te krijgen. Hierop volgt een vraag naar het actuele psychische welzijn. Deze wordt ingeschat op een schaal van 1 (=zeer slecht voelen) tot 10 (=zeer goed voelen). Dit gebeurt om de actuele toestand van de deelnemer op het moment van het interview in te schatten.

In fase C, de hoofdfase, volgen de hoofdvragen van het interview met vervolgvragen ter exploratie en verduidelijking. Hier worden de afgelegde weg naar de psychische gezondheid, belangrijke keerpunten en personen, wel of niet behulpzame zaken en voorwerpen en dingen die de deelnemer gemist of zich gewenst had besproken. Ook word expliciet naar het persoonlijk concept van herstel en dingen waarop de deelnemer trots is gevraagd.

In fase D van het interview worden afsluitende vragen gesteld over hoe de deelnemer het interview heeft ervaren en of er nog belangrijke punten onbesproken zijn gebleven en of de deelnemer nog iets wil toevoegen.

2.5. Procedure

Het onderzoeksvoorstel is door een ethische commissie goedgekeurd. De deelnemers ondertekenen voorafgaand aan de deelnamen een de PhotoVoice methode en het interview een informed consent. Hiermee wordt de vrijwillige deelname aan het onderzoek verklaart.

Verder bevestigen deelnemers dat ze de intentie van het onderzoek begrepen hebben en dat ze weten dat ze te alle tijden met de deelname aan het onderzoek mogen stoppen.

De interviews duren tussen 60 en 90 minuten en worden in een kamer waar alleen Tom Vansteenkiste en de deelnemer aanwezig zijn afgenomen.

2.6. Data analyse

Van de acht interviews werden drie random geselecteerd om te analyseren. Er is ervoor gekozen alleen drie van de acht interviews bij dit onderzoek te betrekken. Dit gebeurde om de individuele betekenis die de deelnemers aan de abstracte factoren van Wilken (2010) verlenen te onderzoeken en hierbij goed de diepte in te gaan. In dit onderzoek staat het persoonlijke verhaal van de deelnemer op de voorgrond.

De uitgetypte antwoorden die de deelnemers in het semigestructureerde interview (zie bijlage 1, 2, 3) hebben gegeven werden vanuit de onderzoeksvragen op basis van de herstelfactoren die Wilken (2010) heeft gevonden vergeleken en geanalyseerd.

De tijdens het semigestructureerde interview gebruikte vragen werden als leidraad voor het analyseschema (zie bijlage 4) en de daaropvolgende analyse van de interviews gebruikt. De vragen uit het interview worden voor de analyse in het analyseschema bij de correlerende onderzoeksvragen geplaatst. Vervolgens wordt onderzocht welke factoren van Wilken (2010) bij de herstelverhalen van de deelnemers met een chronische psychiatrische ziekte naar voren komen.

De analyse is in meerdere fases opgedeeld. De analyses gebeurt in fase 1-3 per interview en in fase 4 werden de interviews onderling vergeleken.

Fase 1: Kennis maken met de interviews

In fase 1 worden de drie interviews voor het eerst een keer in het geheel gelezen. Dit gebeurt om een overzicht over het verhaal van de deelnemer en een eerste indruk van de kwaliteit van het interview te krijgen. Mogelijke onduidelijkheden die bij het lezen van de uitgetypte interviews ontstaan kunnen in deze fase opgemerkt worden en desnoods in de audiobestanden van het interview teruggeluisterd worden, voor een beter begrip.

Fase 2: Eerste indeling van interviewfragmenten aan de hand van Wilken (2010)

In fase 2 wordt het gehele interview met behulp van het gemaakte analyseschema (zie bijlage 4) voor de tweede keer doorgegaan en de delen van het interview met kleuren gemarkeerd en gelabeld die bij de verschillende onderzoeksvragen horen.

Fase 3: Diepe analyse aan de hand van Wilken (2010)

Voorafgaand aan de analyse wordt er door middel van inleidende teksten een overzicht over de deelnemer gegeven. Hierin komt te staan welk geslacht de deelnemer heeft, waar hij/zij vandaan komt en welke diagnose hij noemt. Ook wordt er een beschrijving van de algemene indruk van het verloop van het interview gegeven.

In het analyseschema zijn de bij het interview gestelde vragen thematisch op de boven omschreven onderzoeksvragen onderverdeelt. Zo werden bijvoorbeeld alle vragen die de opvatting van de deelnemer van het begrip ‘herstel’ nader onderzoeken in het analyseschema onder onderzoeksvraag 1 geplaatst. Onderzoeksvraag 1 is de enige vraag die niet aan een factor van Wilken (2010) gekoppeld is. Hier zal door een open analyse, die niet gekoppeld is aan factoren uit eerder onderzoek, de herstelopvatting van de deelnemer zoals deze zich tijdens het interview voordoet weergegeven worden. Verder gebeurt de indeling van het analyseschema bij onderzoeksvraag 2 en 3, die over de herstelfactoren en de hulpbronnen gaan, in aanleuning aan het onderzoek van Wilken (2010). Voor de analyse is er een indeling in interne factoren en externe hulpbronnen die het herstel bevorderen gemaakt. Onderzoeksvraag 2 bevat zich met de interne herstelfactoren. Als interne factoren gelden de factoren waar de deelnemer van ‘binnen’ bijdrage aan het toewerken naar zijn herstel kan leveren, Wilken (2010) omschrijft dit met zijn factoren 2 en 3 over ‘Identiteit en Competenties’. Onderzoeksvraag 3, die de externe factoren die het herstel bevorderen onderzoekt, zijn in het onderzoek aan de vierde en vijfde factor, van Wilken’s onderzoek gekoppeld. Deze factoren bevatten zich inhoudelijk met de ‘Sociale betrokkenheid en het Omgevingssteun’.

De van Wilken opgestelde clusters van herstelfactoren worden dus thematisch bij de onderzoeksvragen geplaatst en gebruikt om de betekenis van de uitingen van de deelnemers te begrijpen en op deze manier zo goed mogelijk antwoord op de onderzoeksvragen te verkrijgen.

Zo wordt bijvoorbeeld voor de analyse van onderzoeksvraag 3 (de externe hulpbronnen) alles uit het interview verzameld dat over sociale contacten en steunende maatregelen die de deelnemer heeft gekregen en als helpend heeft ervaren gebruikt. Voorbeeldvragen vanuit het interview zijn: “Welke personen zijn voor jou belangrijk geweest

binnen de afgelegde weg?” of “Welke zaken of voorwerpen hebben jou geholpen tot waar je nu bevindt?” Wilken’s factoren die bij deze vraagstelling horen zijn factor 4: ‘de sociale betrokkenheid & integratie in de samenleving & participatie’ en factor 5 ‘de omgevingssteun & hulpbronnen’.

Bij fase 3 van de analyse worden per deelnemer teksten geformuleerd die een algemeen overzicht over de deelnemer geven en zijn visie per onderzoeksvraag samenvatten, dit gebeurt aan de hand van het onderzoek van Wilken (2010) zoals boven nader toegelegd. Bij de teksten word er geprobeerd zo dicht mogelijk bij het verhaal van de deelnemer te blijven. Dit gebeurt door de inzet van citaten uit het interview of door de formulering van de deelnemer in de teksten te behouden en met hulp van de factoren van Wilken (2010) te categoriseren en te beschrijven.

Fase 4: Vergelijking

In de laatste fase, fase 4 wordt een overkoepelde analyse van de bij de deelnemers naar voren gekomen thema’s gedaan. Hier wordt naar overeenkomsten en verschillen tussen de deelnemers gekeken om mogelijk een globaal uitspraak over de onderzoeksonderwerpen en kernbegrippen en thema’s die van belang zijn in de herstelverhalen te kunnen doen.

3. Resultaten

Voor een overzicht over de herstelverhalen in verband met de factoren van Wilken (2010) zie tabel 1 en 2 (pagina 26-28).

Herstelverhaal 1: Frank

Is het vragen van hulp en verlies van zelfstandigheid?

Frank is een 56 jarige Belg die zelf vertelt dat hij op het moment de diagnose schizofrenie samenhangend met het horen van stemmen heeft. Hij neemt medicatie voor een aanhoudende depressie. Hij vertelt dat hij vroeger ook last had van een psychose waarvoor hij ook medicatie nam. Het gaat over het algemeen goed met hem en hij is blij geen last meer van psychoses te hebben. Bij een schattig van zijn algemeen toestand geeft hij zijn stemming een cijfer tussen de 5 en 7 op een schaal van 1 tot 10. Hierbij vertelt hij dat 6 maanden geleden zijn moeder is overleden wat hem soms nog depressief maakt, dit linkt hij ook aan het gegeven cijfer voor zijn stemming.

Frank maakt tijdens het interview een opgewekte indruk, lacht veel. Het valt op dat hij goed geïnformeerd is over zijn medicatie en het ook als belangrijk acht deze op de goede manier in te nemen. Hij weet veel over zijn ziektegeschiedenis te vertellen, kan benoemen wanneer wat is gebeurd en kan op de vragen van de interviewer meestal direct een concreet antwoord geven. Op diepere vragen die op de betekenis van zaken ingaan of om meer uitleg vragen, kan hij soms geen antwoord geven. Hier gaat de interviewer niet dieper op in.

3.1.1. Betekenissen van herstel

In verband met de psychoses die hij vroeger heeft gehad zegt Frank over zichzelf, dat hij nu in staat is “**anders te handelen**” dan hij vroeger deed. Dit koppelt hij aan zijn leerproces in de tijd van zijn opnames. Hij omschrijft wat herstel in dit verband voor hem betekent: “Met twee voeten op de grond. (...) Dat ik geen (...) zottigheden meer doe. (...) ik heb mijn lessen (...) geleerd.”.

Op de vraag of hij nog verder wil herstellen antwoordt Frank: Ik vind dat het nu goed zit!”. Op de vraag wat voor hem bij herstel hoort noemt hij zijn **vrijheid**, hij benadrukt dat het vroeger ook eens anders is geweest. Vooral het zelfstandig beslissingen nemen en assertief zijn, horen voor hem bij dit beeld. Hij is zich bewust dat er nog geen eind aan zijn herstel is gekomen: “Ja, **dat kan nog groeien**.” Hij is tevreden met zijn huidige situatie en staat open voor een verdere ontwikkeling in de toekomst.

3.1.2 Herstelfactoren

In het verhaal van Frank komt duidelijk naar voren dat hij zijn eigen doen, zijn **eigenverantwoordelijk handelen** als competentie ziet die van belang is voor zijn eigen ontwikkeling naar herstel toe. Op de vraag hoe hij is gekomen waar hij nu staat antwoordt hij: “Zelf inspanning natuurlijk.” Later in zijn verhaal wordt duidelijk dat hij vooral het op de juiste manier doen van dingen en **sociaal aangepast gedrag** bedoelt, zoals het nakomen van afspraken of het schoonhouden van het appartement. Een ander facet van deze competentie is voor Frank de **juiste inname** van zijn **medicatie**. “Voor uzelf kunnen zorgen uiteindelijk. Voorkomen, uiterlijk.” Hij is zich bewust welke positieve invloed de medicatie op zijn herstel heeft gehad en wil de verantwoordelijkheid voor zichzelf weer overnemen met als doel zo veel mogelijk zonder hulp te kunnen leven. Hij ziet medicatie hierbij als mogelijkheid en ondersteuning. Interessant is op te merken dat de diagnose zelf voor hem niet zo van belang is. “Interviewer: ‘Zijn er dingen die belangrijk zijn geweest voor u in de weg die je afgelegd het tot nu?’ – Frank: ‘Medicatie natuurlijk. Diagnose, dat weten de artsen alleen.’ (...) ‘Zolang ik mijn pillen krijg ben ik gerust.’”

In deze samenhang is zich Frank ook bewust dat sommige hulp hem in de weg staat om zelfstandig te kunnen zijn. Hij vindt het ongemakkelijk werk te zoeken en daardoor een deel van zijn financiële steun, die hij alleen krijgt als hij werkloos is, kwijt te raken. Toch weet hij dat een bepaalde steun in het leven voor hem van belang is om verder te kunnen herstellen en zelfstandiger te worden. Zo neemt hij in het verband met zijn beperking hulp aan, zoals bijvoorbeeld het laten regelen van de financiën door de sociale dienst. Wilken (2010) omschrijft het van Frank beschreven proces om eigenverantwoordelijk te leven met zijn *derde factor als het terugwinnen van autonomie in verschillende bereiken van het leven en het aanleren vaardigheden om goed voor zichzelf te kunnen zorgen*. Frank heeft tijdens zijn opnames veel geleerd om meer eigenverantwoordelijk te kunnen leven. Hij vat deze competenties met ‘dingen op de goede manier doen’ samen. Frank let goed op de inname van

zijn medicatie, hij weet dat hij zonder zijn medicatie weer problemen zou krijgen en hecht hierdoor veel waarde aan dit hulpmiddel. Ook past hierbij de *tweede factor* van Wilken (2010): Frank moest weer leren dat de ziekte en de symptomen en beperkingen niet zijn hele identiteit uitmaken. Hij heeft geleerd dat hij **anders kan handelen** als hij de passende hulpmiddelen en vaardigheden aan de hand krijgt en zich er zelf voor inzet deze verder te ontwikkelen. Hij is nu bijvoorbeeld in staat zijn appartement in een nette staat te houden, waar hij vroeger veel moeite mee had. Door het beter **leren omgaan met zijn ziekte** kan Frank dingen die gebeuren beter een plek geven en deze begrijpen. Hierbij hoort ook het *accepteren van grenzen (factor 2, Wilken (2010))* zoals Frank het doet in samenhang met het laten regelen van zijn financiën en het accepteren dat de goede inname van de medicatie hem helpt niet weer psychotisch te worden en verder te herstellen. In deze zin **accepteert** Frank zijn eigen **handicaps** die met zijn ziekte samengaan, door zijn streven naar eigenverantwoordelijkheid in deze bereiken op te geven en hulp aan te nemen.

Aan de ene kant weet Frank al heel goed met zijn ziekte en de ermee verbonden beperkingen om te gaan maar aan de andere kant is het aanvaarden van zijn ziekte nog steeds een groot thema voor hem. Hij wil graag volledig van het ziekenhuis loskomen maar zegt zelf dat dit zeer moeilijk zou zijn. Voor hem is het een **strijd tussen eigenverantwoordelijk leven en het nodig hebben van hulp en steun**. Hij is zich bewust dat zonder hulp leven op het moment niet mogelijk is en wenst voor de toekomst beschut te gaan wonen. Voor meer steun wil hij ook regelmatig gesprekken met mensen van de hulpverlening doen. Wilken (2010) omschrijft deze strijd met zijn *tweede factor als het ontwikkelen van de eigen identiteit*. Hierbij hoort naast het *heropbouwen van de eigen personaliteit* ook het *accepteren van de beperkingen* die de ziekte met zich meebrengt. Dit maakt het voor Frank moeilijk, hij wil graag zo eigenverantwoordelijk mogelijk zijn, maar moet op enkele punten ook accepteren dat zelfstandigheid niet mogelijk is.

3.1.3. Hulpbronnen bij het herstelproces

Voor Frank is het **contact met andere mensen** zeer van belang. De mogelijkheid te hebben gesprekken te voeren en uit te gaan is voor hem een belangrijke factor om te kunnen herstellen. Veel contacten heeft hij ook tijdens zijn behandeling in het ziekenhuis gemaakt, hier noemt hij de ontmoetingen tussen patiënten, samen eten of het volgen van lessen. Hij maakt duidelijk dat het met hem zonder deze contacten niet zo goed zou gaan: “Moest ik niemand hebben dan zou ik misschien terug depressief worden.”. De gezelligheid en het

hebben van contacten geeft hem een gevoel van voldoening. Ook is hij zich bewust dat het voor hem vroeger moeilijker was op de juiste manier met andere mensen om te gaan. Hij zegt zelf dat hij in zijn proces **toleranter** is geworden en benoemt als belangrijke betekenis van herstel “het overeen kunnen komen met iedereen”. Dit leerproces past bij de *derde factor, het aanleren van sociale vaardigheden en de vierde factor, het werken aan positieve relaties*, van Wilken (2010). Frank heeft zijn manier om met andere mensen om te gaan verbeterd, onderneemt activiteiten met anderen en werkt actief aan relaties met anderen. Hij is **sociaal betrokken en geïntegreerd in de samenleving** wat hem helpt bij het toewerken naar herstel. Wat ook bij de van Wilken (2010) omschreven *vierde factor, de positieve relaties/ het geïntegreerd zijn in de samenleving*, past is dat Frank zegt dat hij naast het contact tot vrienden/mensen uit de kliniek, familieleden hem de mogelijkheid gaven dat hij op **bezoek** mocht komen en dat deze bij hem op bezoek kwamen tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis. Vooral zijn moeder heeft hij als een heel aannemend, person die hem veel steun gaf, ervaren. Hij kan niet expliciet benoemen waarin zijn moeder hem gesteund heeft. Verder vertelt Frank over de hulpverleners, psychiaters en zijn individuele begeleider. Vooral de vriendelijkheid en de **mogelijkheid tot contact** benoemt hij expliciet. Deze steun, dat mensen in Frank geloven en hem op deze manier ondersteunen hoort bij Wilken’s *vijfde factor, de omgevingssteun en hulpbronnen*. Wilken (2010) schrijft dat herstel niet alleen bewerkstelligd kan worden. Deze kan door *persoonlijke en materiele hulpbronnen* gesteund worden. De persoonlijke bronnen, zoals in Frank’s geval zijn de **sociale ondersteunende relaties**, zoals vanuit de familie, vrienden of hulpverlening die hoop geven of tonen dat ze in het herstelproces geloven en deze bevorderen. De materiele hulpbronnen, die Frank alleen begrensd als behulpzaam noemt, zijn de materiele hulpbronnen zoals de gezondheidsverzorging, woning en sociale dienst. Frank weet dat deze in zijn momentele situatie nodig zijn, zoals bij de herstelfactoren nader omschreven maar vindt dat de steunende maatregelen het soms ook bij zijn herstel beperken.

Herstelverhaal 2: Dieter

Coping: Terugtrekken betekend niet altijd vermijden.

Dieter (25 jaar oud, Belg) is nu sinds vijf jaar in de ziektewet. Hij geeft als diagnoses schizofrenie, angsten en paranoia aan. Hij kan een duidelijk dieptepunt in zijn leven aanwijzen waarop hij niet meer verder kon en hulp ging zoeken, dit komt overeen met de visie van Wilken (2010). Wilken omschrijft als eerste factor dat de motivatie om te veranderen uit een negatieve toestand met een bepaalde lijdensdruk voortkomt. Op dit moment begint het herstelproces, het beter worden van de situatie. In het geval van Dieter het herstellen van klachten als schizofrenie, angsten en paranoia. Hij ziet zich nog steeds als herstellende, in een proces waarin zijn situatie al goed is maar nog verbeterd kan worden.

Dieter geeft over het algemeen korte antwoorden en geeft aan dat hij de vragen moeilijk vind. Hij doet wel moeite om de vragen te beantwoorden maar de interviewer moet veel navragen en vaak dingen benoemen voordat er antwoorden met bruikbare inhoud naar voren komen. Als er met lijstjes gewerkt werd viel het Dieter makkelijker zaken te benoemen.

3.2.1. Betekenissen van herstel

Dieter beschrijft drie componenten van herstel. Ten eerste is hij door zijn ziektes veel van zijn capaciteiten om te kunnen functioneren kwijt geraakt. Deze **capaciteiten weer op te bouwen** en zijn **normaal functioneren** weer terug te krijgen is voor hem een essentieel punt. Hieronder stelt hij bijvoorbeeld het opnieuw leren nadenken, het opbouwen van concentratie en sociale contacten. Ten tweede noemt hij dat herstel veel tijd en moeite kost. Het is een lang proces waarin bijvoorbeeld ook het vertrouwen in zichzelf en de eigen mogelijkheden langzaam weer opgebouwd moet worden. Ten derde noemt hij duidelijk de **focus op de positieve dingen** in het leven. Het “genieten van de kleine dingen (...) van familie en vrienden”. Het niet laten afleiden van slechte gedachtes en het **blijven volhouden**.

Dieter is zich ervan bewust dat herstel een langdurig proces is waar hij nog steeds middenin zit en hij is tevreden met de situatie hoe ze zich op het moment voordoet: “Ik kan wel functioneren in mijn geval. (...) Ik ben er nog niet maar het komt allemaal.” Duidelijk wordt ook dat hij voor een deel moeite heeft zijn beperkingen te accepteren en ermee een

tevreden leven te leiden. Hierbij noemt hij “volhouden, dat is ook herstel” en bedoelt het succesvolle aanpassingsproces aan zijn beperking.

3.2.2. Herstelfactoren

Als bevordering van zijn herstelproces noemt Dieter het **komen tot rust**. Zijn opvatting hiervan gaat in twee richtingen. Aan de ene kant ervaart hij als een soort van ontspanning waarbij hij de aanwezigheid van andere mensen ook niet uitsluit. Hierbij is het voor hem van belang uit het dagelijkse leven uit te kunnen stappen, bijvoorbeeld door in de natuur te zijn en “efkes weg van de rest” te zijn. Wilken (2010) telt het leren met stress om te gaan onder de *derde factor, het aanpassen aan de beperking*. Dieter heeft een copingstrategie verworven in verschillende situaties goed voor zichzelf te zorgen en **met stress om te gaan**.

De andere kant van het tot rust komen die Dieter noemt, hij noemt het “afzonderen” en omschrijft dit minder positief. Op momenten waar hij angstig wordt probeert hij op zijn bed te liggen, te slapen en te wachten tot het over gaat. Hij is zich ervan bewust dat dit niet de goede aanpak is en weet dat hier nog iets aan verandert moet worden. Dieter geniet ervan in zijn huidige woonsituatie de mogelijkheid te hebben zelfstandig te kunnen bepalen wanneer hij een rustperiode neemt. Er is in het interview te weinig over verteld om dit duidelijk aan een factor van Wilken (2010) toe te kunnen wijzen. Omdat dit gedrag van Dieter als “niet vooruithelpend” omschreven wordt kan dit als een competentie gezien worden waar nog meer aandacht tijdens de therapie van Dieter aan besteden moet worden. In deze samenhang zou het terugtrekken van Dieter meer bij nog voorhanden ziektegedrag tellen wat niet bijdraagt bij een verbetering van zijn situatie.

Ook omschrijft Dieter de angsten als een heel belemmerend deel van zijn klachten. Hij is onzeker over in hoeverre hij op dit moment de ziekte nodig heeft als een deel van zijn persoonlijkheid. Op de een of andere manier **geeft de ziekte hem ook zekerheid**. Hij zegt zelf dat deze vorm van acceptatie van zijn ziekte belemmerend kan zijn in het kader van toewerken naar herstel. Dit past bij het *tweede factor* van Wilken (2010). Dieter moet nog *leren zijn ziekte als een deel van zich te accepteren en moet leren dat de ziekte niet zijn hele persoonlijkheid uitmaakt*. Deze dynamiek in Dieters verhaal werkt zoals boven nader toegelegd tegen zijn herstel.

Volgens Wilken’s *derde factor* (2010) is het van belang de *eigen competenties voor een autonoom leven weer te ontdekken* en op deze manier meer *zelfbewustzijn terug te winnen*. Hierin wordt Dieter bovendien door de wettelijkheden belemmert. Hier noemt hij het

uitblijven van financiële steun als hij weer zou gaan werken, wat voor hem tot de conclusie leidt dat hij beter niet kan weken. Wel heeft hij **doelen** om verder te herstellen en **zelfstandiger** te worden. Hij wil in toekomst beschut gaan wonen en informatie opzoeken over **vrijwilligerswerk**.

Dieter heeft een **accepterende houding** tegenover zijn ziekte. Hij weet dat de therapieën en het juiste innemen van de **medicatie** voor hem van belang zijn en het zonder niet gaat. bijvoorbeeld de medicatie weet Dieter op bepaalde momenten voor hem zinvol in te zetten en weet dat deze voor het behoud van zijn gezondheidstoestand van belang zijn. “Medicatie - ik begin dat ook in te zien, dat het heel belangrijk is, ik weet dat ondertussen wel.” Hij noemt verschillende situaties, zoals het overleiden van zijn grootvader waar hij de dokter om medicatie vroeg. In dit verband noemt hij ook zelfmediatie in de vorm van drugs. Hierover zegt hij dat hij inmiddels weet dat deze hem niet vooruit helpen.

Toch heeft hij moeite met het accepteren van bepaalde punten die zijn ziekte met zich meebrengt, zoals bijvoorbeeld dat hij een beheerder heeft waar hij het gevoel van krijgt dat alles boven zijn hoofd wordt geregeld. Dat dingen hem geregeld werden vind hij niet nodig en heeft moeite hiermee om te gaan. Volgens Wilken (2010) bevindt Dieter zich op de weg naar herstel toe, hij noemt dit het *accepteren van de eigen kwetsbaarheid (factor 2)*. Hij accepteert zijn ziekte voor een deel, door de verantwoordelijkheid te nemen voor de goede inname van zijn medicatie (dit gedrag valt bij Wilken (2010) onder de *derde factor, het ontwikkelen van competenties*). Wel moet Dieter nog werken aan het accepteren van zijn zwaktes en belemmeringen die zijn ziekte met zich mee brengt.

3.2.3. Hulpbronnen bij het herstelproces

“Dat geeft mij een goed gevoel, dat ze geïnteresseerd zijn. Ja, dat is belangrijk!” zegt Dieter. Zoals boven al genoemd zijn de sociale contacten zeer van belang voor Dieter. Vooral het **met en door andere mensen bezig zijn**, door bijvoorbeeld gesprekken te voeren en de sporttherapie, heeft hem zeer vooruit geholpen. De **aannemende houding**, het **in hem geloven** en het interesse tonen in hem als persoon geeft hem het gevoel dat hij kan blijven verbeteren en geeft hem meer vertrouwen in zijn eigen kunnen. Hier heeft hij het over een van zijn begeleiders: “Directe aanpak eigenlijk zo van ‘kom maar mee’ en hij is heel **geïnteresseerd** in de mensen en die (de J.) **blijft hoopvol** ondanks dat het soms minder gaat en hij blijft de mensen **stimuleren**. De J. blijft in mensen geloven en er zijn mensen die het snel opgeven, die zien van ja daar zit niets in of zo.” Naast de ondersteuning vanuit de

hulpverlening is voor Dieter ook de eigen familie en vrienden een bron waar hij veel kracht uithaalt. “Als ik me slecht voel dan heb ik niet de neiging om die te zien. (...) Als het goed gaat dan zien we elkaar elke week en dan gaan we samen iets plezant doen. (...) Mijn moeder zegt altijd ik vind het knap hoe jij met je beperking toch nog zo sterk kan blijven en die vindt dat moedig van mij.” Wat Dieter over het hebben van sociale contacten vertelt kan aan twee factoren van Wilken (2010) gekoppeld worden. Het contact en het bezig zijn met anderen hoort volgens Wilken (2010) bij zijn *vierde factor, de sociale betrokkenheid en integratie in de samenleving*. Hiernaast maakt Dieter ook duidelijk welke waarde sommige contacten voor hem hebben, hierbij noemt Dieter vooral zijn begeleider J. die hem stimuleert. Luidt Wilken (2010) kan deze uiting onder de *vijfde factor, de persoonlijke steun* geplaatst worden. J. heeft een positieve verwachting aan de herstelontwikkeling van Dieter, moedigt hem aan en geeft hem kracht.

Herstelverhaal 3: Steven

Kennis en steun als aanstoot tot herstel

Steven is een 36 jarige man uit België. Hij verteld dat hij voor het eerst in de jaren ‘97/’98 en in totaal vijf keer opgenomen was in een psychiatrisch ziekenhuis. Op het moment leeft hij in beschut wonen en is over dag in een daghospital. Over zijn diagnoses is Steven onzeker, hij noemt onder andere psychoses, schizofrenie en borderline. In zijn verhaal komt duidelijk naar voren dat hij veel aan het worstelen was met periodes waar hij weer ingestorte, weer drugs nam en psychotisch werd. Ook heeft hij voor het plegen van diefstallen in de gevangenis gezeten. Het heeft voor hem lang geduurd tot dat hij zijn focus op het toewerken naar herstel kon leggen.

Hij komt vaak niet zelf uit zijn worden of antwoord op een onzekere manier. De interviewer moet navragen en mogelijke antwoorden geven om Steven met zijn antwoord te helpen. Ook geeft Steven soms aan zich niet goed te kunnen herinneren als er na bepaalde tijdsperiodes in het verleden gevraagd wordt. Toch is er wel voor gekozen om het interview met Steven voor deze scriptie te analyseren omdat de vragen die tijdens het interview gesteld worden niet makkelijk te beantwoorden zijn en de geïnterviewde soms tijd nodig heeft om er een antwoord op te kunnen geven. Het is in het interview met Steven sterk naar voren gekomen dat hij veel moeite doet om op de vragen te antwoorden ook is dit niet makkelijk voor hem.

3.3.1. Betekenissen van herstel

In Steven’s verhaal speelt **inzicht in de eigen ziekte en zelfkennis** een grote rol. Hij noemt zelf dat hij in het begin geen begrip voor zijn ziekte had en hem eerst duidelijk gemaakt moest worden wat er aan de hand is. Pas na deze gesprekken en de hiermee verbonden inzichten heeft hij ingezien dat medicatie voor hem zeer belangrijk is en dat hij zijn situatie **zelf** moest **aanpakken**. Steven verteld dat naast het inzicht in de eigen situatie het (terug-)winnen van zelfstandigheid in verschillende levensdomeinen essentieel is. Hieronder telt Steven zelfstandig te leven, eigen verantwoordelijkheid te nemen voor de gezondheid (lichamelijke gezondheid) en tot rust komen.

Wat ook duidelijk wordt bij Steven’s verhaal is dat hij goed begrijpt wat zijn ziekte voor hem betekend en dat hij weet in hoeverre herstel mogelijk is. Op de vraag: “Heb je het

gevoel dat je zult genezen of herstellen?” antwoord hij: “**Herstellen misschien, maar genezen toch niet.**” Verder legt hij uit dat genezen voor hem zou betekenen helemaal zonder psychotische gedachtes en paranoia te zijn. Herstel betekend voor hem een “groot deel van de tijd mentaal gezond” te zijn, zonder de genoemde klachten, maar hij is zich er wel van bewust dat hij voor deze symptomen gevoelig zal blijven. Hij beschouwt zichzelf op moment als herstellende.

3.3.2. Herstelfactoren

Steven’s focus, zoals boven genoemd ligt op de zelfstandigheid. Een voorbeeld dat Steven noemt is het innemen van zijn **medicatie**. Hij heeft goed begrepen welke waarde het voor hem omtrent het stabiel houden van zijn situatie heeft.

Interviewer: “Ben je daar tevreden over, over de medicatie?”

Steven: “Ja, in het algemeen wel, ja.”

Interviewer: “Vind je dat moeilijk om het in te nemen?”

Steven: “Nee nee nee, ik moet dat nemen, want anders word ik psychotisch.”

Dit gedrag kan gekoppeld worden aan de van Wilken (2010) omschreven *derde factor*, door de focus op het verwerven van *competenties* om zelfstandig te kunnen leven te leggen, wint Steven zijn **autonomie, onafhankelijkheid en zelfstandigheid** stap voor stap terug.

Ook kan Steven als positieve verandering vermelden dat hij gestopt is met drugs, hij had de drugs nodig om **tot rust te komen** en afstand te kunnen nemen van zijn psychotische gedachtes. In deze samenhang heeft hij geleerd dat hij het “leven wat rustiger aan moet pakken, dat ik niet te gejaagd mag zijn, dat ik moet genieten van het leven”. Hierbij verteld Steven over verschillende vaardigheden (Wilken, (2010) *derde factor, competenties verwerven*) die hij tijdens zijn opnames heeft verworven, die hem nu helpen met zijn ziekte en verschillende situaties beter om te gaan. Vooral de manier **positief te denken** heeft hij voor zichzelf tijdens de cursussen mindfulness ontdekt. Hij zegt zelf: “Gewoon soms nadenken, en niet teveel negatief nadenken. Positief te zijn, altijd positief denken. (...) Soms wandel ik graag door de stad ofzo, of in een park ofzo. Ik word er rustig door, soms gemotiveerd, om terug m'n situatie aan te pakken.” Zo heeft hij een manier gevonden om bij zichzelf weer tot rust te komen tijdens stressvolle momenten.

Steven verteld dat hij vroeger zijn medicatie niet regelmatig innam en het advies van de doctors niet geloofde wat voor hem ernstige gevolgen in de vorm van psychotische gedachten en paranoia had. Nu, met een grotere mate van inzicht en begrip voor zijn ziekte gaat het beter. Hij heeft zijn **ziekte leren accepteren** (Wilken, (2010) *factor 2*) en hij uit, dat hij zelf de verantwoordelijkheid voor zijn herstelproces heeft genomen en is hier trots op. "(...) dat ik binnenkort met ontslag mag gaan. Dat vind ik wel goed van me."

3.3.3. Hulpbronnen bij het herstelproces

Bij de hulpbronnen is voor Steven het **contact** met andere **mensen** en het hebben van **positieve sociale relaties** een centraal punt. Dit kan bij Wilken (2010) aan de *vierde factor, de sociale betrokkenheid en integratie*, gekoppeld worden. Hij ervaart veel **steun** van zijn ouders zijn zus en zijn vrienden. Hij verteld over heel concrete dingen, zoals dat ze hem duidelijk hebben gemaakt dat hij moest stoppen met het gebruiken van drugs maar ook over het algemeen gevoel dat hij van deze relaties krijgt. Vooral het vooruitgeholpen werden en het gesteund werden benoemt Steven in deze samenhang. Naast de steun in het gewone leven noemt Steven ook expliciet de momenten op die hij is hervallen en weer psychotisch was. Hij zegt dat zijn ouders op deze momenten ook met de verpleging hebben gesproken over hoe ze zijn situatie moesten aanpakken en hij dit ook als steun heeft ervaren. Op de vraag in hoe verre vertrouwen in deze relaties voor hem van belang is, zegt Steven: "Ik vind dat wel belangrijk, gewoon, als je iemand niet vertrouwt kun je er ook niet eerlijk tegen zijn, dus, dan blijf je ook zitten met problemen." Hij hecht veel waarde aan deze **diepere relaties**. Hier kan de *vijfde factor* van Wilken (2010), *het hebben van persoonlijke hulpbronnen*, gekoppeld worden. Steven ervaart veel steun door de personen die in hem geloven en hem helpen. Deze steun geeft hem kracht af te blijven van de drugs en zijn herstelontwikkeling verder na te streven.

Als tweede hulpbron heeft Steven het kort over zijn **financiën**. "Geld vind ik eigenlijk ook wel belangrijk, omdat je dan dingen kunt kopen of iets gaan drinken ofzo. Een koffie kunt gaan drinken of als je iets wilt gaan kopen, een cd'ke of een boekje ofzo." Voor hem is geld altijd een thema geweest. Toen hij drugs gebruikte gaf hij zijn geld voor de aankoop van drugs uit. Nu dat hij is gestopt met drugs geeft hij het zijn geld voor zaken uit die hem blij maken en benut dit ook voor sociale activiteiten, zoals bij een kopje koffie met mensen in contact te komen. Hierbij past de *vijfde factor, de materiele hulpbronnen*, van Wilken (2010).

Het beschikken over financiële middelen verbetert Steven’s situatie en helpt hem aan zijn herstel te werken.

Tabel 1

Overzicht over de betekenisverlening van de deelnemers aan het begrip 'herstel'

Deelnemer	Herstelopvatting
Deelnemer 1: Frank	Herstel als leerproces: nu anders kunnen handelen dan vroeger Vrijheid, dingen zelf beslissen kunnen →Tevreden met de huidige situatie, verdere ontwikkeling is mogelijk.
Deelnemer 2: Dieter	Capaciteiten terugwinnen, normaal kunnen functioneren Focus op positieve dingen Volhouden →Nog steeds herstellend, situatie is goed maar kan verbeterd worden.
Deelnemer 3: Steven	Inzicht en kennis omtrent ziekte verkrijgen Situatie zelf aanpakken →Herstel in mogelijk, genezing van zijn ziekte niet.

Tabel 2

Overzicht over de opkomst van Wilken’s (2010) factoren in de verhalen van de deelnemers

Herstefactor	Factor 1:	Factor 2:	Factor 3:	Factor 4:	Factor 5:
Wilken (2010)	‘Motivatie voor herstel’	‘Ontwikkelen van identiteit’	‘Competenties verwerven om zich aan te passen aan de beperking’	‘Sociale betrokkenheid en integratie in de samenleving’	‘(Persoonlijke) omgevingssteun en (materiele) hulpbronnen’
Deelnemer 1: Frank	<ul style="list-style-type: none"> • geen informatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Anders kunnen handelen • Ziekte begrijpen en ermee leren omgaan (steun & beperkingen accepteren) 	<ul style="list-style-type: none"> • Eigenverantwoordelijkheid (terugwinnen autonomie) • Sociale vaardigheden • Competentie om de medicatie op de goede manier in te nemen 	<ul style="list-style-type: none"> • Sociale contacten • Tolerantie geleerd • Integratie in samenleving • Familiaire steun 	<ul style="list-style-type: none"> • Ondersteuning vanuit familie en hulpverlening
Deelnemer 2: Dieter	<ul style="list-style-type: none"> • geen informatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Op de weg naar de ziekte als een deel van zich te accepteren 	<ul style="list-style-type: none"> • Omgang met stress, rust • Moeite met autonoom leven & competenties • Competentie om de medicatie op de goede manier in te nemen 	<ul style="list-style-type: none"> • Sociale contacten, samen bezig zijn 	<ul style="list-style-type: none"> • Ondersteuning vanuit hulpverlening

Herstefactor	Factor 1:	Factor 2:	Factor 3:	Factor 4:	Factor 5:
Wilken (2010)	‘Motivatie voor herstel’	‘Ontwikkelen van identiteit’	‘Competenties verwerven om zich aan te passen aan de beperking’	‘Sociale betrokkenheid en integratie in de samenleving’	‘(Persoonlijke) omgevingssteun en (materiele) hulpbronnen’
Deelnemer 3: Steven	<ul style="list-style-type: none"> • Situatie waar hij niet meer verder kon • Drugsgebruik 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceptatie van ziekte 	<ul style="list-style-type: none"> • Competenties voor zelfstandigheid • Omgang met stress • Positief denken • Competentie om de medicatie op de goede manier in te nemen 	<ul style="list-style-type: none"> • Sociale contacten 	<ul style="list-style-type: none"> • Familiaire steun • Gezondheidsverzorging

3.4. Vergelijking tussen de deelnemers

Het herstelverhaal van alle drie deelnemers begint op dezelfde manier. Ze kwamen bij een punt aan waar ze niet meer verder in hun leven konden, zijn vastgelopen en hebben een bepaald lijdensdruk in hun situatie ervaren. Wilken (2010) omschrijft dit met zijn *eerste factor: De persoon moet onder de gegeven situatie lijden en deze als onuitstaanbaar ervaren*. Uit het niet meer geloven in het hebben van een toekomstperspectief ontstaat de motivatie om te veranderen. Zo bestaat in ieder herstelverhaal een punt waarop het herstel van start is gegaan. Ook werd er in het interview niet expliciet naar gevraagd gaven alle deelnemers aan dat ze een aantal keren waren opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Ze zijn allemaal in psychologische behandeling en hebben een psychologische stoornis diagnosticeert gekregen.

Hier een voorbeeld ter illustratie uit het interview met Steven:

I: Als je zou kijken van 1998 tot nu, dat is 15 jaar eigenlijk, wat heeft er geholpen voor u om te staan waar je nu staat?

R: Dat de verpleging mij duidelijk hebben gemaakt dat ik ziek ben en dat ik mijn eigen situatie moet aanpakken.

I: Moest je daarvan overtuigd worden?

R: Ja, in het begin toch wel.

I: Ja. Had jij ook, in het begin dan zoiets van, al die dokters, verplegers, die zeggen maar iets, ik geloof dat niet, ik ben niet zo.

R: Ja, maar dat was in het begin van mijn opnames, dat ik niet wou geloven dat ik ziek was. Daarna besepte ik wel dat ik ziek was.

Het wordt bij het teruglezen van de herstelverhalen snel duidelijk dat het voor ieder individu een heel uniek verhaal is, zoals dat ieder deelnemer een punt in zijn leven heeft meegemaakt waarop hij niet meer verder kon. En toch bestaan er na deze startpunt heel verschillende routes op de weg naar herstel samengaand met verschillende herstelwensen. Er bestaat niet één beeld van herstel maar per individu één eigen beeld dat op sommige punten met anderen overeen komt maar op andere punten heel sterk van elkaar verschilt.

3.4.1. Vergelijk herstelopvattingen

In de interviews werd duidelijk dat de deelnemers niet direct nadenken over wat herstel voor ze betekend maar meer over waar ze naartoe willen werken en wat ze willen bereiken. Herstel was voor de deelnemers een abstract begrip waarvan ze niet goed wisten wat ze erop moesten antwoorden. Meer de vraag waar ze behoefte aan hebben en waar ze naartoe willen werken gaf hun wel een mogelijkheid te antwoorden.

Naast dat het voor iedereen een heel eigen proces is kwamen twee thema's in ieder verhaal naar voren. Het eerste was het terugwinnen van zelfstandigheid. Door vele jaren ziekte was het voor alle deelnemers niet meer mogelijk een zelf bestemd leven te leiden. Ze waren afhankelijk van de zorg van familie, vrienden, professionele hulpverlening, sociale dienst die bijvoorbeeld de financiën regelen en verpleging uit het psychiatrisch ziekenhuis. Zelfstandig wonen, het leven regelen, koken of uitgaan was niet meer mogelijk. Hieruit ontstond voor de deelnemers het meeste leed in de situatie en de diepe wens naar meer zelfstandigheid. Ook hier wordt weer duidelijk hoe dezelfde wens naar herstel in het verhaal van de drie deelnemers verschillend kan uitpakken: Frank's opvatting van herstel is vooral het gevoel van vrijheid terug te winnen, de mogelijkheid **eigenverantwoordelijk** beslissingen in zijn leven te nemen. Dieter is in zijn verhaal minder ver dan Frank. Voor hem betekend **zelfstandig** zijn, het **vertrouwen in zichzelf en de eigen mogelijkheden** weer terug te winnen. Steven heeft het concreet over de **verantwoording** voor de eigen gezondheid weer op zich te nemen en ziet dit als een belangrijke stap weer **zelfstandiger** te worden. Al deze voorbeelden maken duidelijk hoe de betekenissen die de deelnemers aan in dit geval het woord herstel verlenen van elkaar verschillen en hoe belangrijk het is om dit goed te onderzoeken. Toch, ondanks de verschillen, duiden de in het voorbeeld omschreven wensen allemaal in een richting. De deelnemers willen hun '**zelfstandigheid**' terugwinnen. Hierop zal in het vergelijkend stuk over de herstelfactoren nog verder op ingegaan worden.

Het tweede thema binnen de opvatting van herstel kan onder de gemeenschappelijke noemer '**groei**' beschreven worden. Na een lange tijdsperiode, waar de deelnemers sterk onder hun situatie hebben geleden, verdovende middelen hebben gebruikt of geen andere uitweg zagen dan de criminaliteit in te gaan, bracht de opname in een psychiatrisch ziekenhuis de kans weer een heel andere zijde van het leven (weer) te leren kennen. Dit werd grotendeels mogelijk gemaakt door opgenomen te worden in een veilige omgeving, de er aanwezige professionele hulp, onthouden van drugs en goed richting medicatie ingesteld te zijn. Hierdoor is het mogelijk dat de deelnemers de focus hebben verlegt op waar ze

intrinsiek behoefte aan hebben. Voor de ene deelnemer is het vooral weer **vrijheid in het hoofd** te hebben en daardoor nu heel anders kunnen handelen dan onder de sterke invloed van de ziekte (Frank). Voor de ander is het **weer normaal te kunnen functioneren** door het vinden van rust, te leren dingen in een ander licht te zien en weer te kunnen genieten (Dieter). En voor Steven is het **meer te weten komen over zijn ziekte**, te ervaren wat zijn ziekte voor hem betekend en op deze manier aangepast handelen voor hem mogelijk maakt. Voor Frank was het een leerproces om anders te kunnen handelen, voor Dieter een terugwinnen van capaciteiten en voor Steven het verzamelen van kennis. Deze processen, zo verschillend ze ook mogen klinken kunnen allemaal samengevat worden onder ‘groei’. De deelnemers hebben een ontwikkeling gemaakt, zijn gegroeid en zijn nu in staat dingen anders te doen. Deze verbetering is voor de deelnemers een belangrijke stap naar herstel.

3.4.2. Vergelijk herstelfactoren

Welke ontwikkelingen maken de deelnemers ‘van binnen’ bij het toewerken naar herstel? Wilken (2010) omschrijft dit met zijn *tweede (het heropbouwen van de eigen identiteit) en derde (het ontwikkelen van competenties) factor* die nodig zijn om te kunnen herstellen.

Het *heropbouwen van de eigen identiteit (factor 2)* heeft naar Wilken (2010) meerdere componenten die in de verhalen van de deelnemers ook naar voren komen. De psychische ziekte heeft een grote impact op het beleven van de eigen **identiteit** van de deelnemers. Afhankelijk van in hoeverre de identiteit voor het ontzet van de ziekte was ontwikkeld moet de persoon de eigen identiteit weer ontdekken of geheel nieuw opbouwen. Ook komt bij de interviews over de beleving van de eigen identiteit niet veel informatie naar voren, hebben alle deelnemers geleerd dat de ziekte en symptomen bijvoorbeeld door middel van medicatie en therapie teruggedrongen kunnen worden. Ze hebben vastgesteld dat de ziekte niet de hele persoon uitmaakt maar meer een deel van hun is en ze ernaast nog andere kwaliteiten hebben en ze de mogelijkheid hebben hun eigen doen te beïnvloeden. Ze zijn niet alleen ‘patiënt’ maar ze kunnen iets aan hun situatie doen ook hebben ze een chronisch psychiatrische ziekte als diagnose gekregen. Ze beginnen meer over hun ziekte te weten te komen en kunnen door middel van de aangeleerde *competenties* (Wilken (2010) *factor 3*) een deel van hun **zelfstandigheid** terugwinnen. Dieter geeft aan dat hij vaardigheden heeft geleerd hoe hij met zijn ziekte in stressvolle situaties om kan gaan. Steven zegt dat het meer te weten komen over zijn ziekte een van de belangrijkste dingen was tijdens zijn opname in het psychiatrisch ziekenhuis. Hier hoort ook de acceptatie van de eigen kwetsbaarheid en zwaktes in

verschillende bereiken bij. De deelnemers zijn veel van hun belastbaarheid kwijt geraakt en zijn deels afhankelijk van de **zorg en medicatie** om hun stabiele situatie te behouden en goed te kunnen functioneren. Dit is voor velen een grote ingreep in hun zelf bestemd leven. Een deelnemer geeft aan dat hij weer zou terug vallen, weer psychotisch zou worden als hij zijn medicatie niet goed inneemt. Ook is dit ‘afhankelijk zijn’ voor de deelnemers een grote belasting, zien de deelnemers het ook als grote kans om weer beter te worden en een stuk zelfstandigheid terug te winnen. Frank is zich bewust welke belangrijke positie de medicatie voor hem inneemt en zet zich er zelf ervoor in, deze op de goede manier in te nemen. Voor hem is dit een mogelijkheid die hem gegeven wordt om **verantwoording** voor zijn leven terug te winnen, een terugval te voorkomen en weer meer vrijheid te hebben. Ook is Frank zich ervan bewust dat hij dingen niet kan. Dit accepteert hij en laat bijvoorbeeld zijn financiën regelen door externen. Zijn doelen zijn aangepast aan wat hij denkt wat hij kan en wat mogelijk is met zijn toestand. Hij is bereid alles wat in zijn macht staat voor zijn herstel te doen. Een iets ander beeld toont het verhaal van Dieter. Hij geeft ook aan dat de inname van de medicatie een belangrijk punt is maar koppelt dit minder aan het zelfstandig ervoor zorgen dat dit op de goede manier gebeurt. Hij meer afhankelijk dan Frank. Ook heeft hij meer moeite met het accepteren, dat steun op bepaalde punten in zijn leven nodig is. Hij vindt het moeilijk dat dingen voor hem geregeld werden en staat met zijn instelling tegenover zijn ziekte (en de ermee verbonden belemmeringen) een stuk verder terug in zijn herstelverhaal van Frank. Steven zet weer de voor hem belangrijke factor ‘kennis’ in om beter te leren omgaan met zijn ziekte. Hij weet waar zijn ziekte om draait en krijgt op deze manier toegang tot een accepterende houding van de eigen kwetsbaarheid en zwaktes.

Het aanleren van nieuwe *competenties (factor 3)* hangt sterk samen met het *heropbouwen van de eigen identiteit (factor 2)*. Door het ontwikkelen van **vaardigheden en skills** en **meer te weten komen** over de eigen ziekte kunnen de deelnemers weer in verschillende bereiken functioneren en zijn daardoor weer beter in staat een autonoom leven te leiden. Deze competenties helpen hun de eigen sterkte kanten weer te ontdekken en deze te gebruiken. Dit leidt tot meer *zelfvertrouwen* wat ze aanmoedigt de competenties verder te ontwikkelen (Wilken, 2010).

Het ontwikkelen van de **nieuwe vaardigheden** en het **streven naar autonomie** staan in Frank’s verhaal centraal. Hij geeft aan dat hij voor zich zelf wil kunnen zorgen en zo veel mogelijk dingen eigenverantwoordelijk wil doen. Het leren omgaan met zijn ziekte en deze zo goed mogelijk eigenverantwoordelijk te managen en ook hulp aan te nemen is voor hem

zeer van belang. Hierdoor laat Frank zien dat hij zijn ziekte als een deel van zich accepteert. Ook Dieter vertelt over zijn **nieuwe competenties**, die hem in verschillende bereiken weer een zelf bestemd leven mogelijk maken. Hij heeft geleerd met zijn ziekte om te gaan en heeft vaardigheden verworven om verschillende situaties voor hem positief te managen. Ook is hij zich bewust van zijn tekortkomingen en zwaktes op momenten waar dingen niet zo goed voor hem uitpakken. Hij is gemotiveerd om zijn vaardigheden hier nog verder te ontwikkelen, omdat deze hem nu al goed helpen. Steven ziet het belang van het stabiel houden van zijn mentale status vooral gekoppeld aan het **ontwikkelen van zijn eigen vaardigheden**. Hij heeft, ook noemt hij dit niet expliciet, skills verworven om af te blijven van de drugs, kennis over zijn ziekte verzamelt en veel geleerd over hoe hij zelfstandig kan handelen.

Naast de autonomie is ook het aanleren **sociale vaardigheden** een deel van de competenties. Door de opname in een psychiatrisch ziekenhuis hebben alle patiënten dagelijks sociale contacten en weinig mogelijkheid zich geheel terug te trekken. Dit is van belang voor het weer aanleren of oefenen van sociale vaardigheden om weer geïntegreerd te kunnen worden in een gemeenschappelijk leven. Frank hecht aan het ontwikkelen van zijn sociale vaardigheden de betekenis dat nu meer tevreden is. Hij in weer staat is aan sociale activiteiten deel te nemen en in het geheel toleranter is geworden. Voor Dieter is vooral het contact met leedgenoten van belang. De uitwisseling met medepatiënten en hebben van contact geven hem een goed gevoel. Ook voor Steven was het een hele tijd niet mogelijk veel in zijn sociale contacten te investeren, door zijn drugsverslaving is hij veel van zijn capaciteiten kwijt geraakt en moet nu opnieuw het contact leren te leggen.

De drie deelnemers hebben gemeen dat ze de **medicatie** minder als een soort hulpbron zien, maar meer als een vaardigheid, om een zelf bestemd leven te kunnen leiden. De medicatie is voor ze een ondersteunend hulpmiddel waarmee ze hun zelfstandigheid terug kunnen winnen en kunnen laten zien dat ze in staat zijn eigenverantwoordelijk te handelen.

Een punt waarop Frank in zijn interview niet ingaat, is het aanleren en gebruiken van nieuwe vaardigheden door therapieën. Het valt op dat Steven en Dieter veel gebruik maken van de positieve psychologie om verschillende situaties te meesteren. Na jaren onder de invloed van hun ziektes leren ze zichzelf weer beter kennen, nemen dingen weer helder waar en hebben weer contact met hun gevoelens. Dieter geeft aan dat hij de wereld weer heel anders beleeft en meer kan ‘genieten van de kleine dingen’, ook in verband met het contact tot zijn familie en vrienden. Hij heeft zijn kracht van binnen weer teruggevonden en zegt zelf dat hij zich niet meer wil laten afleiden door slechte gedachten en wil blijven volhouden. Ook Steven geeft aan dat hij weer tot rust is gekomen en weer kan genieten van het leven zo als

het is. Dit laat zien dat de deelnemers weer het stuur in de eigen handen nemen. Ze hebben vaardigheden mee gekregen om bijvoorbeeld stressvolle situaties zelfstandig en voor hun op een positieve manier te managen en momenten waarop ze veel piekeren te ontsnappen. Hierdoor hebben ze grotere invloed op hoe situaties voor hun uitpakken en voelen zich daardoor beter en winnen hun autonomie terug.

Samenvattend kan gezegd worden dat alle deelnemers zich in een proces bevinden waarin ze hun eigen **identiteit** weer leren kennen en deze door hulp van nieuw aangeleerde vaardigheden steeds meer uitbouwen. Een zo goed mogelijk autonoom leven te kunnen leiden is voor alle drie een centraal begrip ook geven ze dit allemaal een ander naam, is de betekenis hetzelfde: Door zelf inspanning een meer een meer eigenverantwoordelijk en zelfstandig leven te leiden. Ook zijn ze allemaal op verschillende punten in hun herstelproces maar met verschillende focussen streven ze naar hetzelfde.

3.4.3. Vergelijk hulpbronnen

Wilken (2010) omschrijft de hulpbronnen met zijn *vierde (sociale betrokkenheid en integratie in de samenleving)* en *vijfde (materiaal resources) factor*. In alle drie verhalen van de deelnemers krijgen deze externe hulpbronnen die de deelnemers ondersteunen veel aandacht. Alle deelnemers geven aan dat ze veel energie van hun **sociaal netwerk** krijgen en het voor hen zeer van belang is, hierin te investeren. Mensen tonen dat ze in het herstelproces geloven, de familie en vrienden bieden steun en zorg en in het verhaal van medepatiënten vinden zich de deelnemers zich terug, kunnen hun leed delen en kunnen de verhalen van anderen als voorbeeld voor hun eigen proces gebruiken. Dit soort positieve ondersteuning maakt dat de patiënten meer en meer het vertrouwen in zichzelf terugvinden, zich begrepen voelen en helpen op de weg naar herstel.

Vooraf het samen actief zijn komt uit de verhalen naar voren. Voor de ene is het de mogelijkheid een kopje koffie te gaan drinken (Steven) voor de ander is het met medepatiënten te sporten en aangemoedigd te worden (Dieter). Dit zijn vermoedelijk ook de dingen die voordat ze opgenomen werden in het psychiatrisch ziekenhuis niet meer mogelijk waren. Door de drugsmisbruik van Steven was er geen aandacht en geen geld om samen iets leuks te gaan doen. Dieter had geen energie om zelfstandig iets te ondernemen. Frank uit dat hij zonder de contacten die hij nu heeft weer depressief zou worden en hecht veel waarde aan de relaties die hij heeft. Het schijnt voor alle deelnemers er vanzelfsprekend bij te horen weer sociale contacten op te nemen. Ze vinden het belangrijk deze te behouden, wat misschien ook

eraan ligt dat de deelnemers door de behandeling weer meer capaciteiten voor deze activiteiten hebben en daardoor weer toegang tot, tijdens de ziekteperiode, onderdrukte gevoelens en gedachtes krijgen. Ook versterkt het deel uitmaken van een groep (*factor 4*) of aangemoedigd worden bij het proces (*factor 5*) het zelfvertrouwen en het gevoel van eigenwaarde van de deelnemers wat een prettig gevoel voor ze met zich mee brengt. De deelnemers zien onderling dat ze niet de enige met hun aandoening zijn en kunnen zichzelf in het verhaal van de ander erkennen. Dit relativeert hun aandoening, geeft hun een prettig gevoel ‘ik ben niet anders dan de anderen, ik ben niet alleen’ en geeft een heel ander soort steun dan bijvoorbeeld vanuit de hulpverlening of familie.

Minder aandacht geven de deelnemers aan de ondersteuning die ze door bijvoorbeeld financiële middelen, woning en gezondheidsverzorging (ook de beschikbaarheid van medicatie) krijgen. Doordat veel voor de deelnemers van externen geregeld wordt is dit misschien iets wat niet dicht genoeg bij het verhaal van de deelnemer ligt. Ze zijn met hun gedachtes nog heel dichtbij hun eigen ontwikkeling, de hulp die boven genoemd werd ligt minder in hun focus.

4. Conclusie en Discussie

4.1. Conclusie

Het doel van dit onderzoek was bij een beperkt aantal mensen met chronisch psychiatrische klachten een diepgaande analyse van hun herstelverhalen door te voren en te onderzoeken of en welke overeenkomsten er met de van Wilken (2010) gevonden algemene factoren voor herstel zijn.

Uit de van de deelnemers omschreven herstelopvattingen komen twee kernpunten naar voren: Het weer zelfstandig worden en ‘groei’ in de vorm van een ontwikkeling hebben gemaakt en nu in staat zijn anders te handelen. Ook maken de deelnemers een duidelijk onderscheid tussen herstel en helemaal gezond worden. Herstel, het verbeteren van hun situatie is voor hen een bereikbare verbetering waarin ze gezond worden uitsluiten.

Ondanks dat het drie heel individuele herstelverhalen zijn, komt naar voren dat bijna alle van Wilken (2010) gevonden factoren bij ieder deelnemer een soort invulling krijgen. Het valt op dat soms zelfs de begrippen die Wilken (2010) in de omschrijving van zijn factoren gebruikt in de persoonlijke verhalen van de deelnemers terugkomen en wat zij onder herstel verstaan zeer lijkt op wat bij de factoren van Wilken (2010) naar voren komt. Alleen een deel van de vijfde factor, de materiele hulpbronnen, kwam in de verhalen niet geheel duidelijk naar voren. Ook de *eerste factor (Wilken, 2010)*, de vraag naar de (negatieve toestand) waaruit de motivatie om te herstellen vandaan komt is in het interview niet expliciet behandeld en komt in de herstelverhalen alleen terloops naar voren zodat er geen vergelijkend uitspraak over gedaan kan worden. Wat wel duidelijk is dat alle deelnemers aangeven dat ze een grote intrinsieke motivatie hebben om iets aan hun situatie te veranderen en deze ook als motor zien bij processen zoals het zelfstandig worden.

Naast de factoren, die het individu zelf beïnvloed, zoals het werken aan de eigen identiteitsbeleving, het begrijpen en accepteren van de eigen ziekte (*Wilken, factor 2*) en het leren van competenties (*Wilken, factor 3*), leveren de factoren die van buiten op het individu afkomen (*Wilken, factor 4 en 5*) ook een grote bijdrage aan het herstelproces. Hier speelt voorhal het weer geïntegreerd worden in een sociale omgeving en het ervaren van steun en geloof in het eigen herstelproces door anderen een grote rol.

Ook zijn het drie unieke herstelverhalen, waarin de deelnemers met heel verschillende stappen richting herstel bezig zijn, lijken deze sterk op elkaar. De van Wilken (2010)

gevonden factoren komen eenduidig in de verhalen terug en zijn ondanks hun level van abstractie goed terug te vertalen naar de individuele herstelverhalen.

Samenvattend kan gezegd worden dat herstel voor alle deelnemers een leerproces is waarbij ze de mogelijkheid krijgen hun eigen situatie te verbeteren en persoonlijk te groeien. Een groei richting een heropbouw van identiteit, een veranderd zelfbeeld, meer zelfstandigheid, de focus op toekomst (plannen), het benut van nieuwe vaardigheden en geïntegreerd zijn in een sociale omgeving.

4.2. Interpretatie

Bij dit onderzoek is geprobeerd aan de hand van drie semigestructureerde interviews een uitspraak te kunnen doen over welke betekenis patiënten met een chronisch psychiatrische problematiek aan herstel verlenen en of dit overeenkomt met wat Wilken (2010) in zijn meta-analyse over studies naar herstel heeft gevonden. Het was aan te nemen dat Wilken's resultaten uit studies over herstel van psychische problematieken vergelijkbaar terug te vinden zijn in de verhalen van mensen die proberen van een chronische psychiatrische problematiek te herstellen.

Toegang tot het onderwerp herstel boden twee visies binnen de wetenschap. Het ‘klinisch herstel’ betekend het afkomen van klachten en/of zo min mogelijk last hebben symptomen (Slade, 2009). Bij het ‘persoonlijk herstel’ ligt de focus erop het leven met de ziekte een zinvolle invulling te geven. Dit model is minder op klachten gericht (Slade, 2009). In de verhalen van de deelnemers komen beide modellen terug. Het valt op dat er niet één herstelbenadering is maar meer een samenspel van deze twee visies. De deelnemers geven aan dat ze met hulp van medicatie op zijn minst van een deel van hun klachten af moeten komen zodat herstel mogelijk word. Hier hebben ze het vooral over psychotische gedachtes die ze in hun handelen inperken. In deze zin is gezondheid meer dan de afwezigheid van ziekte (Slade, 2009). De klachten moeten wel voor een deel teruggedrongen zijn zodat handelen weer mogelijk wordt maar ernaast ligt de focus ook op wat nog aan een verbetering van de situatie bijdraagt: Doordat ze een chronische aandoening hebben zijn ze zich ervan bewust dat ze nooit helemaal klachtenvrij en nooit helemaal gezond zullen zijn. Dit maakt dat de acceptatie van de eigen beperkingen, volgens Wilken (2010) behorend bij factor 2, een van de belangrijkste aspecten van hun herstel is. De focus gaat af van de klachtenvrijheid naar de focus op andere dingen, zoals positieve belevingen en het uitbreiden van de eigen sterkten. Ook sociale contacten zijn hierbij van belang en geven de deelnemers kracht om de

dagelijkse moeilijkheden bij het leven met hun ziekte te meesteren. Het welbevinden dat Slade (2009) noemt in samenhang met het persoonlijk herstel schenken de deelnemers in dit onderzoek niet zo veel aandacht. Welbevinden betekend in deze zin dat de persoon zich lichamelijk, geestelijk en sociaal goed voelt en hierdoor tevreden is met zijn leven (Slade, 2009). Een mogelijke reden voor het beperkte omschrijven van welzijn door de deelnemers kan zijn dat de focus tijdens de herstelfase meer ligt op het leren van concrete dingen zoals vaardigheden, leggen van sociale contacten en zelfstandigheid in het algemeen. Welbevinden, tevreden zijn op verschillende niveaus is vermoedelijk iets wat pas later in het herstelverhaal van de deelnemers aandacht gaat krijgen. Namelijk als de focus van de deelnemers zich verlegt van het vechten voor het eigen herstel naar het (minder bewuste) inzetten van de nieuwe vaardigheden en genieten van de verbeterde situatie. Op het moment zijn de deelnemers nog op de weg naar herstel en zullen waarschijnlijk nooit helemaal ‘gezond’ zijn zoals het de WHO (World Health Organization, 2015) definieert: “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”. Dit moet niet betekenen dat de deelnemers met dit vooruitzicht ontevreden zijn. Ze doen hun best om zo goed mogelijk van hun chronische psychiatrische ziekte te herstellen en zijn tevreden met wat ze al hebben bereikt en kijken met realistische doelen richting toekomst.

Uit de literatuur komt naar voren dat bij drie verhalen van dit onderzoek eigenlijk niet te verwachten is dat een gemeenschappelijke noemer naar voren komt over wat herstel voor deze patiëntengroep betekend omdat het herstelproces voor iedereen uniek is (Andersen, 2011; Slade, 2009; Balder, 2014). Toch is bewust voor deze aanpak gekozen omdat Wilken (2010) zijn factoren op basis van studies over herstelverhalen gevonden heeft. Hier is het interessant te zien of de gevonden factoren terug vertaald kunnen worden naar het individuele proces van deelnemers van deze studie. Hierbij is en het van belang de personen zelf aan het woord te laten komen, om zich los te maken van de abstracte algemeen geldige factoren van Wilken (2010) en niet alleen in het kader van deze factoren de verhalen te doorzoeken. Door zo dicht mogelijk bij het verhaal van de deelnemers te blijven was het mogelijk om hun zichtwijze op herstel met de nodige diepgang te verwoorden. De analyses zijn met citaten onderbouwt om goed in de data te laten zien waar de bevindingen vandaan komen. Deze diepgang was in een grotere studie met meer dan drie deelnemers alleen in beperktere mate mogelijk geweest. Toch is het mogelijk met dit gedetailleerde onderzoek een algemene uitspraak over het voorkomen van de factoren die Wilken (2010) heeft gevonden te doen.

Ook bij een vervolgonderzoek met meer deelnemers is het waarschijnlijk dat de herstelfactoren terug te vinden zijn, wel met een individuele invulling in elk herstelverhaal. Door het gedetailleerd opgestelde analyseschema is het voor andere onderzoekers mogelijk de analyse te herhalen en de resultaten aan de hand van eigen interpretaties te vergelijken. Het zou kunnen dat andere deelnemers bij een herhaalde studie andere betekenissen aan hun herstelproces geven, zoals bijvoorbeeld aan materiele hulpbronnen, die in dit onderzoek niet sterk naar voren komen.

Door de opbouw van het interview was het niet mogelijk gedetailleerde informatie over alle vijf factoren van Wilken (2010) te verkrijgen. Vooral Wilken's eerste factor, het punt in het verhaal van de deelnemers waar hun herstel van start is gegaan wordt in de interviews te weinig besproken. Wilken (2010) omschrijft zijn eerste factor als een soort kantelpunt. Een punt in het verhaal waarop het niet meer verder gaat, de lijdensdruk onder de gegeven situatie te hoog is. Door het lijden onder de situatie ontstaat een grote intrinsieke motivatie iets te veranderen. Volgens Wilken (2010) is de eerste factor een belangrijke factor die het herstelproces beïnvloed. Zonder intrinsieke motivatie zal het herstelproces moeilijk verlopen of falen. In hoe verre is de persoon bereid voor het verbeteren van zijn situatie, zijn gewoontes en niet functionerend gedrag op te geven? Wanneer wordt een situatie als onuitstaanbaar ervaren? In de semigestructureerde interviews werd maar weinig aandacht aan dit soort kantelpunten besteed. Door de missende informatie is het moeilijk hier een onderbouwde uitspraak over te doen, wat niet betekent dat de eerste factor van Wilken (2010) niet in de herstelverhalen van de deelnemers voorkomt. Aan de vraagstelling naar deze eerste factor zou in een vervolgonderzoek meer aandacht besteed moeten worden en de interviews aangepast. Aanvullende onderzoeksvragen kunnen er als volgt uitzien: Hoe zag de gegeven situatie eruit zodat een herstelproces noodzakelijk werd? Hoe is het herstelverhaal van start gegaan? Door welke instantie werd het herstelproces ingeleid? Wat geven de deelnemers zelf als motivatie om te herstellen aan? Ook het feit dat de deelnemers in deze studie hun herstelverhalen in het ik-perspectief, zichzelf in de hoofdrol van hun herstel zagen, ondersteunt het belang van deze verdere onderzoek. Alles wat van buiten aan hulpmiddelen geboden werd zien de deelnemers als ondersteunende maatregelen, maar maken zichzelf verantwoordelijk voor hun proces en streven naar een zo zelfstandig mogelijk leven.

In het onderzoek van Wilken (2010) zijn de materiele hulpbronnen deel van één van de vijf belangrijke factoren die het herstel van een persoon uitmaken. In dit onderzoek komen

deze hulpbronnen maar weinig ter sprake. Hier stelt zich de vraag waarom dit zo is. Wilken (2010) zegt dat er voor bepaalde maatregelen (zoals bijvoorbeeld gezondheidsverzorging, beschikbaarheid van medicatie, financiën en woning) gezorgd moet zijn zodat herstel voor een persoon überhaupt mogelijk wordt. Uit de verhalen van de deelnemers wordt duidelijk dat ze alle gebruik maken van deze maatregelen. Dit wordt in de interviews meestal alleen in een bijzin genoemd. Hier vertellen de deelnemers dat ze steun krijgen, maar niet of en welke betekenis en waarde ze eraan verlenen. Er wordt zelfs gezegd dat ze het niet prettig vinden als er zaken voor ze geregeld worden omdat dit hun zelfstandigheid in de weg staat. In het interview wordt er aandacht aan de ondersteunden maatregelen besteed en wordt de deelnemers de kans gegeven zich hierover te uiten. Toch wordt bij een preciezere blik op het interview duidelijk dat enkele punten die Wilken (2010) bij zijn vijfde factor over de ‘material resources’ noemt buiten beschouwing blijven. Zo wordt met hulp van een Checklist (zie bijlage 3) de deelnemers een aantal steekwoorden gepresenteerd. Hier worden wel steunende materiele hulpbronnen aangegeven zoals bijvoorbeeld geld, ziekenhuisbehandeling en hulplijnen, maar missen bij Wilken’s vijfde factor behorende punten als: het hebben van een woning, toegang tot educatie of vervoer.

Het stelt zich de vraag of een uitgebreidere checklist meer informatie zou opleveren omdat de punten die al in de checklist voorkomen ook zelden tot veel informatie tijdens het interview leiden. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat dit onderwerp minder in de focus van de deelnemers ligt en ze meer op hun eigen proces gericht zijn dan wat er om hen heen gebeurt. Ze nemen de hulp aan maar ze nemen deze minder als belangrijke bijdrage aan hun herstel waar, of te wel dit van buiten gezien voor de deelnemers het herstel pas mogelijk maakt. Zonder gezondheidsverzorging, financiële steun tijdens ziekteperiodes en helpende diensten zou het herstelproces bij geen van de deelnemers van start zijn gegaan. Ook een belangrijke factor voor alle deelnemers is de het innemen van de medicatie op de goede manier. Alleen een deelnemer (Frank) heeft het over de beschikbaarheid van de medicatie. Hij is gerust zolang hij toegang tot zijn medicatie heeft om zijn mentale status te behouden. De andere twee deelnemers zien het als vanzelfsprekend dat ze met medicatie afgedekt zijn. In deze zin is het moeilijk een uitspraak over de ‘material resources’ van Wilken (2010) in dit onderzoek te doen. Er zijn wel aanwijzingen dat de factor in het herstelproces van de deelnemers een rol speelt maar het lijkt erop dat de deelnemers zich van het belang en de waarde van de materiele hulpbronnen zelf maar weinig bewust zijn. Hier zou in een vervolgonderzoek door een geschiktere vraagstelling, door bijvoorbeeld concreter doorvragen

meer informatie verkregen kunnen worden zodat een uitspraak over het voorkomen van deze factor bij herstelverhalen van chronische psychiatrische patiënten mogelijk wordt.

4.3 Sterke en zwakke punten

4.3.1 Het interview

Ook geven de deelnemers aan, het interview niet als belastend te hebben ervaren is het toch een moeilijke situatie voor ze over hun eigen geschiedenis in deze vorm nog eens na te denken en te vertellen. Ook het feit dat de deelnemers veel moeite hadden op directe vragen te antwoorden zoals:

“Betekent het idee of concept van 'herstel' iets voor jou persoonlijk? Kan je daar iets meer over vertellen?” of

“Wat kan 'herstel' voor jou representeren/symboliseren? Is er iets dat aantoont dat je 'herstellende' bent?”

verduidelijkt hoe zwaar het voor de deelnemers is de betekenis van deze abstracte begrippen goed onder worden te brengen. Doordat deze interviews voorafgaand aan de Photovoice Methode zijn afgenomen en de deelnemers over begrippen zoals 'herstel' waarschijnlijk nog nooit in deze vorm hebben nagedacht was het lastig hier in de korte tijd en ook onder de stress van een interview met een stem recorder op de tafel er een antwoord op te bedenken. Hierbij komt ook dat één deelnemer aangeeft dat hij moeite heeft met concentreren.

Over het algemeen is het semigestructureerde interview een aanpak met veel voordelen maar ook enkele nadelen voor dit onderzoek geweest. De structuur helpt de interviewer een interview te voeren dat hij op een vergelijkbare manier bij een andere deelnemers kan herhalen. Hierdoor werden de verhalen van de deelnemers zeer goed vergelijkbaar en kunnen op een later moment zelfs met een andere groep deelnemers nog eens herhaalt worden. Door de structuur is ook gegeven dat de interviewer tijdens het interview een leidraad heeft wat hem helpt alle belangrijke onderwerpen te bespreken en niets te vergeten. Aan de ene kant maakt deze structuur het voor de deelnemers soms moeilijk goed uit hun eigen woorden te komen. Bij de ene deelnemer liep het interview makkelijk, bij

een ander moest de interviewer veel doorvragen en meermaals zei de deelnemer spontaan ‘ja dat bedoelde ik’ op een suggestie van de interviewer. Zo kan het gebeuren dat de deelnemers door de vragen en de interviewer in een bepaalde richting gestuurd worden en dat ze hun herstelverhaal niet vrij kunnen vertellen waardoor sommige aspecten misschien niet ter sprake komen. Hier stelt zich de vraag in hoe verre het soms nog het antwoord van de geïnterviewde zelf is of of het een antwoord baserend op de geuite associatie van de interviewer bij het verhaal van de deelnemer is. Aan de andere kant maken het samenspel van structuur, geformuleerde vragen en checklists sommige onderwerpen pas bespreekbaar en werken als een soort deuropener tot onderwerpen die anders niet besproken zouden worden.

4.3.2. De analyses

Bij de analyses was het van belang de verhalen van de deelnemers met veel diepgang te benaderen om tot de kern van de uitspraken te komen en deze met de algemeen geldige factoren van Wilken (2010) te kunnen vergelijken.

In dit onderzoek zijn de analyses door één persoon gedaan en het stelt zich de vraag hoe betrouwbaar de uitkomsten zijn. Een andere persoon zou de link tussen Wilken (2010) en het gezegde van de deelnemers anders kunnen leggen. Het feit dat de factoren van Wilken (2010) door dit onderzoek gecontroleerd zullen worden wijst erop dat de mogelijkheid bestaat dat interpretatie van de verhalen speciaal in het licht van de factoren is gedaan en deze daardoor bevestigd worden. Ook is een interpretatie altijd een afwijking van wat de deelnemers zelf heeft gezegd, is een interpretatie nodig om de algemene bevindingen op een iets abstracter niveau te brengen en op deze manier vergelijkbaar met Wilken (2010) en de andere deelnemers te maken.

Positief is, dat bij de analyse van de interviews steeds dicht bij de verwording van de deelnemers gebleven wordt en zo ver mogelijk, de interpretatie met citaten onderbouwt wordt zodat nagegaan kan worden waarop de bevindingen baseren. Het kan nog steeds gebeuren dat een andere onderzoeker bij de interpretaties van mening verschilt maar op deze manier kan de interpretatie begrepen worden en zo nodig het onderzoek door iemand anders op een soortgelijke manier herdaan worden. Het blijft een strijd bij het terugvertalen van heel individuele verhalen naar een hoog niveau van abstractie zoals de factoren van Wilken (2010) om goed af te wegen in hoe verre geïnterpreteerd mag worden of wanneer het cruciaal is bij de verwordingen van de deelnemer zelf te blijven.

4.4. Aanbevelingen voor verder onderzoek

Onderzoekers

Ook zijn de uitspraken in dit onderzoek op basis van een diepe analyse van de verhalen ontstaan zou het van voordeel zijn de onderzoeksresultaten door andere onderzoekers te laten valideren. Door de heel eigen interpretaties van de andere onderzoekers zou het kunnen dat afwijkende resultaten tot stand komen die aanvullende conclusies mogelijk maken.

Het is aan te bevelen voordat de onderzoekers met de analyse gebaseerd op de factoren van Wilken (2010) beginnen de interviews met een frisse blik doornemen en eerste notities maken. Zo kan de mogelijkheid voor een deel uitgesloten worden dat de onderzoekers van begin aan af in de interviews op zoek gaan naar de factoren van Wilken (2010). Op deze manier kunnen eventuele toevoegingen aan de factoren van Wilken (2010) gevonden werden die later in de analyse over het hoofd gezien kunnen worden.

Deelnemersgroepen

In een aanvullend onderzoek zouden andere deelnemersgroepen geïnterviewd en deze onderling vergeleken kunnen worden. Deze deelnemersgroepen zouden bijvoorbeeld naar hun diagnose of sociale & financiële status geselecteerd kunnen worden. Hier is het dan aan te bevelen te onderzoeken welke invloed de selectie op de verschillende factoren van Wilken (2010) heeft. De materiele hulpbronnen, die in dit onderzoek niet sterk naar voren komen zouden bij een deelnemersgroep die bijvoorbeeld dakloos zijn eerder aandacht krijgen dan bij mensen die gezondheidsverzorging, woning etc. krijgen. Ook bij een deelnemersgroep bestaand uit angst patiënten zal de focus bij het herstel waarschijnlijk anders zijn dan bij deelnemers met chronische pijn.

Vervolg interview

Het zou interessant zijn de interviews die na de Photovoice Methode zijn afgenomen met de interviews van dit onderzoek te vergelijken. De interviews lieten zien dat de deelnemers soms moeite hadden een antwoord op de vragen te bedenken wat minder aan de bereidheid de vragen te beantwoorden lag maar vermoedelijk meer aan de abstractie van het interview. De Photovoice Methode steunt de deelnemers in het verder verwoorden van wat herstel nou eigenlijk voor ze betekent en helpt toegang tot deze abstracte begrippen te verkrijgen. Hierbij spelen media als foto's een rol en de uitwisseling met andere patiënten. Aan de hand van een vergelijkend onderzoek zou er een uitspraak over gedaan kunnen worden hoe zich het

herstelproces van een mens met chronisch psychiatrische klachten ontwikkelt en in hoe verre zich doelen en wensen veranderen.

4.5. Aanbevelingen voor hulpverleners

De wetenschappelijke interpretatie van wat herstel betekend helpt de hulpverleners te begrijpen wat bij een herstelproces hoort. Door deze informatie is de hulpverlener in staat tijdens het contact met de patiënt beter na te vragen en alles wat bij herstel hoort te behandelen. Hierbij is het van belang een schema zoals Wilken's factoren in het hoofd te houden en als de patiënt bijvoorbeeld niets over het sociale vlak verteld verder en directer door te kunnen vragen.

Na de bevindingen van dit onderzoek zouden de hulpverleners in de psychiatrische instellingen de patiënten naar de van Wilken (2010) omschreven factoren kunnen proberen te stimuleren. Ook zijn de van Wilken (2010) gevonden factoren voor de deelnemers van deze studie van belang wordt toch duidelijk de ze er allemaal een iets verschillende betekenis aan verlenen. Hier zou de hulpverlener een evaluerend gesprek met de patiënt over kunnen voeren om er duidelijkheid over te krijgen waar de patiënt het meeste waarde aan hecht. De hulpverlener zou dus op een heel persoonsgerichte manier de factoren van Wilken bij zijn werk met de patiënt kunnen betrekken.

Ook levert een gesprek over wat herstel voor de patiënt betekend, zoals het in de Photovoice Methode gebeurt, een waardevolle toevoeging voor het therapieverloop. Hierdoor wordt het voor de patiënt en de hulpverlener duidelijk waar de patiënt uiteindelijk naartoe wil werken. Dit kan ook een positieve invloed op de motivatie van de patiënt voor de therapie hebben en de focus op een heel persoonsgerichte individuele therapie leggen.

Afsluitend kan gezegd worden dat de van Wilken (2010) gevonden factoren omtrent herstel voor mensen die van een chronisch psychiatrische ziekte herstellen algemeen geldig zijn, ook geeft iedereen in zijn individueel verhaal een eigen invulling eraan. Algemeen zijn de deelnemers zich van hun eigen situatie en de mogelijkheden die ze hebben zeer bewust zijn. Ze weten dat herstel tot een bepaalde mate mogelijk is, maar ze aan een chronische

psychiatrische ziekte lijden en nooit helemaal herstelt zullen zijn. Dit vat een deelnemer in zijn eigen woorden passend samen:

“Heb je het gevoel dat je zult genezen of herstellen?” - “Herstellen misschien, maar genezen toch niet.”

5. Bronnen

Andresen, R. Oades, L.G. & caputi, P. (2011). *Psychological Recovery. Beyond Mental Illness*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.

Balder, C. (2014). *Goed hersteld. Lessen uit herstelverhalen*. Leiden.

Connell, J., Brazier, J., O'Cathain, A., Lloyd-Jones, M. & Paisley, S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health and Quality of Life Outcomes*. doi:10.1186/1477-7525-10-138

Sklar, M., Groessel, E. J., O'Connell, M., Davidson, L. & Aarons, G. A. (2013) Instruments for measuring mental health recovery: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 1082-1095. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.08.002>

Slade, M. (2009) *Personal Recovery and Mental Illness*. Canbrudge University Press. New York.

Veling, W., Van Der Wal, M., Jansen, S. & Van Weeghel, J. (2013). *Diagnostiek, behandeling, rehabilitatie en organisatie van zorg*. Handboek Vroege Psychose.

Wilken, J. P. (2010). *Recovering Care. A contribution to a theory and practice of good care*. Amsterdam: SWP.

WHO: Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946.

6. Bijlage

Bijlage 1 – Interview Herstel Outline

Tom Van Steenkiste

Interview Herstel Outline

A. Vooraf

- Introductie interviewer/onderzoeker
- Begeleidende brief
 - gelezen?
 - kort doorlopen, focus op belangrijke aspecten
 - doel interview = exploreren van jouw begrip van en kijk op het concept 'herstel', exploreren van zaken die helpend waren voor jou in de weg die je hebt afgelegd.
 - anonimiseren van gegevens: alles wordt anoniem gemaakt: namen worden nergens genoteerd, worden niet gelinkt aan transcript, alle info blijft vertrouwelijk voor onderzoeksteam - uitzondering in situatie van gevaar/risico voor zichzelf of een ander
- Vragen over het project?
- Consent formulier: vraag om dit te lezen en in te vullen/ondertekenen

<< start audio recorder >>

B. Persoonlijk profiel van deelnemers:

Algemeen (gegevensverzameling)

- Naam (voornaam)
- Geslacht (man/vrouw)
- Leeftijd (naar leeftijdsgroepen transponeren)
- Afkomst (ethniciteit: Europees, Aziatisch, Afrikaans, Zuid-Amerikaans, Noord-Amerikaans,...)
- Woonregio (regio of stad)
- Burgerlijke status (alleenstaand, gehuwd, feitelijk gescheiden, wettelijk gescheiden, weduwe, samenwonend)

Psychisch functioneren

- Bent u ooit opgenomen geweest in een psychiatrisch ziekenhuis?
 - hoeveel maal?
 - hoelang geleden?
 - wanneer laatste keer?
- Bent u nog in behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis?
 - voltijdse hospitalisatie
 - partiële hospitalisatie
 - nabehandeling
 - ambulante opvolging: hoe geregeld?
- Hoe zou u uw psychische kwetsbaarheid/gevoeligheid omschrijven?
- Welke psychiatrische diagnose heeft uw behandelend psychiater gesteld?
 - Wat betekent dit voor u?
- Werd ooit medicatie voorgeschreven voor u ovw psychische moeilijkheden?
 - Over welke medicatie gaat het dan?

- Neemt u op dit moment nog medicatie?
- Hoe ziet u huidige woonsituatie eruit?
 - Alleen wonen
 - Bij gezin, familie of vrienden
 - In specifieke voorziening of setting (bv begeleid wonen, beschut wonen)
- Hoe zou u uw psychisch welbevinden (psychische stabiliteit) in de periode van voorbije week omschrijven, op een schaal van 1 tot 10. (1 = zeer slecht voelen, 5 = gewoon, 10 = zeer goed voelen) (doel= polsen hoe iemand zich voelt in periode van interview)

C. Leidvragen (met eventuele bijvragen ter exploratie en verduidelijking)

1. Welke weg heb je tot nu afgelegd wat betreft je psychische gezondheid? Waar zie jij jezelf nu staan?
 - i. naar jouw gevoel, hoe ben je geraakt tot waar je nu staat?
 - ii. wat heeft geholpen voor jou om tot dit punt te komen? was er iets specifiek waaraan je moet denken?
2. Als je terugkijkt op dit proces, zijn er belangrijke keerpunten geweest? (binnen die afgelegde weg)
 - i. Keerpunt = een tijdstip of situatie in je leven waarin zaken op een bepalende of ingrijpende manier veranderd zijn.
 - ii. Verduidelijken van bepaalde ervaringen of situaties
 - iii. Kan je uitleggen waarom dit voor jou een keerpunt was? Wat was dan het specifieke verschil voor en na?

3. Welke **personen** zijn voor jou belangrijk geweest (binnen die afgelegde weg)?
 - i. CHECKLIST voorleggen met mogelijke personen + hulpverleners (kan als insteek dienen)
 - ii. Op welke manier zijn deze mensen belangrijk of steunend geweest voor jou?
 - iii. hoe hebben ze jou geholpen?
 - iv. Kan je iets meer vertellen over deze persoon/personen?
 - v. In welke mate speelt vertrouwen een rol? veiligheid?

4. Welke **zaken** of **voorwerpen** hebben jou geholpen tot waar je nu bevindt?
 - i. CHECKLIST 2 met mogelijke zaken/voorwerpen (ook zingeving, identiteit) (als insteek gebruiken)
 - ii. zaken die je leven meer betekenis hebben gegeven, die je tot een doel brengen
 - iii. voorbeeld= Medicatie / Voor jezelf zorgen / Interesses, hobby's, activiteiten / spiritualiteit
 - iv. Op welke manier is xx ondersteunend geweest? Op welk moment?
 - v. Hoe belangrijk is xx voor jouw psychische gezondheid?
 - vi. Welke zaken hebben jou verrast? Iets waar je misschien nooit bij stilgestaan hebt?
 - vii. Zijn er verschillende zaken die helpend/ondersteunend geweest zijn op verschillende momenten?

5. Zijn er zaken of voorwerpen geweest die helemaal niet geholpen hebben voor jou?
 - i. opnieuw CHECKLIST 2 voorleggen
 - ii. Kan je er wat meer over vertellen?

- iii. Op welke manier was xx niet steunend of helpend voor jou?
 - iv. Heb je het gevoel dat het jouw belemmerd heeft? Hoe heb je dat ervaren?
6. Heb je iets gemist waarvan je wou dat het aanwezig geweest zou zijn? Zijn er zaken of voorwerpen waarvan je gewent of gehoopt had dat ze er zouden zijn om je te helpen of te steunen?
 - i. Waaraan denk je dan?
 - ii. Op welke manier zou dit voor jou ondersteunend geweest kunnen zijn?
7. Betekent het idee of concept van 'herstel' iets voor jou persoonlijk?
 - i. wat betekent dit voor jou? kan je er iets meer over over vertellen? wat stel je je erbij voor?
 - ii. beschouw je jezelf als 'herstellende' op dit moment?
8. Wat kan 'herstel' voor jou representeren/symboliseren? Is er iets dat aantoont dat je 'herstellende' bent?
 - i. heb je een beeld of symbool in gedachten/voor ogen waarmee je herstel voor jou kan associëren? kan je dit beschrijven? uitleggen wat het voor jou betekent?
 - ii. heb je een bepaald doel of streven voor ogen dat de betekenis van herstel zou weergeven voor jou?
9. Welke veranderingen heb je bij jezelf kunnen ervaren, in het licht van dit herstelconcept?
 - i. positieve veranderingen / negatieve veranderingen

- ii. zaken die je hebt geleerd (over jezelf, over anderen, over de maatschappij)
- iii. veranderingen in waarden en attitudes?

10. Waar ben je trots op? Welke verwezenlijkingen bereikt in je leven? (kijken voorbij het luik van psychische gezondheid)

- i. hoe belangrijk is dat voor jou geweest?
- ii. wat zou je nog willen bereiken in de toekomst? Wat verwezenlijken?

D. Afsluitende vragen

11. Wat zou je aanbevelen voor anderen dat hen zou kunnen helpen of steunen in hun herstelproces? Wat zou je aanbevelen naar hulpverleners toe zodat zij meer ondersteunend of helpend kunnen zijn?

- i. Kan je dat verduidelijken?

12. Is er iets dat we in het interview niet behandeld hebben, waarover je graag een vraag had gekregen?

- i. Aanvullingen op het interview?

13. hoe vond je het interview? heb je kunnen vertellen wat belangrijk is voor jou?

14. Waren er vragen die je moeilijk vond? die je interessant vond? die je intellectueel uitdagend vond?

15. heb je zelf nog vragen die je aan mij wil stellen?

Bedankt !

<< Stop audiorecorder >>

Bijlage 2 – Interview Checklist 1

Tom Van Steenkiste

Checklist 1 : Personen

A. Familie / Vrienden / Kennissen

- Vrienden
- Partner/echtgeno(o)t(e)
- Ouders
- Kinderen (zoon/dochter)
- Buren
- Collega's
- Geloofsgroep, buurthuis, dienstencentrum,...
- Zelfhulpgroep
- Lotgenoten / Patiënten / Cliënten
- Bakker / Apotheek / Krantenwinkel / Slager / ...

B. Hulpverleners

- Psychiater
- Huisarts
- Verpleegkundige
- Individuele begeleider
- Ergotherapeut
- Creatieve therapeut
- Psycholoog
- Psychotherapeut
- Pastoraal werker / intercultureel werker

Visie op en betekenis van het begrip ‘herstel’ voor mensen met langdurige psychiatrische klachten.

- Maatschappelijk werker
- Vrijwilligers
- Andere hulpverleners

Bijlage 3 – Interview Checklist 2

Tom Van Steenkiste

Checklist 2: Zaken & Voorwerpen

Sommige elementen uit deze lijst vinden mensen ondersteunend op bepaalde momenten.

Is er iets dat jou geholpen of gesteund heeft?

- Medicatie
- Diagnose
- Voor jezelf kunnen zorgen
- Voorkomen (uiterlijk)
- Interesses, hobby's, activiteiten
- Positief denken (zelfhulp)
- Spiritualiteit
- Hulplijnen (telefonisch/online)
- Aanvaarding
- Politieke activiteiten
- Elementen uit omgeving zoals woonst, natuur, tuin,...
- Informatie
- Therapieën (gesprekken, creatieve, ergo,...)
- Bezigheid, studeren, werken
- Huisdieren
- Geld

- Ziekenhuisbehandeling
- Vertrouwen
- ...

Bijlage 4 - Analyseschema

Alexandra Menz, 2015

Onderzoeksvraag 1:

Wat is de variatie aan persoonlijke betekenissen van het begrip herstel voor mensen met een chronische psychiatrische problematiek?

Deze vraag zal in kaart brengen hoe mensen met chronische psychiatrische stoornissen tegen herstel aankijken. Hierbij zal duidelijkheid verkregen worden welk van de boven genoemde modellen meer van toepassing is op deze patiëntengroep.

Globaal overzicht/definitie van herstel

Interviewvraag	
1	Welke weg heb je tot nu afgelegd wat betreft je psychische gezondheid? Waar zie jij jezelf nu staan?
7 i, ii	Betekent het idee of concept van 'herstel' iets voor jou persoonlijk? i wat betekent dit voor jou? kan je er iets meer over overtellen? wat stel je je erbij voor? ii beschouw je jezelf als 'herstellende' op dit moment?
8 i, ii	Wat kan 'herstel' voor jou representeren/symboliseren? Is er iets dat aantoont dat je 'herstellende' bent? i heb je een beeld of symbool in gedachten/voor ogen waarmee je herstel voor jou kan associëren? kan je dit beschrijven? uitleggen wat het voor jou betekent? ii !!! heb je een bepaald doel of streven voor ogen dat de betekenis van herstel zou weergeven voor jou?

Onderzoeksvraag 2:

Welke (interne) factoren worden door mensen met een chronische psychiatrische problematiek in verband met herstel genoemd?

Deze vraag richt zich op een analyse van de identiteitsontwikkeling, de mogelijkheden die de persoon bij zichzelf ontdekt en hoe deze zijn eigen vaardigheden inzet om naar herstel toe te werken.

WILKEN: 2. ontwikkelen van identiteit, de 3. competenties verwerven om zich aan te passen aan de beperking

Interviewvraag	
1 i	naar jouw gevoel, hoe ben je geraakt tot waar je nu staat?
4 i	CHECKLIST 2 met mogelijke zaken/voorwerpen (ook zingeving, identiteit) (als insteek gebruiken)

Onderzoeksvraag 3:

Welke (externe) hulpbronnen noemen mensen, met een chronische psychiatrische problematiek, om het herstelproces te bevorderen?

Het gaat hier vooral om een analyse van externe hulpbronnen, zoals mensen, activiteiten en steunende maatregelen die de personen als helpend en bevorderend bij het herstelproces noemen en welke betekenis ze eraan verlenen.

WILKEN: 4. sociale betrokkenheid en integratie in de samenleving & participatie, status

5. omgevingssteun & hulpbronnen

Interviewvraag	
1 ii	wat heeft geholpen voor jou om tot dit punt te komen? was er iets specifiek waaraan je moet denken?
3 ii, iii, iv, v	<p>Welke personen zijn voor jou belangrijk geweest (binnen die afgelegde weg)?</p> <p>ii Op welke manier zijn deze mensen belangrijk of steunend geweest voor jou?</p> <p>iii hoe hebben ze jou geholpen?</p> <p>iv Kan je iets meer vertellen over deze persoon/personen?</p> <p>v In welke mate speelt vertrouwen een rol? veiligheid?</p>
4 i, ii, iii	<p>Welke zaken of voorwerpen hebben jou geholpen tot waar je je nu bevindt?</p> <p>i CHECKLIST 2 met mogelijke zaken/voorwerpen (ook zingeving, identiteit) (als insteek gebruiken)</p> <p>ii zaken die je leven meer betekenis hebben gegeven, die je tot een doel brengen</p> <p>iii voorbeeld= Medicatie / Voor jezelf zorgen / Interesses, hobby's, activiteiten / spiritualiteit</p>
5 i, ii, iii, iv	Zijn er zaken of voorwerpen geweest die helemaal niet geholpen hebben voor jou?

	<p>i opnieuw CHECKLIST 2 voorleggen</p> <p>ii Kan je er wat meer over vertellen?</p> <p>iii Op welke manier was xx niet steunend of helpend voor jou?</p> <p>vi Heb je het gevoel dat het jouw belemmerd heeft ? Hoe heb je dat ervaren?</p>
6 i, ii	<p>Heb je iets gemist waarvan je wou dat het aanwezig geweest zou zijn? Zijn er zaken of voorwerpen waarvan je gewenst of gehoopt had dat ze er zouden zijn om je te helpen of te steunen?</p> <p>i Waaraan denk je dan?</p> <p>ii Op welke manier zou dit voor jou ondersteunend geweest kunnen zijn?</p>

Discussie/relevantie voor de praktijk

11. Wat zou je aanbevelen voor anderen dat hen zou kunnen helpen of steunen in hun herstelproces? Wat zou je aanbevelen naar hulpverleners toe zodat zij meer ondersteunend of helpend kunnen zijn?

i. Kan je dat verduidelijken?