

UNIVERSITEIT TWENTE.

De Betekenisverlening aan Herstel door Patiënten met Schizofrenie

Een Kwalitatief Onderzoek

Masterthese (10 EC)

Faculteit: Gedragswetenschappen (GW)
Masterprogramma: Positieve Psychologie en Technologie
Student(nummer): Jana Rudde (1203231)
1e begeleider: Prof. Dr. G.J. Westerhof
2e begeleider: Dr. A.M. Sools
Externe begeleider: Tom Vansteenkiste
Datum: 27 augustus 2015

Inhoudsopgave

Dankbetuiging.....	4
Samenvatting.....	5
Abstract	7
1. Inleiding.....	9
1.1. Schizofrenie en Andere Psychotische Stoornissen.....	10
1.2. De Positieve Psychologie	10
1.2.1. Het Belang van de Positieve Psychologie voor Schizofreniepatiënten	11
1.3. Theorieën over Herstel	11
1.4. De Patiënten-visie op Herstel.....	12
1.4.1. Het Onderzoek van Wilken (2010)	13
1.4.2. De PhotoVoice van Vansteenkiste (2014)	13
1.5. Het Belang van het Huidige Onderzoek.....	15
2. Methode	16
2.1. Deelnemers.....	16
2.2. Design.....	17
2.3. Interviews	18
2.4. Procedure.....	19
2.4.1. Integratie Stap 1	19
2.4.2. Integratie Stap 2	22
2.5. Het Codeerschema.....	23
2.5.1. Innerlijke betekenis	24
2.5.2. Functioneren	24
2.5.3. Belangrijke anderen	25
2.5.4. Materiele steun.....	25
2.6. Analyse.....	25
3. Resultaten	28

3.1.	Stap 1: Representatie van de Concepten in Alle Interviews	28
3.1.1.	Innerlijke betekenis	29
3.1.2.	Functioneren	34
3.1.3.	Belangrijke anderen	36
3.1.4.	Materiele steun.....	38
3.1.5.	Samenvatting.....	39
3.2.	Stap 2: Patronen in de Betekenisverlening.....	40
3.2.1.	Samenvatting.....	43
4.	Discussie.....	44
4.1.	Belangrijkste Bevindingen	44
4.2.	Bevindingen in de Context van de Literatuur	45
4.3.	Sterktes, Limitaties en Aanbevelingen.....	48
4.4.	Aanbevelingen voor de Wetenschap	51
4.5.	Aanbevelingen voor de Praktijk.....	51
5.	Conclusie	53
6.	Referenties	54
7.	Bijlages	56
7.1.	Bijlage 1: Codeerschema.....	56
7.2.	Bijlage 2: Trefwoorden als Indicatie voor een Belangrijk Fragment.....	64
7.3.	Bijlage 3: Codes-Primary-Documents-Table	68
7.4.	Bijlage 4: Het Uitgewerkte Codeerschema	70
7.5.	Bijlage 5: Code Cooccurrence Table	73

Dankbetuiging

Het schrijven van mijn masterthese heeft een grote ruimte van mijn master opleiding ingevuld. Omdat het veel moeite kostte en ik tijdens deze periode veel steun van mijn medemensen heb gekregen, wil ik me graag van harte bij al deze mensen bedanken.

Bijzondere dank gaat aan mijn eerste begeleider Gerben Westerhof (Prof. Dr.) die doorgaand goede tips en professioneel feedback gegeven heeft en steeds bereid was om hulp te bieden. Bij vragen en moeilijkheden kon ik altijd bij hem terecht. Zonder zijn professionele ondersteuning zou me het schrijven van mijn masterthese niet zo goed afgegaan zijn. Nogmaals, hartelijk dank!

Dank gaat bovendien ook aan mijn tweede begeleidster Dr. Anneke Sools die door haar adviezen ervoor gezorgd heeft dat ik met mijn masterthese tot een goede afronding kwam en die groot interesse aan de thematiek liet zien.

Groot dank gaat ook aan de editors van SCRiBBR.nl die mijn masterthese op taal hebben gecorrigeerd. Zonder hun hulp zou mijn scriptie niet zo goed leesbaar zijn.

Tot slot wil ik me van harte bedanken bij mijn familie en vrienden. Deze hebben steeds groot interesse laten zien voor de thematiek van mijn masterthese en mijn eigen leerproces. Ook hun humoristisch karakter gaf me psychische ondersteuning en hielp om vol te houden en gemotiveerd verder te gaan. Hartelijk dank!

Samenvatting

Aanleiding. Patiënten met schizofrenie of een andere psychotische stoornis zullen nooit volledig van hun ziekte kunnen herstellen en hebben daarom andere hulp nodig. Er moet meer aandacht uitgaan naar de wijze waarop deze patiënten, ondanks hun beperkingen, een waardevol leven kunnen leiden. De steeds populairder wordende positieve psychologie sluit hierop aan: deze beoogt een meer krachtgerichte behandeling in plaats van een klachtgerichte behandeling om het welbevinden van de patiënten te verhogen. De herformulering van het begrip ‘herstel’ is nodig en het patiëntenperspectief dient erbij betrokken te worden. Er is al veel onderzoek met verschillende patiëntengroepen gedaan naar de betekenisverlening aan herstel. Over schizofreniepatiënten is echter nog weinig bekend. Voor deze scriptie is onderzocht welke thema’s schizofreniepatiënten belangrijk vinden voor hun herstel. Hierdoor kunnen behandelingen meer persoonsgericht worden uitgevoerd en kan een optimaal herstel voor patiënten bereikt worden.

Methode. Het huidige onderzoek was deel van het grotere onderzoek van Vansteenkiste (2014) die met een PhotoVoice de betekenis van herstel voor patiënten met schizofrenie wil bepalen. In het huidige onderzoek werden interviews van 15 patiënten geanalyseerd. In een eerste stap werden eerdere codeerschema’s van Van Brakel (2015) en Ehling (2015) gebaseerd op een subjectief oordeel en gebaseerd op de definities van de codes geïntegreerd om dubbele codes te elimineren. Het ontwikkelde codeerschema bestond uit de codes *Innerlijke betekenis*, *Belangrijke anderen*, *Functioneren* en *Materiële steun*. In een tweede stap werden de uitgetypte interviews met hulp van dit codeerschema geanalyseerd.

Resultaten. Zowel uit de hiërarchie in de thema’s vanuit patiëntenperspectief op basis van frequentie als uit de samenhang tussen de thema’s blijkt dat de patiënten vooral de thema’s *Innerlijke betekenis* en *Belangrijke anderen* belangrijk voor hun herstel vinden. Uit een analyse van de samenhangen tussen de thema’s ontstonden de clusters Verrijkende relaties, Zelfexpressie in gezamenlijke uitdagende activiteiten en Houding tegenover de ziekte. De twee eerstgenoemde ondersteunen het belang van *Innerlijke betekenis* en *Belangrijke anderen*. De patiënten ervaren dus bepaalde eigenschappen, cognities, affiniteiten en activiteiten om hun identiteit uit te drukken, als steun voor hun herstel. Bovendien vinden ze het hebben van ambities, doelen en hoop belangrijk. Dit belang wordt in het cluster Houding tegenover de ziekte duidelijk. Bij *Belangrijke anderen* hechten ze vooral belang aan relaties met anderen en aan een hechte band, de sociale interactie en het leren van anderen binnen deze relaties. De thema’s *Functioneren* en *Materiële steun* worden minder belangrijk

gevonden. De patiënten uit het huidige onderzoek bevinden zich bovendien in de eindfase van hun herstel.

Conclusie. Uit de stem van schizofreniepatiënten die in de eindfase van hun herstel zitten, werd het volgende profiel duidelijk: Voor hun herstel vinden ze de eigen persoonlijkheid, het toekomstgericht zijn en relaties met anderen het meest belangrijk, terwijl ze minder aandacht hebben voor het goed kunnen functioneren en voor geld of medicatie. Hieruit mag geconcludeerd worden dat het psychologisch welbevinden het meest belangrijk wordt gevonden. Voor vervolgonderzoek zou het interessant kunnen zijn om te kijken of personen in verschillende fases van herstel ook een andere betekenis geven aan herstel.

Abstract

Background. Patients with schizophrenia or other psychotic disorders probably will never recover completely and, therefore, will need different treatment. There must be more attention to how these patients could live a good life with their handicap. The positive psychology, whose popularity is increasing currently, ties in with this: It is directed on the strengths of the patients and not on their problems, and thereby aims at increasing their well-being. By this reason, there must be found a new definition of recovery in consideration with the patients' view of it. Many studies were directed on different groups of patients, but there is little known about patients with schizophrenia. In the recent study, it will be examined which themes are found important for recovery by patients with schizophrenia. Thereby, treatments can be made more client-centered whereby patients could reach optimal recovery.

Method. The recent study was part of the big research with PhotoVoice by Vansteenkiste (2014) about the meaning patients with schizophrenia give on their recovery. Interviews from 15 patients were analyzed. In a first step, prior coding schemes from Van Brakel (2015) and Ehling (2015) were integrated by a subjective judgment in order to remove double codes. The developed coding scheme existed of the codes *Inner meaning*, *Valuing others*, *Functioning* and *Materiel support*. In a second step, the typewritten interviews were analyzed by means of this coding scheme.

Results. Referring to both, the hierarchy of the themes explored by the frequency in which the patients named them, and the co-occurrences of these themes, it seems that the patients find the themes Inner Meaning and Valuing Others especially important for their recovery. Based on the co-occurrences, the themes can be clustered in Enriching relationships, Self-expression in collective challenging Activities, and Attitude about the disorder. The two first named clusters support the importance of *Inner meaning* and *Valuing others* for recovery. Thus, they seem to value special characteristics, cognition, affinities, and activities to express their identity. In addition, they find it important to have ambitions, goals and hope. This importance becomes also apparent by the cluster Attitude About the Disorder. In relation to Valuing Others, they experience relations with others – and especially the relatedness, the social interaction and learning from others within these relations – as supporting. The themes Functioning and Material Support are found less important for recovery. Further, the patients from the recent research are in the final stage of their recovery.

Conclusion. Based on the meaning of patients with schizophrenia, who are in the end-stage of recovery, the following profile became apparent: The own personality, being future-oriented and relations with others are regarded as most important for recovery, whereas fewer

value is given to good functioning and money or medication. Regarding to the positive psychology, the psychological well-being is experienced as most important for recovery. For future research it would be interesting to analyze whether there are differences in the meaning of recovery between patients of different phases of recovery.

1. Inleiding

Zorgverleners en professionals uit de geestelijke gezondheidszorg richten hun behandelingen tegenwoordig vooral op de klachten van patiënten en proberen patiënten ‘klachtenvrij te maken’. Bij patiënten met schizofrenie of een andere psychiatrische chronische aandoeningen is het problematisch om klachtgericht te werken, omdat deze patiënten nooit volledig klachtenvrij zullen worden (Wiersma, Nienhuis, Giel, Jong & Stooff, 1995). Om deze reden hebben ze iets anders nodig om toch binnen hun beperkingen een hoge levenskwaliteit te kunnen bereiken.

De positieve psychologie sluit met haar sterke kanten benadering hierop aan en geeft een nieuwe definitie voor het begrip ‘herstel’. Omdat de positieve psychologie niet alleen gericht is op het behandelen van de ziekte, maar ook op het bevorderen van het emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden, is herstel gericht op de mogelijkheden tot groei binnen de beperkingen van het individu (Westerhof & Bohlmeijer, 2010).

Vanuit het patiëntenperspectief dienen klachten niet meer genezen te zijn voordat patiënten levenskwaliteit zouden kunnen herwinnen (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg, 2013). Uit onderzoeken (Brakel, 2015; Ehling, 2015; Vansteenkiste, 2014) blijkt echter dat er nog verschillende opvattingen tussen schizofreniepatiënten zijn over hoe levenskwaliteit herwonnen kan worden. In het grote onderzoek van Vansteenkiste (2014) hebben schizofreniepatiënten hun verhalen over herstel verteld. In het huidige onderzoek worden deze verhalen geanalyseerd en wordt gekeken welke thema’s schizofreniepatiënten voor hun herstel belangrijk vinden. Van Brakel (2015) en Ehling (2015) hebben deelstudies binnen dit onderzoek uitgevoerd en verschillende betekenissen vastgesteld. Op basis van een integratie van de codeerschema’s uit hun onderzoeken zal in het huidige onderzoek een alomvattend codeerschema worden gemaakt waarmee de betekenissen opnieuw in beeld gebracht kunnen worden.

Hierna worden het onderwerp en het theoretische kader nader beschreven. Er wordt ingegaan op de theoretische en praktische relevantie van het onderzoek en de stand van zaken binnen de wetenschap. Daarna volgt een beschrijving van het onderzoek en van de wijze waarop op basis van de codeerschema’s van Van Brakel (2015) en Ehling (2015) een nieuw codeerschema werd gemaakt. Er wordt met hulp van het nieuwe codeerschema gekeken welke thema’s patiënten belangrijk vinden voor hun herstel en of verschillende thema’s met elkaar samenhangen. Tot slot worden de resultaten geïnterpreteerd en wordt de onderzoeksvraag beantwoord. Door te focussen op het perspectief van schizofreniepatiënten en door de nieuwe inzichten mee te nemen in toekomstige behandelingen zou er meer

cliëntgericht gewerkt kunnen worden, waarvan schizofreniepatiënten het meest zullen profiteren.

1.1. Schizofrenie en Andere Psychotische Stoornissen

Schizofrenie en andere psychotische stoornissen krijgen tegenwoordig meer aandacht. Uit de *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2* (NEMESIS-2) bleek dat in enig jaar 100.000 Nederlandse mensen schizofrenie hebben. Op een bevolking van 10.064.225 inwoners tussen de 20 en 65 jaar in Nederland (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2015) komt dit neer op 1%. Schizofrenie wordt volgens de DSM-IV gekenmerkt door (1) wanen, (2) hallucinaties, (3) negatieve symptomen zoals de afwezigheid of vervlakking van de daadkracht, emotie, spraak of gedachten, (4) onsamenhangende spraak, of (5) ernstig chaotisch of katatoon gedrag (American Psychiatric Association, 2000).

Schizofrenie of andere psychotische stoornissen hebben gevolgen voor zowel de betrokkene zelf als voor zijn directe omgeving en de maatschappij. Hert en Peuskens stelden in 1997 al dat schizofrenie voor veel mensen een persoonlijke en sociale catastrofe is, omdat ze met verschillende verliessituaties worden geconfronteerd. Ze leven vaak in sociale isolatie, ongepaste woonsituaties, hebben onvoldoende vaardigheden op het gebied van vrijetijdsbesteding en hebben onvoldoende toekomstperspectieven. De betrokkene heeft daarnaast een kortere levensverwachting (Herrman, Hawthorne & Thomas, 2002). Uit een 15-jaars cohortstudie (Wiersma et al., 1995) met een incidentiecohort uit schizofreniepatiënten bleek dat 11% van de cohort (bijna altijd) door suïcide overleed. Slechts 25% van de behandelde patiënten herstelde volledig en ondervond blijvend geen psychoses meer (Wiersma et al., 1995). Dit betekent dat 64% van deze cohort op de een of andere manier levenslang last heeft van zijn ziekte.

1.2. De Positieve Psychologie

De positieve psychologie biedt deze groep patiënten een manier om met hun ziekte te kunnen leven en om suïcide te voorkómen. Doordat ze meer gericht is op de krachten van een individu dan op het behandelen van de symptomen biedt de positieve psychologie ondersteuning bij het werken aan een goede levenskwaliteit bij de beperkingen van de ziekte (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Deze aanpak is gebaseerd op het twee-continuummodel van complete geestelijke gezondheid. Dit model stelt dat de geestelijke gezondheid niet uit één dimensie bestaat – met geestelijke ziekte aan de ene kant en geestelijke gezondheid aan de

andere kant – maar dat geestelijke ziekte en geestelijke gezondheid twee dimensies zijn die onafhankelijk van elkaar het welbevinden van de mensen kunnen beïnvloeden. Niet alleen het reduceren van de symptomen, maar ook het versterken van het welbevinden zijn daarom belangrijke elementen binnen dat model. Dit betekent dat de patiënten ondanks hun ziekte een hoog welbevinden kunnen ervaren (Westerhof & Bohlmeijer, 2010).

De focus wordt dus verschoven naar de geestelijke gezondheid. Deze omvat het emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). De mate van positieve en negatieve gevoelens en de mate van de levenstevredenheid zijn binnen het emotionele welbevinden belangrijke componenten. Aspecten van het psychologisch welbevinden zijn het functioneren van het individu op gebieden als doelgerichtheid, persoonlijke groei, autonomie, omgevingsbeheersing, zelfacceptatie en positieve relaties. Aandachtsgebieden binnen het sociaal welbevinden zijn een positieve houding ten opzichte van mensen (sociale acceptatie), ervoor zorgen en geloven dat de maatschappij zich op een positieve manier ontwikkelt (sociale actualisatie), het gevoel hebben dat je iets waardevols te geven hebt aan de maatschappij (sociale contributie), een sociale wereld zien die te begrijpen, logisch en voorspelbaar is (sociale coherentie), en zich een deel voelen van een gemeenschap (sociale integratie) (Westerhof & Bohlmeijer, 2010).

1.2.1. Het Belang van de Positieve Psychologie voor Schizofreniepatiënten

Deze positieve invalshoek zou bij schizofreniepatiënten een toegevoegde waarde kunnen hebben. Voor de behandeling en psychosociale re-integratie van schizofreniepatiënten zou dat betekenen dat de nog aanwezige mogelijkheden en vaardigheden van de patiënt zo goed mogelijk benut moeten worden (Schrang, Riches, Coggins, Rashid, Tylee & Slade, 2014). Door de focus op het positieve te leggen, neemt het welbevinden van de patiënt toe. Het is verder van belang dat de patiënt zijn ziekte en beperkingen kan aanvaarden, om zo een realistisch toekomstperspectief te kunnen opbouwen. Hierbij moet rekening worden gehouden met de wensen van de patiënt, om zijn autonomie te versterken en uiteindelijk zijn welbevinden te verhogen. In deze context kan een schizofreniepatiënt als hersteld worden beschouwd, wanneer zijn geestelijke gezondheid ondanks de chronische schizofrenie bevorderd is (Schrang et al., 2014).

1.3. Theorieën over Herstel

Er zijn echter ook theorieën over herstel die niet focussen op een goede levenskwaliteit binnen een chronisch psychiatrisch ziekteproces. Volgens Wciórka, Świtay en Anczewska

(2015) is herstel een dynamisch proces, dat niet alleen gepaard kan gaan met ontwikkeling en persoonlijke groei, maar ook met terugval en een slepende kwaal. Zo kan tussen een *persoonlijk herstel* en een *klinisch herstel* onderscheid worden gemaakt (Lemos-Giráldez, García-Alvarez, Paino, Fonseca-Pedrero, Vallina-Fernández, Vellajo-Seco, ... Andresen, R., 2015).

Het klinische herstel heeft betrekking op de uitkomst en is daarmee volgens de auteurs gericht op een vermindering van de symptomen en een verbetering van het sociale en beroepsmatige functioneren. Het persoonlijke herstel betreft een proces waarin de patiënt een waardevol leven nastreeft. Dit is een voortdurend proces van verandering met weinig aandacht voor de ziekte zelf (Lemos-Giráldez et al., 2015).

Hoe dit proces in elkaar zit, wordt hierna nader beschreven. Lemos-Giráldez et al. (2015) geven aan dat een persoon tijdens zijn persoonlijk herstel vijf opeenvolgende fases doorloopt: 'moratorium', 'awareness', 'preparation', 'rebuilding' en 'growth'. Een patiënt die zich in de eerste fase bevindt, heeft geen ziekte-inzicht, geen doel in het leven, geen hoop, en hij is verward. Als de patiënt zich in de tweede fase bevindt, begint hij optimistisch te denken, en durft hij serieus na te denken over herstel en een levensdoel na te streven. In de derde fase bouwt de patiënt de basis voor een betekenisvol leven op, vult hij zijn in- en externe hulpmiddelen aan en formuleert hij nieuwe doelen die hij vervolgens in de vierde fase actief nastreeft. In deze fase verbetert de patiënt bovendien zijn positieve zelfwaarneming en is hij bereid om risico's te nemen. Zodoende is hij zelf verantwoordelijk voor zijn handelen en heeft hij de controle over zijn eigen leven. Hij is in staat om tegenslagen te doorstaan, waardoor hij toekomstige hindernissen aankan. In de laatste fase streeft de patiënt uiteindelijk naar persoonlijke groei, zelfactualisatie, hoop en een positieve houding tegenover de toekomst (Lemos-Giráldez et al., 2015).

1.4. De Patiënten-visie op Herstel

Afhankelijk van de fase waarin een patiënt zit en van de ervaringen die hij tot dan toe met herstel heeft, heeft de patiënt een bepaalde visie op herstel. Uit een onderzoek van Smit (2014) bleek dat een aantal schizofreniepatiënten een duidelijk verhaal over herstel heeft terwijl anderen geen idee hebben van wat herstel voor hun betekent. In dit geval ontkennen ze hun ziekte en denken ze dat er geen herstel nodig is. Voor anderen betekent herstel iets wat uit jezelf moet komen, terwijl weer anderen vinden dat er voor herstel een derde persoon nodig is. Herstel wordt ook door de patiënten zelf als een doel (medisch herstellen) of een

levensweg ('leren leven met de aandoening') opgevat (Smit, 2014). Een Amerikaanse vrouw met schizofrene symptomen ervaart herstel bijvoorbeeld als volgt:

“(…) Mijn herstel betekent dat ik weet dat ik bepaalde beperkingen heb en dat er dingen zijn die ik niet kan. Maar in plaats van dat me dat tot wanhoop drijft en aanleiding is om op te geven, heb ik geleerd dat ik, juist door te weten wat ik niet kan, ook de mogelijkheden zie van alles wat ik wél kan.” Deegan (zoals geciteerd in Boevink & Dröes, (2005))

1.4.1. Het Onderzoek van Wilken (2010)

De laatste jaren zijn er verschillende onderzoeken met patiënten met een chronische psychiatrische aandoening gedaan naar de patiëntenvisie op herstel. Wilken (2010) heeft een systematische review gedaan over de factoren die aan herstel bijdragen en die ook door patiënten met een ernstige geestelijke aandoening voor hun herstel als belangrijk gezien worden. Hij onderzochte 28 verschillende studies die vanuit de grounded theory-benadering de persoonlijke verhalen van 950 patiënten analyseerden. Wilken (2010) vat de factoren die de patiënten voor hun herstel belangrijk vinden, in een multidimensionaal model samen in vijf groepen: (1) factoren die zorgen voor persoonlijke motivatie om te starten met herstel en om vooruit te gaan, (2) factoren die bijdragen aan de wederopbouw van de identiteit, (3) factoren die behoren tot het ontwikkelen van competenties voor het omgaan met de ziekte en de omgeving, (4) factoren die bijdragen aan de sociale betrokkenheid, en (5) omgevingsfactoren die dienen als hulpmiddelen voor herstel (Wilken, 2010).

1.4.2. De PhotoVoice van Vansteenkiste (2014)

Dit alles is bekend over patiënten met een chronische psychiatrische aandoening. Er is echter nog weinig bekend over de betekenisverlening aan herstel door de groep patiënten die schizofrenie of een andere psychotische stoornis heeft. Vansteenkiste (2014) heeft met deze doelgroep (n=18) kwalitatief onderzoek gedaan naar de betekenisverlening aan herstel. Hij maakte hiervoor gebruik van de PhotoVoice waarbij de patiënten via foto's over hun levenservaringen vertellen, kritisch op maatschappelijke kwesties reflecteren en oplossingen voor positieve veranderingen in maatschappelijke vraagstukken formuleren. Daarnaast vertellen ze in interviews over hun ervaringen met herstel. Vansteenkiste (2014) heeft ontdekt dat patiënten de thema's *Belangrijke anderen*, *Belangrijke plaatsen*, *Belangrijke activiteiten* en *Innerlijke betekenis* belangrijk voor hun herstel vinden.

1.4.2.1. Deelstudies van Van Brakel (2015) en Ehling (2015)

Van Brakel (2015) en Ehling (2015) hebben elk binnen het grote onderzoek van Vansteenkiste (2014) deelstudies met dezelfde subgroep (n=8) uitgevoerd en codeerschema's opgemaakt om de betekenis van herstel te kunnen bepalen. Van Brakel (2015) heeft haar onderzoek op de PhotoVoice van Vansteenkiste (2014) gebaseerd en dezelfde thema's gevonden. Ze voegde hier het thema *Materiële steun* toe. Ehling (2015) heeft daartegen haar onderzoek vooral op de theorie van Wilken (2010) gebaseerd en gevonden dat de thema's *Identiteit, Functioneren, Voelen, Contacten en Materiële steun* een belangrijke rol bij herstel spelen.

Als meer op de betekenissen van deze verschillende thema's wordt ingezoomd, wordt duidelijk dat er overeenkomsten zijn in de betekenisverleningen die Van Brakel (2015) en Ehling (2015) hebben vastgesteld. Beide auteurs hebben gevonden dat patiënten vinden dat – om te kunnen herstellen – de ziekte geaccepteerd en in het leven geïntegreerd moet worden. Het belang van welbehagen en het zich op het gemak voelen wordt tevens door beide auteurs duidelijk gemaakt. Daarnaast blijkt bezig zijn een grote rol bij herstel te spelen. Relaties met vrienden en familie en het vertrouwen en de emotionele steun daarbij worden ook als steun ervaren. Als belangrijke factoren worden ook zelfstandigheid en onafhankelijkheid gezien (Van Brakel, 2015), wat Ehling (2015) aanduidt met het belang van kunnen werken. Tot slot hebben beiden gevonden dat er belang wordt gehecht aan medicaties en geld.

Naast deze overeenkomsten zijn er ook verschillen tussen de bevindingen van Van Brakel (2015) en Ehling (2015). De thema's *Innerlijke betekenis* (Van Brakel, 2015) en *Identiteit* (Ehling, 2015) verschillen in zoverre van elkaar dat het bij *Innerlijke betekenis* niet alleen gaat om het belang van het uitdrukken van de eigen persoonlijkheid, maar ook om het belang van persoonlijke eigenschappen, cognities of copingstijlen. Bovendien gaat het om het toekomstgericht zijn, waarbij Ehling (2015) vooral aan het hoopvol zijn een belangrijke rol toekent, terwijl Van Brakel (2015) ontdekte dat het hebben van ambities en doelen belangrijker was voor herstel. Van Brakel (2015) stelt daarnaast dat de plaats van herkomst op zich iets voor de patiënt kan betekenen. Ze heeft tevens vastgesteld dat patiënten het belangrijk vinden om zichzelf verder te ontwikkelen (*zelfontplooiing*). Ook het belang van zich veilig voelen, kunnen ontspannen, zich fit voelen en daarmee ook voor een goed uiterlijk zorgen, werd duidelijk. Patiënten blijken bovendien ondersteuning bij dagelijkse en praktische zaken (*Instrumentele steun*) belangrijk te vinden voor hun herstel (Brakel, 2015). Ehling (2015) maakte naast de bovengenoemde aspecten ook het belang van hulpverleners

duidelijk en voegde het subthema *betekenis van herstel* toe om hierin de spontane antwoorden op de directe vraag naar het belang van herstel te kunnen vangen.

1.5. Het Belang van het Huidige Onderzoek

Zoals eerder gezegd vond het meeste onderzoek naar de betekenisverlening aan herstel plaats met patiënten met een chronische psychiatrische aandoening, zonder dat er onderscheid werd gemaakt tussen de verschillende patiëntengroepen. Het is dan ook van belang om specifiek naar de groep patiënten te kijken die schizofrenie of een andere psychotische aandoening heeft, om voor deze doelgroep het belang van verschillende thema's voor het herstel te kunnen bepalen. Uit het voorgaande blijkt dat Ehling (2015) en Van Brakel (2015) enerzijds op basis van de PhotoVoice van Vansteenkiste (2014) en anderzijds op basis van het onderzoek van Wilken (2010) al verschillende betekenisverleningen hebben ontdekt. Daarom is het belangrijk om de twee codeerschema's in het kader van het huidige onderzoek nader te bekijken en om te analyseren wat uiteindelijk de betekenisverlening aan herstel door patiënten met schizofrenie is. Door de twee codeerschema's samen te voegen, ontstaat een alomvattend (geïntegreerd) codeerschema waarmee is vast te stellen welke thema's schizofreniepatiënten belangrijk achten. Met het geïntegreerde codeerschema zullen de interviews van de hele steekproef (n=18) worden geanalyseerd, waardoor verschillen tussen deelnemers binnen een steekproef aan het licht komen.

In het huidige onderzoek zal dieper op de inhoud van de betekenisverlening ingegaan worden. Doel is een hiërarchie van thema's vanuit patiëntenperspectief op te stellen en achteraf de samenhang tussen deze thema's vast te stellen. Het perspectief op herstel van patiënten met schizofrenie of een andere psychotische stoornis wordt daarmee duidelijk en kan in het onderzoek van Vansteenkiste (2014) gebruikt worden voor de vergelijking met de visie van zorgverleners op herstel. Voor de praktijk is dat belangrijk om in toekomstige behandelingen te kunnen aansluiten op de betekenis die herstel voor deze doelgroep heeft, en om daarmee op de wensen van de patiënten te kunnen ingaan. Het doel van het huidige onderzoek is dus de gezondheidszorg te informeren over de betekenis van herstel voor patiënten met schizofrenie of een andere psychotische stoornis, om het herstel van patiënten in de toekomst gunstig te kunnen beïnvloeden.

In het huidige onderzoek zal ten eerste worden bepaald welke thema's de patiënten juist wel of niet vaak in relatie tot hun herstel noemen. Ten tweede is het belangrijk om te analyseren welke betekenissen met elkaar samenhangen, om zo clusters te kunnen vormen.

2. Methode

2.1. Deelnemers

Voor het grote onderzoek van Vansteenkiste (2014), waarvan het huidige onderzoek een deelstudie is, werden 16 patiënten geworven uit het psychiatrisch ziekenhuis Sint-Amedeus en De Link. De patiënten voldeden aan de inclusiecriteria dat

- (1) ze klinisch worden behandeld, in aanleunwoningen wonen (begeleid wonen) of in psychiatrische nazorg zijn;
- (2) bij hen schizofrenie of een andere psychotische stoornis gediagnosticeerd is;
- (3) ze vanwege de ziekte langer dan één jaar continu of periodiek in een ziekenhuis zijn opgenomen; en
- (4) dat ze specifieke behoefte hebben op één of meerdere levensgebieden zoals gezondheid, wonen, sociale relaties en activiteiten.

Van drie deelnemers was het uitgetypte interview nog niet beschikbaar; daarom werden van 15 deelnemers (n=15) de uitgetypte interviews in het onderzoek meegenomen. Voor het onderzoek werd onderscheid gemaakt tussen de demografische variabelen ‘geslacht’, ‘leeftijd’ en ‘diagnose’. Tabel 1 geeft een overzicht van de demografische gegevens van de deelnemers.

Code	Geslacht	Leeftijd	Diagnose
Patiënt 1	V	45	Verslavingsproblematiek - Alcoholafhankelijkheid
Patiënt 2	M	51	Psychoseproblematiek - Schizofrenie
Patiënt 3	M	25	Psychoseproblematiek/ Schizofrenie
Patiënt 4	M	33	Psychoseproblematiek - Schizofrenie
Patiënt 5	M	31	Psychoseproblematiek
Patiënt 6	M	57	Psychoseproblematiek – Schizofrenie gedesorganiseerd
Patiënt 7	V	41	PTSS + Dissociatie/ Psychose
Patiënt 8	M	51	Psychoseproblematiek

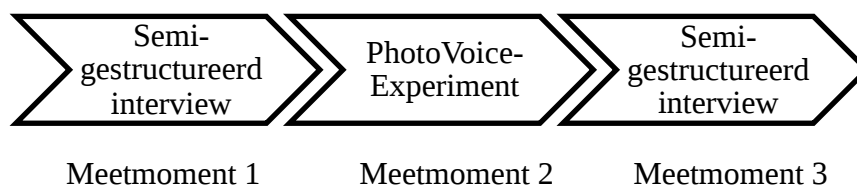
Patiënt 9	M	31	Psychose- en Verslavingsproblematiek - Schizofrenie
Patiënt 10	M	30	Psychose-, Verslavings- en Persoonlijkheidsproblematiek
Patiënt 11	M	27	Psychoseproblematiek
Patiënt 12	M	45	Psychoseproblematiek + Stemmingsstoornis
Patiënt 13	V	48	Psychoseproblematiek
Patiënt 14	M	36	Psychose- en Verslavingsproblematiek - Schizofrenie
Patiënt 15	M	31	Gegeneraliseerde angststoornis/ Schizofrenie negatieve symptomatologie

Tabel 1: Demografische gegevens van de deelnemers

2.2. Design

De deelnemers werden onderverdeeld in twee groepen van elk acht mensen. Deze groepen hadden dezelfde procedure op verschillende tijdstippen meegemaakt. Het onderzoek bevatte voor elke groep drie meetmomenten, waarbij twee kwalitatieve onderzoeksmethoden werden gebruikt. Schema 1 geeft het onderzoeksdesign overzichtelijk weer.

Groep 1:



Groep 2:



Schema 1: Onderzoeksdesign

2.3. Interviews

Eerst nam Vansteenkiste (2014) semigestructureerde interviews af bij de deelnemers, waarbij hij door een script gestuurd werd, waarvan hij echter kon afwijken om bij verschillende vragen door te vragen. De deelnemers konden binnen de beperkende interviewvragen vrij over hun ervaringen met het klinische, functionele, fysieke, existentiële en sociale herstel vertellen. Er werd gevaagd naar thema's als kracht, risicomanagement, omgaan met medicijnen en symptomen, levenskwaliteit, autonomie, activiteiten, relaties, identiteit, eigen mening en hoop.

In het begin werden algemene gegevens genoteerd, zoals naam, geslacht, leeftijd, afkomst, woonregio en burgerlijke status. Daarna werd kort ingegaan op het psychisch functioneren. De deelnemers moesten vragen beantwoorden over hun ziekenhuisbehandelingen, psychische kwetsbaarheid/gevoeligheid, diagnose, medicatie, woonsituatie en tot slot een inschatting geven van hun psychisch welbevinden op een schaal van 1 tot 10. In het hoofddeel ging het over de weg die ze tot nu toe hebben afgelegd wat betreft de psychische gezondheid en of hier belangrijke keerpunten in zijn geweest, welke personen ze belangrijk vinden, welke zaken of voorwerpen hen geholpen of juist niet geholpen hebben, wat ze gemist hebben waarvan ze wilden dat het aanwezig was, wat herstel voor hun persoonlijk betekent, hoe ze herstel verbeelden, welke veranderingen ze tijdens hun herstel konden ervaren, en waar ze trots op zijn. Tot slot werd aan de deelnemers gevraagd wat ze aan anderen zouden aanbevelen om het herstel te ondersteunen, of ze onderwerpen tijdens het interview gemist hebben, hoe ze het interview vonden, of er vragen moeilijk waren of interessant, en of er nog vragen aan de interviewer waren. Deze interviews duurden gemiddeld een uur per deelnemer en werden met een audiorecorder opgenomen.

Nadat de interviews waren afgenomen, vond een onderzoeksperiode met de PhotoVoice plaats. Hierbij ging het om het vertellen van levenservaringen, het kritisch reflecteren op maatschappelijke kwesties en het formuleren van oplossingen voor positieve veranderingen in maatschappelijke vraagstukken via foto's. De deelnemers hielden zich gedurende acht weken één keer per week en twee uur per sessie bezig met dat experiment en documenteerden hun leven met foto's. Na deze onderzoeksperiode werd het semigestructureerde interview opnieuw bij de deelnemers afgenomen.

In het huidige onderzoek worden alleen de semigestructureerde interviews van beide groepen uit meetmoment 1 geanalyseerd. In het vervolg wordt daarom alleen daarop ingegaan.

2.4. Procedure

Om op basis van de door Van Brakel (2015) en Ehling (2015) uitgewerkte codeerschema's van het eerste meetmoment uit groep 2 een nieuw codeerschema te kunnen maken, moest eerst bekeken worden waar de codeerschema's van Van Brakel (2015) en Ehling (2015) elkaar overlappen. Daarna werd op basis van de integratie inhoudelijk naar de betekenisverlening gekeken. In een eerste stap werden de citaten geanalyseerd en werd een hiërarchie van thema's vanuit het patiëntenperspectief opgesteld. In een tweede stap werd de co-occurrence van thema's geanalyseerd. Er werd dus achteraf een ordening in de thema's aangebracht.

Hierna wordt de integratie van de twee codeerschema's nader beschreven. Er moesten in totaal 9 categorieën en 36 concepten met elkaar vergeleken worden. Er werd gekeken welke categorieën en concepten Ehling (2015) en Van Brakel (2015) beiden hadden gevonden en er werden nieuwe codes gemaakt voor concepten waarbij geen sprake van overlap was. Tabel 2 laat de verschillen en overeenkomsten tussen de codeerschema's van Ehling (2015) en Van Brakel (2015) en het huidige onderzoek op het niveau van de concepten, overzichtelijk zien.

2.4.1. Integratie Stap 1

In een eerste stap werd *binnen een codeerschema* nader naar de concepten gekeken. Op basis van een subjectief oordeel en de beschrijvingen van de concepten door Ehling (2015) en Van Brakel (2015) werden enkele concepten die tot een bepaalde categorie behoorden, onder een andere, inhoudelijk beter passende categorie geplaatst. Uiteindelijk werden er vier categorieën vastgesteld met in totaal 18 concepten. Hoe de integratie gelukt is, wordt hierna nader beschreven. Na deze uitleg worden ook de concepten nader toegelicht.

Eerst werd nader gekeken naar het codeerschema van Van Brakel (2015). Ten eerste werden de concepten *zelfontplooiing* (uit de categorie *Belangrijke activiteiten*), *vrijheid* en *plaats van herkomst* (uit de categorie *Belangrijke plaatsen*) verplaatst naar de categorie *Innerlijke betekenis*. Deze concepten gaan allemaal over iets dat een individuele betekenis voor een persoon heeft. Deze betekenis wordt door de persoon innerlijk vertegenwoordigd. Verder werd ervoor gekozen het concept *rust* uit de categorie *Belangrijke plaatsen* te halen en onder de categorie *Belangrijke activiteiten* te plaatsen. Belangrijke plaatsen kunnen voor rust zorgen; rusten op zich kan echter als een activiteit worden gezien of door een bepaalde activiteit bereikt worden. Binnen deze categorie werd het concept *rust* met het concept *ontspanning* geïntegreerd en de benaming 'ontspanning' werd gehandhaafd, omdat die het rusten ook al inhoudt. Op het eerste oog leek het concept *instrumentele steun* hetzelfde te zijn

Onderzoek	Concepten									
Ehling	Uitdrukking van de Eigen Identiteit		Integratie van de Ziekte in het Leven		Hoopvol Zijn		Welbehagen			
Van Brakel	Persoonlijkheid	Zelfexpressie	Zelfontplooiing	Acceptatie	Ambitie	Doelen	Betekenis van Herstel	Plaats van Herkomst	Op Gemak Voelen	Veilig Voelen
Huidig onderzoek	Persoonlijkheid		Zelfontplooiing	Acceptatie		Toekomstgericht Zijn	Betekenis van Herstel	Plaats van Herkomst	Op Gemak Voelen	Veilig Voelen

Tabel 2: Overeenkomsten en verschillen tussen de codeerschema's

Onderzoek	Concepten									
Ehling	Voor Zichzelf Kunnen Zorgen/Zelfstandig	Kunnen Werken	Bezig Zijn		Vrienden en Familie	Positieve Relaties	Een Onderdeel van de Maatschappij	Hulpverleners		

	dig appij Kunnen Zijn										
Van Brakel	Ontspanning/ Rust	Vrijheid	Fysieke Verschijning	Daginvu lling	Fit Voelen	Bind ing	Vert rouw en	Emo tione le Steu n	Gezelsc hap	Informat ieve Steun	Instrum entele Steun
Huidig onderzoek	Ontspanning	Onafhankelijkheid	Fysieke Verschijning	Activitei ten	Fit Voelen			Relaties		Hulpver lener	Instrum entele Steun

Tabel 2: Overeenkomsten en verschillen tussen de codeerschema's (vervolg)

Onderzoek	Concepten											
Ehling	Medicat ie	Geld										
Van Brakel	Medicat ie	Geld										
Huidig onderzoek	Medicat ie	Geld										

Tabel 2: Overeenkomsten en verschillen tussen de codeerschema's (vervolg)

als de categorie *Materiële steun*, omdat het bij beide om tastbare dingen gaat (medicatie en geld). De beschrijving maakte echter duidelijk dat de instrumentele steun meer dan alleen ondersteuning door medicatie en geld inhoudt. Het gaat namelijk ook om de materiele steun binnen belangrijke relaties, zoals ondersteuning bij organisatorische dingen. Omdat hiermee ook een belangrijke rol aan anderen wordt toegekend, werd ervoor gekozen dit concept onder de categorie *Belangrijke anderen* te plaatsen.

Ook het codeerschema van Ehling (2015) werd nader bekeken. Omdat enkele concepten inhoudelijk overeenstemden, werden deze samengenomen en opnieuw benoemd. Er werd voor gekozen om de concepten *voor zichzelf kunnen zorgen*, *zelfstandig kunnen zijn* en *kunnen werken* tot het nieuwe concept *onafhankelijkheid* samen te voegen, om alle betekenissen te vangen. Bovendien werd ervoor gekozen het concept *vrienden en familie* in het bredere concept *positieve relaties* te integreren, omdat vrienden en familie inderdaad ook positieve relaties zijn.

2.4.2. Integratie Stap 2

In de tweede stap vond een vergelijking *tussen de codeerschema's* plaats, waarbij in een eerste stap specifiek naar de concepten werd gekeken. Er werd voor gekozen om de concepten *positieve relaties* van Ehling (2015) en *binding* van Van Brakel (2015) te integreren, omdat de beschrijving van het concept *binding* ook de relaties met vrienden en familieleden of andere sociale contacten inhield. Gebaseerd op de beschrijving van het concept *fit voelen* van Van Brakel (2015) kon dit concept onder de categorie *Functioneren* van Ehling (2015) gevangen worden. Het gaat weliswaar om een gevoel dat men heeft als men iets goeds voor de gezondheid doet, maar dat gevoel zorgt er ook voor dat men goed kan functioneren.

Daarnaast werd bepaald of Ehling (2015) en Van Brakel (2015) dezelfde concepten en categorieën hebben gevonden. Er was inderdaad grote overlap maar de classificaties verschilden van elkaar. Zo waren in de scripties dezelfde concepten gevonden maar waren de categorieën verschillend benoemd. Daarom werd in de volgende stap gekeken of en hoe de categorieën geïntegreerd konden worden. De categorie *Identiteit* uit het onderzoek van Ehling (2015) werd geïntegreerd met de categorie *Innerlijke betekenis* uit het onderzoek van Van Brakel (2015). Deze categorieën omvatten concepten die over de eigen identiteit en bepaalde facetten van de eigen persoon gingen. Het gaat ook om bepaalde behoeftes en betekenissen die met de categorie *Innerlijke betekenis* goed worden gevangen. Verder konden de categorieën *Belangrijke activiteiten* van Van Brakel (2015) en *Functioneren* van Ehling

(2015) geïntegreerd worden. Onder *Belangrijke activiteiten* zijn concepten samengevat die over helpende of steunende activiteiten gaan en die een voorwaarde zijn om goed te kunnen functioneren. Zowel de categorieën *Voelen* van Ehling (2015) en *Belangrijke plaatsen* van Van Brakel (2015), als *Contacten* van Ehling (2015) en *Belangrijke anderen* van Van Brakel (2015) konden tevens geïntegreerd worden. Onder *Voelen* en *Belangrijke plaatsen* zijn concepten samengevat die met ‘zich prettig voelen’ te maken hadden. De categorieën *Contacten* en *Belangrijke anderen* omvatten beide positieve aspecten van het hebben van contacten, sociale steun en anderen. Tot slot was er overeenkomst tussen de onderzoeken van Van Brakel (2015) en Ehling (2015) in de categorie *Materiële steun*. Beide auteurs noemden externe hulpmiddelen als belangrijke aspect voor herstel. Ook werd de categorie *Voelen* van Ehling (2015) geïntegreerd met de categorie *Innerlijke betekenis* van Van Brakel (2015). Zich op het gemak voelen en hoopvol zijn hebben innerlijke waardes en kunnen daarom worden samengevat.

Tot slot werd ervoor gekozen om twee concepten uit het ene codeerschema onder een categorie uit het andere codeerschema te plaatsen: Het concept *fysieke verschijning* uit de categorie *Innerlijke betekenis* van Van Brakel (2015) werd onder de categorie *Functioneren* van Ehling (2015) geplaatst, omdat deze categorie het voor zichzelf kunnen zorgen inhield. De concepten *bezig zijn* van Ehling (2015) en *daginvulling* van Van Brakel (2015) werden samengevoegd en *activiteiten* genoemd.

De categorie *Betekenis van herstel* werd apart in het codeerschema opgenomen, omdat hier specifiek naar de betekenis wordt gevraagd en deze niet uit de algemene verhalen over levensvisie, filosofie en houding herleid moet worden. Het concept *hulpverlener* werd tevens apart in het codeerschema opgenomen, omdat hulpverleners een bijzondere en andere rol voor de patiënten hebben als de overige belangrijke personen en omdat weer specifiek daarna wordt gevraagd. Het gaat in de relatie met de hulpverleners niet alleen om de band, de sociale interactie of het aanleren van nieuwe informatie, maar ook om andere thema's, zoals zelfontplooiing, ondersteuning bij de integratie van de ziekte in het leven, zich op het gemak voelen, zich veilig voelen, onafhankelijkheid en activiteiten.

2.5. Het Codeerschema

Hierna worden de 4 categorieën en 18 concepten uit het huidige onderzoek beschreven. Dit is belangrijk, om duidelijk te maken waarop de nieuwe theorie wordt gebaseerd. De

categorieën zijn *Innerlijke betekenis*, *Functioneren*, *Belangrijke anderen* en *Materiële steun*. Het gehele codeerschema is in bijlage 1 overzichtelijk weergegeven.

2.5.1. Innerlijke betekenis

Deze categorie bestaat uit de negen concepten *persoonlijkheid*, *zelfontplooiing*, *acceptatie*, *toekomstgericht zijn*, *betekenis van herstel*, *plaats van herkomst*, *op het gemak voelen*, *veilig voelen* en *ontspanning*. De patiënten vinden bepaalde eigenschappen een hulp en steun bij hun herstel. Het gaat hierbij om karaktereigenschappen, cognities, copingstijlen, dingen doen die voor de eigen identiteit van belang zijn, sociaal zijn, lachen en anderen aan het lachen brengen, met anderen in discussie gaan, of plezier ervaren. Daarnaast vinden ze dat activiteiten om zichzelf als persoon verder te ontwikkelen (zelfontplooiing) een belangrijke rol spelen. Deze activiteiten houden in: een goede baan, vrijwilligerswerk, het kijken van documentaires, het lezen van boeken en encyclopedieën en het studeren of leren. Bovendien vinden de patiënten het accepteren van hun ziekte en de daarmee gepaard gaande beperkingen belangrijk om te kunnen herstellen. Dit heeft betrekking op het integreren van de ziekte in het leven door veranderingen in het leven te treffen en te beseffen dat dat goed is (maar ook het bewust oppakken van oude activiteiten om niet in de put te zitten). Het houdt ook in om ondanks de ziekte vooruit te gaan, leren om te gaan met de ziekte, leren onder stress te ontspannen, bewuster te leven en op het lichaam te letten. Een ander aandachtspunt is het hebben van passie en doelen, wat als steun en hulp bij het herstel wordt ervaren. Dit gaat ook gepaard met een positieve instelling over het eigen herstel, niet opgeven en vertrouwen in jezelf hebben. Daarnaast geven de patiënten een direct antwoord op de vraag wat herstel voor hen betekent en hoe ze dat zouden verbeelden. De patiënten vinden de plaats van herkomst en de herinneringen die hieraan zijn verbonden, belangrijk voor hun herstel. Een ander aandachtspunt is het welbehagen, het kunnen genieten van bepaalde dingen en het zich prettig voelen. De patiënten vinden het belangrijk dat ze zich veilig kunnen voelen in bijvoorbeeld de beschermde omgeving binnen de psychiatrie of het beschut wonen. Tot slot hecht de patiënten veel waarde aan rustige activiteiten en een rustige omgeving om te kunnen ontspannen.

2.5.2. Functioneren

Deze categorie bestaat uit de vijf concepten *onafhankelijkheid*, *fysieke verschijning*, *activiteiten* en *fit voelen*. Het huishouden zelf kunnen doen, zichzelf kunnen verzorgen, de woning en andere rekeningen zelf kunnen betalen, inspraak hebben bij de therapie en zelf bepalen wat men wil doen, dit alles vinden patiënten een steun bij hun herstel. Bovendien

hechten ze belang aan hun uiterlijk en helpt het hen om er verzorgd uit te zien. Daarnaast ervaren ze het uitoefenen van hobby's, het uiten van de eigen creativiteit en het gevoel nuttig te zijn als positief voor hun herstel. Tot slot vinden de patiënten activiteiten om in goede conditie te zijn, belangrijk voor herstel.

2.5.3. Belangrijke anderen

Deze categorie bestaat uit de drie concepten *relaties*, *hulpverlener* en *instrumentele steun*. De patiënten ervaren verschillende relaties als steun bij hun herstel. In sommige relaties is de band met de persoon een belangrijke component, omdat ze zich verbonden willen voelen en goed overweg willen kunnen met anderen. Andere relaties zijn belangrijk, omdat hier de sociale interactie centraal staat. Het wordt als helpend ervaren om niet alleen te zijn en om een praatje te kunnen maken. Een derde vorm heeft betrekking op het leren van iemand anders. Patiënten hechten veel belang aan het krijgen van informatie en adviezen die positief zijn voor hun herstel. Daarnaast wordt de hulpverlener als een belangrijke persoon gezien. In het contact met een hulpverlener vinden patiënten het heel belangrijk dat zij vertrouwen opbouwen, vriendelijkheid ervaren, ondersteuning krijgen bij verschillende dingen, aangemoedigd worden, zich veilig voelen, altijd bij hen terecht kunnen en zich niet altijd als patiënt voelen. Tot slot ervaren ze ondersteuning bij praktische en dagelijkse zaken door verschillende belangrijke personen als belangrijk voor hun herstel. Hierbij gaat het om tastbare hulp zoals het bezorgen van een woning, de kans om binnen het zorgcentrum te herstellen of met geld geholpen worden.

2.5.4. Materiele steun

Deze categorie bestaat uit de twee concepten *medicatie* en *geld*. Patiënten ervaren medicatie als helpend, omdat deze een positief effect op de cognities heeft, het piekeren vermindert, het rationele denken bevordert, de angsten vermindert en ervoor zorgt dat patiënten zich rustiger voelen. Daarnaast wordt het hebben van geld als positief voor het herstel ervaren, omdat men meer kan ondernemen en zich beter voelt.

2.6. Analyse

Voor de analyse van de interviews werd de software Atlas.ti gebruikt. De relevante fragmenten werden uitgezocht en op basis van het overlappende codeerschema geanalyseerd. Aan sommige fragmenten werden meerdere codes toegekend, omdat in een fragment meerdere thema's in relatie tot herstel aangesproken konden zijn. Een fragment kon uit enkele woorden, gehele zinnen of zelfs een alinea bestaan. Over het algemeen geldt dat het in

de fragmenten moest gaan over herstel en wat de patiënten belangrijk achten voor hun herstel en in hun leven. Er werden zowel fragmenten met uitspraken van de patiënt als van de interviewer meegenomen. Het was belangrijk om ook de teksten van de interviewer te analyseren omdat het mogelijk was dat die een vraag over een bepaald thema stelde en dat thema dan ook direct in zijn vraag noemde, terwijl de patiënt dat thema in zijn antwoord wel besprak maar niet specifiek benoemde. Zo kon worden voorkómen dat belangrijke thema's over het hoofd werden gezien. Uit de uitspraken van de deelnemer over zijn aandachtspunten in het leven kon herleid worden wat hij voor zijn herstel belangrijk zou kunnen achten. Bovendien werden alleen uitspraken meegenomen waarin de patiënt positief over herstel praatte en thema's noemde die hem helpen. Dit betekent dat de negatieve uitspraken van de patiënt niet omgeschaald werden.

Hierna worden de criteria voor het toekennen van fragmenten aan de verschillende concepten nader beschreven. Tabel 3 geeft de criteria per concept overzichtelijk weer. In bijlage 2 is een overzicht te vinden met de trefwoorden die een relevant fragment indiceren.

Relevante fragmenten	
Concept	Criterium
Innerlijke betekenis	
Persoonlijkheid	Het moet onder meer gaan over interesses, sterktes, waardes, trots, eigenschappen, wat iemand leuk vindt of hoe iemand zich beschrijft.
Zelfontplooiing	Het gaat onder meer over lezen, leren, informeren of het volgen van therapieën.
Acceptatie	Het moet onder meer gaan over opnieuw oppakken van bepaalde dingen, de ziekte zien als een deel van jezelf, inzien dat men ziek is, of een positieve instelling hebben tegenover de ziekte.
Toekomstgericht zijn	Het gaat onder meer over het rondkijken naar iets, iets willen bereiken, naar iets uitkijken, hoop, positief denken.
Plaats van herkomst	Het gaat over het geboortedorp of afkomst.
Op het gemak voelen	Het tekstgedeelte bevat onder meer informatie over het welbehagen, het gemak, zich goed voelen, genieten van iets of tevreden zijn met iets.
Veilig voelen	Het gaat bijvoorbeeld over veiligheid, structuur of beschut

	wonen.
Betekenis van herstel	Er wordt specifiek naar de betekenis van herstel gevraagd en het gaat over de persoonlijke betekenis van herstel, en welk beeld dat zou kunnen vertegenwoordigen, wordt besproken.
Functioneren	
Onafhankelijkheid	Thema's als inspraak, vrijheid en onafhankelijkheid zijn besproken.
Fysieke verschijning	De onderwerpen uiterlijk, uitstraling, aantrekkelijkheid en verzorgd uitzien worden besproken.
Activiteiten	Het gaat over hobby's, daginvulling, activiteiten of interesses.
Fit voelen	Er wordt over sport, fysieke verschijning, conditie of lichaam gesproken.
Belangrijke anderen	
Relaties	Onderwerpen als bijvoorbeeld vertrouwen, een band hebben, geïnteresseerd zijn in de mens, contact hebben, communiceren, iets van iemand leren, of iets uitleggen, zijn besproken.
Instrumentele steun	Het gaat bijvoorbeeld om het verzorgen van een woning of over een beheerder.
Hulpverlener	Er wordt specifiek naar de rol van de hulpverlener voor hun herstel gevraagd of het gaat bijvoorbeeld over de begeleiding, aanpak, of houding van de hulpverleners.
Materiele steun	
Geld	Het gaat om geld of de waarde van geld.
Medicatie	Het gaat onder meer over medicatie, middelen of de toevlucht daarin zoeken.

Tabel 3: Criteria voor het uitmaken van relevante fragmenten

Met hulp van deze tabel werden alle relevante fragmenten geanalyseerd om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Er werd gekeken of en in welke mate de patiënten de verschillende thema's voor hun herstel belangrijk achten en of er samenhang tussen de thema's bestaat.

3. Resultaten

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, is inzicht nodig in de betekenisverlening aan herstel door de schizofreniepatiënten. Dit wordt op twee manieren verkregen. In een eerste stap wordt allereerst geanalyseerd welke concepten überhaupt door de patiënten genoemd worden. Hiervoor wordt onderzocht hoeveel patiënten een bepaald concept noemen en hoe vaak dit in totaal wordt genoemd, om een hiërarchie vanuit patiëntenperspectief te kunnen maken. Daarna worden de in de interviews teruggevonden categorieën en concepten beschreven en aan de hand van een aantal uitspraken verduidelijkt. Hiervoor worden per concept alle citaten bekeken en qua inhoud geclusterd. Door een selectie van bepaalde citaten komen de verschillende clusters op verschillende manieren terug en wordt het betreffende concept uitgebreid omschreven. In een tweede stap wordt achteraf – zonder rekening met het patiëntenperspectief te houden – naar bepaalde patronen gekeken. Er wordt geanalyseerd welke concepten dicht bij elkaar liggen en door de patiënten in hetzelfde fragment genoemd worden. Aan deze clusters worden dan titels toegekend.

3.1. Stap 1: Representatie van de Concepten in Alle Interviews

Tabel 4 geeft een overzichtelijke samenvatting van het aantal uitspraken per concept en het aantal patiënten dat deze uitspraken doet. De volledige codes-primary-documents table is te vinden in bijlage 3.

Concept	Aantal patiënten	Aantal citaten
(1) Innerlijke Betekenis		
Persoonlijkheid	15	141
Zelfontplooiing	13	51
Acceptatie	13	53
Toekomstgericht Zijn	15	116
Betekenis van Herstel	15	58
Plaats van Herkomst	15	17
Op Gemak Voelen	11	53
Veilig Voelen	11	26
Ontspanning	13	40
(2) Functioneren		
Onafhankelijkheid	15	57
Fysieke Verschijning	3	4
Activiteiten	12	27

Fit Voelen	8	23
(3) Belangrijke Anderen		
Relaties	15	184
Hulpverlener	14	45
Instrumentele Steun	10	22
(4) Materiele Steun		
Medicatie	10	30
Geld	12	19

Tabel 4: Representatie van de concepten in alle interviews

Uit bovenstaande tabel blijkt dat alle concepten door de patiënten genoemd worden. Over de categorie *Innerlijke betekenis* werden de meeste uitspraken gedaan (555 citaten). Deze wordt gevolgd door de categorieën *Belangrijke anderen* met 251 uitspraken, *Functioneren* met 111 uitspraken en *Materiële steun* met 49 uitspraken.

3.1.1. Innerlijke betekenis

Deze categorie blijkt heel vaak in samenhang gebracht te zijn met herstel. De uitspraken binnen deze categorie hebben betrekking op de codes *acceptatie*, *betekenis van herstel*, *toekomstgericht zijn*, *ontspanning*, *persoonlijkheid*, *plaats van herkomst*, *veilig voelen*, *op het gemak voelen* en *zelfontplooiing*. *Persoonlijkheid* en *zelfontplooiing* zijn concepten die betrekking hebben op de persoon zelf: Het gaat hierbij om karaktereigenschappen, dingen die voor de eigen identiteit belangrijk zijn, hoe de patiënt zichzelf beschrijft en wat de patiënt doet om zich als persoon verder te ontwikkelen. Het concept *acceptatie* geeft het belang van het zich bezighouden met de ziekte en het zien van het positieve binnen deze beperkingen weer. Het gaat erom ondanks de ziekte een waardevol leven te leiden, waarvoor de acceptatie en integratie van de ziekte belangrijke punten zijn. *Toekomstgericht zijn* is een concept dat te maken heeft met een positieve kijk op de toekomst en met plannen opstellen. Verder hebben de concepten *plaats van herkomst*, *op het gemak voelen*, *veilig voelen* en *ontspanning* dezelfde inhoudelijke aspecten. Het gaat om het hebben van een goed gevoel in relatie tot verschillende innerlijke betekenissen. Tot slot gaan de verhalen van de patiënten specifiek over de betekenis die ze zelf aan herstel geven. Dit omvat ook symbolen die de patiënten aan de betekenis van herstel kunnen geven.

Persoonlijkheid

Uit de uitspraken over de eigen persoonlijkheid kan worden opgemaakt welke eigenschappen de patiënten als hulp en steun bij hun herstel ervaren. Het blijkt dat de patiënten vinden dat men tijdens herstel sterk moet blijven: “Nee ze denken ‘Andrea, toffe vrouw, miserie gehad, toffe vrouw’, of ‘Ik ben iemand die dat zeer goed is in muurtjes bouwen’, of ‘ik was altijd een sterke vrouw’” (patiënt 1). Daarnaast blijkt ook dat de cognities een belangrijke rol spelen bij herstel. De patiënten vinden dat men zich goed moet kunnen concentreren, waardoor het uithoudingsvermogen beter en de kans op herstel groter wordt. Bovendien blijkt dat de patiënten bepaalde affiniteiten voor bijvoorbeeld dieren in de natuur of het lachen met anderen hebben en dat het verwezenlijken hiervan bijdraagt aan herstel. “En zo heb ik bv van t weekend in de tuin op zoek gegaan naar spinnen. Om te kijken naar het web. En dan is het fantastisch dat je een web vindt waar nog wat dauwpareltjes aanhangen en zo. Dat zijn dingen die ik leuk vind.” (patiënt 1) is een voorbeeld daarvan. Het uitvoeren van bepaalde activiteiten en het daardoor uitdrukken van de eigen identiteit blijkt ook belangrijk te zijn voor herstel. Dit kan bijvoorbeeld het uitoefenen van een bepaald beroep of van hobby’s zijn.: “Ik ben graag barman. [...]. Je kan de mensen bedienen, terwijl ze hun commande geven” (patiënt 2).

Zelfontplooiing

Zelfontplooiing wordt als steun bij het herstel ervaren en heeft ten eerste te maken met het zichzelf als persoon verder ontwikkelen: “Soms leer je ook wel iets van die kinderen” (patiënt 1). Ten tweede vinden de patiënten het belangrijk een leerproces binnen de therapieën te doorlopen en een ontwikkeling in verschillende vaardigheden te zien: “En ik ben begonnen van één uur therapie per dag en ik ben geëindigd met hele dagen therapie en dat ging van tekenen naar koken en voorkeur de psycho-educatie” (patiënt 1). De kennis over verschillende onderwerpen verbreden en daarmee een plek in het gezelschap vinden, speelt binnen zelfontplooiing ook een belangrijke rol: “Ja zuurstof en kennis ook he want vroeger wist ik zo weinig dat ik bijna niet durfde praten. Maar ik begon meer en meer te merken dat ik door al dat lezen toch wel een bepaalde kennis heb opgebouwd en dat ik toch wel kan meepraten eigenlijk” (patiënt 4). De patiënten willen zich in relatie tot hun gezondheidstoestand tevens verder ontwikkelen en praten erover hoe bepaalde activiteiten of hobby’s hen hier kunnen steunen.

Acceptatie

Acceptatie van de ziekte wordt voor het herstel belangrijk geacht. Het gaat bijvoorbeeld om het kunnen waarderen van verschillende dingen en het zien van het positieve in het leven ondanks de ziekte. Het is belangrijk om met de ziekte te kunnen leven en ondanks de ziekte vooruit te gaan: “het moment dat je terug kan genieten van ‘hej, de knoppen staan terug aan de bomen, hej de bloemen’ dan merk je terug dat je tot leven komt.” (patiënt 1), of “ik weet niet wat dat is, die mensen die stemmen horen maar die leren er ook mee leven” (patiënt 9). Acceptatie houdt ook het aanpakken van nieuwe dingen en het actief inzetten van veranderingen in. Hierbij is het belangrijk om te beseffen dat het goed is om iets te veranderen: “als je natuurlijk slechte kanten hebt, dat moet je niet aanvaarden he, dat moet je veranderen. Als je slecht zijt als persoon [...] dat moet je niet aanvaarden, dat moet je loslaten” (patiënt 4). Ook het herkennen van de symptomen en het aanvaarden daarvan speelt hierbij een rol. Dit vereist dat van tevoren een diagnose is gesteld: “En als je naar ptss gaat kijken van wat daar de symptomen van zijn dan klopt dat met hetgeen ik nu door maak he” (patiënt 7), of “Aanvaarding is ook belangrijk. [Interviewer:] en op welke manier is het voor u belangrijk geweest. [Patiënt:] [...] ik denk toch ook in het zoeken van die positieve elementen, die ik dan in hulpverlening heb gevonden enzo. Dan moet je eerst wel kunnen aanvaarden, dat je in de shit zit, en dat je jezelf ook wel wat in de shit heb gewerkt, en dat je niet bepaald een perfect persoon bent, en niet bepaald een perfect leven leidt.” (patiënt 15). Tot slot gaat het bij acceptatie om iets veranderen door bijvoorbeeld de focus te verleggen.

Toekomstgericht zijn

Het blijkt dat de patiënten het belangrijk vinden om een positieve blik op de toekomst te hebben en vooruit te gaan. Het hebben van ambities blijkt positief te werken. Het gaat erom wat men graag wil, maar men heeft hier nog geen plannen voor. Dit kan te maken hebben met sociale dingen zoals de toekomstige woonvorm of (vrijwilligers)werk. Ambities kunnen ook te maken hebben met de interactie met anderen: “[...] wil ik ook vangnet zijn voor anderen [...] als één van de jongens eens een slechte dag heeft, eens mee te praten, een bemoedigend woord.” (patiënt 1), of “ik zou die band met mijn familie wel terug willen opbouwen.” (patiënt 13). In de verhalen van de patiënten wordt tevens duidelijk dat ze ambities met betrekking tot hun hobby's hebben. Ze willen bijvoorbeeld graag een bepaalde status bereiken, zoals voetballer worden, of ze willen dat anderen hun ideeën verwezenlijken of hebben nog iets nodig om die hobby perfect uit te kunnen oefenen.

In relatie tot het toekomstgericht zijn, wordt het door de patiënten ook als helpend ervaren doelen in het leven te hebben. Anders dan bij de ambities, zijn er voor de doelen al plannen gemaakt. Men kan bijvoorbeeld als doel hebben moeilijke situaties aan te pakken: “Praat, klinkt het niet dan botst het niet maar blijf niet zitten met je gedachten. Lukt het niet met persoon a ga dan naar persoon b. Blijf zoeken, desnoods heel het alfabet af.” (patiënt 1). Deze patiënt beveelt dat aan andere patiënten aan, maar hieruit blijkt ook dat het zijn eigen doel kan zijn. Een doel kan ook betrekking hebben op een gewenste psychische toestand: “10 zou inhouden: heel dat toekomstbeeld hebben en daar stappen in zetten, en dat is eigenlijk al voor een heel deel gebeurd, dat beschut wonen, dat beschut werken” (patiënt 2). Op het sociale vlak werden er ook uitspraken over doelen gedaan die te maken hebben met de woonvorm, (vrijwilligers)werk of gezinsplanning. Het blijkt ook dat de patiënten bepaalde doelen voor de interactie met mensen hebben: “En blijven geloven in de mensen, dat de mensen in u kunnen blijven geloven [...] de mindere dagen erbij nemen en maar genieten van de kleine dingen... van familie en vrienden [...] Als iemand u een attentie geeft ofzo of een complimentje daar kunt ge toch allee van genieten” (patiënt 3). Sommige doelen hebben betrekking op de hobby's: “ik zou meer moeten lezen [...] dat geeft me veel steun, geschiedenis van de filosofie. [...]” (patiënt 9).

Naast het hebben van ambities en doelen, blijkt ook hoop belangrijk voor herstel te zijn. De patiënten vinden het belangrijk om een positieve instelling omtrent hun eigen herstel te hebben en optimistisch te zijn. Hoop kan ook betrekking hebben op hobby's of aangename activiteiten en daarmee belangrijk zijn voor herstel: “mijn hoop is van ooit een rustige plek te hebben waar ik mijn atelier kan inrichten om te tekenen [...]” (patiënt 1), of “ik hoop nog altijd te kunnen genieten van een drankje maar minstens niet te hervallen in dat excessief drinken. En ik hoop dat er mensen rondom mij zijn die dat als er zo iets gebeurt mij opvangen.” (patiënt 1) zijn voorbeelden hiervan.

Plaats van herkomst

De plaatsen of plekken waar de patiënten zijn geboren, worden als belangrijke aspecten voor het herstel gezien. In hun verhalen vertellen de patiënten waar ze zijn geboren en waar ze nu leven. Behalve één patiënt gaat hier niemand nader op in. Bij deze patiënt wordt duidelijk dat hij het positief vindt om buiten de stad te wonen (“Ik woon eigenlijk terug buiten 't Stad. Buiten 't Stad. [Interviewer:] Is dat positief? [Patiënt:] Ja ik vindt dat echt wel. Ten tweede mijn geboortedorp 't Stad Mortsel.” (patiënt 2)).

Op het gemak voelen

Er zijn verschillende dingen door de patiënten genoemd die hun welbevinden verhogen en daarmee hun herstel ondersteunen. Het wordt bijvoorbeeld duidelijk dat de patiënten zich in interactie ook goed en op hun gemak kunnen voelen: “[...] ik weet als ik iemand ondersteun en ik herval, zal die er misschien ook voor mij zijn. [...] Het geeft een fijn gevoel [...]” (patiënt 1), of “Die hebben het gevoel dat ik kan blijven verbeteren. Allee, dat geeft ook een beter gevoel, voilà (patiënt 3)”. In relatie tot een goed gevoel bij interactie wordt specifiek het vertrouwen aangesproken: “[Interviewer:] Komt dat ook omdat je hem vertrouwt? [...] Je moet je ergens goed voelen ook he. [...] [Patiënt:] Ik vind dat ik bij u ook wel veel vertel eigenlijk. Dat ik mij op mijn gemak voel bij u.” (patiënt 4). Het innemen van medicatie kan ook voor een goed gevoel zorgen: “Maar dat was “easy” zo’n beetje. Dat gevoel van neuroleptica. Je kan je daar heel goed bij voelen” (patiënt 2). De patiënten kunnen zich bovendien in de natuur prettig voelen of gewoon doordat ze het vermogen hebben van verschillende dingen te kunnen genieten: “[...] ge geniet ook echt van ieder moment dat ge kúnt genieten, da doe ik ook he.” (patiënt 8) is een voorbeeld hiervan.

Veilig voelen

De verhalen van de patiënten draaien tevens om de beschermde omgeving binnen de psychiatrie en het beschut wonen na de opname. De patiënten vinden bijvoorbeeld dat het verblijf een zeker houvast en veiligheid biedt: “Ik ben bang dat ik het [huishouden] niet aankan [...] en dat zou voor mij een grote valkuil zijn om terug te beginnen drinken” (patiënt 1). Het hebben van structuur en daginvulling kan ook een gevoel van zekerheid geven. Bovendien vinden de patiënten dat ook in interactie met mensen een gevoel van zekerheid kan ontstaan doordat ze alles tegen hen kunnen zeggen. Tot slot willen de patiënten meestal beschut wonen, wat ook een veilig gevoel kan opleveren.

Ontspanning

Ontspanning en rust door de omgeving en bepaalde activiteiten worden als belangrijke aspecten voor het herstel gezien. Een rustige omgeving blijkt heel belangrijk te zijn: “[Interviewer:] Brengt dat ook rust van zo buiten ’t Stad? [Patiënt:] Ja, al die trams, die bussen, al dat zwaar verkeer, die kleine voetpaden met deuken in,... [...] En als je meer naar buiten gaat heb je die wijken, waar er helemaal geen bus, geen tram, rijden. [...] Ja, dat brengt rust” (patiënt 2). Een rustige omgeving blijkt ook belangrijk te zijn voor het kunnen uitoefenen van bepaalde hobby’s, en zoals al eerder genoemd, kan het uitoefenen van zijn

hobby's bijdragen aan herstel. De natuur biedt daarbij ook een rustige omgeving en wordt als steun ervaren. Wat ook belangrijk wordt geacht is het vrij maken van tijd: “[De hulpverleners] maken tijd zelfs voor hun gesprekje als je iets vraagt” (patiënt 2), “tijd voor u eigen nemen” (patiënt 3). Om te kunnen ontspannen blijkt het verder belangrijk te zijn een eigen (woon)ruimte te hebben voor rustige activiteiten.

Betekenis van herstel

Dit concept vertegenwoordigt de persoonlijke betekenis van de patiënten die ze aan herstel verlenen. Ze werden er specifiek op bevraagd en konden dus directe antwoorden hierop geven. De betekenis die ze aan herstel verlenen, wordt daarnaast door een symbool verhelderd. De patiënten vinden bijvoorbeeld dat ze hersteld zijn als ze hun oude vaardigheden en gezondheidstoestand terug hebben (klinisch herstel): “[...] dat herstel, terug een goede toestand, zelf uw fysiek..., in staat om terug te gaan werken ook” (patiënt 2). Uit hun verhalen blijkt ook dat herstel niet alleen klinisch herstel betekent, maar ook persoonlijk herstel. Met een verbeelding maakt een patiënt goed duidelijk dat herstel ook groei betekent: “[Interviewer:] [...] een boom die breek zo ziek worden maar als je dan in een bos ziet waar gebroken bomen vaak nieuwe dingen uit groeien. [Patiënt:] Ja das wel waar [...].”, of “[...] en het tot ontwikkeling komen van wat intrinsiek eigenlijk in u zit van positieve aspecten, interesses” (patiënt 15). Uit de verbeeldingen van het woord ‘herstel’ blijkt daarnaast dat sommige patiënten bovendien innerlijke betekenissen aan herstel verlenen, zoals zich op het gemak voelen of ontspanning. De verbeeldingen maken ook duidelijk dat belangrijke anderen belangrijk zijn: “met vrienden samenzitten [...], verdelievend, gezellig, met elkaar praten, gezelschap zo.” (patiënt 9), of “[...] de foto van mijn vader of 1 van de foto's van mijn vader. Dat ik daar terug over de vloer kom en terug een goed contact met elkaar hebben [...].” (patiënt 10). Sommige patiënten verbeelden het woord ‘herstel’ op een manier waaruit hoop duidelijk wordt. Zo zien ze herstel als een zonsopgang of de gang door een tunnel.

3.1.2. Functioneren

Over de betekenis van *functioneren* voor het herstel doen de patiënten duidelijk minder uitspraken (111 citaten). Onder deze categorie zijn de concepten *onafhankelijkheid*, *fysieke verschijning*, *activiteiten* en *fit voelen* samengevat. Het eerstgenoemde concept houdt in dat men in staat is om zichzelf te verzorgen en daarmee ook verantwoordelijk is voor zijn fysieke verschijning. Hieruit blijkt dat deze twee concepten dicht bij elkaar liggen. Bovendien liggen de concepten *activiteiten* en *fit voelen* dicht bij elkaar, omdat bepaalde activiteiten specifiek

gekozen kunnen worden om fit te blijven. Zo kan de dag rond sportieve activiteiten gepland worden.

Onafhankelijkheid

De patiënten vinden dat onafhankelijkheid en autonomie factoren zijn die hun herstel ondersteunen. Ze willen een stuk inspraak hebben en zelf bepalen wat ze gaan doen: “je hebt een stuk zelf gedaan maar er zijn ook andere mensen die geholpen hebben” (patiënt 1), of “[...] Hier is mijn plaatske, ik doe wat ik wil en laat de boel maar draaien. [...]” (patiënt 8). Dit kan ook betrekking hebben op de keuze van zich laten opnemen in het ziekenhuis: “[...] ik ben nu een vrije patiënt” (patiënt 1), of “[Interviewer:] Heeft uw broer daar een rol in gespeeld om terug te keren naar hier? [Patiënt:] Nee dat was helemaal mijn eigen beslissing” (patiënt 2). Ze vinden het tevens belangrijk om een eigen huishouden te hebben en het huishouden zelfstandig te kunnen doen. Het vrijwillig innemen van medicatie wordt tevens belangrijk gevonden om voor zichzelf te kunnen zorgen en uiteindelijk het herstel te bevorderen: “[Interviewer:] maar medicatie vind je belangrijk ? [Patiënt:] voor uzelf kunnen zorgen uiteindelijk.” (patiënt 6). Er wordt door de patiënten ook belang gehecht aan het zelfstandig kunnen omgaan met organisatorische dingen zoals de huur zelf betalen of op eigen houtje een reis plannen en aangaan. Bovendien vinden de patiënten het belangrijk om verantwoordelijkheid te hebben en zich voor hun gedrag te verantwoorden.

Fysieke verschijning

Sommige patiënten hechten belang aan hun uiterlijk en vinden hun uitstraling en er verzorgd uitzien belangrijk voor hun herstel: “Het uiterlijk: Ja... Af en toe eens scheren, in bad gaan, handen wassen” (patiënt 2), “[...] Ik merk nu dat sinds ik er wat verzorgder bij loop, wel een beetje nonchalant, maar vroeger was het echt niet om aan te zien, nu heb ik terug een bepaalde stijl” (patiënt 4), of “Ja ik heb meer zorg voor mijn eigen, ik hecht meer waarde aan hygiëne, uitstraling” (patiënt 4).

Activiteiten

Door de patiënten worden verschillende activiteiten om structuur te hebben als belangrijke componenten voor hun herstel gezien: “regelmaat is belangrijk” (patiënt 3). Door hobby's, regelmatige afspraken of dagelijkse activiteiten in het huishouden kan zo'n structuur gecreëerd worden. Daarnaast vinden de patiënten het belangrijk om door bepaalde activiteiten

het gevoel te hebben nuttig te zijn: “[Interviewer:] En heb je zoiets van: “Ik doe wel nuttig werk eigenlijk”? [Patiënt]: Ja en dat is nuttig werk ook voor de instantie. [...]” (patiënt 2).

Fit voelen

Uitspraken over deze categorie hebben betrekking op de fysieke toestand. De patiënten vinden het belangrijk om in goede conditie te zijn en zodoende hun herstel te bevorderen. Sommigen zijn door de opname aan het sporten geraakt, anderen hebben sport als hobby: “Interesses, hobby’s, activiteiten,... Interesses: sport doen. Dan eigenlijk om al die drugs uit je lijf te krijgen. Je tamelijk goed voelen, niet één kramp, maar een beetje los voelen. En dan lichamelijk, om er een beetje bovenop te komen terug” (patiënt 2). Door de patiënten wordt niet alleen het sporten als belangrijk geacht, maar ook een gezonde voeding: “Maar ik let ook op mijn voeding en zo en dan roken, stoppen met roken zal er ook wel iet aan doen.” (patiënt 8).

3.1.3. Belangrijke anderen

In relatie tot de betekenisverlening aan herstel doen de patiënten heel vaak uitspraken over *Belangrijke anderen* (251 citaten). Deze categorie omvat de concepten *relaties*, *instrumentele steun* en *hulpverlener*.

Relaties

Schizofreniepatiënten blijken de positieve aspecten van het hebben van contacten, sociale steun en verbondenheid belangrijk te vinden voor hun herstel. Patiënten vinden ten eerste relaties met personen uit de omgeving met wie de band centraal staat, belangrijk voor hun herstel. Sommige patiënten noemen de personen zelf die zij als steun ervaren. Hieronder valt bijvoorbeeld de band met vrienden, familieleden of de partner. Ook de medepatiënten, medebewoonsters en burens worden als belangrijke anderen gezien. Daarnaast noemen de patiënten bepaalde aspecten die ze belangrijk vinden voor het kunnen opbouwen van een band. Hierbij hoort bijvoorbeeld dat men dezelfde ervaringen deelt en het begrip hebben voor iemands geschiedenis: “[Interviewer:] wilt dat zeggen dat ge met bepaalde mensen een klik hebt kunnen maken, en daar steun, vriendschap, vertrouwen hebt kunnen vinden [Patiënt:] [...] ja , misschien omdat patiënten soms hetzelfde meemaken [...]. Het wordt ook belangrijk geacht vertrouwen op te bouwen: Dat je gewoon de mens achter de patiënt kunnen zien want misschien zien we wel teveel in mekaar het ziektebeeld.” (patiënt 1) of “[Patiënt:] Ik kan er goed mee praten en ik heb veel moeite om diep te gaan [...] en bij [hem] lukt me dat om diep

te gaan [...]. Ik vertrouw die volledig en dat klikt ook, misschien zitten wij ergens op dezelfde golflengte, dat lukt heel goed” (patiënt 4), “[...] dan dacht ik: amai, die vertrouwt me volledig [...].” (patiënt 9) zijn voorbeelden hiervan.

Een tweede item binnen de relaties is de sociale interactie. Het gaat bijvoorbeeld over iemand dankbaar kunnen zijn: “Alles wat ge geeft, krijgt ge terug. Positieve dingen doen voor de mensen, gebeuren er positieve dingen met jou (patiënt 1) of “gewoon met mensen samenzijn, is al stuk van herstel” (patiënt 9). Ook gaat het om de betekenis van het actief opzoeken van sociale contacten en het onderhouden daarvan, wat als steun wordt ervaren. Daarnaast vinden de patiënten het belangrijk om naar gezamenlijke activiteiten te gaan: “af en toe ging ik wel met mijn broer naar de cinema” (patiënt 4) of “gemeenschappelijke ruimte voor te koken en voor tv te kijken” (patiënt 7). Een praatje maken en zelf iets aan het gesprek kunnen bijdragen wordt tevens als steun ervaren.

De derde en laatste items binnen relaties is dat men iets van anderen leert. De patiënten vinden dat informatie en adviezen krijgen met betrekking tot hun herstel belangrijk is. Om de situatie draaglijker te maken, helpt het om bijvoorbeeld een diagnose te hebben. Het is prettig dat anderen weten dat ze kwetsbaarder zijn en dat ze zelf weten dat ze niet de enige zijn met deze diagnose. Ook over sociale onderwerpen bijvoorbeeld kunnen begeleiders of beheerders informatie geven: “Weet je wat ik aan Lieve wou vragen? Of ik niet naar sociale appartementen zou gaan maar blijven in beschut wonen. [...].” (patiënt 2). Bovendien vinden de patiënten het belangrijk om inzicht te hebben in hun medicatiebehandeling. Ook het voeren van discussies en het uitwisselen van informatie helpt. Daarnaast kunnen therapieën informatieve steun bieden: “[...] psychologen, bij het zoeken , nadenken over een oplossing. [...].” (patiënt 9), “hulplijnen. ik heb ook wel eens naar hulplijnen gebeld, er was een tijd dat ik dat regelmatig zelfs deed, en dat mij dat overeind hield” (patiënt 15).

Instrumentele steun

Hierbij staat de ondersteuning bij praktische en alledaagse zaken centraal: “[Interviewer:] Je kunt ook zeggen ik heb iets te bieden en het zal goe zijn als ik iets bedenken en dat je naar een opdrachtgever of wat kan gaan. [Patiënt:] Da zou ik wel willen ja” (patiënt 5). Het gaat bijvoorbeeld om tastbare hulp zoals het beheren van geld of het zorgen voor een woning. De patiënten noemen in relatie tot instrumentele steun voor hun herstel ook de kans om binnen het zorgcentrum te herstellen. De patiënten vinden het ook belangrijk ondersteuning in het huishouden te krijgen: “Er zijn ja, kleine momentjes dat ik eens een keer moete wassen of met de auto, want ik heb zelf geen auto. [...] Ook elke week mijn was komen halen.” (patiënt

4). Dat geldt ook voor ondersteuning bij het vinden van werk: “[...] dat zijn ook dingen daar zou de hulpverlener dan wel part in kunnen spelen, om daar toch wat achter te zitten zo in te duwen. [...]” (patiënt 5). Op het sociale vlak wordt ook de ondersteuning bij de administratie genoemd: “[...] die helpt mij altijd met de administratie, als ik heb een brief gekregen die leest dat voor mij.” (patiënt 12). Tot slot vinden de patiënten steun bij de verzorging van belang.

Hulpverlener

Specifiek in relatie tot de hulpverleners noemen de patiënten bepaalde dingen die ze belangrijk voor hun herstel vinden. Met betrekking tot binding vinden de patiënten: “Ik vertrouw erop dat ik au sérieux word genomen. Ik vertrouw erop dat zij mij de waarheid vertellen.” (patiënt 1), “[...] dat vertrouwen inwinnen van uw patiënten. Dat doet veel. [...] Iemand die los is en meegaand en... los, die geef je een soort vertrouwen.” (patiënt 2), of “[...] dat de gesprekken niet altijd alleen over mij moesten zijn maar waar ik gewoon over alles mee kon babbelen. [...] het is ook wel leuk dat je weet van wat voor iemand is uw begeleider, wat voor iemand zit er tegenover u. [...]” (patiënt 10) zijn voorbeelden daarvan. De patiënten ervaren daarnaast instrumentele steun van de hulpverleners. Deze heeft weer betrekking op therapieën en het kunnen herstellen in het ziekenhuis. De instrumentele steun heeft ook betrekking op sociale items zoals het weer gaan werken. Met betrekking tot de sociale interactie noemen de patiënten een vriendelijk, niet nors of streng karakter belangrijk, en humor. Ook de informatieve steun door gesprekken wordt als belangrijk gezien: “[Patiënt:] maar psychologen wel. [Interviewer:] omwille van het spreken dan? [Patiënt:] omwille van het spreken, echt wel, ja.” (patiënt 15).

3.1.4. Materiele steun

De patiënten doen redelijk weinig uitspraken over het belang van materiele steun voor hun herstel (49 citaten). Het blijkt dat het hebben van geld en het innemen van medicatie belangrijke componenten voor het herstel zijn.

Geld

De patiënten vinden dat geld hen bij het herstel kan helpen, omdat ze dan meer kunnen ondernemen: “[Interviewer:] Had je meer geld gehad dan? [Patiënt:] Dan had ik meer kunnen doen sociaal he. Soms was er gewoon geen geld om iets te doen.” (patiënt 4), of “en financieel is het ook ni gemakkelijk. Ik heb al zo dingen in mijn kop, veel natuurlijk niet

maar. Vooral ambetante dingen dat je geen geld hebt, dan kan je ni veel doen. [...]" (patiënt 5). Geen schulden hebben wordt daarnaast ook als steun ervaren. Aan geld wordt bovendien belang gehecht voor zover het een basisbehoefte is die vervuld moet worden: "Ja geld dat is ook iets heel belangrijk he. [...] als ge niet voldoende hebt dan kunt ge uw eigen ook ni goe voelen he?" (patiënt 8), "misschien geld, ik ben geen materialistische mens maar sinds een paar jaar geleden krijg ik meer geld van mijn moeder. En dat helpt mij eigenlijk wel, dat hoort bij de basisbehoeftes." (patiënt 9). De patiënten zeggen tot slot ook dat ze actief bezig zijn met geld verdienen, waardoor het belang daarvan opnieuw zichtbaar wordt. Ze doen bijvoorbeeld bij de PhotoVoice mee omdat ze daar een vergoeding voor krijgen, ze hebben werk of gaan gokspelletjes spelen.

Medicatie

De patiënten vinden dat medicatie bij hun herstel kan helpen: "En ik pak die medicatie... graag is veel gezegd maar dat doet iets." (patiënt 2), of "[...] met die medicatie zou ik oneindig lang kunnen functioneren want elke keer als ik hervat, heeft dat te maken met gebrek van medicatie" (patiënt 9) zijn voorbeelden hiervan. De patiënten ervaren bovendien dat er een rustgevende werking uitgaat van medicatie en een verandering in cognities, wat ze belangrijk voor hun herstel vinden. Tot slot kan medicatie ook een soort toevlucht en vervanger voor iets zijn: "[...] "Dat is uw drug.", mijn medicatie. En dat zou mij bijna weerhouden om andere middelen te pakken. [...]" (patiënt 2).

3.1.5. Samenvatting

Uit deze bevindingen blijkt dat er vier hoofdthema's (categorieën) met in totaal 18 subthema's (concepten) zijn die de patiënten belangrijk achten voor hun herstel. Deze worden in bijlage 4 overzichtelijk genoemd en beschreven.

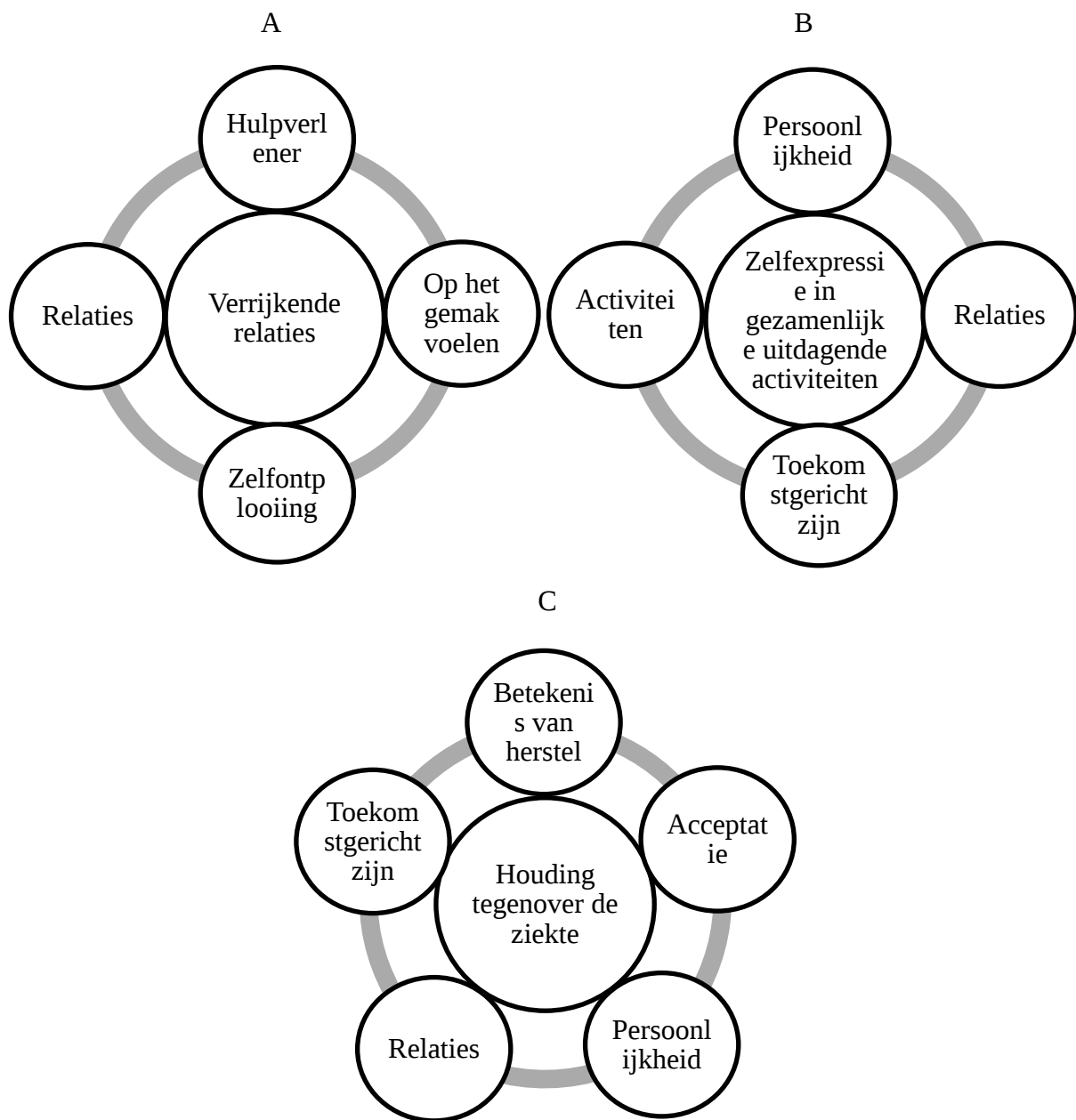
Uit het aantal patiënten dat uitspraken doet over de verschillende subthema's blijkt dat sommige subthema's belangrijker voor het herstel worden gevonden dan andere. Zo hebben de patiënten de subthema's *plaats van herkomst*, *fysieke verschijning* en *geld* het minst aangesproken (tussen de 0 en 20 keer). Hier valt op dat over het subthema *fysieke verschijning* het minst wordt gezegd. Vaker werden de subthema's *veilig voelen*, *activiteiten*, *fit voelen*, *instrumentele steun* en *medicatie* (tussen de 20 en 30 keer) en nog vaker de subthema's *zelfontplooiing*, *acceptatie*, *betekenis van herstel*, *op het gemak voelen*, *ontspanning*, *onafhankelijkheid* en *hulpverlener* (tussen de 40 en 60 keer) genoemd. Uitzonderlijk hoog is het aantal uitspraken dat de patiënten doen over de subthema's

persoonlijkheid, toekomstgericht zijn en relaties (meer dan 100 keer). Het is ook opvallend dat het thema *Innerlijke betekenis* het meest gedifferentieerd is en daarover de meeste uitspraken worden gedaan, terwijl het thema *Belangrijke anderen* duidelijk minder gedifferentieerd is, terwijl daarover ook erg veel uitspraken worden gedaan. Het is aannemelijk dat de thema's binnen het grote thema *Belangrijke anderen* belangrijker worden geacht dan de thema's van het grote thema *Innerlijke betekenis*.

Alles overziende blijken de thema's *Innerlijke betekenis* en *Belangrijke anderen* het meest belangrijk te worden gevonden. Binnen deze thema's blijken *persoonlijkheid, toekomstgericht zijn en relaties* volgens deze patiëntengroep de meest belangrijke concepten te zijn.

3.2. Stap 2: Patronen in de Betekenisverlening

Uit de code co-occurrence table (bijlage 5) bleek dat het aantal co-occurrences bij enkele codes opvallend hoog is. In vergelijking met andere codes wordt aan *relaties, persoonlijkheid, toekomstgericht zijn en betekenis van herstel* het meeste belang gehecht, wat met de eerdere bevindingen uit het huidige onderzoek overeenkomt. *Persoonlijkheid* en *relaties* worden hierbij nog belangrijker geacht (86 en 93 co-occurrences) dan *toekomstgericht zijn* (64 co-occurrences) en *betekenis van herstel* (53 co-occurrences). Op de inhoudelijke betekenis van deze relaties wordt hierna nader ingegaan. Hiervoor wordt eerst plaatje 1 getoond, dat drie clusters van de belangrijke subthema's en de associaties daarbinnen schematisch weergeeft.



Plaatje 1: Clusters van de belangrijke sub-thema's

Patiënten die relaties belangrijk voor hun herstel achten, noemen ook de subthema's *op het gemak voelen* (19 keer), *zelfontplooiing* (11 keer) en *hulpverlener* (10 keer). Dit betekent dat de patiënten het belangrijk vinden om een goede relatie te hebben met de hulpverlener maar ook met andere mensen bij wie ze zich op hun gemak kunnen voelen. Binnen deze relaties waarderen ze het ook dat ze iets van elkaar kunnen leren en zich verder kunnen ontwikkelen. Deze thema's worden samengevat onder het cluster A Verrijkende relaties. Patiënten die de persoonlijkheid als steun bij hun herstel ervaren, vinden ook de relaties met anderen (17 co-occurrences), het uitoefenen van bepaalde activiteiten (8 co-occurrences) en het toekomstgericht zijn (10 co-occurrences) belangrijk. Daarmee hangen de subthema's *relaties*

en *toekomstgericht zijn* ook sterk samen (10 co-occurrences). Hieruit blijkt dat de patiënten gezamenlijke activiteiten belangrijk vinden die ze zelf ook graag doen en waarbij ze zich kunnen uitdrukken. Dit blijkt belangrijk te zijn voor het aangaan van relaties en het opbouwen van nieuwe contacten, wat voor goede toekomstperspectieven zorgt. Deze thema's worden samengevat onder het cluster B Zelfexpressie in gezamenlijke uitdagende activiteiten. Het blijkt bovendien dat de patiënten vaak naar de subthema's *persoonlijkheid* (11 keer), *relaties* (7 keer), *toekomstgericht zijn* (8 keer) en *acceptatie* (7 keer) verwijzen, als hen specifiek naar het concept *betekenis van herstel* wordt gevraagd. Daarmee hangen ook de concepten *acceptatie* en *toekomstgericht zijn* sterk samen (8 co-occurrences). Dat deze subthema's vaak samen worden genoemd, betekent dat de patiënten een algemene houding van acceptatie en optimisme tegenover de ziekte belangrijk voor herstel vinden. Men wil een positieve kijk op de toekomst die binnen de relaties met anderen ondersteund kan worden. Deze thema's worden samengevat in het cluster C Houding tegenover de ziekte. Door de titels van de clusters Verrijkende relaties, Zelfexpressie in gezamenlijke uitdagende activiteiten en Houding tegenover de ziekte wordt weer duidelijk dat de subthema's *relaties*, *persoonlijkheid* en *toekomstgericht zijn* erg belangrijk worden geacht. Bovendien vallen behalve de code *Relaties* alle codes onder de categorie *Innerlijke betekenis* waardoor het belang van dit thema ook weer duidelijk wordt. Hier moet echter ook worden vermeld dat cluster A en B nog belangrijker worden geacht dan cluster C.

Daarnaast moet opgemerkt worden dat de concepten *op het gemak voelen* en *betekenis van herstel* (bijna) altijd (62 keer van 53 keer, en 53 keer van 58 keer) in samenhang met een ander concept worden genoemd. Uit deze cijfers blijkt dat aan een fragment waarin *op het gemak voelen* of *betekenis van herstel* wordt genoemd, tegelijkertijd ook meerdere andere codes toegewezen zijn die hiermee kunnen samenhangen. De patiënten blijken steeds iets anders nodig te hebben om zich goed te kunnen voelen. Dat aan *betekenis van herstel* bijna altijd ook andere codes toegewezen zijn, betekent dat het merendeel van de voorheen gevonden concepten daadwerkelijk ook spontaan door de patiënten wordt genoemd wanneer specifiek naar herstel wordt gevraagd.

Wat betreft de patronen kan ook gekeken worden naar de patiënten zelf. Het valt op dat er verschil tussen de personen zit in het aantal uitspraken dat ze over de betekenis van herstel doen. De meeste patiënten (n=7) noemen tussen de 35 en 55 keer enige thema's over herstel. Vier van de 15 patiënten komen tussen de 75 en 80 keer op herstel terug en drie patiënten doen zelfs 90 of meer uitspraken over dit onderwerp. Bijzonder opvallend is dat één patiënt (patiënt 12) slechts 25 keer over zijn interesses in het leven of over zijn herstel praat. Een

oorzaak voor deze variatie kan zijn dat de patiënten in verschillende fases van hun herstel zitten en daardoor juist meer of minder goed in staat zijn om over hun herstel te praten. Dit wordt later nog bediscussieerd.

3.2.1. Samenvatting

Alles overziende blijken de thema's *Innerlijke betekenis* en *Belangrijke anderen* wat de co-occurrences betreft het meest belangrijk. Binnen de concepten blijkt *relaties* het meest belangrijk, wat de eerdere bevinding (dat *Innerlijke betekenis* het belangrijkste is) tegenspreekt. Met de eerdere bevindingen komt echter overeen dat de concepten *persoonlijkheid* en *toekomstgericht zijn* een grote rol spelen bij herstel.

4. Discussie

Doel van het huidige kwalitatieve onderzoek was vast te stellen welke betekenis patiënten met schizofrenie of een andere psychotische stoornis aan hun herstel verlenen. In het kader hiervan werd onderzocht wat de patiënten voor hun herstel belangrijk vinden, maar ook waaraan ze over het algemeen in hun leven steun ervaren. Door het patiëntenperspectief bij het onderzoek te betrekken en eigen interesses van de patiënten te onderzoeken, kunnen bestaande onderzoeken worden geoptimaliseerd en op de behoeftes van de patiënten afgestemd worden. Zo is een cliëntgerichte benadering mogelijk waarin de patiënt met zijn eigen interesses centraal staat en het meest van de behandeling kan profiteren. Dit onderzoek heeft ook toegevoegde waarde voor de wetenschap, omdat het specifiek gericht is op schizofreniepatiënten en patiënten met een andere psychotische stoornis. Tot op heden werd er nauwelijks gekeken naar deze doelgroep.

Voor de betekenisverlening werden de interviews met hulp van het geïntegreerde alomvattende codeerschema geanalyseerd. De belangrijkste bevindingen worden in de volgende paragraaf uiteengezet en in de context van de literatuur bediscussieerd. Ook de sterke kanten en de beperkingen van het huidige onderzoek worden genoemd, gevolgd door aanbevelingen voor vervolgonderzoek en tot slot de conclusie.

4.1. Belangrijkste Bevindingen

Het huidige onderzoek was gebaseerd op een codeerschema dat uit een integratie van de codeerschema's van Van Brakel (2015) en Ehling (2015) is ontstaan. De conclusie is dat de patiënten vier kernthema's belangrijk vinden: *Innerlijke betekenis*, *Belangrijke anderen*, *Functioneren* en *Materiële steun*. Zowel uit de citaten als uit de relaties tussen de concepten bleek dat vooral de kernthema's *Innerlijke betekenis* en *Belangrijke anderen* een belangrijke rol bij het herstel spelen. Dit wordt ook duidelijk in de clusters Verrijkende relaties (cluster A) en Zelfexpressie in gezamenlijke uitdagende activiteiten (cluster B). Bij *Innerlijke betekenis* hechten de patiënten in het bijzonder aan de subthema's *persoonlijkheid* en *toekomstgericht zijn*. Ze vinden bepaalde eigenschappen voor hun herstel belangrijk en gepaste copingstijlen en goede cognities zijn voor hen een steun. Bovendien vinden ze dat ambities en doelen hen kunnen helpen bij het herstel. Dit belang is terug te vinden in het cluster Houding tegenover de ziekte. Bij *Belangrijke anderen* vinden de patiënten vooral het subthema *relaties* belangrijk. Bij hun herstel hebben ze vooral steun aan een hechte band, de sociale interactie en het leren van iemand anders. De kernthema's *Functioneren* en *Materiële*

steun worden minder belangrijk voor herstel gevonden. Hierover kan desondanks worden gezegd dat de subthema's *onafhankelijkheid* en *medicatie* binnen deze categorieën de meeste steun geven. Anders dan bij de andere subthema's wordt het belang hier duidelijk doordat ze vaak genoemd worden hoewel ze niet aan andere subthema's gerelateerd zijn.

4.2. Bevindingen in de Context van de Literatuur

In deze paragraaf worden de belangrijkste bevindingen uit het huidige onderzoek in de context van de bestaande theorieën over herstel en in de context van de positieve psychologie bediscussieerd.

Kijkend naar het onderzoek van Wilken (2010) met patiënten met een chronische psychiatrische aandoening, kan men stellen dat in het huidige onderzoek thema's worden gevonden die overeenkomen met de door de auteur genoemde factoren. Thema's die bij het concept *persoonlijkheid* worden genoemd, kunnen bijvoorbeeld worden gezien als factoren die zorgen voor persoonlijke motivatie om te starten met herstel of als factoren die bijdragen aan de wederopbouw van de identiteit. Verder kunnen de relaties die in het huidige onderzoek belangrijk bleken, worden gezien als factoren die bijdragen aan de sociale betrokkenheid. De overige factoren blijken bij schizofreniepatiënten geen belangrijke rol te spelen. Het blijkt dus dat de huidige doelgroep vooral de persoonlijke motivatie om iets aan herstel bij te dragen, het weer opbouwen van de eigen identiteit en de sociale betrokkenheid belangrijk vindt voor herstel. Competenties om met de ziekte om te gaan of omgevingsfactoren worden minder belangrijk geacht. Dit wordt ondersteund door de eerdere bevinding dat de houding tegenover de ziekte (cluster C) minder belangrijk wordt geacht dan relaties (~ cluster A) en de zelfexpressie in groepsactiviteiten (~ cluster B).

Van Brakel (2015) en Ehling (2015) deden onderzoek naar de betekenisverlening aan herstel door schizofreniepatiënten. Met betrekking tot de kernthema's komen de bevindingen uit het huidige onderzoek grotendeels overeen met de bevindingen uit de eerdergenoemde onderzoeken. Schizofreniepatiënten uit het huidige onderzoek bleken dezelfde thema's belangrijk te vinden voor hun herstel. Als meer op de subthema's wordt ingezoomd en naar de hiërarchie wordt gekeken, wordt echter duidelijk dat de volgorde tussen de onderzoeken matig van elkaar verschillen. In het huidige onderzoek werd bijvoorbeeld gevonden dat het belangrijk is om toekomstgericht te zijn en ambities, doelen en hoop te hebben. De patiënten ervaren het als steun bij het herstel als ze over bepaalde sociale dingen of hobby's kunnen dromen (ambities), als ze doelen met betrekking tot hun psychische toestand of op het sociale

vlak hebben en als ze een positieve houding hebben tegenover hun ziekte. Van Brakel (2015) heeft daarentegen gevonden dat juist ambities en doelen minder belangrijk worden geacht. Dit verschil kan verklaard worden doordat Van Brakel (2015) deze concepten apart heeft genoemd, terwijl het huidige onderzoek hier een gezamenlijk concept voor heeft gebruikt, waardoor er meer uitspraken gevangen werden.

Er is ook verschil tussen het onderzoek van Ehling (2015) en het huidige onderzoek in de hiërarchie van de kernthema's *Innerlijke betekenis* en *Belangrijke anderen*. In het huidige onderzoek en in het onderzoek van Van Brakel (2015) werd gevonden dat *Belangrijke anderen* vanuit patiëntenperspectief het tweede belangrijke kernthema is, terwijl Ehling (2015) dat als het eerste belangrijke kernthema heeft neergezet. Hierbij gaat het vooral om de positieve aspecten van het hebben van relaties, en de sociale steun en verbondenheid daarbij. In het huidige onderzoek blijken deze aspecten dus minder belangrijk voor herstel te zijn dan in het onderzoek van Ehling (2015). Een reden voor dit verschil kan zijn dat Ehling (2015) bij *Belangrijke anderen* ook het subthema *hulpverlener* heeft opgenomen, terwijl het huidige onderzoek en het onderzoek van Van Brakel (2015) dat apart noemden. Zo blijkt dat door dit subthema het aantal uitspraken in het onderzoek van Ehling (2015) duidelijk werd verhoogd. Er kan echter ook in zoverre een verband met het huidige onderzoek worden gelegd dat het subthema *relaties* binnen de categorie *Belangrijke anderen* tegenover de overige subthema's de belangrijkste rol blijkt te hebben. Hierbij gaat het ook om de band die men met iemand heeft en om vertrouwen, maar ook om de pure sociale interactie of het leren van iemand anders. In de clusters die achteraf werden gevormd en dus geen rekening houden met het patiëntenperspectief is terug te vinden dat *Belangrijke anderen* belangrijker wordt geacht, wat weer overeenkomt met de bevindingen van Ehling (2015).

Er is niet alleen verschil tussen de onderzoeken in de hiërarchie van de thema's maar ook in de betekenissen van de subthema's. Van Brakel (2015) stelt dat de plaats van herkomst op zich iets voor de patiënt kan betekenen. Uit het huidige onderzoek bleek echter dat het vaak gaat om de omgeving – de natuur – die ontspanning kan bieden. Door dit verschil werden in het huidige onderzoek meer uitspraken bij dat thema meegenomen, waardoor daar in het huidige onderzoek meer belang aan wordt gehecht dan in het onderzoek van Van Brakel (2015).

Hoewel er verschillen zijn in de hiërarchie van de thema's en subthema's, kan gesteld worden dat wel dezelfde thema's werden gevonden. Het huidige onderzoek heeft zelfs met een tweemaal zo grote doelgroep plaatsgevonden, wat de daadwerkelijke relevantie van juist deze thema's in relatie tot herstel bewijst.

De bevindingen uit het huidige onderzoek kunnen ook naar de positieve psychologie worden teruggekoppeld. Men kan stellen dat vooral het psychologisch welbevinden – zoals het door Westerhof en Bohlmeijer (2010) is beschreven – in de door de patiënten genoemde thema's terug te vinden is. Het sociaal welbevinden is nauwelijks en het emotioneel welbevinden helemaal niet terug te vinden. In het huidige onderzoek bleken vooral doelen en positieve relaties als positief te worden gezien voor herstel, maar ook zelfontplooiing en onafhankelijkheid werden genoemd. Hier kan in zoverre een verband met de positieve psychologie worden gelegd dat het psychologisch welbevinden te maken heeft met doelgerichtheid, positieve relaties, persoonlijke groei en autonomie. Binnen relaties blijken de patiënten specifiek behoefte te hebben aan de sociale interactie met mensen uit hun omgeving, wat ook terug te vinden is in het sociaal welbevinden uit de positieve psychologie. De overige aspecten van het sociaal welbevinden, zoals het belang van positieve houdingen ten opzichte van mensen, ervoor zorgen en geloven dat de maatschappij zich op een positieve manier ontwikkelt, of een sociale wereld zien die te begrijpen, logisch en voorspelbaar is, zijn niet terug te vinden in de verhalen van de patiënten. Ook het emotioneel welbevinden – de mate van positieve en negatieve gevoelens en de mate van de levenstevredenheid – wordt in hun verhalen niet duidelijk. Hieruit blijkt dus dat vooral het psychologisch welbevinden als een steun wordt ervaren bij herstel.

Uit het huidige onderzoek bleek tevens dat de patiënten vooral aan persoonlijk herstel belang hechten (Lemos-Giráldez et al., 2015). De thema's die ze noemen hebben grotendeels te maken met het proces dat ze meemaken om een waardevol leven te kunnen leiden. Het klinische herstel door middel van bijvoorbeeld medicatie of door sport blijkt minder belangrijk voor de patiënten te zijn. Als het gaat om persoonlijk herstel praat iedereen over het belang van het toekomstgericht zijn en daarmee van het hebben van ambities en doelen. Dit pleit ervoor dat iedereen zich volgens de indeling van Lemos-Giráldez et al. (2015) ten minste in de tweede fase van herstel bevindt. Behalve de patiënten 5 en 12 bevindt iedereen zich zelfs in de laatste fase van herstel (fase 5). Deze bevinding is gebaseerd op het feit dat deze patiënten uitspraken doen over persoonlijke groei (zelfontplooiing), hoop en een positieve houding tegenover de toekomst (toekomstgericht zijn). Omdat uit het verhaal van patiënt 5 blijkt dat hij nieuwe doelen heeft geformuleerd en deze actief nastreeft, kan worden aangenomen dat hij in fase 4 zit. Patiënt 12 blijkt in staat te zijn om over het belang van het herformuleren van doelen te praten, wat ervoor pleit dat hij in fase 3 zit. Van patiënt 12 werd eerder al gezegd dat hij duidelijk minder uitspraken over herstel doet dan de andere patiënten.

Een reden hiervoor – en voor het feit dat hij niet in fase 5 zit – kan zijn dat hij als tweede diagnose een stemmingsstoornis heeft, waarmee hij zich van de rest onderscheidt. Door zijn stemmingsstoornis kan zijn motivatie voor het actief aanpakken van zijn doelen verlaagd zijn en zou hij in de praktijk meer ondersteuning hierbij nodig kunnen hebben. Het blijkt echter ook dat hij over het algemeen duidelijk minder uitspraken over herstel doet dan de andere patiënten, waardoor deze interpretatie met voorzichtigheid moet worden bekeken.

4.3. Sterktes, Limitaties en Aanbevelingen

Het voordeel van het grotere onderzoek van Vansteenkiste (2014) en daarmee ook van het huidige onderzoek was de mogelijkheid om tijdens de interviews diep in te gaan op een bepaald onderwerp, waardoor het mogelijk was de patiënt meer vrijuit over zijn herstel te laten vertellen. Een andere sterke kant van het huidige onderzoek was dat er eerst een subjectieve integratie van de codeerschema's van Ehling (2015) en van Van Brakel (2015) heeft plaatsgevonden en er een alomvattend codeerschema werd gemaakt. Door deze stap werd voorkomen dat in het onderzoek codes dubbel aan fragmenten werden toegekend. Een ander voordeel was dat de betekenisverlening zowel aan de hand van een hiërarchie van de thema's vanuit patiëntenperspectief als aan de hand van de relaties tussen de thema's plaatsvond. Daardoor werd de betekenisverlening door twee verschillende analyses duidelijk en werden de bevindingen bevestigd. Het huidige onderzoek kent echter ook beperkingen met betrekking tot het onderzoek zelf, de doelgroep en de interviews. Hier wordt hieronder nader op ingegaan.

Onderzoek

Uit de code co-occurrence table blijkt dat de concepten *betekenis van herstel*, *persoonlijkheid*, *toekomstgericht zijn*, *zelfontplooiing*, *op het gemak voelen* en *relaties* op verschillende manieren vaak aan elkaar gerelateerd zijn. Opvallend is dat alle concepten behalve het concept *relaties* bij de categorie *Innerlijke betekenis* horen. Hieruit blijkt weer dat de *Innerlijke betekenis* heel belangrijk voor herstel wordt geacht. Het blijkt echter ook dat deze concepten dicht bij elkaar liggen; en er moet overwogen worden of het niet beter is om ze in één alomvattend concept onder te brengen. Hiervoor moet gekeken worden of de concepten hetzelfde beschrijven. In het huidige onderzoek werd ervoor gekozen de concepten apart te noemen, om het overzichtelijk te houden. Anders waren er te veel uitspraken onder

één concept gevallen. In vervolgonderzoek moet worden vastgesteld of de concepten gecorreleerd zijn of dat ze daadwerkelijk inhoudelijk iets anders meten.

Een tweede beperking is dat bij het concept *plaats van herkomst* ook uitspraken werden meegenomen waarin alleen verteld wordt wat de afkomst is zonder dat hier het belang voor herstel wordt benoemd. Zo blijkt uit het huidige onderzoek dat redelijk veel over de betekenis van de plaats van herkomst voor herstel wordt gepraat, terwijl uiteindelijk één patiënt daadwerkelijk er een verband mee legt. Aanvullend moet worden gezegd dat deze patiënt de omgeving, de natuur van zijn woonplaats belangrijk vindt en daarmee uiteindelijk meer ingaat op de natuur dan op de betekenis van de plaats van herkomst. Dit betekent weer dat de betreffende uitspraken beter onder het concept *Ontspanning* kunnen worden geplaatst omdat het hier vaak ook over de natuur gaat. Dit kan dus de resultaten hebben vertekend. In vervolgonderzoek moet daarom specifiek op de pure betekenis van de afkomst worden ingegaan.

Bovendien werden in het huidige onderzoek alleen positieve uitspraken meegenomen. Hierdoor kunnen belangrijke aanvullingen of verklaringen van de patiënten over het hoofd gezien zijn. Door ook negatieve uitspraken te analyseren, kunnen de interpretaties van indirecte uitspraken en de inhoud van de positieve uitspraken bevestigd worden.

Doelgroep

Het huidige onderzoek werd met een doelgroep van 15 personen gedaan, van wie 13 in de laatste fase van hun herstel zitten en dus redelijk ‘gezond’ zijn. Om een beter beeld te krijgen van de betekenisverlening aan herstel door schizofreniepatiënten moeten in vervolgonderzoek ook patiënten uit andere fases meegenomen worden.

Interviews

Een andere beperking is dat voor het onderzoek audio-opnames gebruikt werden. Sommige stukjes waren niet goed verstaanbaar, waardoor er in de uitgetypte interviews delen van enkele zinnen ontbreken. Hoewel de inhoud over het algemeen wel duidelijk was, kan er belangrijke informatie verloren gegaan zijn, waardoor de resultaten gefalsificeerd kunnen zijn. In één interview ontbreekt bijvoorbeeld een stukje wanneer ze over het belang van het hebben van een diagnose praten. De patiënt weet zijn diagnose niet en wordt gevraagd hoe hij daartegenaan kijkt. Zijn antwoord werd niet helemaal duidelijk: “(onduidelijk) voor te combineren met De Vlinder was dat te zwaar is, zei ze.”. In een ander interview ontbreekt een stuk in de vraag van de interviewer waardoor niet duidelijk werd, waar ze het op dat

moment over hebben: ‘Interviewer: “Dat lijkt me iets om vast te houden Inge.”. Patiënte: “Ja”. Interviewer: “Ik heb...?...”. Patiënte: “Neenee”.’.

Daarnaast zijn de gebruikte interviews semigestructureerd, wat betekent dat de interviewer zich niet aan het script moet houden. Dit heeft er ten eerste ertoe geleid dat de interviewer verschillende verklaringen bij de deelnemers heeft gebruikt, wat hun antwoorden beïnvloed heeft. De vraag naar de ontwikkeling van de psychische gezondheid door de jaren heen illustreert dit punt goed. In een aantal interviews lijkt de interviewer te willen weten welke weg de patiënt met betrekking tot zijn ziekte heeft afgelegd en waar hij nu staat. Als antwoord op deze vraag vertellen de patiënten hun geschiedenis en hoe het zo ver heeft kunnen komen (bijvoorbeeld patiënten 2 en 8). In andere interviews lijkt het er echter op dat de interviewer op dat moment vooral wil weten wat tot dan toe heeft geholpen om op dat punt te staan (bijvoorbeeld patiënt 1). Hier is dus niet duidelijk of de interviewer naar de geschiedenis en de totstandkoming van de actuele psychische gezondheid vraagt of naar belangrijke keerpunten op deze weg.

Ten tweede heeft de interviewer gebruikgemaakt van lijstjes om de deelnemers voorbeelden te laten zien. Dit kan ertoe hebben geleid dat de deelnemers zelf niet meer intensief over mogelijke onderwerpen hebben nagedacht. De interviewer heeft bijvoorbeeld op een gegeven moment naar personen gevraagd die een steun voor de patiënt zijn. Sommige patiënten konden hier direct antwoord op geven, terwijl anderen het lijstje dat de interviewer toonde voor hun antwoorden gebruikten (bijvoorbeeld patiënt 4). Eén patiënt (patiënt 3) vertelde zelfs eerder in het interview in een ander verband over belangrijke personen zoals iemand die met hem sport. Personen met deze functie staan zelfs niet op het lijstje.

Ten derde kon de interviewer zelf bepalen op welke momenten hij doorvroeg. Zijn eigen interesses en belangstellingen kunnen hier invloed op hebben gehad, waardoor het onderzoek subjectief zou zijn. Met patiënte 1 praat de interviewer bijvoorbeeld tien minuten over het psychisch lijden, terwijl hij daar met patiënt 6 slechts twee minuten over praat. In het eerstgenoemde interview wordt de subjectiviteit van de interviewer duidelijk, omdat hij hier op een moment doorvraagt waarop hij informatie over een onderwerp kan krijgen dat later in het interview sowieso nog aan bod zou komen: Patiënt: “ja maar als ik het alleen mag doen, kan ik het op mijn eigen manier doen. Hier moet ik mij aan de regels houden.”, interviewer: “ja, en die regels zijn belemmerend?”. Het voordeel hierbij is dat de interviewer via het doorvragen al informatie krijgt over welke voorwerpen als steun worden ervaren. Nadeel is

echter dat de interviewer door deze inhoudelijke ‘sprong’ later plotseling een andere kant op moet gaan en het verhaal van de patiënte moet stoppen (Interviewer: “hm ja. Dat was nog maar de vraag van psychisch lijden eigenlijk. Misschien moeten we even verder gaan [...]”).

4.4. Aanbevelingen voor de Wetenschap

In vervolgonderzoek moet erop worden gelet dat in elk geval bij elke deelnemer dezelfde verklaringen tijdens het interview worden gebruikt. Er kan ook voor gekozen worden om geen directe voorbeelden te geven, maar om de onderwerpen indirect te noemen, zodat de deelnemer er toch nog zelf over kan nadenken. Om de subjectiviteit uit het onderzoek te halen, kan met intersubjectiviteit gewerkt worden, waarbij de interviews door een tweede persoon afgenomen en gecodeerd worden. Daardoor zou ook gegarandeerd kunnen worden dat de audio-opnames goed weergegeven worden.

Dat het sociaal welbevinden voor herstel minder belangrijk is, kan verschillende oorzaken hebben, bijvoorbeeld te weinig verkenning van de maatschappij. In toekomstig onderzoek kan hierop nader worden ingegaan. Omdat de meeste patiënten uit het huidige onderzoek in de laatste fase van hun herstel zitten, zou het ook interessant kunnen zijn om te onderzoeken of de betekenisverlening aan herstel tussen schizofreniepatiënten in verschillende fases van herstel of tussen andere doelgroepen verschilt.

4.5. Aanbevelingen voor de Praktijk

Uit het huidige onderzoek is gebleken dat het psychologisch welbevinden het meest belangrijk voor herstel wordt geacht. De welbevindentherapie kan in aansluiting op de reguliere behandeling het psychologisch welbevinden verhogen, zodat de psychische klachten en de kans op terugval verminderen (Bohlmeijer et al., 2013). Bij deze therapie leert de patiënt positieve momenten meer waar te nemen en een relatie te leggen tussen de momenten waarop hij zich goed voelt en de situaties die hiermee samenhangen (Bohlmeijer et al., 2013). Vooral de factoren doelgerichtheid, positieve relaties, persoonlijke groei en autonomie bleken belangrijk voor herstel te zijn. Deze factoren komen respectievelijk overeen met de thema's *Doelen*, *Belangrijke anderen*, *Zelfontplooiing* en *Onafhankelijkheid* uit het huidige onderzoek, en zijn ook terug te vinden in de clusters Verrijkende relaties en Zelfexpressie in gezamenlijke uitdagende activiteiten. Door tijdens de behandelingen de focus te leggen op ondersteuning bij het ontdekken van de eigen talenten, kan het ervaren van competentie,

autonomie en verbondenheid bevorderd worden (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2013). Daarnaast moeten de patiënten ondersteund worden bij het aangaan en onderhouden van relaties en het opzoeken van sociale contacten. Hierbij zou het hen kunnen helpen om te leren actief en constructief op goed nieuws te reageren. Dit houdt in dat men met enthousiasme en blijdschap op het verhaal van de ander reageert en de gebeurtenis samen nog een keer beleeft (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2013).

5. Conclusie

In het huidige onderzoek blijkt zowel uit het aantal uitspraken dat over de verschillende thema's wordt gedaan als uit de relaties tussen de thema's dat schizofreniepatiënten over het algemeen een gezamenlijke mening over herstel hebben. De vier kernthema's *Innerlijke betekenis*, *Belangrijke anderen*, *Functioneren* en *Materiële steun* worden belangrijk voor herstel gevonden. De kernthema's *Innerlijke betekenis* en *Belangrijke anderen* zijn het meest belangrijk, terwijl *Functioneren* en *Materiële steun* minder belangrijk worden gevonden. Hetzelfde bleek uit de onderzoeken van Ehling (2015) en Van Brakel (2015). De patiënten vinden dus ten eerste in zelfexpressie en bepaalde facetten van de eigen persoon hulp en steun bij hun herstel. Bepaalde gevoelens en plaatsen waar ze zich prettig voelen, en een positieve instelling over het eigen herstel worden hierbij belangrijk gevonden. Het belang van deze thema's komt ook terug in de clusters Zelfexpressie in gezamenlijke uitdagende activiteiten en Houding tegenover de ziekte. Ten tweede vinden de patiënten dat contacten een positief effect hebben op herstel en dat sociale steun en verbondenheid hierbij een grote rol spelen. Dit belang is terug te zien in het cluster Verrijkende relaties. Patiënten blijken zelf het kernthema *Innerlijke betekenis* als het meest belangrijke voor herstel te zien. Uit een latere analyse van de co-occurrences van de subthema's bleek echter dat *Belangrijke anderen* belangrijker wordt geacht. Omdat in toekomstige behandelingen de stem van de patiënten meegenomen zal worden, moet meer aandacht worden besteed aan wat zij zelf vinden. Om deze reden wordt het voor de gezondheidszorg belangrijk geacht om de aandacht op *Innerlijke betekenis* én *Belangrijke anderen* te richten, maar de focus te leggen op *Innerlijke betekenis*. De vergelijking met het onderzoek van Van Brakel (2015) – dat gebaseerd is op de PhotoVoice – laat zien dat het thema *Innerlijke betekenis* ook hier het belangrijkste wordt gezien, wat dit besluit ondersteunt. Ook uit de vergelijking met het onderzoek van Wilken (2010) blijkt dat de *Innerlijke betekenis* een belangrijkere rol bij herstel heeft.

Voor schizofreniepatiënten blijkt het psychologisch welbevinden dus het belangrijkste voor hun herstel te zijn. Dat houdt in dat bepaalde persoonlijke kwaliteiten, het hebben van toekomstperspectieven en het onderhouden van relaties als een steun wordt ervaren. Het emotioneel welbevinden wordt door hen niet in verband gebracht met herstel. Behandelingen moeten in de toekomst dus worden gericht op het bevorderen van het psychologisch welbevinden.

6. Referenties

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM-IV-TR tm]*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Boevink, W. & Dröes, J. (2005). Herstelwerk van mensen met een psychische beperking en wat kunnen hulpverleners doen om hen te ondersteunen? *Psychopraxis*, 7, 11-16, doi: 10.1007/BF03072191
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G. & Walburg, J.A. (2013). *Handboek Positieve Psychologie*. Amsterdam: Boom.
- Bohlmeijer, E. & Hulsbergen, M. (2013). *Dit is jouw leven*. Amsterdam: Boom.
- Boom Lemma uitgevers (2015). Vaardigheden in psychodiagnostiek: Bibliotheek – Schizofrenie en andere stoornissen. Verkregen op 20 maart, 2015, via: www.vaardighedeninpsychodiagnostiek.nl.
- Brakel, van M. (2015). *De betekenis van herstel onder patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening* (Masterscriptie).
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2015). Bevolking, kerncijfers. Verkregen op 13 maart 2015, via: statline.cbs.nl.
- Deegan, P.E. (1993). Recovering our sense of value after being labeled mentally ill. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 31(4), 7-11.
- Ehling, G. (2015). *De betekenisverlening van herstel voor patiënten met chronische psychiatrische ziekte* (Masterscriptie).
- Herrman, H., Hawthorne, G. & Thomas, R. (2002). Quality of life assessment in people living with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 510-518.
- Hert, de M. & Peuskens, J. (1997). Suicide en schizofrenie, risicofactoren en implicaties voor behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39(6), 462-74.
- Lemos-Giráldez, S., García-Alvarez, L., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., Vallina-Fernández, O., Vellajo-Seco, ... Andresen, R. (2015). Measuring stages of recovery from psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 51-58.
- Schrank, B., Riches, S., Coggins, T., Rashid, T., Tylee, A. & Slade, M. (2014). WELLFOCUS PPT – modified positive psychotherapy to improve well-being in psychosis: Study protocol for a pilot randomised controlled trial. *Trials*, 15(203), doi:10.1186/1745-6215-15-203
- Smit, H. (2014). *COPING & HERSTEL: Een onderzoek naar religieuze en niet religieuze copingstrategieën die het herstel van mensen met schizofrenie kunnen bevorderen*. (Masterscriptie). Verkregen via: dspace.library.uu.nl.

- Vansteenkiste, T. (2014). *Images of recovery a participatory PhotoVoice studie*. Paper presented at Refocus on recovery Conference, London (Engeland), 2-3 juni 2014.
- Wciórka, J., Świtay, P. & Anczweska, M. (2015). The stages of recovery in relation to the other subjective and objective aspects of psychosis. *Psychiatry Research*, 225, 613-18.
- Westerhof, G. & Bohlmeijer, E. (2010). *Psychologie van de levenskunst*. Amsterdam: Boom.
- Wiersma, D., Nienhuis, F.J., Giel, R., Jong, de A. & Stooff, C.J. (1995). Schizofrenie en verwante psychotische stoornissen: het 15-jaars beloop van een incidentie cohort. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 9.
- Wilken, J. (2010). *Recovering Care. A contribution to a theory and practice of good care*. Amsterdam: SWP.

7. Bijlages

7.1. Bijlage 1: Codeerschema

Categorie	Concept	Omschrijving
Innerlijke betekenis	<i>Persoonlijkheid</i>	Dit concept omvat
Deze categorie bevat		uitspraken van de
uitspraken over de eigen		patiënten over bepaalde
identiteit en de helpende		eigenschappen die ze als
en steunende facetten van		helpend en steunend
de eigen persoon.		ervaren. Hierbij gaat het
Ze omvat ook uitspraken		om
over bepaalde gevoelens		karaktereigenschappen,
en plaatsen waar de		cognities, copingstijlen,
patiënten zich prettig		dingen doen die voor de
voelen.		eigen identiteit van
		belang zijn, sociaal zijn,
		lachen en anderen aan het
		lachen brengen, met
		anderen in discussie gaan,
		of plezier ervaren.

Zelfontplooiing

De patiënten vinden dat activiteiten om zichzelf als persoon verder te ontwikkelen een belangrijke rol voor hun herstel hebben. Hierbij gaat het om een goede baan, vrijwilligerswerk, zichzelf laten opnemen in een ziekenhuis, het kijken van documentaires, het lezen van boeken en encyclopedieën en het studeren of leren. Dit kan bijvoorbeeld ook in een toneelvereniging.

Acceptatie

De patiënten vinden het accepteren van hun ziekte en beperkingen voor hun herstel belangrijk. Ze doen uitspraken erover in hoeverre het integreren van de ziekte in het leven herstel betekent. Dit houdt het treffen van veranderingen in en het beseffen dat het goed is om bepaalde dingen in het leven aan te passen (maar ook het bewust terug opnemen van oude activiteiten om niet in de put te zitten), ondanks de

	ziekte vooruit gaan, leren om te gaan met de ziekte, leren onder stress te ontspannen, bewuster leven, en op het lichaam letten.
<i>Toekomstgericht zijn</i>	Het hebben van passie, wat men graag zou willen, en van doelen, wat men graag wil bereiken binnen het herstel of in het leven, wordt van de patiënten ook als helpend en steunend voor hun herstel geacht. Dit gaat gepaard met een positieve instelling over hun eigen herstel te hebben, niet op te geven en vertrouwen in jezelf te hebben.
<i>Betekenis van herstel</i>	Dit concept houdt uitspraken in over wat herstel voor de patiënt persoonlijk inhoudt en welk beeld of symbool dat herstel zou kunnen vertegenwoordigen.
<i>Plaats van herkomst</i>	Hierbij gaat het om plaatsen of plekken waar de patiënt is geboren. Deze acht hij als belangrijke aspecten voor zijn herstel.

Op gemak voelen

De patiënten hechten in relatie tot hun herstel belang aan het uitvoeren van sport en daarvan kunnen genieten en zich prettig voelen op verschillende plaatsen.

Veilig voelen

Uitspraken uit dit concept hebben betrekking op de beschermende omgeving binnen de psychiatrie en op het beschut willen wonen na hun opname. Deze aspecten vinden ze belangrijk voor hun herstel.

Ontspanning

Hierbij gaat het om het uitvoeren van actieve en rustige activiteiten en om rust in de omgeving te ervaren, wat de patiënten als bevorderend voor hun herstel ervaren.

Functioneren	<i>Onafhankelijkheid</i>	In relatie tot het
Deze categorie bevat concepten die het functioneren als persoon en binnen de maatschappij omschrijven en uitspraken over activiteiten die als helpend en steunend voor het herstel worden		bevorderen van het herstel wordt door de patiënten belang gehecht aan het huishouden zelf kunnen doen, het eigen lichaam kunnen verzorgen, de woning en andere rekeningen zelf kunnen betalen, inspraak

ervaren.

bij de therapie hebben
(een passende
behandeling ontvangen en
herstel bevorderen), en
zelf bepalen wat men wil
doen.

Fysieke verschijning

Hierbij gaat het om
uitspraken over het
belang dat de patiënt aan
zijn uiterlijk hecht. Dit
heeft betrekking op zijn
uitstraling en het
verzorgd uitzien.

Activiteiten

De patiënten achten het
uitvoeren van eigen
hobby's, de eigen
creativiteit uitleven en het
gevoel hebben nuttig te
zijn tevens als belangrijke
componenten voor hun
herstel.

Fit voelen

Onder dit concept vallen
uitspraken over het
belang van het
ondernemen van
activiteiten om in goede
conditie te zijn en
zodoende het herstel te
bevorderen.

Belangrijke anderen	<i>Relaties</i>	
Onder deze categorie vallen concepten die de positieve aspecten van het hebben van contacten, sociale steun en verbondenheid beschrijven.		De patiënten doen uitspraken over relaties met iemand uit de omgeving waarin ze het <u>band met de persoon</u> centraal stellen. Hierbij vinden ze het goed overweg kunnen en zich verbonden voelen belangrijk voor hun herstel. Daarnaast vinden ze de <u>sociale interactie</u> binnen bepaalde relaties belangrijk, waarin ze het niet alleen zijn en praatjes houden belangrijke componenten voor hun herstel vinden. Binnen de relaties wordt <u>het leren van iemand anders</u> door informatie en adviezen krijgen als belangrijk geacht.

Hulpverlener

De patiënten doen uitspraken erover dat vertrouwen, het ervaren van vriendelijkheid, ondersteuning,

Instrumentele steun

aanmoediging, goede contact, zich veilig voelen, altijd bij iemand terecht kunnen komen, zich niet altijd als patiënt voelen belangrijke rollen binnen het herstel hebben. Hierbij staat de ondersteuning bij praktische en dagelijkse zaken binnen relaties met iemand uit de omgeving centraal, wat als helpend voor herstel wordt geacht. Het gaat om materiele steun, zoals met geld geholpen worden, en om tastbare hulp zoals het bezorgen van een woning of de kans om binnen het zorgcentrum te herstellen.

Materiele steun

Medicatie

Bij deze categorie gaat het om het belang van externe hulpmiddelen voor herstel.

De patiënten vinden medicatie helpend voor hun herstel omdat deze een positief effect op de cognities hebben, de gedachtegang en het piekeren verminderen, het rationele denken bevorderen, hen meer in staat stellen om rationeel te denken, de angsten verminderen, en ervoor

Geld

zorgen dat ze zich rustiger, kalm, op hun gemak en “easy” voelen. Dit concept bevat uitspraken over de meerwaarde van geld in relatie tot herstel. De patiënten vinden geld voor zover belangrijk, dat dit gepaard gaat met een goed gevoel en dat men meer kan ondernemen.

7.2. Bijlage 2: Trefwoorden als Indicatie voor een Belangrijk Fragment

Relevante fragmenten		
Concept	Criterium	Trefwoorden
Persoonlijkheid	Het moet onder meer gaan over interesses, sterktes, waardes, trots, eigenschappen, wat iemand leuk vindt of hoe iemand zich beschrijft.	zich inzetten voor iemand/ schuld op zich nemen, interesse/ nieuwsgierig, toff, muurtjes bouwen, sterk(te)/ kracht, initiatief, moedig, in jezelf geloven, vertrouwen in u eigen, waard, trots, eigenschappen, intelligent, plan trekken, nadenken, concentratie/ geconcentreerd, volhouden, (vrijwilligers)werk, bemiddelen, wat ik leuk vind, wat ik graag doe/ deed/ heb gedaan, ik ben..., dat vind ik leuk, inspraak, interesses, tijd, grapje
Zelfontplooiing	Het gaat onder meer over lezen, leren, informeren of het volgen van therapieën.	het verblijf biedt..., vrijwilligerswerk, lezen, oefenen, therapieën, leren, beschut wonen
Acceptatie	Het moet onder meer gaan over het terug beginnen met bepaalde dingen, de ziekte zien als een deel van jezelf, inzien dat men ziek is, of een positieve instelling hebben tegenover de ziekte.	terug beginnen met..., buiten komen, niet blijven zitten, deel van mij, met beperkingen sterk blijven, diagnose hebben, naam geven, nieuwe dingen leren, sterktes gebruiken, inzicht, niet blijven zitten, positieve instelling/ positief denken,

		toch nog sterk, (tot) rust (komen)
Toekomstgericht zijn	Het gaat onder meer over het rondkijken naar iets, iets willen bereiken, naar iets uitkijken, hoop, of positief denken.	inrichten, voor anderen iets willen zijn, als ik..., zal die er misschien ook voor mij..., beroep doen op iemand, rond kijken om..., ik wil... (plan)/ ik zou...willen, 10 zou inhouden..., ik wou vragen of ik..., ernaar uitkijken om..., ik ga..., iets willen bereiken (+plan), aanbevelen (+plan), vertrouwen in je eigen, hoop, optimisme, positieve instelling, positief denken, toekomst
Betekenis van herstel	Er wordt specifiek naar de betekenis van herstel gevraagd en het gaat over de persoonlijke betekenis van herstel en welk beeld dat zou kunnen vertegenwoordigen, wordt besproken.	persoonlijke betekenis van herstel, terug.../ opnieuw, daaruit komen, beeld
Plaats van herkomst	Het gaat over het geboortedorp of afkomst.	roots, geboortedorp, afkomstig van, origine
Op gemak voelen	Het tekstgedeelte bevat onder meer informatie over het welbehagen, het gemak, zich goed voelen, genieten van iets of tevreden zijn met iets.	natuur, welbehagen, gemak, het gewone, goed voelen, vluchten, gevoelens, plezant om te weten dat..., grapjes/ humor, genieten, goed doen, blij zijn, niks mankeren, los voelen, tevreden
Veilig voelen	Het gaat bijvoorbeeld over	houvast, veiligheid, regels,

	veiligheid, structuur of beschut wonen.	structuur, regelmaat, vluchten, beschut, directe aanpak
Ontspanning	Het moet bijvoorbeeld over rust, genieten of tijd gaan.	slapen, rust, weg van de rest, genieten, natuur/ buiten ‘t stad, vakantie, gedachtes weg krijgen, tijd
Onafhankelijkheid	Thema’s als inspraak, vrijheid en onafhankelijkheid zijn aangesproken.	zelf/ eigen, inspraak/ commando geven, alleen/ op mijn manier, proper maken, vrij zijn/ vrijheid/ onafhankelijk, mogelijkheden/ ruimte, huishouden/ huishoudelijk werk, afspreken, loslaten
Fysieke verschijning	De onderwerpen uiterlijk, uitstraling, aantrekkelijkheid en verzorgd uitzien worden besproken.	uiterlijk, uitstraling, aantrekkelijk, verzorgd uitzien
Activiteiten	Het gaat over hobby’s, daginvulling, activiteiten of interesses.	hobby’s, creatief/ creatieve therapeut, nuttig, daginvulling/ bezig zijn, activiteiten/ prutsen, structuur, interesses, iets ‘plezant’ doen, regelmaat
Fit voelen	Er wordt over sport, fysieke verschijning, conditie of lichaam gesproken.	sport, fysiek, conditie, wandelen, fietsen, lichamelijk
Relaties	Onderwerpen als bijvoorbeeld vertrouwen, een band hebben, geïnteresseerd zijn in de mens, contact hebben, communiceren, iets	geïnteresseerd in de mens/ de mens achter de patiënt/ geloven in de mens, band, steun door (beste) kameraad/ moeder/ zus/ broer/ vader/

	van iemand leren, of iets uitleggen, zijn aangesproken.	kinderen/ vrienden/ huisdieren, vertrouwen, mensen kennen, beroep doen op iemand/ vangnet zijn, (sociale) contact hebben, sociale appartementen, sociale omgang, communiceren, grapje maken, buurt, complimentje diagnose, psycho-educatie, iets van iemand leren, spreken over, praten, aan... vragen, afspreken, uitleggen
Hulpverlener	Er wordt specifiek naar de rol van de hulpverlener voor hun herstel gevraagd of het gaat bijvoorbeeld over de begeleiding, aanpak, of houding van de hulpverleners.	begeleiding, creatieve therapeut, meegaan met jou, hulpverlener, begeleider, aanpak, aansporen, dokter, houding, ziekenhuisbehandeling
Instrumentele steun	Het gaat bijvoorbeeld om het verzorgen van een woning of over een beheerder.	geld, woning verzorgen, over huis spreken, therapie, beheerder
Medicatie	Het gaat onder meer over medicatie, middelen of de toevlucht daarin zoeken.	medicatie, easy, toevlucht
Geld	Het gaat om geld of de waarde van geld.	geld, waarde van geld

7.3. Bijlage 3: Codes-Primary-Documents-Table

CODES-

PRIMARY-

DOCUMENTS-

TABLE

Report created by Super

- 23.05.2015 16:05:27

HU: Masterthese_Rudde.hpr7

Code-Filter:

All [20]

PD-Filter: All

[16]

Quotation-Filter:

All [918]

	Pati ent 1	Pati ent 2	Pat ien t 3	Pat ien t 4	Pat ien t 5	Pat ien t 6	Pat ien t 7	Pat ien t 8	Pat ien t 9	Pati ent 10	Pati ent 11	Pati ent 12	Pati ent 13	Pati ent 14	Pati ent 15	TO TA LS:
Accepta tie	8	1	5	4	6	1	2	10	6	3	3	0	0	2	2	53
Activite iten	5	5	4	2	1	1	0	1	0	2	1	1	2	0	2	27
Beteken is van herstel	9	5	2	3	4	5	2	3	5	2	4	2	2	2	8	58
Fit voelen	0	11	4	0	0	0	0	2	0	0	1	1	1	1	2	23
Fysieke verschij ning	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Geld	0	2	1	3	2	1	2	1	1	2	0	1	0	2	1	19
Hulpver	5	5	2	2	4	2	6	4	5	3	3	1	0	1	2	45

lener																	
Instrum																	
entele																	
steun	2	3	2	3	3	3	1	0	0	0	0	1	2	0	2	22	
Medicat																	
ie	0	8	2	0	1	5	0	3	2	0	2	3	0	3	1	30	
Onafha																	
nkeliikh																	
eid	5	8	1	3	4	3	4	8	2	4	1	1	4	4	5	57	
Ontspan																	
ning	7	3	7	1	1	0	0	2	6	1	1	1	3	5	2	40	
Op																	
gemak																	
voelen	10	12	8	7	0	1	0	3	5	2	1	0	0	1	3	53	
Persoon																	
lijkheid	24	9	10	17	8	7	6	12	12	5	3	3	8	6	11	141	
Plaats																	
van																	
herkom																	
st	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	17	
Relaties	17	14	14	21	5	11	9	12	15	13	5	5	13	8	22	184	
Toekom																	
stgerich																	
t zijn	11	9	10	12	11	3	4	6	11	11	9	4	5	4	6	116	
Veilig																	
voelen	3	2	4	3	1	1	1	3	0	4	0	0	0	2	2	26	
Zelfont																	
plooiing	6	2	3	5	0	2	2	7	9	1	1	0	4	3	6	51	
TOTAL																	
S:	114	101	80	90	52	47	40	78	80	54	36	25	46	45	78	966	

7.4. Bijlage 4: Het Uitgewerkte Codeerschema

Het codeerschema	
Categorieën en Concepten	Beschrijving
Innerlijke betekenis	
Persoonlijkheid	De patiënten vinden bepaalde eigenschappen, cognities, affiniteiten en activiteiten om hun identiteit uit te drukken steunend voor hun herstel.
Zelfontplooiing	De patiënten vinden het steunend voor hun herstel als ze zichzelf als persoon verder kunnen ontwikkelen, een leerproces binnen de therapie doormaken, hun kennis kunnen verbreden, hun gezondheidstoestand door bepaalde activiteiten kunnen verbeteren en zichzelf in een ziekenhuis laten opnemen.
Acceptatie	De patiënten vinden het terug waarderen en terug het positieve zien, het aanpakken van nieuwe dingen en actief veranderingen te treffen, het herkennen van symptomen en aanvaarden daarvan (waar een diagnose voor nodig is), en de focus te verleggen steunend voor hun herstel.
Toekomstgericht zijn	De patiënten vinden ambities (m.b.t sociale dingen, interacties en hobby's), doelen (m.b.t. het aanpakken van nieuwe situaties, de psych. toestand, het sociale vlak, de interacties en hobby's) en hoop (m.b.t. de instelling over het eigen herstel en hobby's) steunend voor hun herstel.
Plaats van herkomst	De patiënten noemen m.b.t. de betekenisverlening aan de plaats van herkomst voor hun herstel de natuur als een steunende factor.
Op gemak voelen	De patiënten vinden vertrouwen in interacties, het zich goed voelen door medicaties, de natuur en tevreden te zijn steunend voor hun herstel.
Veilig voelen	De patiënten vinden de beschermende omgeving binnen de psychiatrie, een structuur of daginvulling hebben, beschut wonen en een veilig gevoel in interacties steunend voor hun herstel.

Ontspanning	De patiënten vinden een rustige omgeving door de natuur of een atelier en tijd hebben steunend voor hun herstel.
Betekenis van herstel	De patiënten vinden klinisch herstel en persoonlijk herstel belangrijk. M.b.t. het persoonlijke herstel vinden ze zelfontplooiing, op gemak voelen, ontspanning, belangrijke anderen en hoop steunend voor hun herstel.
Belangrijke anderen	
Relaties	De patiënten vinden ten eerste het band met anderen steunend voor hun herstel. Hierbij betrekken ze zich op verschillende personen en noemen verschillende voorwaarden (gelijke ervaringen, vertrouwen, dankbaar zijn). Ten tweede vinden ze de sociale interactie (m.b.t. humeur/ gezamenlijk lachen, niet alleen zijn, opzoeken en plegen van contacten, gezamenlijke activiteiten, praatjes houden) steunend voor hun herstel. Ten derde vinden ze het leren van anderen (m.b.t. een diagnose, sociale belangstellingen, informatie over de medicamenteuze behandeling, discussies aangaan en therapieën) steunend voor hun herstel.
Instrumentele steun	De patiënten vinden ondersteuning bij praktische zaken (vinden van werk, verzorgen van een woning, geld beheren, administratieve ondersteuning en kans om te herstellen) en dagelijkse zaken (m.b.t. het huishouden, en de eigen verzorging) helpend voor hun herstel.
Hulpverlener	De patiënten vinden de binding, instrumentele steun (d.m.v. therapieën en op het sociale vlak), sociale interactie, onafhankelijkheid en informatieve steun helpend voor hun herstel.
Functioneren	
Onafhankelijkheid	De patiënten vinden het zelf kunnen bepalen wat men doet, zichzelf laten opnemen in een ziekenhuis, het huishouden kunnen doen, een eigen woning hebben, organisatorische dingen zelf aan kunnen en het gedrag verantwoorden steunend voor hun herstel.

Fysieke verschijning	De patiënten vinden hun uitstraling en het verzorgd uitzien steunend voor hun herstel.
Activiteiten	De patiënten vinden hun hobby's, het huishouden, nuttig werk doen en structuur/ regelmaat steunend voor hun herstel.
Fit voelen	De patiënten vinden een goede conditie (door sporten) en een gezonde voeding steunend voor hun herstel.
Materiele steun	
Geld	De patiënten vinden het belangrijk om dingen te kunnen ondernemen, geen schulden te hebben, het vervullen van de basisbehoeftes en het actief verdienen van geld helpend voor hun herstel.
Medicatie	De patiënten vinden de rustgevende werking van medicaties, de verandering van de cognities en het hebben van een soort “vervanger” door de medicaties steunend voor hun herstel.

7.5. Bijlage 5: Code Cooccurrence Table

	Ontsp	Op		Rel	Toekomst		Zelfont	TOT	
	annin	gemak	Persoon	Plaats van	atie	gericht	Veilig	plooii	ALS
	g	voelen	lijkheid	herkomst	s	zijn	voelen	g	:
Acceptatie	2	1	4	0	3		8	1	2
Activiteite									
n	2	4	8	0	1		1	3	4
Betekenis									
van herstel	4	4	11	0	7		8	0	3
Fit voelen	0	6	5	0	1		1	0	1
Fysieke									
verschijni									
ng	0	0	2	0	0		0	0	0
Geld	0	1	0	0	1		1	0	0
Hulpverle									
ner	2	3	1	0	10		2	2	1
Instrument									
ele steun	0	0	1	0	2		0	0	4
Medicatie	1	1	0	0	0		2	0	0
Onafhanke									
lijkheid	2	2	5	0	1		2	1	0
Ontspanni									
ng	0	5	6	0	4		6	0	1
Op gemak									
voelen	5	0	6	0	19		5	5	0
Persoonlij									
kheid	6	6	0	1	17		10	2	7
Plaats van									
herkomst	0	0	1	0	0		0	0	0
Relaties	4	19	17	0	0		10	6	11
Toekomst									
gericht									
zijn	6	5	10	0	10		0	4	4

Veilig										
voelen	0	5	2	0	6	4	0	4	28	
Zelfontplooiing	1	0	7	0	11	4	4	0	42	

	Fysieke									
	Activiteit	Betekenis van herstel	Fit voelen	verschijnning	Geld	Hulpverlener	Instrumentele steun	Medicatie	Onafhankelijkheid	
Acceptatie	0	2	7	1	0	0	0	0	1	2
Activiteiten	2	0	2	3	0	2	0	0	0	3
Betekenis van herstel	7	2	0	4	0	0	0	0	1	2
Fit voelen	1	3	4	0	0	0	1	1	1	1
Fysieke verschijnning	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Geld	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0
Hulpverlen	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
Instrumentele steun	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0
Medicatie	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0
Onafhankelijkheid	2	3	2	1	2	0	1	0	0	0
Ontspanning	2	2	4	0	0	0	2	0	1	2
Op gemak voelen	1	4	4	6	0	1	3	0	1	2
Persoonlijkheid	4	8	11	5	2	0	1	1	0	5
Plaats van	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

herkomst										
Relaties	3	1	7	1	0	1	10	2	0	1
Toekomstg										
ericht zijn	8	1	8	1	0	1	2	0	2	2
Veilig										
voelen	1	3	0	0	0	0	2	0	0	1
Zelfontplooiing	2	4	3	1	0	0	1	4	0	0