

# Basismodule 1

Herstel



# Basismodule 1 Herstel

## Inleiding

In deze eerste basismodule staan de begrippen herstel en herstelproces centraal. Deze begrippen vormen de basis van de inzet van ervaringsdeskundigheid.

In het eerste deel van de module staat de theorievorming rond herstel centraal. Hierin wordt aandacht besteed aan de ontstaansgeschiedenis van de herstelbeweging, de omschrijving van herstel en herstelprocessen en aan de fasen van herstel. In het tweede deel van de module wordt ingegaan op (eigen) ervaringen met herstel en wordt een link gelegd naar de competenties en dilemma's in het werk als ervaringsdeskundige.

## Opzet en doelstelling module

Het doel van de module is dat leerlingen/studenten:

- Het herstelconcept kennen en deze kunnen koppelen aan hun eigen ervaringen;
- De eigen herstelervaringen verkennen en handvatten krijgen om deze te beschrijven en verwoorden naar anderen;
- Een begin maken met reflectie op eigen ervaringen en de ervaringen van anderen.

## Theorie

### Ontstaansgeschiedenis

De herstelbeweging vindt haar oorsprong in de jaren zeventig van de vorige eeuw in de zogenoemde 'antipsychiatriebeweging'. Deze beweging verzet zich tegen de cultuur in de psychiatrie, waardoor cliënten vereenzelvigd worden met hun stoornis en afhankelijk worden gemaakt van de hulpverlening (Hunsche, 2008). De herstelbeweging is echter geen 'antipsychiatrie'. Weliswaar wordt klinisch herstel gerelativeerd ten gunste van persoonlijk en maatschappelijk herstel, maar dat doet niets af aan de erkenning dat goede, effectieve behandeling waardevol is of kan zijn (Van der Stel & Van Gool, 2013).

Vanaf circa de jaren negentig worden er nieuwe perspectieven ontwikkeld op wat nodig is voor een goede ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Een eerste beweging komt vanuit hulpverleners en onderzoekers onder de noemer van 'rehabilitatie'. Uitgangspunt van de rehabilitatiebenadering is dat de ervaringen, initiatieven en wensen van cliënten zelf het vertrekpunt moeten zijn van ondersteuningstrajecten. De nadruk in de ondersteuning moet liggen op ontwikkelmogelijkheden, niet alleen op het gebied van de psychische gezondheid, maar ook op het gebied van sociale en maatschappelijke participatie. Het idee is om daarbij zoveel mogelijk gebruik te maken van bestaande hulpbronnen in de omgeving van de cliënt en deze te ondersteunen, te versterken en uit te bouwen (Van Weeghel en Dröes, 1999).

Vanuit de cliëntenbeweging – en nauw gerelateerd aan de rehabilitatiebeweging – komt ondertussen het begrip herstel tot ontwikkeling. Waar bij rehabilitatie wensen en mogelijkheden van cliënten centraal staan maar het hulpverleningsperspectief daarop nog steeds op de voorgrond staat, tracht de herstelbenadering nog nadrukkelijker het perspectief van mensen met psychische aandoeningen zelf centraal te stellen. Anders dan bij de antipsychiatriebeweging gaat het niet alleen om zelfbeschikking en cliëntenrechten, maar wordt een nieuwe dimensie toegevoegd waarbij begrippen als hoop, perspectief, erkenning en eigenwaarde centraal staan.

Essentieel aan de herstelbeweging is dat cliënten zich niet langer definiëren in relatie tot de zorg maar in relatie tot het eigen leven. Het betekent ook dat de zorg bij dat leven moet aansluiten en niet andersom. Begeleiding en zorg zouden tot doel moeten hebben om mensen te helpen zoveel mogelijk zichzelf te helpen (Hendriksen-Favier e.a., 2012). Vanuit dat perspectief wordt ook steeds nadrukkelijker naar de rol van de GGz en verslavingszorg gekeken en wordt geconstateerd dat hulpverleners in de praktijk vaak moeite hebben in deze perspectiefwisseling mee te gaan.

Het concept herstel zoals is ontwikkeld vanuit de GGz, vindt steeds meer aansluiting in de verslavingszorg, waar al veel eerder het belang van ervaringskennis en deskundigheid werd onderkend. De verbinding van deze ervaring met het herstelconcept heeft op beide terreinen tot een verdieping en versterking geleid. Ook op beleidsniveau wordt het belang van herstel en herstelondersteuning steeds meer erkend. Zo publiceerde de koepelorganisatie GGZ Nederland de visiedocumenten *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap* (2009) en *Focus op preventie en herstel* (2013), waarin gepleit wordt voor zorg waarin niet 'de cliënt als cliënt' centraal staat, maar 'de cliënt als burger'.

### **Wat is herstel?**

Het begrip herstel roept verwarring op. Het wordt vaak vertaald naar genezing, een betekenis die ook het meest is ingeburgerd in het spraakgebruik. De verwarring wordt gevoed door het hardnekkige beeld dat mensen met psychische of verslavingsproblemen nauwelijks genezen. Onderzoek toont echter aan dat het overgrote deel van de mensen met een eerste psychose zodanig herstelt dat zij hiervan geen hinder meer ondervindt in het verdere leven. Maar dit 'beter worden' is niet wat in dit kader bedoeld wordt met herstel. Herstel gaat over het (leren) leven met een ontwrichtende aandoening, beperking of kwetsbaarheid, waarbij de mogelijkheden en krachten van de mens centraal staan. Dit in tegenstelling tot de onmogelijkheden van de beperking, aandoening of kwetsbaarheid. Herstel is dan ook een individueel en persoonlijk proces waarbij het (weer) gaan functioneren in sociale rollen (bijvoorbeeld als ouder, werknemer) een belangrijk streven is. Hierdoor is herstellen ook zeer goed mogelijk wanneer de aandoening niet geheel verdwijnt. Het impliceert een actieve acceptatie van kwetsbaarheden, problemen en beperkingen en een geleidelijke inwisseling van de patiëntidentiteit naar burgerschap (Hendriksen-Favier e.a., 2012).

### **Aspecten van persoonlijk en maatschappelijk herstel**

Uit de literatuur naar herstelprocessen van mensen met psychische aandoeningen, komt een aantal belangrijke aspecten van herstel naar voren:

- *Vrije ruimte*: dit verwijst in de eerste plaats naar de ruimte die ieder mens in zich heeft om de eigen levenskracht te hervinden, eigen keuzes te maken en nieuwe mogelijkheden te zoeken en te vinden. Deze vrije ruimte is nodig om de unieke onderdelen van de eigen beleving te ontdekken en om het eigen verhaal op de voorgrond te zetten. Vrije ruimte betekent ook de vrijheid om binnen de bestaande verhoudingen de bakens te verzetten en ruimte te maken voor kracht en invloed van mensen met psychische aandoeningen waar die er nu nog niet is (Boertien & Van Bakel, 2012).
- *Betekenisgeving*: hierbij gaat het om betekenis te geven aan de eigen psychische of verslavingsproblemen, aan gebeurtenissen in het eigen leven, aan de relaties daartussen en aan de manier waarop dit heeft geleid tot de huidige situatie. In herstelverhalen van mensen met psychische of verslavingsproblemen valt op dat de aandoening vaak in een nieuw licht is komen te staan en dat nieuwe betekenissen

worden toegekend aan eerdere levensgebeurtenissen. De problematiek wordt niet meer zozeer beschouwd als een op zichzelf staande kenmerk van de persoon, maar raakt meer geïntegreerd in het levensverhaal. Daarbij worden de beperkingen die door de aandoening bestaan niet ontkend; wel krijgen zij een andere plaats in het levensverhaal en in het leven van betrokkenen. In persoonlijke verhalen van mensen met psychische of verslavingsproblemen wordt aangegeven hoe de bron van het eigen lijden soms zelfs tot een bron van kracht en eigenwaarde kan worden. Hierdoor kan het ontrafelen en interpreteren van het eigen levensverhaal een belangrijke stimulans zijn van het herstelproces. Boevink & Dröes (2005) verwoorden het aldus: *'Verhalen maken en vertellen is een belangrijk onderdeel van het herstellen van een psychische aandoening. Een verhaal maken en vertellen stelt iemand in staat het hoofd te bieden aan iets overweldigends als bijvoorbeeld een psychose'*.

- *Zelfbeeld en zingeving*: hernieuwde betekenisgeving aan eigen klachten en kwetsbaarheden gaat vaak samen met een proces waarbij achter de identiteit en het zelfbeeld van de 'psychiatrische patiënt' of 'de verslaafde' weer een unieke persoon tevoorschijn komt, nog steeds met kwetsbaarheden maar ook met een uniek verhaal en persoonlijke wensen en ambities. Hierdoor ontstaat er ruimte voor een ander, genuanceerder en voor een belangrijk deel positiever zelfbeeld. Daarmee ontstaan ook weer nieuwe mogelijkheden tot het ontwikkelen van vaardigheden, het oppakken van betekenisvolle relaties, het uitproberen van vergeten rollen en het oriënteren op persoonlijke wensen en doelen. Hierbij geldt dat kwetsbaar zijn en opnieuw zin geven aan het eigen leven hand in hand kunnen gaan, zolang zowel kwetsbaarheden als mogelijkheden en talenten worden (v)erkend (Van Hoof e.a., 2014). Daarnaast staan begrippen als autonome zelfbepaling, het ontwikkelen van eigen waarden, vergroten van zelfrespect, zelfwaardering en zelfvertrouwen, en het ontwikkelen van nieuwe doelen en strategieën centraal in ieders herstelproces (Van der Stel 2012, Van der Stel & Van Gool 2013).
- *Verbondenheid met anderen*: verbondenheid met anderen is een belangrijk aspect van herstelprocessen. Zoals met familieleden, burens, vrienden, collega's enzovoort. Die verbondenheid ervaren sommigen vooral in contacten met mensen die vergelijkbare ervaringen hebben gehad. Het delen van die ervaringen plaatst het eigen levensverhaal in perspectief, maar geeft ook de ervaring dat het levensverhaal en de eigen ervaringen waardevol zijn. Verbondenheid met anderen gaat echter niet alleen over contacten met lotgenoten en naasten, het gaat over meedoen in de samenleving, net als andere burgers, maar zonder de persoonlijke kwetsbaarheden te hoeven verstoppen. Het gaat om 'volwaardig burgerschap', waarbij mensen ervaren dat zij op basis van hun eigen, unieke inbreng geaccepteerd en erkend worden als waardevol lid van de samenleving (Van Hoof e.a., 2014).
- *Perspectief en hoop*: kenmerkend voor herstelprocessen is ook het doorbreken van stilstand. Wat tot stilstand was gekomen, komt weer in beweging en met die beweging ontstaat ook weer perspectief en hoop. De grenzen die door de eigen psychische kwetsbaarheden worden opgelegd, worden niet meer als vanzelfsprekend geaccepteerd. Dát die grenzen er zijn, wordt erkend en wordt vaak nog dagelijks ervaren. Maar men is minder bang om te verkennen waar die grenzen precies liggen en tot waar ze kunnen worden opgerekt. Volgens sommigen zijn perspectief en hoop om bovenstaande redenen wel de meest essentiële elementen van herstelprocessen: *'Het verlangen genereert energie. Alleen als je verlangt, gaat er wat gebeuren'* (In: Van Hoof e.a., 2014).

- *Grip*: herstelprocessen kenmerken zich tenslotte door het doorbreken van de ervaring overgeleverd te zijn aan de aandoening en aan diegenen die de taken en rollen hebben overgenomen die men zelf niet (meer) kan vervullen. Mensen hervinden vaak weer een zekere grip op het eigen leven. De ervaring keert terug zelf keuzen te kunnen maken. Die zelfbeschikking wordt vervolgens ook weer een bron van kracht en eigenwaarde. Boevink en Dröes (2005) formuleren het als volgt: '*Groei leidt tot regie en controle; regie en controle tot groei. Juist die wisselwerking biedt de grond van waaruit men gevoelens van hopeloosheid, het verlies van een betekenisvolle identiteit, verbondenheid, rollen en kansen, kan overstijgen*'.

Hierboven zijn de belangrijkste elementen van herstelprocessen op een rij gezet. Uitgangspunt hierbij is dat herstel niet alleen is weggelegd voor mensen met minder ernstige of minder langdurige psychische problemen, ook diegenen met 'zware' problematiek kunnen herstellen (Van Hoof e.a., 2014).

### **Fasen van herstel**

Hoewel ieder herstelproces een persoonlijk en individueel proces is, kunnen bepaalde fasen worden onderscheiden in dit proces. Hierbij is geen sprake van een vaste volgorde: soms wordt de stap genomen naar een voorgaande fase, een andere keer naar een volgende fase en soms zijn de fasen nauwelijks te onderscheiden. Desondanks kan de indeling helpen om te begrijpen wat er gebeurt en om eventueel de ondersteuning beter af te kunnen stemmen op wat nodig is. Een veelgebruikte indeling is die van Spaniol e.a. (2002):

1. Overweldigd worden door de aandoening  
In deze fase staan ontredde en verwarring op de voorgrond. Overweldigende symptomen lijken alles te bepalen en het leven is gericht op overleven, zowel mentaal als fysiek. Kenmerken van deze fase zijn hopeloosheid, machteloosheid en het gevoel geïsoleerd te zijn van zichzelf, van anderen en van de omgeving.
2. Worstelen met de aandoening  
Er is nog steeds angst om 'overmand' te worden door de aandoening, maar nu dient ook de vraag zich aan hoe ermee geleefd kan worden. Er worden manieren ontwikkeld om weer contact met zichzelf te krijgen en om actief te leren omgaan met de symptomen. Kenmerken van deze fase zijn de worstelingen met het gebrek aan zelfvertrouwen en de zoektocht naar de eigen identiteit.
3. Leven met de aandoening  
In deze fase begint het besef te groeien dat er met de aandoening kan worden omgegaan. Hierdoor wordt de angst minder en ontstaat er ruimte om beperkingen en sterke kanten te leren ontdekken. Kenmerken in deze fase zijn het opbouwen van een nieuw 'zelf', het herstellen van oude en ontdekken van nieuwe rollen en het (opnieuw) aangaan van contacten met belangrijke anderen.
4. Leven voorbij de aandoening  
De aandoening raakt meer en meer op de achtergrond. Er is nu ruimte om de verbondenheid met anderen te voelen, capaciteiten te onderzoeken en mogelijkheden en talenten op diverse terreinen te ontdekken en in te zetten. Het is mogelijk nieuwe doelen in het leven te stellen waarin rekening gehouden wordt met de aandoening, maar waarbij deze niet meer op de voorgrond staat (zie ook: Hendriksen-Favier e.a., 2012).

Een ander voorbeeld van een fasenbeschrijving die vaak in de verslavingszorg wordt gebruikt is die van Andresen (zie Van der Stel & Van Gool, 2013). Hij onderscheidt vijf fasen, namelijk:

1. Moratorium. In deze fase ervaart de persoon geen probleem. Hij ziet zichzelf niet als ziek, er is sprake van ontkenning. Hij is vooral gericht op zowel mentaal als lichamelijk overleven. Deze fase wordt gekenmerkt door hopeloosheid en machteloosheid en gevoelens van isolement van zichzelf (het 'zelf' van voor de aandoening), van anderen en van de omgeving.
2. Bewustwording. In deze fase dient zich de vraag aan hoe een leven geleefd kan worden met de aandoening. Het keuzemoment van of opgeven of een manier vinden om met de aandoening om te gaan. De wanhoop is groot en het zelfvertrouwen is laag. Maar er is een sprankje hoop dat kan leiden tot een voorzichtig ander zelfbeeld.
3. Voorbereiding. Hierin is kenmerkend dat de cliënt de balans opmaakt van zijn kwaliteiten, waarden, kracht en kwetsbaarheden. Het houdt in dat iemand leert wat er aan hulp te halen is, wat de kwetsbaarheid, ziekte of aandoening inhoudt, in contact komt met anderen die ook pogen te herstellen. Dit zijn voorzichtige pogingen om de grip op het eigen leven te herwinnen.
4. Opnieuw opbouwen. In deze fase wordt de angst minder, omdat een kiem van vertrouwen groeit dat omgegaan kan worden met de aandoening. Hier zal het hard werken zijn. De pogingen om de eigen identiteit ten positieve te veranderen vraagt veel. Deze pogingen houden in dat er nieuwe eigen doelen gesteld worden en er terug gekeken wordt naar oude doelen. Dit maakt het proces zwaar en de risico's zijn groot.
5. Groei. De kwetsbaarheid is niet weg, ook kunnen er symptomen blijven die niet meer weg gaan. Maar het vermogen om hiermee om te gaan groeit en er ontstaat steeds meer weerbaarheid om met tegenslagen om te gaan. Het geloof en vertrouwen in de toekomst groeit en het leven wordt voller en waardevoller. Het gevoel ontstaat dat de opgedane ervaringen tot persoonlijke groei hebben geleid.

In deze en andere fasebeschrijvingen wordt steeds benadrukt dat herstel geen lineair proces is. De grenzen tussen de fasen zijn niet precies te trekken en er zijn op- en neergaande bewegingen binnen eenzelfde fase en tussen de fasen. Het tempo van herstel kan van persoon tot persoon verschillen. Soms is sprake van een snel herstel, bij anderen kan een herstelproces tientallen jaren omvatten. Ook kan in het proces soms sprake zijn van een zekere stilstand (moratorium), terwijl er op een ander moment sprake is van snelle vooruitgang (Wilken, 2010; 2012).

## **Ervaringen met herstel**

### **Herstelverhaal**

De eigen ervaringen met herstel zijn onmisbaar bij de zoektocht naar zin, hoop en eigen kracht, maar ook bij het (weer) oppakken van sociale en maatschappelijke rollen. De ontwrichtende ervaringen van het psychisch lijden, deels door de ziekte zelf en deels door de gevolgen ervan, vormen de aanleiding tot herstel. Heftige symptomen kunnen het gevoel van zelfbesef, van weten wie je bent, aantasten of zelfs tijdelijk uitwissen. Behalve hun gezondheid verliezen mensen soms belangrijke relaties, hun werk, soms hun woonplek en alle rollen die daarmee gepaard gaan. Ondanks deze ontwrichtende ervaringen, liggen in het bredere palet van ervaring ook de mogelijkheden voor herstel besloten (Boertien en Van Bakel, 2012).

Onderstaand herstelverhaal wordt gebruikt als voorbeeld van een verhaal waar alle aspecten van een herstelverhaal aan de orde komen.

Ongeveer drie jaar lang vocht ik tegen depressieve gevoelens. Ik schaamde me, want ik vond dat psychische problemen iedereen mochten overkomen, behalve mezelf. Het met kracht vechten daartegen was mijn valkuil. Uiteindelijk werd ik moegestreden en ernstig depressief opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Tijdens een van de therapieën op de poli braken de beelden door mijn afweermecanisme heen van misbruik in mijn kindertijd. Die afschuwelijke beelden beetelden zich op mijn netvlies. Ik werd nu ook geconfronteerd met de realiteit en gevoelens van het misbruik.

Ik volgde vele therapieën op de poli en werd meerdere keren opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Naar mijn beleving heb ik in die afschuwelijke jaren niet samengewerkt met een hulpverlener. Ik had een goede relatie met een paar van hen, maar heb dit nooit gezien als een gelijkwaardige samenwerking. Simpelweg omdat ik mezelf niet gelijkwaardig voelde. De hulpverlener had een behandelplan en ik, de patiënt, onderwierp me daaraan. Ook slikte ik de pillen die me werden voorgeschreven. Eigen ideeën over medicatie of therapieën besprak ik niet. In die ellendige jaren was ik daar te depressief en te passief voor.

Toen ik tijdens een opname wat opknapte, mocht ik een middagje naar huis. De verpleging vond dat ik niet zelf moest autorijden, hoewel ik hen verzekerde dat ik dat best kon. Ik voelde me betutteld. Sinds lange tijd werd ik weer een beetje opstandig en reed toch met mijn auto naar huis. Dat ging prima totdat ik bij terugkeer mijn auto voor het ziekenhuis parkeerde, tegelijkertijd met een verpleegkundige. Gesnapt! Ik moest op het matje komen en kreeg een preek! Dit incident kwam mijn relatie met de verpleging niet ten goede. Ik voelde me als een kind behandeld. Het incident heeft gevolgen gehad. Daarna hield ik ware gevoelens over een aantal kwetsbare zaken nog meer voor me. Jammer dat ik destijds niet durfde te vertellen aan die verpleegkundigen dat ik me door hen als een klein kind behandeld en betutteld voelde. Dat had zeker gekund, want die verpleegkundigen waren echt geen slechte mensen. Een andere keer schopte ik tijdens een opname in machteloze woede alle prullenbakken om in de gang van het ziekenhuis. Dat werd me vanzelfsprekend niet in dank afgenomen. Een verpleegkundige verzekerde me geïrriteerd dat men van zulke uitbarstingen hier niet gediend was en duwde me een stoffer en blik in de handen. Ik zonk neer op een bank, me inmiddels doodschamend voor mijn gedrag en intens verdrietig. Een andere verpleegkundige die me zo zag zitten op dat bankje in die lange gang, kwam naast me zitten en sloeg haar arm om me heen. Rustig en met warmte in haar stem vertelde zij te hopen dat ik al die kracht die zij telkens bij mij zag eens zou gaan gebruiken om mezelf in positieve zin te helpen. Daarna ruimden we samen de rotzooi op en hadden daar nog lol bij ook.

Toen ik na mijn opname weer thuis kwam, nam voor mijn gezin het leven weer snel zijn gewone loop. Ik bleef echter last houden van depressieve buien en traumatische beelden uit het verleden. Ik wist het nu alleen wat meer te verbergen voor de buitenwereld. In die afschuwelijk eenzame periode realiseerde ik me wel dat ik iets moest gaan doen, wilde ik niet opnieuw opgenomen worden in een psychiatrisch ziekenhuis – mijn grote schrikbeeld. Van sommige psychiatrische ziekenhuizen of verslavingsklinieken gaat je hart al in je keel kloppen als je het terrein oprijdt. Door de sombere uitstraling ervan. Door dat je gebruik moet maken van kleine, troosteloze, onpersoonlijke kamertjes die je vaak ook nog met anderen moet delen. Met geplastificeerde tafels en ongemakkelijk zittende stoelen in de gezamenlijke ruimten. En met van die kale, rommelige spreekkamers met verdorde planten. In een dergelijke omgeving moet je dan je ziel blootleggen aan behandelaars. (...) Je hele zijn schreeuwt juist tijdens een opname om warmte en aandacht op allerlei gebieden.



Nu had ik een brochure liggen die uitleg gaf over een opleiding voor mensen met een psychiatrische achtergrond: de GOAL-opleiding<sup>1</sup>. Met deze opleiding zou je in ruim een jaar tijd opgeleid kunnen worden tot begeleider binnen de GGz. Ik had de brochure gekregen van een verpleegkundige toen ik uit de inrichting werd ontslagen. Zij sprak vaak met mij over allerlei talenten die ze bij me zag. Vooral over het gaan werken in de zorg. Zij vond dat ik daar alles voor in huis had. Ik luisterde dan beleefd, maar geloofde haar niet. Integendeel: het irriteerde me. Waarom praat je niet gewoon net als je collega's over mijn medicatie en beperkingen, dacht ik dan. Want ik? Gaan werken? Ik kon nog niet eens voor mijn kinderen zorgen.

Wat ben ik die verpleegkundige nu dankbaar. Zij was zich ervan bewust dat het belangrijk is om bij patiënten niet alleen op probleemjacht, maar ook op talentenjacht te gaan.

Ik voelde veel onmacht over de manier waarop ik leefde. En was kwaad op mijn besluiteloosheid en situatie. Kwaad op een behandelaar die mij de opleiding afraadde. Kwaad op de psychiatrie omdat ik vond dat ze me niet goed hielpen. Kwaad over het misbruik. Ik uitte die kwaadheid niet. Het groeide diep van binnen. Die kwaadheid is uiteindelijk mijn redding geworden. Ik kreeg er wonderbaarlijke energie door. Ik durfde daardoor, weliswaar met zweet in mijn handen, naar het selectiegesprek van de opleiding te gaan. Mijn verbazing was groot toen ik geselecteerd werd. En heel voorzichtig ontkiemde er sinds lange tijd wat hoop.

Ik begon met angst en beven aan de opleiding. Na de afgelopen miserabele jaren was ik mijn zelfvertrouwen volkomen kwijt. Ik wist helemaal niet meer wat ik nog wel of niet kon. De samenwerking tijdens GOAL werd een openbaring voor me. Door de saamhorigheid tussen de deelnemers van de opleiding kwam het beste van mezelf aan de oppervlakte. Mijn zelfvertrouwen groeide en ik kreeg eindelijk het gevoel dat ik toch nog iets normaal kon: leren! Ondanks mijn psychische problemen! Geleidelijk aan werd mijn ellende niet langer eerste prioriteit. Ik had daar gewoon de tijd niet meer voor. De flashbacks en depressieve buien waren er nog wel, maar beheersten niet langer mijn hele zijn. Ze werden er meer een onderdeel van.

De docente van de opleiding was een invoelende vrouw met kennis van de psychiatrie. Ze behandelde ons als gelijken en was bijna altijd aanspreekbaar. Ik deed vaak een beroep op haar. De goede relatie met die docente is belangrijk voor me geweest. Ook toen ik tijdens een flinke dip halverwege wilde stoppen met de opleiding. Naast de ondersteuning die ik van medestudenten en andere nauw betrokkenen ondervond, bleef de docente contact met me houden en liet ze merken in me te blijven geloven. Dit heeft me geholpen de opleiding succesvol af te ronden. Na de opleiding vond ik direct werk als begeleider.

Het volgen van de GOAL-opleiding heeft me geholpen bij mijn herstel. Ook de volgende zaken hielpen daarbij:

- Angst voor weer een opname; dit motiveerde mij mede om in beweging te komen;
- Kwaadheid die ik zo wonderbaarlijk omzette in kracht;

---

<sup>1</sup> GOAL was de voorloper van de huidige mbo-opleiding Medewerker Maatschappelijke Zorg / Begeleider in de Geestelijke Gezondheidszorg met Ervaringsdeskundigheid (MZ/BGE).

- Het stoppen met medicatie waardoor ik me lichamelijk fitter ging voelen (overigens hielp het voor mijzelf om te stoppen met medicatie. Het is natuurlijk niet zo dat stoppen met medicatie ondersteunend is voor ieders herstel. Zeker niet!);
- De onmisbare ondersteuning van mijn man en andere nauwbetrokkenen die in me bleven geloven en dat ook (heel belangrijk) telkens zeiden;
- De copingstrategieën die ik tijdens en na de opleiding ben gaan gebruiken;
- Haptotherapie waardoor ik meer gevoelens ging delen;
- De ondersteuning van mijn psychiater tijdens de opleiding. Zij wees me voortdurend op het belang van het inlassen van rust (draagkracht-draaglast). Dat was hard nodig. Een ander belangrijk gespreksonderwerp was het ontwikkelen van mijn zelfvertrouwen;
- Het opschrijven en herschrijven van mijn verhalen;
- Het werken bij Pameijer;
- Het werken bij het HEE-team.

Belemmerend voor mijn herstel waren:

- Het op een verkeerde manier gebruiken van mijn kracht;
- Gebrek aan zelfvertrouwen;
- Beelden van het misbruik;
- Niet geloofd worden door mijn familie;
- De behandelaar die mij de opleiding afraadde. Je mag naar mijn mening tegen niemand zeggen dat hij of zij iets nooit zal kunnen. Simpelweg omdat je dat niet weet! Het woord 'nooit' is het wegslaan van hoop;
- Vaak extreme vermoedheid;
- Het wantrouwen van en naar collega's in het begin van mijn loopbaan.

De afgelopen dertien jaar is het me gelukt om mezelf te handhaven, zowel binnen als buiten de GGz. Wel heb ik soms nog last van traumatische beelden op mijn netvlies, verdrietige eenzame buien door het misbruik en vooral ook van de gevolgen van het openbaar maken van het misbruik aan mijn familie. De dader ontkent en een aantal andere familieleden geeft hem nog steeds het voordeel van de twijfel, wat bij mij veel verdriet en woede oproept. Soms is het nodig dat ik me voor een periode weer onder behandeling stel. Maar toch lukt het me weer voldoende prettige dingen uit het leven te halen. Het lukt me weer rollen te vervullen die ik heel fijn vind. Het gaat er niet om wat je in beweging brengt en wat je gaat doen, maar dát je in beweging komt en blijft. Dat je de switch maakt van overleven naar .... weer deel uit willen maken van het leven.

*Lenneke Elfers is werkzaam bij Pameijer en lid van het HEE-team.*

*Eerst werkte ze als begeleider in twee verschillende Beschermende Woonvormen, daarna in een ambulante team. In januari 2009 begon Lenneke als adviseur en startte ze samen met een collega het Empowerment-project binnen Pameijer. De opdracht die zij kregen in 2009 was activiteiten ontwikkelen op het gebied van herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid, zowel voor cliënten als medewerkers.*

## *Opdrachten*

### **Basisopdracht**

Verdeel de groep in een aantal subgroepen. Iedere groep gaat aan de slag met een van de eerder genoemde aspecten van herstel, namelijk: vrije ruimte, betekenisgeving, zelfbeeld en zingeving, verbondenheid met anderen, perspectief en hoop, grip op het eigen leven. Bespreek in de subgroep de volgende vragen:

- Waar zie je in dit verhaal van Lenneke terug van deze aspecten van herstel?
- Wat maakt haar verhaal zo krachtig en wat heeft haar herstel juist versterkt?
- Kan je dat relateren aan eigen situaties?

### **Verdiepingsopdracht**

Beschrijf je eigen ervaringen in relatie tot de fasen in het herstelproces (overweldigd worden door de aandoening, worstelen met de aandoening, leven met de aandoening, leven voorbij de aandoening). Wat waren voor jou belangrijke herstelmomenten? Hoe hervond je je kracht?

## *Opdracht*

Gebruik de video *'Gekkenwerk. HEE in de psychiatrie'*.

- Wat deden cliënten zodat zij zich weer sterker ging voelen?
- Wat deden hulpverleners om hen te ondersteunen?
- Wat deden anderen in hun omgeving?

## *Opdracht*

Lees het artikel van Boevink & Corstens (2014). Wie kerfde 'schuldig' op mijn lijf. In het artikel staat de volgende zin: *'Het hervinden van de persoonlijke geschiedenis, je verhaal, opent een blik op de weg van herstel, een weg die medereizigers vraagt'*.

- Wat wordt bedoeld met 'het hervinden van de persoonlijke geschiedenis' en waarom is dit belangrijk voor herstel?
- Zijn in het verhaal van Wilma Boevink kenmerken van herstelprocessen, zoals vrije ruimte, betekenisgeving, zelfbeeld en zingeving, verbondenheid, perspectief en hoop, en grip terug te vinden? Verdeel de groep in zes subgroepen en ga ieder aan de slag met één van deze kenmerken. Koppel daarna de bevindingen plenair terug.

### *Eigen ervaringen met herstel*

Iedereen maakt ingrijpende gebeurtenissen mee. Sommige gebeurtenissen zijn zo ingrijpend dat ze iemands leven tijdelijk of geheel kunnen ontwrichten, zoals in het verhaal van Wilma Boevink. Herstelprocessen laten zich niet voorspellen. Sommige mensen hebben veel veerkracht en lukt het om gaandeweg te herstellen, anderen worstelen hun hele leven met de nare gevolgen van ontwrichting. Weer anderen stoppen het diep weg en vinden het erg lastig om het een plek te geven.

### Opdracht

Gastles van een ervaringsdeskundige met een verslavingsachtergrond. De ervaringsdeskundige vertelt zijn of haar haar herstelverhaal voor de groep. Wat raakt je in het verhaal van de ervaringsdeskundige? Zijn er onderdelen in het verhaal die je herkent (bij jezelf of bij anderen)? Bespreek dit met elkaar in de groep.

### Opdracht

Hoe ga je zelf om met ingrijpende en ontwrichtende gebeurtenissen in je leven? Bespreek dit in tweetallen.

- Maak tweetallen. Er is een luisteraar en een verteller. Geef duidelijke instructies voor de luisteraar: laat de ander vertellen, stel open vragen, probeer te snappen wat de ander je wil zeggen met zijn verhaal, stel vooral vragen die dit voor jou verduidelijken en stel niks ter discussie.
- Verteller: vertel over een periode uit je eigen leven waarin je het moeilijk had.
- Vertel over wat je toen geholpen heeft om er weer bovenop te komen. De luisteraar luistert vooral en vult niet in! Af en toe een vraag mag wel.
- Wissel van rol.
- Wissel met elkaar uit wat je raakt in het verhaal van de ander. Welke elementen van herstel zie je bij elkaar? Bevestig elkaars kracht en geef elkaar erkenning.
- Had de ander het je makkelijker kunnen maken, bijvoorbeeld door (meer) vragen te stellen? Welke vaardigheden van de ander werken ondersteunend?

Klassikale terugkoppeling door docent:

Wat doet het met jou om een persoonlijke ervaring te delen? Wat maakt dat het makkelijk of juist moeizaam verloopt?

## Generieke competenties ervaringsdeskundigen

Bij de voorgaande opdrachten heb je wellicht gemerkt dat het uitwisselen van ervaringen over ingrijpende gebeurtenissen en de gevolgen hiervan voor je eigen leven, niet eenvoudig is. Zo kan het lastig zijn om eigen ervaringen helder te verwoorden, maar ook om goed naar anderen te luisteren, anderen te begrijpen en op een ondersteunende manier feedback te geven. Dit vraagt bepaalde vaardigheden of *competenties*. Een competentie kan worden omschreven als 'een geïntegreerd geheel van kennis, inzicht, vaardigheden, houding en persoonlijke eigenschappen waarmee op adequate wijze adequate resultaten kunnen worden behaald in een beroepscontext'.

Welke vaardigheden of competenties van belang zijn voor een ervaringsdeskundige worden beschreven in het *Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid*. In hoofdstuk 6 van dit beroepscompetentieprofiel wordt een onderscheid gemaakt tussen *generieke* en *specifieke* competenties. Generieke competenties zijn nodig om alle kerntaken van een ervaringsdeskundige te kunnen uitvoeren, specifieke competenties zijn nodig om specifieke taken te kunnen uitvoeren. In de basismodules zullen we aan alle generieke competenties van ervaringsdeskundigen aandacht besteden.

De overkoepelende competentie is:

### *Ervaringsdeskundigheid in kunnen zetten en herstel kunnen faciliteren.*

De volgende generieke competenties ondersteunen dit:

- Begrip van en vertrouwen hebben in herstel;
- Oordeelloos luisteren;
- Betekenisgeving kritisch en open kunnen bezien;
- Reflectie en introspectie;
- Wederkerige inbreng met respect voor verschil;
- Flexibel met grenzen omgaan;
- Niet-medisch taalgebruik;
- Begrip van en voor conflicten.

In iedere basismodule komen een paar competenties uitgebreider aan bod. In deze module: 'begrip hebben van en vertrouwen hebben in herstel' en 'oordeelloos luisteren'.

#### *Begrip hebben van en vertrouwen hebben in herstel*

Bij deze competentie het erom dat de ervaringsdeskundige:

- De ander hoop en uitzicht biedt op herstel;
- Beseft dat herstel soms in kleine en voor de buitenwereld onzichtbare stappen kan zitten;
- Creatief kijkt en luistert naar zichzelf én anderen om ruimte te bieden voor eigen kracht (empowerment).

#### *Opdracht*

In hoeverre herken je bovenstaande competentie bij jezelf, bij je collega's of bij anderen in je directe omgeving? Bespreek dit met elkaar in de groep.

#### *Oordeelloos luisteren*

Bij de competentie oordeelloos luisteren gaat het erom dat de ervaringsdeskundige:

- Open en zonder oordeel kan luisteren naar de ander;
- Door middel van open vragen probeert te begrijpen waar de ander is;
- Kan aanvaarden dat sommige dingen moeilijk te begrijpen zijn.

Open en oordeelloos luisteren is verbonden met ruimte laten aan de ander. Je probeert in je contact met de ander deze ruimte zo open te laten dat de ander zelf kan kiezen wat voor hem belangrijk is en waar hij mee verder wil.

#### *Opdracht*

Waarom is open en oordeelloos luisteren van belang voor een ervaringsdeskundige? Bespreek dit met elkaar in de groep.

Besteed aandacht aan wat er moeilijk aan is. Doe bijvoorbeeld een oefening waarbij twee personen een gesprek voeren, waarbij één persoon een probleem presenteert. Gebruik hierbij bij voorkeur een eigen voorbeeld. Een derde persoon wordt aangewezen als observator. Aandachtspunten voor de observator zijn: wat valt op aan het gesprek, kunnen mensen met elkaar in gesprek gaan zonder daar allerlei oplossingen en interpretaties aan te verbinden? Zo ja, hoe dan?

## Dilemma's

Ervaringsdeskundigen krijgen regelmatig te maken met situaties waarbij diverse belangen spelen en waarbij er afwegingen gemaakt moeten worden. Hierbij kunnen spanningsvelden ontstaan. Deze worden in hoofdstuk 5 van het *Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid* besproken onder de noemer 'kritische beroepssituaties en spanningsvelden'. In deze module wordt een van deze dilemma's besproken, namelijk:

### **Zingeving versus zinloosheid en pijn kunnen verdragen.**

In het werken als ervaringsdeskundige is het belangrijk om een boodschap van hoop uit te dragen, soms letterlijk, soms alleen al door er voor iemand te zijn. Gevoelens van zin en hoop kunnen bij cliënten sterk ondermijnd zijn door de ernst en de duur van de aandoeningen en de gevolgen van medicatiegebruik. De ervaringsdeskundige kan de verleiding voelen om iemand te helpen er anders naar te kijken. De ander in eigen tempo laten ontdekken hoe hij betekenis geeft aan deze gevoelens is belangrijk. Daarbij moet de ervaringsdeskundige oplettend blijven of de eigen goede intenties niet de grens van de ander overschrijden. Een crisis kan aanvoelen als een grote stap terug en een gevoel van wanhoop en teleurstelling oproepen. De ervaringsdeskundige en de cliënt kunnen beide teleurgesteld zijn over de terugval. Omgaan met rouwen en daarbij blijven zonder iets te doen, kunnen belangrijke ervaringen zijn. Het doormaken van een crisis kan ook een leer- en groeimoment zijn voor een cliënt. Faciliteren dat het om leren en herstellen gaat, haalt een terugval uit de medische sfeer.

### *Opdracht*

Verdeel de groep in tweetallen. Bedenk met z'n tweeën een situatie waarin sprake was van een (tijdelijke) terugval. Gebruik bij voorkeur een eigen ervaring of een ervaring in je directe omgeving. Vertel het verhaal aan de ander en geef hierbij aan welke gevoelens deze terugval bij je oproepen. Wissel naderhand de ervaringen met elkaar uit.

## Bronnen

### **Lesmateriaal**

*Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid* (2013). GGZ Nederland, Trimbos-instituut, HEE! en Kenniscentrum Phrenos. (hoofdstuk 5 en 6)

Boevink, W. & Corstens, D. (2014). Wie kerfde 'schuldig' op mijn lijf. Vroegkinderlijke traumatisering, dissociatie en psychose. *Tijdschrift voor Rehabilitatie & herstel*, 1, 42-52.

Boevink, W. (red) (2006). *Verhalen van herstel. Samen werken met ervaringskennis in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut. Te bestellen via [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl).

'Gekkenwerk in de psychiatrie'. Film ontwikkeld door HEE! (2012). Verschillende ervaringsdeskundigen komen hierin aan het woord over hun ervaringen. Te bestellen via [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl).

## Overige bronnen

Boertien, D. & Bakel, M. van (2012). *Handreiking voor de inzet van ervaringsdeskundigheid vanuit de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut/Kenniscentrum Phrenos.

Boevink, W. (2009). *Lijfsbehoud, levenskunst en lessen om van te leren. HEE-gesch(r)ift*. Utrecht: Trimbos-instituut. Te bestellen via [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl).

Boevink, W., Beuzekom, J. van, Gaal, E., Jadby, A., Jong, F., Klein Bramel, M., Kole, M., te Loo, N., Scholtus, S. en Wal, C. van der (2002). *Samen werken aan herstel. Van ervaringen delen naar kennis overdragen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Boevink, W. & Dröes, J. (2003). *Rehabilitatie en herstel – het begin van een dialoog?* Passage, 12 (1), 4-11.

Boevink, W. & Dröes, J. (2005). Herstelwerk van mensen met een psychische beperking en wat kunnen hulpverleners doen om hen te ondersteunen? *Psychopraxis*, 7 (1), 14-20.

Boevink, W., Plooy, A. & Rooijen, S. van (red) (2006). *Herstel, Empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen*. Amsterdam: SWP.

GGZ Nederland (2009). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Amersfoort: GGZ Nederland.

GGZ Nederland (2013). *Een visie op verslaving en verslavingszorg: focus op preventie en herstel*. Amersfoort: GGZ Nederland.

Hendriksen-Favier, A.I., Nijens, K., Rooijen, S. van (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de GGz*. Utrecht: Trimbos-instituut. Te bestellen via [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl).

Hoof, F. van, Erp, N. van, Boumans, J., Muusse, C. (2014). *Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Ontwikkelingen in praktijk en beleid. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hunsche, P. (2008). *De strijdbare patiënt. Van gekkenbeweging tot cliëntenbewustzijn. Portretten 1970-2000*. Haarlem: Het Dolhuys.

Ridgway, P. (2001). Restorying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 4, 335-343.

Spaniol, L., Wewiorski, N.C., Anthony, W. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14, 327-336.

Stel, J. van der (2012). *Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen*. Den Haag: Boom/Lemma.

Stel, J. van der, Gool, R. van (2013). *Quick scan. Resultaten scoren rond herstel*. Haarlem/Sassenheim.

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

Wilken, J.P. (2012). Het verloop van herstelprocessen. *Tijdschrift voor rehabilitatie*, 3, 18-31.