



FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN
PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

Academiejaar 2015-2016

Tweedesebestemesterexamenperiode

Langdurig herstel van ex-alcoholverslaafden in zelfhulpgroepen

Een kwalitatief onderzoek naar ondersteuningsbronnen en barrières

Masterproef II neergelegd tot het behalen van de graad van

Master of Science in de Pedagogische Wetenschappen, afstudeerrichting
Orthopedagogiek

Promotor: Prof. Dr. Wouter Vanderplasschen

01102620

Loes Vandenbroucke

Voorwoord

Deze masterproef kon slechts tot stand komen dankzij de steun en hulp van verschillende personen. In dit voorwoord wil ik graag van de gelegenheid gebruik maken om hen te bedanken.

Allereerst een bijzonder woord van dank aan alle vijftien participanten uit de zelfhulpgroepen van AA en SOS Nuchterheid. Ik beseft ten volste dat het niet evident is om aan dit onderzoek deel te nemen waarin persoonlijke ervaringen omtrent herstel centraal staan. Zonder hun openhartigheid, vrijwilligheid en bereidwilligheid was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Tevens wil ik de stichter van Verslavingskoepel De Kempen bedanken om mij de kans te geven mijn masterproefonderzoek voor te stellen op de netwerkdag. Ook gaat mijn dank uit naar de stichter van SOS Nuchterheid voor de hulp bij het rekruteren van participanten.

Eveneens gaat een speciaal woord van dank uit naar mijn promotor Prof. dr. Wouter Vanderplasschen om mij de kans te bieden dit onderzoek te verrichten en mij in contact te brengen met de stichter van Verslavingskoepel De Kempen. Op deze manier kreeg ik de unieke kans om ingang te krijgen in de vaak gesloten wereld van de zelfhulpgroepen. Alsook bedank voor de feedback. Tevens gaat een bijzonder woord van dank uit naar Anne Dekkers om mij, met behulp van constructieve feedback, te helpen bij de aanzet van mijn masterproef. Wegens zwangerschapsverlof werd zij vervangen door Lana De Clercq. Ook bij haar kon ik terecht met mijn vragen en kon ik rekenen op bijsturing.

Tot slot wil ik mijn ouders, zus, vriend en vriendinnen bedanken voor de motiverende woorden en onvoorwaardelijke steun. Ook de personen die de tijd namen om mijn masterproef na te lezen wil ik bij deze bedanken.

Loes Vandenbroucke

Abstract

Universiteit Gent
Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen
Afstudeerrichting Orthopedagogiek
Academiejaar 2015-2016

Langdurig herstel van ex-alcoholverslaafden in zelfhulpgroepen

Een kwalitatief onderzoek naar ondersteuningsbronnen en barrières

Er bestaat een toenemende evidentie voor verslaving als chronisch, recidiverende hersenziekte. Dit impliceert recent ook een veranderende kijk op herstel. De focus ligt niet langer op abstinentie als eindresultaat maar op het persoonlijk herstel als levenslang proces. Hierbij gaat de aandacht uit naar positieve veranderingen op verschillende levensdomeinen en de unieke ervaringen van verslaafden. Ook het belang van herstelkapitaal, een waaier aan ondersteuningsbronnen die het herstelproces faciliteren, komt naar voor binnen deze evolutie. Tot op heden blijft onderzoek bij verslaafden in herstel beperkt tot de initiatie van herstel, waarbij de focus ligt op meetbare aspecten. Deze masterproef tracht de persoonlijke invulling aan het herstelproces, en de beleving van verschillende vormen van herstelkapitaal en barrières van ex-alcoholverslaafden in langdurig herstel te belichten. Er is gekozen voor een exploratief onderzoek op basis van kwalitatieve diepte-interviews bij vijftien personen die momenteel lid zijn van een zelfhulpgroep. Resultaten tonen aan dat persoonlijk herstel het volgende veronderstelt: abstinentie, evolueren als mens, comfortabele nuchterheid, normaal functioneren en verhoogde levenskwaliteit. Het gaat om een continu proces dat na jaren van herstel nog een dagelijkse inspanning vereist. Voortdurende alertheid, rationeel en eerlijk denken, kennis rond de problematiek, verhoogde levenskwaliteit en zelfbeeld, positief egoïsme, zelfkennis en optimisme vormen het voornaamste persoonlijk herstelkapitaal. Sociaal herstelkapitaal vinden respondenten in hun zelfhulpgroep waar zij steun kunnen bieden aan lotgenoten en alert blijven door verhalen van nieuwelingen. Steun vanuit de nabije omgeving omvat aanvaarding, appreciatie, sociale controle en hersteld contact met familie. Onder maatschappelijk herstelkapitaal verstaan respondenten het fungeren als rolmodellen en steunfiguren binnen de samenleving. Respondenten botsen ook op een aantal barrières. Op individueel domein creëren algemene verslavingsgevoeligheid, emotioneel en sociaal functioneren, stress- en angstgevoelens, heimwee naar de effecten van alcohol, zelfstigmatisering en egoïsme struikelblokken. Op sociaal domein vormen de confrontatie met alcoholgebruik en onbegrip barrières. Op maatschappelijk domein storen respondenten zich aan de sociale aanvaarding van alcohol, het vertekend beeld over alcoholverslaafden, de alcoholindustrie en de onwetendheid bij hulpverleners. Enkele respondenten ervaren ook de werking van hun zelfhulpgroep als hindernis. Er kan geconcludeerd worden dat persoonlijk herstel meer inhoudt dan louter abstinentie. Ook beschikken personen in langdurig herstel over heel wat herstelkapitaal, toch ervaren zij na jaren van herstel nog een aantal barrières. Er is sprake van een levenslange kwetsbaarheid waardoor nog dagelijks een inspanning geleverd moet worden.

Loes Vandenbroucke
Promotor: Prof. dr. Wouter Vanderplasschen

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	i
Abstract	ii
Inleiding	1
1 Theoretische onderbouwing	2
1.1 <i>Alcoholgebruik en -verslaving</i>	2
1.1.1 Verklaringsmodellen van verslaving doorheen de tijd.....	3
1.1.2 Implicaties van verslaving als chronisch, recidiverende hersenziekte voor de hulpverlening	3
1.2 <i>Herstel</i>	4
1.2.1 Van klinisch naar persoonlijk herstel	4
1.2.2 Herstel binnen de verslavingszorg	5
1.2.3 Verschillende vormen van herstel.....	5
1.2.4 Herstelkapitaal	6
1.2.5 Langdurig herstel van alcoholverslaving	7
1.2.5.1 Zelfhulp als langdurige nazorg.....	7
1.2.5.2 Herstelkapitaal en barrières bij langdurig herstel	8
1.3 <i>Probleemstelling en onderzoeksvragen</i>	9
2 Methodologie	11
2.1 <i>Onderzoeksmethode</i>	11
2.2 <i>Selectieprocedure en omschrijving respondenten</i>	11
2.3 <i>Onderzoeksprocedure</i>	12
2.4 <i>Onderzoeksinstrument</i>	13
2.5 <i>Data-analyse</i>	13
3 Onderzoekresultaten	14
3.1 <i>Perceptie van herstel bij ex-alcoholverslaafden in langdurig herstel</i>	14
3.1.1 De kernaspecten van herstel.....	14
3.1.2 Herstel als eindpunt of continu proces?	15
3.2 <i>Ondersteuningsbronnen en barrières van ex-alcoholverslaafden in langdurig herstel</i> ..	16
3.2.1 Herstelkapitaal bij langdurig herstel	16
3.2.1.1 Persoonlijk herstelkapitaal	16
3.2.1.2 Sociaal herstelkapitaal.....	18
3.2.1.3 Maatschappelijk herstelkapitaal.....	20
3.2.2 Barrières bij langdurig herstel	21
3.2.2.1 Barrières op individueel domein	21
3.2.2.2 Barrières op sociaal domein	22

3.2.2.3	Barrières op maatschappelijk domein.....	23
4	Discussie.....	25
4.1	<i>Persoonlijk herstel: meer dan louter abstinentie</i>	25
4.2	<i>Persoonlijk herstel: een continu proces.....</i>	25
4.3	<i>Herstelkapitaal en barrières bij langdurig herstel</i>	26
4.3.1	<i>Persoonlijke ondersteuningsbronnen en barrières</i>	26
4.3.2	<i>Sociale ondersteuningsbronnen en barrières</i>	28
4.3.3	<i>Maatschappelijke ondersteuningsbronnen en barrières.....</i>	28
4.4	<i>Aanbevelingen voor beleid, praktijk en onderzoek.....</i>	29
4.5	<i>Beperkingen van het onderzoek.....</i>	31
5	Conclusie	32
	Referentielijst	33
	Bijlages	39
	<i>Bijlage 1 – Informed consent</i>	39
	<i>Bijlage 2 – Interviewformat</i>	41

Inleiding

De visie op verslaving en herstel evolueerde sterk doorheen de geschiedenis. Vanaf de jaren '90 is er toenemende evidentie voor verslaving als chronisch, recidiverende hersenziekte (Van den Brink, 2005). Deze heersende benadering gaat recent gepaard met een veranderende visie op herstel. Er wordt niet langer gestreefd naar een abstinente levensstijl als eindresultaat (klinisch herstel), de focus ligt op persoonlijk herstel. Het gaat om een langdurig en dynamisch proces, gekenmerkt door periodes van herval (White, 2007). Hierbij staan positieve veranderingen op verschillende levensdomeinen centraal (Best et al., 2011; Laudet & White, 2008; Laudet et al., 2009; White, 2007). Ook de stem van verslaafden wint aan belang waardoor de subjectieve betekenisverlening en unieke ervaringen van deze personen naar voren kunnen komen (White, 2007). De recente visienota over herstelgericht werken in de verslavingszorg van Vlaams minister Vandeurzen binnen de zesde staatsvorming komt tegemoet aan deze dominante herstelbenadering (Vandeurzen, 2015). Een belangrijke drijvende kracht achter het succes van persoonlijk herstel is herstelkapitaal. Het gaat om persoonlijke, sociale en maatschappelijke ondersteuningsbronnen die het herstelproces faciliteren (White & Cloud, 2008).

Desondanks de levenslange kwetsbaarheid voor herval, beperkt onderzoek bij alcoholverslaafden zich tot de initiatie van herstel waarbij gefocust wordt op meetbare aspecten, zoals abstinentie, hervalcijfers en behandelingsuitkomsten (Hibbert & Best, 2011; White, 2007). Er is aldus nood aan meer kwalitatief onderzoek naar ervaringen van ex-alcoholverslaafden in langdurig herstel. Daarbij dient, naast abstinentie, ook rekening gehouden te worden met andere levensdomeinen (Laudet & White, 2008; McLellan et al., 2005). Ook is er meer onderzoek nodig naar herstelkapitaal en barrières in langdurig herstel (Laudet & White, 2008). Deze masterproef poogt hierin tegemoet te komen. Volgende onderzoeksvragen staan dan ook centraal: 'Welke invulling geven personen in langdurig herstel van alcoholverslaving aan hun herstelproces?' 'Welke ondersteuningsbronnen en barrières ervaren personen in langdurig herstel van alcoholverslaving?' Het onderzoek wordt, op basis van kwalitatieve diepte-interviews, uitgevoerd bij ex-alcoholverslaafden in langdurig herstel binnen zelfhulpgroepen. Deze groepen bieden blijvende steun en kunnen behandelingsuitkomsten consolideren (De Donder, 2010; Humphreys et al., 2004; Muusse & van Rooijen, 2009; Laudet, 2008). Dit biedt een belangrijk voordeel in het licht van verslaving als chronisch, recidiverende hersenziekte (Van den Brink, 2005).

Deze masterproef wordt aangevat met een weergave van de theoretische onderbouwing rond alcoholgebruik- en verslaving en het herstelconcept. Hierbij aansluitend volgt een probleemstelling waarbij de onderzoeksvragen besproken worden. In het onderdeel 'methodologie' wordt dieper ingegaan op het onderzoeksdesign. Vervolgens vindt de lezer het antwoord op de onderzoeksvragen in het onderdeel 'onderzoekresultaten'. Deze masterproef wordt afgesloten met een discussie en aanbevelingen voor praktijk, beleid en verder onderzoek.

In de praktijk en literatuur ontbreekt het aan eenduidigheid in terminologie met betrekking tot problemen ten gevolge van middelengebruik (Broeckeaert et al., 2010). De meest voorkomende termen in de literatuur zijn: verslaving, problematisch gebruik, middelenmisbruik, en afhankelijkheid (Vanderplasschen, Mostien, Claeys, Raes, & Van Bouchaute, 2001). Doorheen deze masterproef wordt de term 'verslaving' aangehouden.

Bij het refereren werd in deze masterproef gebruik gemaakt van de formele vereisten van de zesde editie van de American Psychological Association (APA).

1 Theoretische onderbouwing

1.1 Alcoholgebruik en -verslaving

Antropologische en geschiedkundige onderzoeken toonden aan dat het gebruik van middelen een universeel fenomeen van alle tijden is (Van Epen, 1995). Door de tijd heen is er in de meeste samenlevingen een aanhoudende vraag naar psychoactieve middelen, deze werden initieel gebruikt voor recreatieve en/of therapeutische doeleinden (Broekaert, Van Hove, Vandeveld, Soyez, & Vanderplasschen, 2010; Tucker, 1999). Hedendaagse begrippen, gerelateerd aan problemen rond alcoholgebruik, vinden hun oorsprong in de vroege negentiende eeuw toen deze aandoeningen beschouwd werden als een volksgezondheidsprobleem (Möbius, 2009).

Het gebruik van alcohol is een deel geworden van onze Westerse cultuur, het wordt algemeen aanvaard en is nauwelijks weg te denken in onze maatschappij (Möbius, 2009). In Europa wordt het meeste alcohol geconsumeerd van de hele wereld, slechts 15% van de Europeanen zijn niet-drinker (Anderson & Baumberg, 2006). De recentste Belgische gezondheidsenquête (Gisle, 2014) toont aan dat 82% van de volwassen bevolking (15 jaar of ouder) alcohol gebruikte 12 maanden voorafgaand aan de enquête. Het is dan ook geen verrassing dat alcohol veruit het voornaamste misbruikte middel is. Naar schatting zijn ongeveer 23 miljoen Europeanen alcoholverslaafd (Anderson & Baumberg, 2006). Het problematisch alcoholgebruik bij de Belgische bevolking werd in 2013 geschat op 10,5%, waarvan 15% mannen en 6 % vrouwen (Gisle, 2014). De Donder (2005) stelt dat het aantal alcoholverslaafden tien keer hoger ligt dan het aantal drugsverslaafden. Maar wanneer is iemand nu alcoholverslaafd? Verslaving komt voor bij mensen die afhankelijk geworden zijn van een psychoactief middel, en die moeilijk of niet in staat zijn om dit zelf te doorbreken (GGZ Nederland, 2013). De Donder (2006) maakt een onderscheid tussen problematisch en niet-problematisch alcoholgebruik. Niet-problematisch gebruik wordt beschouwd als gematigd en verantwoord drinken, ook wel sociaal drinken genoemd. Bij problematisch gebruik gaat het om een proces dat kan resulteren in verslaving. De Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD, 2009) stelt een richtlijn op voor aanvaardbaar alcoholgebruik. Voor mannen is dit gemiddeld niet meer dan 21 standaardglazen per week, voor vrouwen niet meer dan 14 standaardglazen.

Ondanks de sociale aanvaarding van alcohol brengt alcoholverslaving vele gevaren met zich mee. Het is in de eerste plaats een gezondheidsprobleem dat problemen veroorzaakt bij een individu op verschillende levensdomeinen. Dit zowel op vlak van fysieke gezondheid, geestelijk functioneren en sociaal- en maatschappelijk participeren (GGZ Nederland, 2013; VAD, 2014; White, 2007). Alcoholgebruik vormt een causale factor in 60 verschillende soorten ziekten, zowel chronische en acute aandoeningen, en verwondingen. Het gaat om verschillende soorten kankers, diabetes, cardiovasculaire aandoeningen, levercirrose, ... (Rehm et al., 2010; Room, Babor, & Rehm, 2005). Alcohol wordt ook geassocieerd met vele neuropsychiatrische aandoeningen, zoals depressie en angststoornissen (Boden & Fergusson, 2011; Grant, 2004). Lange tijd werd in wetenschappelijk onderzoek naar alcoholgerelateerde problemen enkel de focus gelegd op de gevolgen voor de gezondheid. Een alcoholverslaafde ondervindt echter ook problemen op sociaal-economisch vlak, wat ook wel de vergeten dimensie genoemd wordt (De Donder, 2006). Het gaat om werkgerelateerde problemen, verstoring van familiale- en sociale relaties, agressie en geweld, juridische problemen, ongevallen, misdrijven, ... (Anderson & Baumberg, 2006; De Donder, 2006; WHO, 2014). Verder worden alcoholverslaafden vaak verantwoordelijk geacht voor hun aandoening, waardoor stigma en structurele discriminatie een groot risico vormen (Laudet, 2007, 2008; Schomerus, Lucht, & Holzinger, 2010).

1.1.1 Verklaringsmodellen van verslaving doorheen de tijd

De visie op verslaving is, net zoals de definiëring ervan, geëvolueerd doorheen de geschiedenis. Dit wordt weergegeven in tabel 1 (Van den Brink, 2005, p. 48).

Tabel 1

Korte geschiedenis van het concept verslaving

PERIODE	DOMINANTE VERSLAVINGSMODEL	BIJPASSENDE BEHANDELING
1750-nu	moreel model	gevangenis, heropvoedingskamp
1850-nu	farmacologisch model	verbod op alcohol en drugs
1930-nu	symptomatisch model	psychotherapie en TG
1940-1960	ziektemodel	medicijnen en AA
1960-1970	leertheoretisch model	gedragstherapie
1970-1990	biopsychosociaal model	multi-modale therapie
1990-2005	hersenziektemodel	medicatie en gedragstherapie

Noot. Herdrukt van "Verslaving, een chronische recidiverende hersenziekte" door W. van den Brink, 2005, *Verslaving*, 1, p. 48

In de geschiedenis werd de oorzaak van verslaving vaak eenzijdig gelegd op het middel (farmacologisch model) of de mens (moreel model, symptomatisch model, ziektemodel). Eind vorige eeuw heeft men, naast deze oorzaken, steeds meer aandacht voor de sociale omstandigheden bij het ontstaan van verslavingsgedrag (biopsychosociaal model). De verslavingssector gebruikt al jaren een multifactorieel verklaringmodel: het MMM-model. In dit model zijn alle verklarende factoren ondergebracht in drie categorieën: mens, middel en milieu. 'Mens' verwijst naar persoonlijke en biogenetische kenmerken; met 'middel' bedoelt men de werking, aanbod en invloed van de stof en 'milieu' duidt op de fysieke en sociale omgeving waarin mensen gebruiken. De 3 M's staan in onderlinge interactie met elkaar en bepalen de omvang en aard van het gebruik en de mate van problematiek (De Maeseneire & Vandenberghe, 2003).

Vanaf de jaren '90 nemen de medisch-biologische aspecten binnen het biopsychosociale model een steeds dominantere plaats in. Dierexperimenteel onderzoek en nieuwe beeldvormende technieken dragen bij tot de kennis omtrent hersenstructuren en neurotransmitters en toont evidentie aan voor verslaving als hersenziekte (Van den Brink, 2005; Volkow, Fowler, & Wang, 2003). Binnen deze benadering ligt een aangeboren kwetsbaarheid ten grondslag aan herhaald gebruik van middelen. Op zijn beurt kan het herhaald gebruik persisterende veranderingen in de hersenen veroorzaken. Volgens dit model zijn deze veranderingen verantwoordelijk voor het ontstaan van craving, de onweerstaanbare hunkering naar een middel. Dit begrip vormt de kern van het ongecontroleerde gebruik en de terugval na een periode van abstinentie (Van den Brink, 2005). Leshner (1997) omschrijft verslaving als een chronische ziekte gekenmerkt door herval en dwangmatig gedrag, als gevolg van langdurige effecten van middelen op het brein. Biologische, gedragsmatige en sociaal-contextuele componenten maken een belangrijk deel uit van deze hersenziekte. Er dient dan ook rekening gehouden te worden met deze componenten om een effectieve behandeling tot stand te brengen.

1.1.2 Implicaties van verslaving als chronisch, recidiverende hersenziekte voor de hulpverlening

Verslaving als chronisch, recidiverende hersenziekte gaat uit van een levenslange kwetsbaarheid voor alcoholverslaving (Van den Brink, 2005). Herstel is mogelijk maar wordt beschouwd als een langdurig en geleidelijk proces. Vanuit deze gedachtegang wordt herval beschouwd als een essentieel onderdeel van het herstelproces (White, 2007). Dit staat in schril contrast met de traditionele visie op verslaving als een acute aandoening, waarbij gestreefd wordt naar een abstinente levensstijl na een korte, intensieve periode van symptoomgerichte behandeling (Dennis & Scott, 2007; Laudet & White, 2010).

De focus komt niet langer te liggen op genezing (abstinentie), maar stabilisatie en beheersing van de problematiek staan centraal (White, 2007; McLellan, 2002; Van de Brink, 2005).

Afgelopen decennia toonden klinische ervaringen en studies aan dat meer dan de helft van de personen in verslavingsprogramma's door meerdere episodes van behandeling gaan, over verschillende jaren heen, om langdurig herstel te bereiken (Dennis, Foss & Scott, 2007; White & Kelly, 2011; Laudet, Savage, & Mahmood, 2012). Scott, Foss, en Dennis (2005) omschrijven dit proces als cycli van herstel, terugval en herhaalde behandelingen. Vanuit deze gedachtegang acht McLellan (2002) het belangrijk om de effectiviteit van de behandeling te relativeren eens deze is stopgezet, symptomen kunnen namelijk opnieuw optreden. Om deze reden is er nood aan het ontwikkelen van een zorgcontinuüm, gekenmerkt door zorg op maat en wisselende intensiteit. Een behandeling vanuit dit perspectief vereist monitoring, coördinatie en een integrale probleemaanpak. Uit het onderzoek van Andreasson en Öjehagen (2003) blijkt dat personen die een langdurige vorm van nazorg volgen, betere lange termijn uitkomsten hebben dan diegene die geen of een kortdurende vorm van nazorg volgen. Hierin ligt een belangrijke rol weggelegd voor zelfhulpgroepen, zoals Anonieme Alcoholisten en SOS Nuchterheid. Deze organisaties zijn uitermate geschikt om blijvende steun te bieden tijdens het herstelproces, dit in tegenstelling tot formele behandelingen die beperkt zijn in tijd (Laudet, 2008; De Donder, 2010; Humphreys et al., 2004; Muusse & van Rooijen, 2009). Zolang verslaving benaderd wordt als een acuut probleem, bestaat het gevaar dat patiënten geen optimale behandeling krijgen (McLellan, 2002).

In deze paragraaf wordt duidelijk dat verslaving als chronisch, recidiverende hersenziekte een andere visie op herstel vereist. Het traditionele streven naar een abstinente levensstijl gaat voorbij aan de complexiteit van verslaving. Herstel dient beschouwd te worden als een langdurig en dynamisch proces, gekenmerkt door periodes van herval. In de volgende paragrafen wordt deze evolutie nader toegelicht.

1.2 Herstel

1.2.1 Van klinisch naar persoonlijk herstel

In de verslavingszorg kent 'herstel' ofwel 'recovery' recent een gewijzigde invulling, in de geestelijke gezondheidszorg wordt hier al langer de focus op gelegd. Het begrip vindt zijn wortels in de Verenigde Staten vanuit het gedachtegoed van de herstelbeweging, en geniet ondertussen wereldwijde faam (Hendriksen-Favier, Nijnens, & van Rooijen, 2012). Van oudsher krijgt het concept 'herstel' een klinische invulling en staat genezing, het terugdringen van symptomen en ziekte centraal (Slade, Amering, & Oades, 2008; Slade, 2009). Vanuit cliëntperspectief ontstond in de jaren '90 echter een beweging dat klinisch herstel als paternalistische zorg beschouwt en een nieuwe betekenis van herstel installeert. Binnen deze opvatting is herstel, in tegenstelling tot de traditionele visie, een persoonlijk en subjectief proces (Brouwers, van Gestel-Timmermans, & van Nieuwenhuizen, 2013). Deze nieuwe kijk gaat sterk gepaard met hedendaagse ontwikkelingen in de zorg waarbij het optimaliseren van maatschappelijke participatie voorop staat. Persoonlijk herstel houdt meer in dan alleen het terugdringen van beperkingen, het gaat om het leren omgaan met een aandoening en het focussen op eigen mogelijkheden en krachten (Hendriksen-Favier et al., 2012). Het hervinden van regie over het eigen bestaan en het opbouwen van een nieuwe betekenis in het leven staan hierbij centraal (Slade, 2009; Brouwers et al., 2013).

De meest geciteerde definitie van persoonlijk herstel binnen de geestelijk gezondheidszorg is deze van Anthony (1993):

A deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even within the

limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness. (p. 17)

1.2.2 Herstel binnen de verslavingszorg

Recent krijgt het gedachtegoed van herstel ook steeds meer aandacht in onderzoek naar verslaving en in de verslavingszorg (Laudet & Humphreys, 2013). Er dient opgemerkt te worden dat, net zoals in de geestelijke gezondheidszorg, een consensus rond de betekenis van herstel ontbreekt (The Betty Ford Institute Consensus Panel [TBFICP], 2007; White, 2007). Het gebrek aan een gedeelde definitie biedt enerzijds ruimte aan de subjectieve invulling van herstel. Anderzijds impliceert dit negatieve gevolgen voor de praktijk en het onderzoeksveld. Het draagt namelijk bij tot een variatie in gerapporteerde resultaten van behandelingen. Ook heeft dit tot gevolg dat er geen duidelijk cijfermateriaal of beeldvorming over herstel aanwezig is bij het grote publiek, waardoor de reeds aanwezige stigmatisering van verslaafden in stand gehouden wordt (Laudet, 2007; White, 2007).

TBFICP (2007) en White (2007) definiëren herstel breder dan klinisch herstel. Herstel is een levenslang proces, waarbij het bereiken van langdurig herstel een continue inspanning vereist. Dit is consistent met de heersende visie van verslaving als een chronisch, recidiverende hersenziekte (Van den Brink, 2005). De focus ligt niet langer op het bereiken van een eindstatus (Best & Laudet, 2010; Best, Gow, Taylor, Knox, & White, 2011; Laudet, 2007, 2008). Onderzoek toont aan dat verslaafden in herstel zichzelf liever beschrijven in termen van 'recovering' of 'in recovery' dan 'recovered' (Laudet, 2007; Best et al., 2011). Dit werd ook vastgesteld in een kwalitatief onderzoek van Shinebourne en Smith (2011) bij vrouwen die reeds 15 jaar of langer abtinent zijn.

Verder staat de persoonlijke betekenisverlening van herstel centraal. Herstel beperkt zich namelijk niet tot één specifiek kader, strategie of stijl (White, 2007). Ook een studie van Sommer, Dekkers, en Vanderplasschen (2013) toont de individuele wegen naar herstel aan. "Abstinence cannot be seen as the defining element of recovery, but as one of the many ways to get to recovery" (White, 2007, p.7). Dit staat in schril contrast met het klinische herstel waarbij abtinentie centraal staat en andere aspecten van functioneren, die als kritisch ervaren worden door het individu, afgelegen secundaire doelen zijn (White, 2007). Net zoals verslaving een impact heeft op verschillende levensdomeinen, kan herstel van verslaving niet onafhankelijk benaderd worden van deze domeinen (Best et al., 2011; Laudet & White, 2008; Laudet, Becker, & White, 2009; White, 2007). Er dient bijgevolg gefocust te worden op positieve veranderingen, zoals het ontwikkelen van een gezond, productief en betekenisvol leven. Best en Laudet (2010) beschouwen recovery als een unieke doorleefde ervaring van verhoogde levenskwaliteit en een gevoel van empowerment. In een onderzoek van Laudet (2007) over ervaringen van personen die zichzelf identificeerden als zijnde 'in recovery', definieert de meerderheid herstel als totale abtinentie. Dit toont aan dat herstel als een proces niet noodzakelijk inconsistent is met abtinentie, het werd door de meeste zelfs gezien als een vereiste om in herstel te blijven. Totale abtinentie zou zelfs meer slaagkansen hebben en leiden tot een hogere kwaliteit van leven dan niet-abtinentie (Burman, 1997; Subbaraman & Withbrodt, 2014). Herstel wordt echter veel ruimer ervaren dan louter abtinentie, zij beschrijven kenmerken als een nieuw leven, een continue proces van groei, persoonlijke verandering en het herontdekken van zichzelf (Laudet, 2007).

1.2.3 Verschillende vormen van herstel

Van der Stel (2012) geeft in zijn studie vier vormen van herstel weer: klinisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel. Bij klinisch herstel gaat het hoofdzakelijk om het reduceren van symptomen en het belang van genezing. Het doel is het bereiken van een abtinentie levensstijl. Bij functioneel herstel wordt de focus gelegd op het herstellen van lichamelijke, sociale en psychische functies. Maatschappelijk herstel legt zijn focus op de maatschappelijke positie van het individu en de hiermee samenhangende stigma's. Volwaardig burgerschap, rechten en zeggenschap zijn na te streven

doelstellingen. Een vierde vorm van herstel is het persoonlijk herstel. Het gaat hierbij om een individueel veranderingsproces waarin persoonlijke waarden, wensen en doelen van het individu centraal staan. Deze vier vormen van herstel hangen nauw aan elkaar samen, zijn afhankelijk en beïnvloeden elkaar (GGZ Nederland, 2013). Samen vormen zij het volledige spectrum van herstel en spelen ze een belangrijk rol bij de verhoging van kwaliteit van leven. Persoonlijk herstel wordt gezien als de drijvende kracht achter de andere drie vormen van herstel (Van der Stel, 2012; GGZ Nederland, 2013). Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, en Slade (2011) hebben als eerste een systematische literatuuroverzicht en narratieve synthese gemaakt van het persoonlijk herstelproces van personen met een psychische stoornis. In het onderzoek kwamen vijf kernelementen van persoonlijk herstel naar voren en werden deze benoemd onder het 'CHIME'-acroniem: 'Connectedness' (verbondenheid), 'Hope and optimism' (geloof in de toekomst), 'Identity' (identiteitsontwikkeling), 'Meaning' (zingeving) en 'Empowerment'. Een belangrijke motor achter het succes van persoonlijk herstel is 'herstelkapitaal' (Cloud & Granfield, 2008).

1.2.4 Herstelkapitaal

De focus op herstel als proces impliceert dat het concept 'herstelkapitaal' of 'recovery capital' verwijst naar een waaier aan ondersteuningsbronnen die dit proces kunnen faciliteren (Best & Laudet, 2010). Cloud en Granfield (2008) hebben het begrip geïntroduceerd in de verslavingszorg. Zij definieerden herstelkapitaal als volgt: "... the breadth and depth of internal and external resources that can be drawn upon to initiate and sustain recovery from AOD [alcohol and other drug] problems" (Cloud & Granfield, zoals geciteerd in Best & Laudet, 2010, p.3). In het artikel van White en Cloud (2008) worden drie vormen van herstelkapitaal aangehaald: persoonlijk, sociaal en maatschappelijk herstelkapitaal. Een eerste vorm is 'persoonlijk herstelkapitaal', dat zowel refereert naar het fysiek als menselijk kapitaal. Onder fysiek kapitaal valt gezondheid, financiële middelen, onderdak, voeding, kleding, ... Menselijk kapitaal verwijst naar waarden, kennis, educatie, probleemoplossende capaciteiten, zelfvertrouwen, eigenwaarde, hoop, ... Allemaal hulpbronnen die vanuit de persoon zelf aangewend kunnen worden.

Een tweede vorm dat onderscheiden wordt is 'sociaal kapitaal'. Het gaat om intieme relaties, familie, verwantschappen en sociale relaties die als ondersteunend ervaren worden tijdens herstel. Deze vorm hangt af van de bereidheid van het sociale netwerk om ondersteuning te bieden en van de toegang en connecties met conventionele instituten.

Een derde en laatste vorm is het 'maatschappelijk kapitaal'. Dit omvat de houding, beleid en middelen van de gemeenschap om verslaving aan te pakken en herstel te bevorderen. Voorbeelden hiervan zijn de inspanningen om het stigma rond verslaving te reduceren, het inschakelen van lokale herstel rolmodellen, hulpmiddelen voor het behouden van herstel, ... Best en Laudet (2010) hebben het over de mate waarin steun vanuit de wijde gemeenschap beschikbaar is, zoals werkgelegenheid, hulpverlening, zelfhulpgroepen en huisvesting.

Naast herstelkapitaal toont onderzoek aan dat er ook valkuilen zijn tijdens het herstelproces. In het artikel van Best et al. (2010) worden psychologische, fysische problemen en sociaal isolement genoemd als potentiële barrières. Personen in herstel van alcoholverslaving blijven ook geconfronteerd worden met onbegrip, bepaalde stereotypen, maatschappelijke aanvaarding en de ruime beschikbaarheid van alcohol (Sommer et al., 2013). Stressvolle situaties en negatieve gevoelens worden beschouwd als mogelijke triggers voor hervat (Laudet, 2008; Laudet, Magura, Vogel, & Knight, 2004; Laudet & White, 2004).

Herstelkapitaal kan voorgesteld worden als een continuüm waarbinnen verschillende componenten en combinaties van ondersteuningsbronnen individueel verschillen en variëren naargelang de verschillende fasen in het herstelproces. Zo kunnen factoren die faciliteren of belemmeringen vormen in het begin van herstel meer of minder relevant zijn dan deze bij herstel op langere termijn (Laudet &

White, 2008; Hibbert & Best, 2011). Zowel de kwaliteit als de kwantiteit van herstelkapitaal dragen bij tot succesvol langdurig herstel, tevredenheid van levenskwaliteit, zelfredzaamheid en het stressniveau (Best et al., 2010; Best & Laudet, 2010; Laudet & White, 2008; Laudet, Morgen, & White, 2006).

1.2.5 Langdurig herstel van alcoholverslaving

1.2.5.1 Zelfhulp als langdurige nazorg

In de jaren zestig is er sprake van een opkomst van het zelfhulpprincipe in de Verenigde Staten vanuit sociale bewegingen die de macht bij het volk legden (Baldacchino & Rassool, 2006). Zelfhulp vindt vaak plaats in groepsverband, in zogenaamde zelfhulpgroepen. Zelfhulpgroepen zijn niet-professionele organisaties, gebaseerd op lotgenotencontact: het ondersteunen van een ander die eenzelfde probleem deelt. De benaming 'mutual help group' wordt ook wel gehanteerd om het wederkerigheidsprincipe te benadrukken. Groepsleden geven en ontvangen advies, aanmoediging en steun. Het delen van ervaringen en (h)erkenning vormen belangrijke aspecten van zelfhulp, maar deelnemers blijven zelf verantwoordelijk voor hun eigen herstelproces (Muisse & van Rooijen, 2009; Humphreys et al., 2004). Zelfhulp sluit aan bij het empowermentparadigma en de persoonlijke herstelvisie. Cliënten ontwikkelen eigen krachten en krijgen terug regie over hun leven. Zij bouwen in zelfhulpgroepen ervaringskennis- en deskundigheid op. Ervaringsdeskundigheid kan verworven worden door te reflecteren op eigen ervaringen en die van anderen, daaruit collectieve ervaringskennis te halen en deze aan anderen over te dragen. Ervaringsdeskundigen kunnen kennis inzetten om anderen te helpen, om lotgenoten de weg te wijzen naar hun eigen kracht. Deze wederkerigheid ontbreekt vaak in de professionele zorg en werkt afhankelijkheid in de hand (Baldacchino & Rassool, 2006; Hendriksen-Favier et al., 2012; Muusse & van Rooijen, 2009).

De oorspronkelijke en meest bekende zelfhulpgroep voor verslavingen is Anonieme Alcoholisten (AA), opgericht in 1935 in de Verenigde Staten door Bill Wilson en Bob Smith. Deze organisatie richt zich op herstel van alcoholverslaving en staat bekend voor zijn twaalfstappenprogramma (National Council on Alcoholism and Drug Dependence [NCADD], 2015). Dit programma wordt ook (in aangepaste vorm) toegepast in zelfhulpgroepen voor andere verslavingen dan alcohol (e.g. Narcotics Anonymous) en wordt geïntegreerd in professionele behandelingscentra. Verder bestaan een aantal kleinere en minder bekende zelfhulpgroepen die niet gebaseerd zijn op deze twaalfstappenbenadering, zoals SOS Nuchterheid (Humphreys et al., 2004; Humphreys, 2004).

Zelfhulpgroepen variëren in benadering, filosofie, grote, bestuursstructuur, organisatorische tradities, en raciale en etnische diversiteit. Toch hebben deze groepen een aantal gemeenschappelijkheden. Ze zijn kosteloos, lokaal beschikbaar, vereisen geen afspraak, alsook kennen de groepen geen wachtlijsten of toelatingscriteria. Het verlangen om te stoppen met gebruik van een middel is vaak de enige vereiste. Een nieuwe deelnemer kan op elk moment beginnen en participatie is vrijwillig en onbeperkt in tijd (Humphreys et al., 2004; Muusse & van Rooijen, 2009). In zelfhulpgroepen wordt verslaving benaderd als een chronische ziekte dat beheerst kan worden door volledige onthouding. Genezen van verslaving kan niet maar je kan wel 'in herstel zijn', waarbij een nieuwe levenshouding aangeleerd wordt. Abstinentie wordt dan ook eerder gezien als beginpunt van een langer herstelproces, en niet als einddoel. Verder wordt in een zelfhulpgroep grote waarde gehecht aan gelijkwaardigheid en het anonimiteitsprincipe. Het is fundamenteel dat de identiteit van de deelnemers vertrouwelijk is en dat alles wat tijdens de bijeenkomsten besproken wordt, binnen de groep blijft. Dit wordt niet kenbaar gemaakt aan derden en zorgt ervoor dat de groep als veilige plek gewaarborgd blijft (Muisse & van Rooijen, 2009).

Zelfhulpgroepen ontstonden als tegenbeweging en antiprofessioneel alternatief voor de hiërarchisch georganiseerde reguliere zorg (Baldacchino & Rassool, 2006; Muusse & van Rooijen, 2009). Vandaag worden zelfhulpgroepen eerder gezien als complementair aan het bestaande hulpaanbod (Gielen, Godemont, Matthijs, & Vandermeulen, 2010). Onderzoek toont aan dat de combinatie van reguliere zorg en zelfhulp de effectiviteit van beide vergroot (Geelen, 2003). Het voordeel van zelfhulpgroepen is dat ze een langdurige vorm van ondersteuning bieden die laagdrempelig is en geen tijdslimiet kent, terwijl de professionele hulpverlening vaak eindig is (De Donder, 2010; Humphreys et al., 2004; Muusse & van Rooijen, 2009; Laudet, 2008). Dit is cruciaal binnen de dominante visie van verslaving als chronisch, recidiverende hersenziekte (Van den Brink, 2004).

Studies naar de effectiviteit van zelfhulpgroepen worden voornamelijk uitgevoerd in Amerika en beperkt zich tot de AA en het twaalfstappenprogramma (De Donder, 2010; Humphreys et al., 2004). Ook richt onderzoek naar effectiviteit van deze groepen zich vaak op abstinentie en kosteneffectiviteit. Het effect van zelfhulp op het welbevinden en psychosociaal functioneren van personen is slechts beperkt onderzocht (Muusse & van Rooijen, 2009). Een aantal conclusies kunnen getrokken worden uit bestaande onderzoeken. Een studie van Geelen (2003) toont aan dat de deelname aan zelfhulpgroepen past in een keten van verandering. Motivatie wordt in de groep versterkt en er worden vaardigheden verworven om met verslaving en moeilijke situaties om te gaan. Longitudinale studies tonen een positieve correlatie aan tussen deelname aan zelfhulpgroepen en abstinentie, sociaal functioneren en self-efficacy (Humphreys et al., 2004). Positieve gevolgen, doorgaans abstinentie, blijken ook langdurig te zijn. Het effect van zelfhulpgroepen is sterker indien men vaker een zelfhulpgroep bezoekt of intensiever (het engageren in andere groepsactiviteiten naast meetings) betrokken is bij de groep (Humphreys et al., 2004; Moos & Moos, 2004; 2006). Ondanks de positieve bijdrage van een zelfhulpgroep aan het minderen of stoppen van gebruik, is er geen evidentie dat deelname aan deze groepen effectiever is dan andere interventies (Ferri, Amato, & Davilo, 2006).

1.2.5.2 Herstelkapitaal en barrières bij langdurig herstel

Herstel is een gradueel proces waarbij een aantal fasen onderscheiden kunnen worden. TBFICP (2007) maakte volgende onderverdeling: 'early recovery' (1 maand tot 1 jaar), 'sustained recovery' (1 tot 5 jaar) en 'stable recovery' (5 jaar of meer). In deze masterproef wordt de laatste fase beschouwd als langdurig herstel.

Langdurig herstel gaat gepaard met minder stress en een hogere kwaliteit van leven (Laudet et al., 2006; Laudet et al., 2009; Hibbert & Best, 2011). Ex-alcoholverslaafden die langer dan 5 jaar in herstel zijn, scoorden in een onderzoek door Hibbert en Best (2011) hoger dan diegene die minder lang in herstel zijn op volgende levensdomeinen: psychisch welzijn, zelfvertrouwen, sociale relaties en omgeving. Laudet et al. (2009) beargumenteren dat het gaat om een wederkerige relatie, gemedieerd door motivatie. Een hoge levenskwaliteit wordt ervaren als persoonlijk herstelkapitaal omdat er veel verloren kan gaan bij een terugkeer naar actief gebruik. Ook worden een aantal lessen getrokken uit hervallervaringen in een onderzoek van Laudet (2008). Hieruit blijken volgende elementen belangrijk om in herstel te blijven: de 'wil' tot herstel en het blijven focussen en werken aan dit doel, copingstrategieën (zoals identificeren en vermijden van triggers), de nood aan zoeken en accepteren van sociale steun en de blijvende erkenning dat er nooit sociaal gedronken kan worden.

Het krijgen van ondersteuning door personen in de nabije omgeving (vrienden, familie, ...) wordt aangehaald als sociaal herstelkapitaal in langdurig herstel (Best et al., 2011, 2012; Laudet et al., 2002; Laudet, 2008). Sociale relaties vormen een buffer tegen stress en zorgen voor emotionele steun en het gevoel ergens bij te horen (Laudet et al., 2006). Onderzoek toont aan dat ook steun door lotgenoten een sterke predictor is binnen langdurig herstel (Best et al., 2012). Er kan aldus gesteld worden dat de

steun binnen zelfhulpgroepen zich uitbreidt na verloop van tijd (Laudet et al., 2002). Lotgenoten, in het bijzonder abstinentie-specifieke steun, dragen bij tot hoop, rolmodellen, copingstrategieën en emotionele steun (Best et al., 2011, 2012; Best & Lubman, 2012; Laudet, 2008; Laudet et al., 2002; Sommer et al., 2013). Een aantal blijvende en sterke relaties van ex-alcoholverslaafden ontwikkelen zich binnen zelfhulpgroepen (Hibbert & Best, 2011). Het bieden van een nieuw sociaal netwerk dat niet gericht is op drinken, vormt een belangrijk voordeel van zelfhulpgroepen (Muusse & van Rooijen, 2009; De Donder, 2010). Personen in langdurig herstel blijven gaan naar zelfhulpgroepen omdat verhalen van nieuwkomers hen doen blijven herinneren aan de negatieve gevolgen van gebruik. Ook kunnen zij steun bieden en een voorbeeld zijn voor nieuwelingen (Laudet et al., 2002; Shinebourn & Smith, 2011). Het geven van steun zorgt voor positieve waardering, dit draagt bij tot een verhoogd zelfbeeld en ondersteunt hun eigen herstelproces (Muusse & van Rooijen, 2009). Er kan geconcludeerd worden dat zelfhulpgroepen bijdragen tot het sociaal herstelkapitaal van personen in langdurig herstel.

Ex-alcoholverslaafden scoren in onderzoek door Hibbert en Best (2011) hoger op de domeinen sociale relaties en omgeving dan de algemene populatie. Zij overstijgen als het ware hun verslaving door het innemen van 'vibrant roles' in de samenleving (Best & Lubman, 2012). Naast sociaal kapitaal, wordt het helpen van anderen vanuit eigen ervaring ook gezien als maatschappelijk herstelkapitaal. Zij gaan minder frequent naar vergaderingen binnen hun zelfhulpgroep maar engageren zich voor vrijwillige activiteiten verbonden aan deze groep (Laudet et al., 2002; Shinebourn & Smith, 2011). Deze 'recovery champions' fungeren als zichtbare rolmodellen en steunfiguren voor personen die herstel aanvangen (Best & Laudet, 2010). Verder is er een belangrijke rol weggelegd voor deze ervaringsdeskundigen binnen de recoverybeweging, waarbij zij de belangen van mensen met verslavingsproblemen kunnen verdedigen (Best, 2012).

Na 5 jaar of meer van volledige abstinentie is er nog steeds een risico op herval. Dit insinueert dat de kwetsbaarheid voor herval vermindert na verloop van tijd maar nooit helemaal verdwijnt (Dennis et al., 2007; Laudet, 2008). De positieve correlatie tussen het aantal jaar in herstel en levenskwaliteit zorgt voor een verhoogde kwetsbaarheid indien er zich tegenslagen voordoen (Laudet et al., 2009). Personen worden geconfronteerd met veel uitdagingen op verschillende functioneringsgebieden lang na het bereiken van abstinentie. Het gaat dan vooral om werk, huisvesting en relaties (Laudet & White, 2010).

1.3 Probleemstelling en onderzoeksvragen

Alcoholgebruik is een deel geworden van onze Westerse cultuur (Möbius, 2009). Desondanks is alcoholverslaving een gezondheidsprobleem dat impact heeft op verschillende levensdomeinen, zoals fysieke gezondheid, geestelijke functioneren en sociaal- en maatschappelijk participeren (GGZ Nederland, 2013; VAD, 2014, White, 2007). Vanaf de jaren '90 is er een toenemende evidentie voor verslaving als chronisch, recidiverende hersenziekte (Van den Brink, 2005). Dit impliceerde recent ook een veranderende kijk op herstel. De focus ligt niet langer op abstinentie als eindresultaat, zoals het traditionele klinische herstel vooropstelt, maar op het persoonlijk herstelproces. Hierbij is herval inherent verbonden aan het herstel, en ligt de nadruk op positieve veranderingen op verschillende levensdomeinen (Best et al., 2011; Laudet & White, 2008; Laudet et al., 2009; White, 2007). Bijzondere aandacht gaat uit naar de subjectieve betekenisverlening van verslaafden in herstel (White, 2007). Het is belangrijk om ex-alcoholverslaafden een stem te geven zodat hun unieke ervaringen en wegen naar herstel naar voren komen (Laudet & White, 2010; White, 2007). De recente visienota over herstelgericht werken in de verslavingszorg, uitgewerkt door beleidsmakers en vertegenwoordigers uit verschillende domeinen, komt tegemoet aan deze dominante herstelbenadering (Vandeuren, 2015). Verscheidene studies naar persoonlijk herstel werden tot nu toe vooral uitgevoerd in Angelsaksische landen bij personen met een psychiatrische problematiek of verstandelijke beperking (Sommer et al., 2013).

Ondanks de heersende opvatting over verslaving en herstel, hanteren onderzoekstudies in het veld nog steeds een klinische herstelbenadering (Laudet & White, 2008). "Many studies which assess functioning in recovering problem drinkers are limited to early recovery within inpatient or detoxification settings, or focus on relapse rates and treatment outcomes" (Hibbert & Best, 2011, p. 12). Men evalueert herstel vaak tussen 6 en 24 maanden na opname of ontslag uit behandeling. Dit mag niet verward worden met langdurig herstel dat vaak meerdere jaren tijd vraagt. Het herstelrisico vermindert naar verloop van tijd maar verdwijnt nooit helemaal, er is een levenslange kwetsbaarheid. Er bestaat bijgevolg een nood aan kwalitatief onderzoek naar ervaringen van ex-alcoholverslaafden in langdurig herstel met een bredere kijk op levensdomeinen die aansluiten bij de noden van de cliënt (Laudet & White, 2008; McLellan et al., 2005, White, 2007). Verder is behandeling slechts één van de vele wegen naar herstel en zijn er vaak meerdere behandelingsepisodes nodig om de verslavingscyclus te doorbreken (Dennis et al., 2007; White & Kelly, 2011). Er is nood aan het ontwikkelen van zorgcontinuïteit, waarbij een belangrijke rol weggelegd is voor zelfhulpgroepen. Deze laagdrempelige groepen bieden een langdurige vorm van ondersteuning die geen tijdslimiet kent, terwijl professionele hulpverlening vaak eindig is (Laudet, 2008; McLellan, 2002; De Donder, 2010; Humphreys et al., 2004; Musse & van Rooijen, 2009).

Een belangrijke drijvende kracht achter het succes van persoonlijk herstel is herstelkapitaal (White & Cloud, 2008). Personen worden geconfronteerd met veel uitdagingen op verschillende functioneringsgebieden lang na het bereiken van abstinentie (Laudet & White, 2010). Persoonlijk, sociaal en maatschappelijk herstelkapitaal vormen bijgevolg belangrijke predictoren van langdurig herstel (Best et al., 2010). Bevindingen in het onderzoek van Laudet en White (2008) tonen aan dat ondersteuningsbronnen variëren naargelang de verschillende fasen in het herstelproces. Er blijkt een nood aan wetenschappelijke onderzoek naar herstelkapitaal en barrières die van toepassing zijn voor de latere stadia in herstel. Meer inzicht hierin kan bijdragen tot het minimaliseren van risico op herval door het informeren van clinici, de recovery gemeenschap, familie en andere mantelzorgers. Dit kan leiden tot een effectiever preventiebeleid en adequatere hulpverlening (Sommer et al., 2013). Op basis van deze bevindingen kwamen volgende onderzoeksvragen tot stand:

- (1) Welke invulling geven personen in langdurig herstel van alcoholverslaving aan hun herstelproces?
- (2) Welke ondersteuningsbronnen en barrières ervaren personen in langdurig herstel van alcoholverslaving?

2 Methodologie

2.1 Onderzoeksmethode

Gezien de exploratieve aard van de onderzoeksvragen werd gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode. Dit soort onderzoek wordt naar voren geschoven wanneer men gegevens in de diepte wil weergeven en produceert een veelheid aan informatie over een relatief klein aantal respondenten (Silverman, 2001). De focus wordt in dit onderzoek gelegd op het exploreren van een bepaald domein, eerder dan het toetsen van een vooraf opgestelde hypothese. Met dit kwalitatief onderzoek wordt de belevingswereld van het individu verkent en ligt de focus op het unieke en niet op de frequentie van het voorkomen, er bestaan bijgevolg geen algemene waarheden (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2001). Het bestuderen van deze verscheidenheid aan persoonlijke waarheden en tegenstrijdigheden die zich daarbij kunnen voordoen, vormt net een meerwaarde van de kwalitatieve onderzoeksofzet (Howitt, 2010). Een belangrijk kenmerk van kwalitatief onderzoek is dat er vertrokken wordt vanuit de data en niet vanuit een theoretische basis, waardoor theorie gedurende het onderzoek nog verfijnd kan worden (Everaert & van Peet, 2006). Neale, Allen, en Coombes (2005) tonen het belang aan van kwalitatief onderzoek in verslavingsonderzoek. Aan de hand van kwalitatieve technieken kan kennis van de onderzoeker rond verborgen en moeilijk te bereiken groepen verhoogd worden. Dit zorgt er op zijn beurt voor dat stereotypes en mythen over verslaving vervangen kunnen worden door accuratere informatie rond de dagelijkse realiteit van alcoholverslaafden.

2.2 Selectieprocedure en omschrijving respondenten

Dit onderzoek legt de focus op het persoonlijk herstelproces waarbij het concept 'herstel' vooraf niet gedefinieerd wordt door de onderzoeker. Dit is consistent met de definitie van White (2007). Iedereen ervaart herstel op een unieke manier, er zijn verschillende wegen naar herstel. Respondenten kregen de vrijheid om aan te geven wat herstel voor hen persoonlijk betekent. Voor dit onderzoek werden zes inclusiecriteria vooropgesteld:

- De respondent omschrijft zichzelf als zijnde minimaal 5 jaar in herstel van alcoholverslaving
- De respondent ervaart alcohol als grootste probleemmiddel
- De respondent is momenteel lid van een zelfhulpgroep
- De respondent is momenteel niet in behandeling voor alcoholverslaving
- De respondent is meerderjarig
- De respondent spreekt voldoende Nederlands

Om respondenten te rekruteren heeft de onderzoeker het opzet van dit onderzoek gepresenteerd in november tijdens een netwerkdag voor zelfhulpgroepen in de verslavingszorg, georganiseerd door de Adviesraad Verslavingszorg Kempen. Dit was in het bijzonder mogelijk dankzij het contact van Prof. Dr. Vanderplasschen met de organisator van de netwerkdag, tevens oprichter van de Verslavingskoepel Kempen. Er werd kort uitleg gegeven over het onderzoek en naar welke personen specifiek gezocht werd. Ook werd een informatiebrief met contactgegevens van de onderzoeker uitgedeeld aan geïnteresseerden. Op de netwerkdag zelf werd reeds contact gelegd met potentiële deelnemers, waaronder een aantal ervaringsdeskundigen uit de Verslavingskoepel. Deze verslavingskoepel tracht vanuit een gelijkwaardigheid bruggen te bouwen met zelfhulpnetwerken, professionelen en beleidsmakers. Ook was de oprichter van SOS Nuchterheid aanwezig en bereid om de informatiebrief te verspreiden over groepen binnen verschillende regio's, zoals Leuven en Gent. Op die manier toonden, via telefonisch contact en e-mail, meer dan het vooropgestelde maximum aantal personen zich bereid deel te nemen aan dit onderzoek. Met de eerste 15 respondenten werd een concrete

afspraak gemaakt en de overige respondenten werden op een reservelijst geplaatst om nadien opgenomen te worden in het doctoraatsonderzoek van Anne Dekkers rond herstel van verslaving.

Het gaat om een diverse groep geselecteerde deelnemers, hoofdzakelijk leden van SOS Nuchterheid of AA. Enkele personen zijn in de loop van de jaren overgestapt van AA naar SOS Nuchterheid. Deze groepen zijn vaak zeer gesloten en hanteren het anonimiteitsprincipe. Het is fundamenteel dat de identiteit van deelnemers vertrouwelijk is en dat alles wat tijdens de bijeenkomsten besproken wordt, binnen de groep blijft. Dit wordt niet kenbaar gemaakt aan derden (Muusse & van Rooijen, 2009).

In de steekproef is er sprake van een grote variatie in leeftijd en het aantal jaar in herstel van deelnemers, met respectievelijk een gemiddelde van 57 en 18 jaar. Het gaat om 11 mannen en 4 vrouwen, waarvan 8 gepensioneerden, 3 bedienden, 2 ambtenaren, 1 arbeider en 1 student. De meerderheid van de respondenten geeft aan dat herstel ervoor gezorgd heeft dat hun economische situatie verbeterd is. Verder werd de deelname aan een zelfhulpgroep bij 8 respondenten voorafgegaan door professionele behandeling. Alle participanten zijn vandaag abstinente. Herstel begon voor iedereen wanneer zij volledig gestopt zijn met drinken, 3 respondenten rekenden een hervelperiode bij hun aantal jaar in herstel. Onderstaande tabel geeft verschillende kenmerken weer van de 15 respondenten, er werd gebruik gemaakt van pseudoniemen om de anonimiteit te garanderen.

Tabel 2

Overzicht kenmerken deelnemers onderzoek (n=15)

Respondent	Geslacht	Leeftijd	Periode in herstel	Zelfhulpgroep	Huidig beroep
Tom	M	42 jaar	12 jaar	AA	Arbeider
Roger	M	75 jaar	32 jaar	AA + Toxan	Gepensioneerd
Danny	M	52 jaar	28 jaar	CMilA	Ambtenaar
Johan	M	64 jaar	12 jaar	AA + andere groepen (NA, SOSN)	Gepensioneerd
Luc	M	72 jaar	35 jaar	AA, daarna SOSN	Gepensioneerd
Patrick	M	67 jaar	7 jaar	AA	Gepensioneerd
Didier	M	64 jaar	36 jaar	AA + andere groepen (NA, SOSN, Al-Anon)	Gepensioneerd
Marcel	M	64 jaar	11 jaar	AA	Gepensioneerd
Elise	V	28 jaar	5 jaar	SOSN	Bediende
Geert	M	68 jaar	21 jaar	AA, daarna SOSN	Gepensioneerd
Peter	M	57 jaar	27 jaar	AA, daarna SOSN	Ambtenaar
Petra	V	50 jaar	8 jaar	SOSN	Bediende
Anna	V	70 jaar	23 jaar	AA, daarna SOSN	Gepensioneerd
Maarten	M	35 jaar	5 jaar	AA + NA	Student
Veerle	V	51 jaar	5 jaar	SOSN	Bediende

2.3 Onderzoeksprocedure

Er werd een interview afgenomen bij 15 respondenten die zichzelf omschrijven als zijnde in langdurig herstel van alcoholverslaving. In onderling overleg met de respondenten werd de locatie en het tijdstip van het interview vastgelegd. Zeven interviews werden afgenomen bij een sleutelpersoon thuis in de Kempen. De andere interviews werden afgenomen bij de respondent thuis (n = 3), op een openbare

plaats (n = 3) en bij de onderzoeker thuis (n = 2). Bij elk interview werd gestart met een korte inleiding waarbij het doel van het onderzoek besproken werd. Daarna ondertekenden de respondenten een schriftelijke geïnformeerde toestemming waarbij zij zich akkoord verklaarden om het interview op te nemen met een dictafoon (zie bijlage 1). Op die manier kreeg de onderzoeker ook de toestemming om de resultaten op een vertrouwelijke en anonieme wijze te bewaren, te verwerken en te rapporteren. Vervolgens vulden zij een aantal basisgegevens in en kon het interview van start gaan. De duur van het interview varieerde van één tot twee uur. Op het einde van het interview kregen respondenten de mogelijkheid om extra informatie toe te voegen indien zij dat wensten. Achteraf werden, indien nodig, via mail door de onderzoeker nog een aantal vragen gesteld ter verduidelijking. Dit leverde extra informatie op dat verwerkt werd in de interviews. Na afronding van het onderzoek krijgen zij hun uitgetypte interview en de volledige masterproef digitaal doorgestuurd.

2.4 Onderzoeksinstrument

De dataverzameling binnen dit onderzoek gebeurde aan de hand van semigestructureerde diepte-interviews, dit is een archetypisch en meest voorkomend instrument binnen de kwalitatieve dataverzameling (Myers & Newman, 2007). Deze semigestructureerde interviews geven aan de interviewer meer flexibiliteit en vrijheid dan gestructureerde interviews. De onderzoeker kan het interview aanpassen en bijsturen naargelang de antwoorden van de participant. Vragen kunnen wegvallen en in een andere volgorde gesteld worden. Ook kunnen bijkomende vragen gesteld worden met als doel het dieper ingaan op een bepaald onderwerp. De uiteindelijke uitkomst is het verkrijgen van een uitgebreid beeld over de ervaringen, gedachten, levensverhalen en gevoelens van het individu (Van Hove & Claes, 2001). Het vooraf opgesteld interviewformat (zie bijlage 2), gebaseerd op de onderzoeksvragen, bestaat uit zo open mogelijke vragen om suggestiviteit te vermijden. Dit verhoogt bijgevolg de authenticiteit van de ervaringen en de betrouwbaarheid van het onderzoek.

De specifieke focus in het interview lag op 3 grote thema's. Het eerste thema richtte zich op herstel in het algemeen en wat dit voor de respondent betekent. Een tweede thema bestudeerde het langdurig herstel van de respondenten. Hierbij werd bevraagd hoe ondersteuningsbronnen en barrières doorheen de jaren ervaren werden en wat vandaag de dag het herstel van de respondent faciliteert of belemmert. Als derde thema werden twee stellingen voorgelegd die peilden of de respondent herstel ervaren als een proces of een eindpunt. Doorheen het interview werden de verschillende vormen van 'herstelkapitaal' en de verschillende levensdomeinen binnen 'kwaliteit van leven' in het achterhoofd gehouden zonder deze expliciet te benoemen.

2.5 Data-analyse

De gegevens uit de interviews werden verwerkt door middel van thematische analyse. Dit is een fundamentele methode bij kwalitatieve data en is vooral aangewezen voor startende onderzoekers die weinig vertrouwd zijn met het onderzoeksveld (Van Hove & Claes, 2001). Het doel van deze methode is het identificeren, analyseren en rapporteren van thema's doorheen de kwalitatieve data (Braun & Clarke, 2006). De data-analyse startte met het beluisteren, transcriberen en (her)lezen van de interviews waardoor een vertrouwdheid ontstond met de onderzoeksgegevens. Vervolgens werd een boomstructuur opgesteld met de belangrijkste thema's en subthema's die vanuit de interviews onderscheiden konden worden. Deze vormden het uitgangspunt voor de verdere analyse met het softwarepakket Nvivo11 waarbij data gecodeerd werden. Nvivo heeft als belangrijk voordeel dat het verwerken van de data sneller en efficiënter verloopt (Mortelmans & Van Looi, 2009). De ruwe data (transcripten) werden omgezet naar thematische gestructureerde stukken data door middel van een coderingsproces. De uiteindelijke thema's die gelijkenissen en verschillen uit de data naar boven haalden, vormden het antwoord op de onderzoeksvraag. Deze werden gestaafd met citaten van de respondenten om hun verhaal zo goed mogelijk in beeld te brengen.

3 Onderzoeksresultaten

3.1 Perceptie van herstel bij ex-alcoholverslaafden in langdurig herstel

3.1.1 De kernaspecten van herstel

Alle respondenten zijn ervan overtuigd dat het product alcohol en zichzelf als persoon niet verenigbaar zijn. **Volledige abstinentie** wordt dan ook beschouwd als een basisvoorwaarde en minimumvereiste binnen hun herstel. Er wordt niet geloofd in een middenweg, zoals de mogelijkheid tot gecontroleerd of sociaal drinken. Dit zou volgens hen onmiddellijk leiden tot een herval.

“Als je het gevecht opgeeft en denkt dat drinken nog iets is voor jou.. zolang dat je het nog een waterkans geeft, dat je zegt van: ‘ik kan nog wel eens sociaal drinken ooit’, zolang je dat openlaat ben je niet in herstel.” (Walter, 36 jaar in herstel)

Alle respondenten beschouwen stoppen met drinken als het fysieke aspect, herstel situeert zich daarnaast ook op andere domeinen. Deze ruimere beleving van herstel kan onderverdeeld worden in volgende hoofdkenmerken: (1) evolueren als mens, een betere mens worden, (2) comfortabel nuchter zijn, geestelijke ontwenning, (3) normaal functioneren, terug zichzelf kunnen zijn en (4) verhoogde levenskwaliteit, zich terug goed voelen. Deze kenmerken worden in volgende alinea's besproken.

Herstel betekent voor acht respondenten het **evolueren als mens**. Twee respondenten benoemen dit ook wel als: **een betere mens worden**. Het gaat om een verandering in gedrag, mentaliteit, ... Twee respondenten hebben het over het bereiken van een zekere maturiteit. Het werken aan zichzelf vormt bijgevolg een belangrijk aspect.

“Ik heb veel aan mezelf gewerkt en hierdoor gaat het ook een stuk gemakkelijker. Voor mensen die enkel stoppen met gebruiken en die niet evolueren is het succes veel minder evident.” (Anna, 23 jaar in herstel)

Het evolueren als mens betekent voor vier respondenten het groeien in communicatie met hun omgeving. In de periode van verslaving stond alles in het teken van alcohol en stelden zij voornamelijk zichzelf centraal. Ook de groei op emotioneel vlak vormt voor drie respondenten een belangrijk kenmerk van herstel.

“In de periode dat ik dronk was ik eigenlijk vooral met mezelf bezig. I...n Herstel is voor mij eigenlijk een beetje een beter mens worden en met de mensen rondom mij op een normale manier opschieten. Ik heb terug met de mensen moet leren praten.” (Tom, 12 jaar in herstel)

Drie respondenten geven aan dat ze eigenlijk alles vanaf nul terug hebben moeten aanleren, net alsof ze herboren werden. Eén respondent spreekt over het opbouwen van een nieuwe identiteit.

“Alcohol was voor mij van dag één gedaan. I...n Dat is een beslissing geweest dat ik in een paar seconden heb genomen. Maar dan al de rest.. dat herstellen.. dat noem ik: een nieuwe identiteit opbouwen, gaan opzoeken, gaan verbeteren.” (Danny, 28 jaar in herstel)

Een tweede belangrijk kenmerk binnen de persoonlijke definiëring van herstel door respondenten is het **comfortabel nuchter** zijn, ook wel geestelijke ontwenning genoemd (n=6). Herstel wordt omschreven als het op een comfortabele manier loskomen van gebruik, waarbij triggers geen aanleiding vormen voor gebruik. Ze kunnen gaan en staan waar ze willen en daarbij op hun nuchterheid

vertrouwen. Dit vereist voor een groot stuk het aanvaarden van nuchterheid, het wordt een realiteit en hiermee kan men vrede nemen.

“Herstel is voor mij in een situatie komen waarbij ik comfortabel nuchter ben. Dat ik nuchter ben en daar geen last van ondervind of geen slechte gevoelens bij heb alsof ik iets mis of iets niet mag.” (Elise, 5 jaar in herstel)

Een derde belangrijk kenmerk van herstel, aangegeven door vijf respondenten, is het terug **normaal kunnen functioneren (terug zichzelf kunnen zijn)**. Er is niet langer een product nodig om goede en slechte momenten in het leven mee te maken. Dit heeft tot gevolg dat ze terug vat krijgen op hun situatie en hierdoor sterker in hun schoenen staan (n=3). Niemand kan hen verwijten dat ze op een bepaald moment niet nuchter waren en wanneer zij vandaag een fout maken, kunnen zij hiervoor hun volledige verantwoordelijkheid opnemen (n=2).

Tot slot betekent herstel voor vier respondenten **een verhoogde levenskwaliteit, zich goed voelen**.

“Volledige abstinentie heeft voor mij naar herstel (= geen drinkende alcoholic) geleid en na de eerste maanden van nuchterheid naar meer stabiliteit in mijn leven. Automatisch is dan ook de levenskwaliteit verbeterd, die nog steeds super is, in vergelijking met die vroegere jaren waar miserie meer en meer de bovenhand nam.” (Luc, 35 jaar in herstel)

3.1.2 Herstel als eindpunt of continu proces?

De respondenten zijn gemiddeld 18 jaar in herstel en beschrijven hun herstel als een **continu proces** waaraan nog dagelijks gewerkt moet worden. In het verlengde hiervan geven vijf respondenten aan dat nuchterheid tijd nodig heeft. Volgens hen heeft een gemiddelde alcoholverslaafde dit geduld vaak niet en kan dit leiden tot herval. Vijf respondenten wijzen er expliciet op dat ze ‘vandaag’ in herstel zijn en niet weten wat morgen zal brengen. De meeste respondenten ervaren nagenoeg geen craving meer en omschrijven zichzelf als gestabiliseerd. Dit wil niet zeggen dat ze herval volledig uitsluiten, er kunnen zich steeds tegenslagen voordoen die een mogelijke trigger kunnen vormen. Herstel wordt omschreven als een levensprogramma, leerproces of opwaartse spiraal waarbij het heel belangrijk is om ermee bezig te blijven. Een eindpunt is er niet want dat zou betekenen dat ze terug kunnen gebruiken.

“Er zijn natuurlijk mensen die daarmee opscheppen: ‘oh ik ben nu al 30 jaar droog’. Maar daar gaat het niet om.. het gaat altijd alleen om vandaag. Als mensen vragen: hoe heb je dat gedaan? Dan zeg ik: ‘hoe doe ik dat nog altijd?’ We zijn nog altijd onder constructie. I...n Stoppen met drinken is een levensprogramma, je moet dat niet afjagen. Het werkt iedere dag een beetje.. maar het gaat vooruit. Daar moet je genoeg in nemen. Bij een gemiddelde alcoholic moet dat allemaal vooruit gaan.” (Danny, 28 jaar in herstel)

“Dat is bij mij een bewust gegeven op dit moment: ik ben nooit definitief hersteld. I...n Nu ben ik ervan overtuigd dat het geen ziekte is, uiteindelijk genezen kan ik niet maar ik blijf wel in herstel van een toestand.” (Geert, 21 jaar in herstel)

“Herval acht ik op dit moment.. ik zal nu niet zeggen uitgesloten want dat mag je nooit zeggen maar dat is heel miniem. Het is zoals een slagboom dat wel omlaag is maar waar ik nog kan overstappen. Dat was in het begin wel anders, dan botste ik daar nog echt tegenop. Die kleine slagboom zal nooit volledig verdwijnen.” (Marcel, 11 jaar in herstel)

Drie respondenten kenden een **herval gedurende hun herstelperiode**, volgens hen behoort dit tot hun globaal herstel. Zij hebben hier geen spijt van omdat het bijgedragen heeft tot hun huidige kennis.

“Ik heb geen spijt van mijn herval.. Anders had ik niet al dat besef dat ik nu heb.. Dan zou ik niet de kennis gehad hebben of het gevoel dat ik nu heb. En ik denk dat mensen het soms nodig hebben om een paar keer te hervallen.” (Elise, 5 jaar in herstel)

De respondenten beschreven **verschillende stadia** gedurende hun herstelproces. Hieruit wordt duidelijk dat de focus op alcohol vooral in de beginperiode zeer groot was, een frequent bezoek aan hun zelfhulpgroep was daarbij een absolute noodzaak. Naarmate het proces vordert, blijft abstinentie een prioriteit maar is dit niet langer het ultieme doel, het leven is veel rijker geworden.

“Zoals ik er nu naar kijk, zijn er twee stukken. De eerste periode, de eerste twee jaar was dat toch proberen te stoppen.. dus proberen eigenlijk niets meer te drinken, proberen naar nul te gaan en niet terug te beginnen. Maar na twee jaar niet drinken voelde ik mezelf niet gelukkig in het leven. Pas achteraf is dat beginnen keren.” (Johan, 12 jaar in herstel)

3.2 Ondersteuningsbronnen en barrières van ex-alcoholverslaafden in langdurig herstel

3.2.1 Herstelkapitaal bij langdurig herstel

De ondersteuningsbronnen voor respondenten om in langdurig herstel te blijven, worden in deze masterproef onderverdeeld in drie soorten herstelkapitaal: persoonlijk, sociaal en maatschappelijk herstelkapitaal.

3.2.1.1 Persoonlijk herstelkapitaal

Zoals eerder vermeld, wordt herstel door alle respondenten omschreven als een continu proces waarbij herval nooit uitgesloten mag worden. Deze vorm van **alertheid** wordt door de meeste respondenten beschouwd als een belangrijke ondersteuningsbron binnen langdurig herstel.

“Het dient vooral een manier van LEVEN te zijn en niet zoals velen (onterecht) denken dat het ‘een gewoonte’ moet of zal worden of een ‘automatisme’, ik gebruik deze woorden bewust niet in deze context.” (Danny, 28 jaar in herstel)

Deze alertheid wordt vaak aangescherpt door naar hun zelfhulpgroep te blijven gaan. In het stuk rond sociaal kapitaal wordt hierop dieper ingegaan. Aansluitend vermelden vier respondenten het belang van **constante alertheid en bewustzijn voor mogelijke triggers**, zoals pralines met drank, stress, ...

“Ik blijf op mijn hoede door steeds te kijken of er mogelijk minimale hoeveelheden alcohol aanwezig zijn bijvoorbeeld bij pralines of nagerechten, die ik dan niet consumeer.” (Luc, 35 jaar in herstel)

Zeven respondenten halen **rationeel en eerlijk denken** aan als ondersteuningsbron. Ze moeten blijven beseffen dat ze niet normaal met alcohol kunnen omgaan. Het is belangrijk om zichzelf niets wijs te maken, ze weten op voorhand dat het fout zal lopen bij één slok alcohol. Volgens de respondenten gaat het bijgevolg om een eigen, rationele keuze waarbij eerlijkheid voor zichzelf voorop dient te staan.

“Ik denk misschien rationeel en wat ik mensen ook probeer mee te geven: blijf eerlijk naar jezelf toe want je weet het verdomd allemaal zelf goed genoeg. Bij een herval hoor je soms: ‘het is onweerstaanbare drang’. Dat is er niet. Altijd weet je op voorhand dat het fout zal gaan, als je

eerlijk bent. Oké dat moet je leren. Ieder van ons heeft die momenten van onweerstaanbare drang, zeker in het begin van het ontweningsproces maar dan heb je nog altijd zelf die keuze om 'nee' te zeggen.” (Petra, 9 jaar in herstel)

Een derde ondersteuningsbron is het belang van **kennis rond de verslavingsproblematiek** (n=7). Gedurende het herstelproces hebben de respondenten veel (wetenschappelijke) literatuur gelezen rond verslaving, herstel, AA, ... Ze vinden het belangrijk om te weten wat alcohol doet met een mens en hoe dat nu gekomen is dat net zij verslaafd geraakten. Het draagt bij tot hun overtuiging vandaag dat zij alcoholverslaafd zijn. Ook bouwen zij kennis op door te luisteren naar leden van de zelfhulpgroep, professionelen, ... Drie respondenten doen, of zijn van plan, hierin professioneel verder te gaan. Het helpt en versterkt hen in hun proces, ook halen zij hier veel voldoening uit.

“90% van wat ik vertel, heb ik gehoord, geleerd, niet uitgevonden, dat is kennis van anderen... gepikt. Die dingen nuanceer ik dan een beetje, ik geef er een persoonlijke toets aan of toch iets of wat een ander beeld.” (Danny, 28 jaar in herstel)

Alle respondenten ervaren vandaag een **verhoogde levenskwaliteit**, herstel heeft hoofdzakelijk een impact op relationeel, familiaal en financieel vlak. Ook genieten van de kleine dingen, terug actiever zijn en een gevoel van vrijheid dragen hiertoe bij. Voor vier ex-alcoholverslaafden vormt **de gedachte aan wat ze allemaal kunnen verliezen** wanneer ze terug drinken, een belangrijke motivator om in herstel te blijven. Wat ze opgebouwd hebben doorheen de jaren, willen ze koste wat het kost behouden. Hierop aansluitend geven enkele respondenten expliciet aan dat het regelmatig **vergelijken van de vroegere en huidige situatie**, waaruit blijkt dat ze vandaag hun leven veel beter in de hand hebben, een belangrijke ondersteuningsbron is. Een aantal respondenten geven hierbij aan dat het belangrijk is om nooit te vergeten van waar ze komen en houden vast aan **negatieve herinneringen**.

“Er zijn momenten geweest waarbij ik minder en minder de noodzaak zag van een absoluut volhouden van een strikte nuchterheid maar die ik telkens zelf nog kon counteren. Dit door voor mezelf te zeggen: ‘vergeet niet vanwaar je komt’. Ik draag geen rugzak mee aan schuldgevoelens maar ik heb wel een paar close-up foto’s (visueel, denkbeeldig) van situaties die ik absoluut niet meer wil meemaken, die 100% gerelateerd zijn aan gebruik. En die kunnen mij wel helpen op het moment ik naast mijn schoenen zou beginnen lopen en beginnen denken dat het voorbij is en dat ééntje wel geen kwaad kan” (Peter, 27 jaar in herstel)

Een andere belangrijke ondersteuningsbron dat door vier respondenten genoemd wordt, is het belang van **zelfkennis en zelfreflectie**. Het reflecteren over zichzelf kunnen zij doen binnen hun zelfhulpgroep, bij een therapeut of door het geven van infosessies ter preventie op scholen.

“Het geven van info’s in scholen zorgt ervoor dat je altijd een terugblik hebt op uw eigen leven. Je reflecteert continue en dat houdt u nuchter natuurlijk. Zelfreflectie is het gouden ding. Dat is heel het herstel zo gebeven. Orakel van Delphi: ken jezelf. Dat heb ik geleerd in AA. Dat is een zoekproces waar je heel lang over doet. “ (Walter, 36 jaar in herstel)

Verder noemen de respondenten een aantal karaktereigenschappen die hen helpen om in langdurig herstel te blijven. Een eerste eigenschap is **positief egoïsme, op een positieve manier opkomen voor zichzelf** (n=9). Zij hebben geleerd om zichzelf vaker op de eerste plaats te zetten en minder zaken te doen tegen hun zin. Ook vinden zij het steeds makkelijker om zich niets aan te trekken van wat andere mensen denken.

“Naarmate ik langer in herstel ben: ‘Denk wat je wil!’ Dat is een hele verrijking.. Ik weet nog heel goed die eerste jaren.. Ik was altijd zo bang dat iemand zou vragen: ‘waarom drink jij nu niet?’ Dat ze mij zo zouden ondervragen, klemzetten. Maar als ze dat nu doen dan krijgen ze antwoord.” (Johan, 12 jaar in herstel)

Dit vloeit voort uit het **verhoogd zelfbeeld** en het gevoel van **zelfcompetentie** dat de meeste respondenten vandaag ervaren. Ze staan stevig in hun schoenen, zijn trots op hun herstel en kunnen, naarmate ze langer in herstel zijn, beter omgaan met moeilijke situaties. Drie respondenten benoemen ook het belang van hun karaktereigenschap **doorzettingsvermogen**.

Een aantal respondenten vinden een ondersteuningsbron in het **constructief en zinvol invullen van hun vrije tijd**. Het gaat om activiteiten die zorgen voor een andere manier van ontspannen, het vervangen van een kick of iets waarbij zij het gevoel krijgen ergens goed in te zijn. Dit kan door het genieten van de kleine dingen, zoals de natuur (N=4), door beoefenen van sport (N=3) of door andere hobby's (N=2).

“Afen toe maakt iedereen wel eens iets mee in zijn leven waardoor je even weg wil zijn van de wereld. Ik weet maar al te goed hoe dat heel goed gaat. Geef mij 5 pintjes en ik trek mezelf niets meer aan. En die kick.. Lopen is voor mij een stuk dingen vergeten. Het is een hobby want prijzen ga ik niet winnen. Maar ik heb daar de kracht van ontdekt.” (Tom, 12 jaar in herstel)

Ook een **verandering in mentaliteit** maakt het herstelproces voor een aantal respondenten draaglijker. Het gaat om optimisme, hoop, geloof, vertrouwen (N=5), leren omgaan met stress, relativeren (N=3), accepteren van eigen beperkingen (N=3), genieten van de kleine dingen (N=3), positief toekomstbeeld (N=2), humor (N=2) en leven in het hier en nu (N=1).

“In de maatschappij is er een enorme druk om te presteren. Ik heb ondertussen geleerd dat je daar niet altijd aan moet voldoen. Soms is dat een illusie.. maar dat is wel iets dat heel krachtig is, dat van buitenaf op een mens inwerkt. En mensen staan daar niet bij stil en blijven daarin verdergaan...” (Maarten, 5 jaar in herstel)

Tot slot vermelden respondenten ook een aantal **copingstrategieën**, zoals de **beschikbaarheid van alcohol vermijden**. De meeste respondenten storen er zich vandaag niet meer aan wanneer zij andere personen zien drinken, toch vermelden vier respondenten expliciet dat zij liever geen alcohol (zichtbaar) in huis hebben staan. Tot slot zijn vier respondenten op zoek gegaan naar **vervangmiddelen**, zoals niet-alcoholische aperitieven, cola light, canada dry, ... Hierdoor worden ze opgenomen in de sfeer of weten ze onmiddellijk wat te bestellen wanneer ze ergens naartoe gaan.

3.2.1.2 Sociaal herstelkapitaal

De steun die respondenten krijgen via hun **zelfhulpgroep** wordt door iedereen als zeer belangrijk ervaren. In het begin van hun herstelproces beschouwen zij de zelfhulpgroep als iets erg krachtigs: luisteren naar anderen, krijgen van tips, ervaren dat ze niet alleen zijn met het probleem, erover kunnen communiceren (“van u afpraten”), zien van leden in langdurig herstel die gelukkig nuchter zijn, ... Het hielp hen als het ware om van week tot week nuchter te blijven. Na een langere periode in herstel, geven alle respondenten aan dat ze minder frequent deelnemen maar het toch belangrijk is om **regelmatig te blijven gaan**. Het wordt gezien als een **gratis, langdurig nazorgprogramma**. Aangezien alle respondenten herstel beschouwen als een levenslang proces, zullen zij blijven gaan naar vergadering zolang ze kunnen om herval te vermijden. Dit kan gekaderd worden binnen de wisselwerking in zelfhulpgroepen. Respondenten delen ervaringen en bieden hulp aan nieuwelingen die hen er op hun beurt op wijzen hoe zij vroeger waren. Enerzijds is er dus de **voorbeeldfunctie** die zij vervullen, dit wordt door negen respondenten beschouwd als belangrijk binnen hun eigen herstelproces. Ze kunnen doorgeven wat ze zelf ooit kregen en laten op die manier de groep voortleven. Ook hun zelfvertrouwen krijgt hierdoor een boost. Anderzijds draagt het bij tot hun **eigen alertheid** (n=10). Ze worden er blijvend aan herinnerd hoe zij vroeger zelf waren, dit houdt hen met beide voeten op de grond. Ook zien zij hoe personen, die soms al lang in herstel zijn, kunnen hervallen. Dit brengt een soort schrik-effect met zich mee.

“Ik heb meer dan 100 vergaderingen meegemaakt, 100 mensen gezien, tientallen keren gehoord hoe het misgegaan is bij eentje.. Het heeft mij geholpen om dat te horen van anderen. Het is een soort schrikeffect. Ik moet dat regelmatig blijven horen, blijven onthouden.” (Luc, 35 jaar in herstel)

“Als men na een paar jaar niet meer gaat begeef je jou op glad ijs want de goede herinneringen komen vaker boven en je staat een stap korter bij de alcohol en nieuwelingen die in de groep komen doen onze ogen dikwijls open op gebied van: dat ben ik X aantal jaar geleden dat wil ik niet meer” (Tom, 12 jaar in herstel)

Verder ervaren de respondenten een hoge mate aan **solidariteit** binnen hun zelfhulpgroep. Een grote meerwaarde is het **begrip** dat ze voor elkaar als lotgenoten kunnen opbrengen, dit kunnen ze meestal niet in dezelfde mate vinden bij een professionele hulpverlener. Elkaar kunnen helpen vanuit eigen ervaring zorgt voor een **sterk groepsgevoel en onderlinge verbondenheid**.

“Je hoort ergens bij en je begint te merken dat.. ze vertellen intieme dingen die je normaal niet tegen vreemden vertelt.. dat scheidt een band.. en als je dat begint te ervaren ja.. dan is het hek van de dam, dan geloof je in die groepswerking.” (Walter, 36 jaar in herstel)

Zeven respondenten geven aan dat zij hun groepsleden ook buiten de context van de zelfhulpgroep zien, los van de vergaderingen. Het zijn **goede vrienden** geworden die deel uitmaken van hun nieuwe netwerk en waarbij niet steeds gesproken dient te worden over hun herstel.

Zes respondenten vermelden dat zij **individuele nazorg** als helpend ervaren of ervaren om in langdurig herstel te blijven. Zij werden of worden opgevolgd door een therapeut, psycholoog of psychiater.

“Je moet op een andere manier met stress omgaan. Die gedragstherapie gaat in op: wat voor gedachten heb je? Kan je die beoordelen? En dan ga je alles rationaliseren en dat helpt wel.” (Elise, 5 jaar in herstel)

Over het algemeen geven zes respondenten aan dat het helpt om **zaken bespreekbaar te maken**, om ergens hun verhaal te doen en zich bijgevolg voor een stuk bloot te geven.

“Dat heb ik ondervonden.. de 5^{de} stap binnen AA: uzelf blootgeven.. als je over uzelf vertelt en het lukt, je kan dat naar buiten brengen.. Alsof je een deur hebt opengezet..” (Roger, 32 jaar in herstel)

Op lange termijn achten de meeste respondenten het minder noodzakelijk om over herstel te praten met hun nabije omgeving (familie, partner, vrienden en collega's), zij vinden voldoende steun binnen hun zelfhulpgroep. Wel vinden zij het belangrijk om te voelen dat ze overal **gerespecteerd en aanvaard** worden. Zes respondenten ervaren een extra boost wanneer zij **appreciatie** krijgen voor hun herstel binnen hun omgeving. Het gaat om erkenning omdat ze er iets aan willen doen en soms is er zelfs sprake van bewondering omdat zij (wel) volledig nuchter kunnen blijven.

“Ze appreciëren dat enorm dat ik iets kan dat zij eigenlijk niet kunnen: volledig nuchter blijven. In mijn fotovereniging hebben ze ook allemaal dat proces gevolgd en zij kijken een beetje naar mij op. Dat is zeer belangrijk.” (Marcel, 11 jaar in herstel)

Het **hersteld contact met familie** is voor vier respondenten erg belangrijk, zij putten hier veel energie uit. Vier respondenten hebben **een partner die niet drinkt**, dit wordt als ondersteunend ervaren. Een laatste belangrijk ondersteuningsbron is de **sociale controle** die vier respondenten spontaan krijgen door vrienden, partner of familie. Het werkt beschermend en zorgt ervoor dat de deur op voorhand dicht gaat.

“Ik heb een tante die over een paar weken nog mijn glas vastpakte en mijn beste vriendin ook.. ik had water gegoten in zo’n blauw spa glas, dat is blauw getint.. en dat kennen zij blijkbaar niet en direct mijn glas vastpakken en zeggen: wat heb jij in jouw drank? Dat is sociale controle.. Dat is goed.. dat helpt..” (Veerle, 5 jaar in herstel)

3.2.1.3 Maatschappelijk herstelkapitaal

Negen personen vinden het niet alleen belangrijk om een **voorbeeldfunctie** te vervullen binnen hun zelfhulpgroep, ook willen zij in de ruimere maatschappij vanuit hun ervaring een steun betekenen voor anderen. Dit doen zij door het geven van getuigenissen en infosessies in scholen, psychiatrische ziekenhuizen, gevangenissen,... Ook staan de respondenten steeds paraat voor mensen in hun omgeving die direct of indirect steun nodig hebben. Zij willen een boodschap doorgeven, aan preventie doen of andere alcoholverslaafden erop wijzen dat er een oplossing bestaat voor hun alcoholprobleem.

“Ik heb heel veel twaalfde stap gedaan: wanneer iemand om hulp vraagt, ernaar toe gaan en een gesprek mee hebben. Ik heb al veel mensen uit de miserie geholpen die nog altijd nuchter zijn en dat is eigenlijk.. dat heeft een impact rond heel hun leefwereld, dat is niet één persoon.. daar doe je het voor een stuk voor.” (Walter, 36 jaar in herstel)

“Je kan iets doen voor anderen, mensen die daar in een lange opname zitten en schrik hebben om terug die stap te zetten in de buitenwereld. Ik kan dan tonen van: er is nazorg, wij bieden die nazorg..” (Elise, 5 jaar in herstel)

“Ik geef ook info’s op scholen, deze krijgen langzaamaan resultaat. Ik heb dat vroeger zelf nooit gehad. I...n Mijn leven had er misschien anders uitgezien” (Patrick, 7 jaar in herstel)

Een aantal respondenten voeren ook andere projecten uit, zoals infosessies rond de **naambekendheid van hun zelfhulpgroep** bij professionelen, huisartsen, ... Eén respondent kreeg te maken met bijwerkingen van het medicijn ‘antabuse’ en werkte actief mee aan een publicatie dat andere mensen hiervoor wil waarschuwen. Hieruit halen zij veel voldoening en het helpt bijgevolg in hun eigen herstelproces.

Verder zijn enkele respondenten actief bezig aan een **andere visie op zelfhulpgroepen**, waarbij AA niet langer het monopolie bezit. Hieruit is de zelfhulpgroep SOS Nuchterheid en de Verslavingskoepel binnen de Kempen voortgevloeid.

“We bieden een vrijzinnig alternatief met SOS Nuchterheid. Het is een vorm van mijn eigen alertheid. Dat is een win-win situatie. Ook een stukje terug bieden van wat we ooit zelf gekregen hebben. Het is absoluut verbonden met mijn herstel, en met het feit dat ik niet hervul.” (Peter, 27 jaar in herstel)

“Ik breek dat op zich niet af, het principe van zelfhulp maar.. het monopolie is niet gezond. Zelfhulp is geen eigendom van AA en volgens mij zijn er veel meer mogelijkheden als dat vanuit professioneel en vanuit andere instanties mee zou ondersteund en begeleid worden. I...n Je ziet die mensen en na een bepaalde tijd blijven die weg en hervallen die want de cijfers tonen het ook aan: 95% van de hulpzoekenden blijven daar weg. Als het niet klikt is er geen alternatief.. I...n Twee jaar geleden hebben wij een Verslavingskoepel opgericht en gevraagd aan een aantal mensen uit verschillende zelfhulpgroepen of we eens kunnen samenkomen. I...n Er werd een charter opgesteld in 2013 zodat wij als vrijwilligers uit de zelfhulpgroepen samen kunnen werken met professionelen en met studenten/onderzoekers. I...n Het was precies of we zaten daar allemaal op te wachten, ook de professionelen.” (Johan, 12 jaar in herstel)

3.2.2 Barrières bij langdurig herstel

De barrières of struikelblokken voor respondenten om in langdurig herstel te blijven, worden in overeenstemming met de ondersteuningsbronnen onderverdeeld in drie domeinen: individueel, sociaal en maatschappelijk domein.

3.2.2.1 Barrières op individueel domein

De respondenten ervaren vandaag veel minder craving of directe triggers voor alcoholgebruik in vergelijking met hun eerste jaren in herstel. Toch ervaren zij nog een aantal struikelblokken op individueel domein. Een eerste struikelblok is de **algemene verslavingsgevoeligheid** die door vijf respondenten aangehaald wordt. Zij gaan van de ene verslaving in de ander, het gaat hierbij om roken, medicatie, bepaalde voedingswaren en frisdranken, werken, ... Dit gaat ook gepaard met het typische verslavingsgedrag.

“Ik verstop bijvoorbeeld snoep als 64 jarige.. of stiekem leegeten en terug aanvullen. Ik herken dat van mijn zwaarste verslaving l...n. Die verslavingsgevoeligheid zit in ons, dat hebben we nu eenmaal.” (Walter, 36 jaar in herstel)

Een ander struikelblok is het **omgaan met gevoelens**. Dit wordt door vijf respondenten aangehaald. Zij geven aan dat alcohol een soort beschermklaag of copingstrategie vormde voor emotionele problemen. Daarna leerden zij rationaliseren om in herstel te blijven. Twee respondenten kijken bewust niet naar het nieuws omdat ze dit amper van zich kunnen afzetten. Ook **intieme relaties** worden door twee respondenten als moeilijk ervaren. Naast het emotioneel functioneren, ervaren twee respondenten ook moeite met **sociaal functioneren**. Ook daar zorgde alcohol ervoor dat alles makkelijker verliep.

“De periodes waarin ik dronk, was ik over het algemeen een veel aangenamer en plezieriger mens tijdens feesten en in de omgang. Nu zit ik daar op feestjes met een lang gezicht l...n Anderen mensen voelen dat en dan laten ze jou wat meer links liggen.” (Johan, 12 jaar in herstel)

Vier respondenten halen specifiek **stress- en/of angstgevoelens** aan als hindernis tijdens hun herstel. Het gaat om faalangst, angst voor afwijzing, onzekerheid, moeite met ontspannen,... Bij twee respondenten ging verslaving gepaard met een angststoornis waarmee zij nog steeds kampen.

“Moest er van alles samen komen, dingen die triggers kunnen zijn.. dingen die gevoelig liggen, emotionele stress of gewone stress teweeg brengen l...n Ik kan mij heel veel zorgen maken over familieleden en als ik dan nog moet presteren, ergens tegen deadlines vechten.. moest het mij allemaal teveel worden dan moet ik daarmee oppassen.” (Elise, 5 jaar in herstel)

Vier respondenten geven aan dat ze soms **heimwee hebben naar de effecten van alcohol** wanneer zij geconfronteerd worden met moeilijkheden of niet goed in hun vel zitten. Op zo'n momenten hebben zij namelijk het verlangen om even te vluchten en alles te vergeten. Ook de **connotatie van bepaalde zaken of plaatsten met alcoholgebruik** zorgt bij twee respondenten voor moeilijkheden.

“Tot 25 jaar herstel had ik gemiddeld 3 keer per jaar zin om mezelf zat te drinken, echt goesting.. die heimwee naar varkensstreken. Ook een tweetal keer per jaar heimwee naar vergetelheid.. eens alles kwijt zijn, van de wereld te zijn, alle zorgen weg, tabula rasa, kopje leeg..” (Walter, 36 jaar in herstel)

“Als ik thuis platen aan het draaien ben dan moet ik de boel soms afzetten want dan slaan mijn gedachten op hol. Ik zou zo direct iemand gaan zoeken of erop drinken.. Dat kan nog heel fel toeslaan bij mij. Elke plaat zorgt wel voor een herinnering.” (Tom, 12 jaar in herstel)

Drie respondenten noemen **zelfstigmatisering** als een belangrijk struikelblok in hun herstelproces.

“Dat is erger dan mijn alcoholprobleem geweest want je denkt altijd: ik doe het niet goed.. en ze gaan het aan mij zien en ze gaan het weten en wat denken ze wel.. maar dat is niet zo.. Jij maakt dat uzelf wijs. [...] Doemdenken, depressief zijn en zelfs zwarte gedachten volgen en werkt misbruik in de hand. Ik ben daar het laatste jaar erg mee bezig.” (Veerle, 5 jaar in herstel)

Drie respondenten noemen de karaktereigenschap ‘**egoïsme**’ als een eigen zwakte. Zij voelen van zichzelf aan dat ze niet altijd even goed luisteren naar andere mensen en zichzelf vaak centraal stellen.

3.2.2.2 Barrières op sociaal domein

De respondenten lopen ook tegen een aantal barrières aan op sociaal vlak. Zes respondenten krijgen het vandaag nog moeilijk wanneer zij **geconfronteerd worden met alcoholgebruik op sociale aangelegenheden**, zoals Kermis en Nieuwjaar. Ook komen zij soms nog voor verrassingen te staan, bijvoorbeeld tijdens een receptie waarbij enkel rondgegaan wordt met champagne of tijdens een etentje waarbij blijkt dat er drank in de chocomousse zit.

“Ik ben nu 5 jaar in herstel en het is nog moeilijk.. je komt terug nieuwe situaties tegen, je gaat op verlof, je gaat eten, je gaat naar feestjes,... Want ja.. Ik ben 4 jaar binnen gebleven”. (Veerle, 5 jaar in herstel)

Het wordt er niet makkelijker op wanneer zij ook nog eens botsten op **onbegrip in hun nabije omgeving**. Zes respondenten krijgen hier regelmatig mee te maken. Veel mensen denken vaak dat het geen kwaad kan om één glas te drinken en vinden het flauw wanneer zij niet meedrinken. Vooral het gegeven dat zij langdurig in herstel zijn, speelt hierin mee. Voor de omgeving zijn zij namelijk zo goed als genezen verklaard. De respondenten hebben het gevoel dat mensen die geen verslaving hebben doorgemaakt, dit nooit helemaal kunnen begrijpen.

“Er staan hier regelmatig flessen wijn open in de ijskast. Voor mijn vrouw ben ik genezen. I...n Thuis begrijpen ze dat niet.. dat is.. in die beginperiode begrepen ze dat ik het moeilijk had maar na twee jaar moest dat toch wel opgelost zijn. Als je nu na 12 jaar zegt dat je het moeilijk hebt dan zeggen ze: ‘nu ben je toch aan het zeveren eh?’” (Johan, 12 jaar in herstel)

Voorgaande resultaten tonen aan dat het bieden van steun aan alcoholverslaafden in de omgeving van de respondenten een ondersteuningsbron betekent voor hun eigen herstel. Wanneer zij echter het gevoel krijgen dat het **niet lukt om steun te bieden**, brengt dit een onaangenaam gevoel met zich mee. Het wordt dan ook ervaren als een kleine barrière door drie respondenten.

“Het is moeilijk om iemand aan te spreken in de naaste omgeving die met hetzelfde probleem zit. Meestal krijg je dan het deksel op jouw neus. Het kan een vriendschap of familierelatie verstoren. Het is moeilijk om het die persoon dan te laten inzien. I...n Ik was vroeger hetzelfde. Wij zijn ervaringsdragers maar niet iedereen is capabel om iets te doen met die ervaringen.” (Luc, 35 jaar in herstel)

Twee respondenten zijn er zich van bewust dat het gevaarlijk kan zijn om **geen sociale controle** rond zich te hebben.

“Ik moet mij extra wapenen als ik alleen onderweg ben in een wereld waarin niemand mij kent, bijvoorbeeld op het vliegtuig.. Of in het buitenland waar mensen niet weten dat ik niet mag drinken.” (Veerle, 5 jaar in herstel)

3.2.2.3 Barrières op maatschappelijk domein

Negen respondenten storen zich aan het gegeven dat **alcohol in onze maatschappij algemeen aanvaard wordt**, zowel bij volwassenen als jongeren. Het product 'alcohol' wordt maatschappelijk geassocieerd met gezelligheid en aanzien als iets heel normaal. Dit wordt al van jongs af aan aangeleerd in het gezin. Een gevolg hiervan is dat als iemand helemaal niets (meer) drinkt, op weinig of geen begrip kan rekenen van anderen.

“Het is maf als je zelf stopt hoe hard het taboe is om niet te drinken. Sommige reacties van mensen zo van: ‘huh?’ En direct vragen stellen en zo er niet bij nadenken dat misschien persoonlijk is. En echt kijken alsof je van een andere planeet komt. Raar hé? Ik hou zelf het taboe nog in stand maar.. dat is zo ook ingebakken in de maatschappij en dat hoort bij alles en.. niets op tegen.. mensen die dat kunnen en die dat doen.. dat gun ik ze sowieso maar ik vind.. qua mentaliteit zo.. sommige zaken draaien alleen rond drinken.” (Elise, 5 jaar in herstel)

“Ze zijn nu bezig met campagnes op tv maar dat helpt niet.. dat ze nu eens genoeg mensen tonen die gestopt zijn en dat dat positief is.. voor de jonge mensen ook hé zeg.. wij moesten vroeger de held zijn.. drinken om de held te zijn.” (Anna, 23 jaar in herstel)

Een tweede struikelblok waarop vier respondenten botsen, is het **vertekend, maatschappelijk beeld over alcoholverslaafden en verslaving in het algemeen**. Ze voelen dan ook minder behoefte om open over hun problemen te praten. Ook zij waren er zich vroeger niet van bewust dat dit alle lagen van de bevolking kan treffen. Volgens hen draagt dit ertoe bij dat personen te laat hulp vragen omdat zij niet aan dat maatschappelijk beeld beantwoorden.

“Als iemand eens dronken is en je vertelt over die heldendaden dan wordt daarmee gelachen. Maar als het wat meer gebeurd en je wordt een chronische alcoholist dan word je met de vinger gewezen. Dat is niet terecht. Het niet-weten bij de meeste mensen dat dat iets is dat sommige kan overkomen en sommige niet...” (Luc, 35 jaar in herstel)

“Ik dacht in het begin dat mensen in de zelfhulpgroep AA allemaal personen waren met een kapotte jas, met een rode neus en stoppels.. Dat is hetgeen je ziet op tv hé. Dat beeld is nu nog want we zitten daar volledig in een isolement, we zijn anoniem. Een spijtig verhaal. Hoe willen ze nu dat de maatschappij daar een andere beeld van krijgt? Het is door het ontmoeten dat dit kan lukken.” (Johan, 12 jaar in herstel)

“Nieuwe vrienden en werkrelaties licht ik niet meer in. Volgens mij kan dat meer schade dan goeds aanrichten. Onbegrip, achterklap en spot krijg je dan toch automatisch..” (Veerle, 5 jaar in herstel)

Drie respondenten storen zich aan de **alcoholindustrie en publiciteit**. Vroeger was dit bij hen namelijk vaak een aanleiding tot craving, bijvoorbeeld wanneer zij binnenkwamen in een grootwarenhuis en langs flessen wijn moesten lopen. Of wanneer zij in allerlei films en feuilletons moesten aanzien hoe personages thuiskomen en een glas wijn drinken om zich te ontspannen. Vandaag vormt dit voor hen geen directe barrière meer, toch vinden zij dat dit moet veranderen in onze samenleving omdat zij weten hoe moeilijk dit kan zijn voor iemand die probeert te stoppen.

Vier respondenten halen een vierde struikelblok aan op maatschappelijk domein: **de onwetendheid bij hulpverleners en huisartsen**. Zij stellen dat professionele hulpverleners, in tegenstelling tot ervaringsdeskundigen, nooit zo goed kunnen begrijpen wat zij meegemaakt hebben. Zij botsen ook op de weinige kennis die zij hebben over de problematiek in het algemeen, over het medicijn 'antabuse' of de combinatie van alcohol met medicijnen.

“Na die eerst opname, zeiden ze daar, en dat vind ik heel raar: ‘ik zou nu zes maanden niets drinken en dan mag je nog eens proberen. [...] Daarna ging ik naar een therapeute in het CGG, ze was wel goed maar misschien heeft zij dat niet echt goed gevat dat alcohol eigenlijk voornamelijk het probleem was.” (Elise, 5 jaar in herstel)

“Dat verwondert mij nog altijd, van verschillende dokters, dat ze blijkbaar zo weinig mee zijn met de problematiek. Mijn huisdokter kende mijn probleem ook wel maar hij drong nooit fel aan. Had hij nu schrik om een patiënt te verliezen als hij tegen mij zou ingaan?” (Geert, 21 jaar in herstel)

Een laatste struikelblok dat expliciet aangehaald wordt door zes respondenten, is de **kritiek op de zelfhulpgroep AA als methodiek**. Het gaat om kritiek op het monopolie van AA, het stappenprogramma, de anonimiteit (gebrek aan transparantie), het religieuze aspect (hogere machten), het afhankelijk worden van een systeem, te grote focus op het product alcohol en te weinig focus op het totale beeld, de beperkte doelgroep (enkel alcoholverslaafden), het krijgen van ongevraagde feedback, de cultuur van verjaardagen, ... Voor vier respondenten waren dit redenen om over te stappen naar de zelfhulpgroep SOS Nuchterheid.

4 Discussie

4.1 Persoonlijk herstel: meer dan louter abstinentie

Dit onderzoek toont aan dat het herstelproces individueel sterk kan verschillen. Deze persoonlijke en subjectieve beleving van herstel komt ook naar voren in eerdere studies (Sommer et al., 2013; White, 2007). Desondanks deze subjectieve invulling kunnen een aantal gemeenschappelijkheden teruggevonden worden doorheen de resultaten.

Alle respondenten in langdurig herstel beschouwen volledige abstinentie als een basisvoorwaarde en minimumvereiste binnen hun herstel. Dit wordt ook aangetoond in een onderzoek van Laudet (2007) en is consistent met recente literatuur dat een positieve correlatie vaststelt tussen het aantal jaar in herstel van alcoholverslaving en abstinentie. Ook bestaat er een positieve relatie tussen abstinentie en zoeken van hulp in een zelfhulpgroep (Subbaraman & Witbrodt, 2014; Humphreys et al., 2004). Dit is geen verrassing aangezien volledige nuchterheid een belangrijk aspect vormt binnen zelfhulpgroepen, zoals AA: "Once an alcoholic, always an alcoholic" (Alcoholics Anonymous, 2001, p. 33). Ook SOS Nuchterheid duidt abstinentie aan als een prioriteit en stelt dat dit bereikt kan worden door de groepswerking (Humphreys et al., 2004). Er wordt niet geloofd in gecontroleerd of sociaal drinken, dit zou onmiddellijk leiden tot herval. Onderzoek toont ook aan dat abstinentie meer slaagkansen heeft en leidt tot een hogere kwaliteit van leven dan niet-abstinentie (Burman, 1997; Subbaraman & Withbrodt, 2014). Toch volstaat deze klinische invulling van het herstelbegrip voor alle respondenten niet. Herstel kan niet onafhankelijk benaderd worden van andere levensdomeinen. Dit komt ook naar voren in de literatuur (Best et al., 2011; Laudet & White, 2008; Laudet et al., 2009; White, 2007). Herstel betekent voor de meerderheid van de respondenten het evolueren als mens op vlak van mentaliteit, gedrag, communicatie, emoties, identiteit, ... Deze herstelaspecten komen ook naar voren in eerder onderzoek waarbij herstel gezien wordt als een nieuw leven, een continu proces van groei en persoonlijke verandering (Laudet, 2007). Herstel wordt door een groot aantal respondenten ervaren als comfortabele nuchterheid, waarbij zij kunnen vertrouwen op hun abstinentie. Dit vereist voor een groot stuk het aanvaarden van hun nuchterheid. Onderzoek toont ook aan dat het belangrijk is om te leren leven met kwetsbaarheden (Hedriksen-Favier et al., 2012). Verder vernoemen enkele respondenten het terug zichzelf kunnen zijn, het terug normaal kunnen functioneren in het dagdagelijkse leven als betekenis van herstel. Het herontdekken van zichzelf vormt een belangrijk aspect binnen herstel (Laudet, 2007). Tot slot betekent herstel voor een aantal respondenten een verhoogde levenskwaliteit, zich terug goed voelen. Binnen de literatuur wordt dit omschreven als belangrijke doelstelling van herstel (Best & Laudet, 2010; Laudet, 2008; White, 2007). Het gegeven dat abstinentie een beginpunt is van een langer herstelproces waarbij een nieuwe levenshouding aangeleerd wordt, vormt ook een belangrijk aspect binnen zelfhulpgroepen (Muisse & van Rooijen, 2009).

4.2 Persoonlijk herstel: een continu proces

Hoewel de respondenten gemiddeld 18 jaar in herstel zijn, ervaren zij herstel allen als een continu proces dat nooit zal eindigen. Zij omschrijven zichzelf liever als zijnde 'in herstel' dan 'hersteld'. Herstel wordt in de literatuur ook omschreven als een langdurig proces waarbij sprake is van een blijvende kwetsbaarheid, er is geen eindpunt (Best & Laudet, 2010; Best et al., 2011; Laudet, 2007, 2008; TBFCIP, 2007; White, 2007; Shinebourn & Smith, 2011). Het percipiëren van herstel als continu proces staat in overeenstemming met de dominante visie van verslaving als chronisch, recidiverende hersenziekte

(Van den Brink, 2005). Binnen deze visie wordt herval beschouwd als een essentieel onderdeel van het herstelproces (White, 2007; Sommer et al., 2013). Dit wordt ook zo aangegeven door enkele respondenten die een herval kenden gedurende hun herstelproces. Daarnaast vinden alle respondenten het belangrijk om herval nooit uit te sluiten en leveren zij nog dagelijks een inspanning om in herstel te blijven. Het belang van dit dagelijks werken wordt ook aangetoond in de literatuur (Best et al., 2011; Laudet, 2008; Sommer et al., 2013; White, 2007). Deze visie van verslaving als chronische conditie wordt aangehangen binnen de verschillende zelfhulpgroepen. Men kan niet genezen van verslaving maar dit kan wel beheerst worden door volledige onthouding. Deelnemers aan zelfhulpgroepen stellen zichzelf elke dag opnieuw het doel om niet te drinken (Muusse & van Rooijen, 2009).

Consistent met deze visie, beschrijven respondenten hun zelfhulpgroep als een kosteloos, langdurig nazorgprogramma. Deze blijvende hulp vanuit zelfhulpgroepen wordt in de literatuur ook als een belangrijk voordeel omschreven in vergelijking met formele behandelingen (Laudet, 2008; De Donder, 2010; Humphreys et al., 2004; Muusse & van Rooijen, 2009). Dit kan gekaderd worden binnen het ontwikkelen van een zorgcontinuïteit, waarbij resultaten van behandeling gerelativeerd moeten worden eens deze is stopgezet (McLellan, 2002). Een langdurige vorm van nazorg is geen overbodige luxe aangezien herstel omschreven wordt als levensprogramma, en leidt tot betere lange termijn resultaten (Andreasson & Öjehagen, 2003; Muussen & van Rooijen, 2009).

TBFICP (2007) onderscheidt volgende stadia van recovery: 'early recovery' (1 maand tot 1 jaar), 'sustained recovery' (1 tot 5 jaar) en 'stable recovery' (5 jaar of meer). Hieruit blijkt dat de respondenten zich in 'stable recovery' bevinden. In het onderzoek geven de meeste respondenten ook aan dat ze een stabiele nuchterheid bereikt hebben.

4.3 Herstelkapitaal en barrières bij langdurig herstel

De ondersteuningsbronnen van respondenten om langdurig in herstel te blijven, worden consistent met het artikel van White en Cloud (2008) onderverdeeld in drie soorten herstelkapitaal: persoonlijk, sociaal en maatschappelijk kapitaal. De barrières op persoonlijk, sociaal en maatschappelijk domein worden hierbij aangegeven.

4.3.1 Persoonlijke ondersteuningsbronnen en barrières

Persoonlijk herstelkapitaal verwijst naar hulpbronnen die vanuit de persoon zelf aangewend kunnen worden (White & Cloud, 2008). Respondenten vermelden een aantal copingstrategieën die ervoor zorgen dat zij langdurig in herstel blijven, zoals de constante alertheid en bewustzijn voor mogelijke triggers. Dit is belangrijk aangezien, vanuit hun visie, het risico tot herval nooit volledig verdwijnt. Ook het vermijden van de beschikbaarheid van alcohol en zoeken naar een vervangmiddel worden door enkele respondenten aangegeven als mechanismen in langdurig herstel. Het belang van adequate copingstrategieën komt ook naar voren in de literatuur (Laudet, 2008; Hibbert & Best, 2011; Sommer et al., 2013; Best et al., 2010; White & Cloud, 2008). Zelfhulpgroepen dragen bij tot het verwerven van vaardigheden om met verslaving en moeilijke situaties om te gaan (Laudet et al., 2002; Geelen, 2003). Een andere ondersteuningsbron, aangegeven door een groot aantal respondenten, is het 'rationeel en eerlijk denken'. Het is voor hen belangrijk om te blijven beseffen dat zij niet normaal kunnen omgaan met een product. Onderzoek toont aan dat deze motivatie in een zelfhulpgroep vaak versterkt wordt, leden maken deel uit van een groep waarbij abstinentie de norm is en leren een nieuwe 'niet-gebruikende identiteit' te ontwikkelen (Muusse & van Rooijen, 2009; Geelen, 2003). Dit belang van

motivatie tot abstinentie en de blijvende erkenning dat er nooit sociaal gedronken kan worden, vormen in de studie van Laudet (2008) ook voorname elementen om in herstel te blijven. Dit hangt nauw samen met de waarde die een groot aantal respondenten hecht aan kennis rond alcoholverslaving, dit inzicht draagt namelijk bij tot deze overtuiging. Tot op vandaag ervaren enkele respondenten hun algemene verslavingsgevoeligheid met daarbij het typische verslavingsgedrag als barrière, het gaat bijvoorbeeld over verslaving aan bepaalde voedingswaren. Verder benoemen enkele respondenten zelfinzicht en zelfreflectie als ondersteuningsbronnen in langdurig herstel. Het opbouwen van ervaringskennis- en deskundigheid door het reflecteren op eigen ervaringen en die van anderen staat centraal binnen zelfhulpgroepen (Hendriksen-Favier et al., 2012). Dit inzicht in de problematiek en in zichzelf komt ook naar voren als persoonlijk herstelkapitaal in onderzoek door Sommer et al. (2013).

Alle respondenten ervaren vandaag een verhoogde levenskwaliteit op verschillende domeinen, voornamelijk op relationeel, familiaal en financieel vlak. Dit komt overeen met bestaande literatuur die aantoont dat langere tijd in herstel gepaard gaat met een hogere kwaliteit van leven (Laudet et al., 2006; Laudet et al., 2009; Hibbert & Best, 2011). Het lijkt te gaan om een wederkerige relatie, gemedieerd door motivatie. Dit wordt ook op deze manier omschreven in onderzoek door Laudet et al. (2009). Enerzijds draagt herstel bij tot een verhoogde levenskwaliteit, anderzijds vormt de gedachte aan wat ze allemaal kunnen verliezen een belangrijke ondersteuningsbron voor enkele respondenten. Dit zorgt ook voor een verhoogde kwetsbaarheid indien er zich tegenslagen voordoen. Enkele respondenten geven aan dat het emotioneel en sociaal functioneren een hindernis vormt binnen hun herstelproces. Ze hebben meer specifiek last van stress- en/of angstgevoelens. Stressvolle situaties en negatieve emoties worden in eerder onderzoek aangetoond als mogelijke triggers voor herval (Laudet, 2008, Laudet et al., 2004; Laudet & White, 2004). Verder houden enkele respondenten zich vast aan negatieve herinneringen van verslaving om langdurig in herstel te blijven (Laudet, 2008; Laudet et al., 2002). Een aantal respondenten geven echter aan dat zij soms nog heimwee hebben naar de effecten van alcohol wanneer zij moeilijkheden kennen, het verlangen bestaat op dat moment om even weg te zijn van de wereld. Dit vormt bijgevolg een hindernis in langdurig herstel.

De meerderheid van de respondenten noemt het belang van positief egoïsme, ze durven opkomen voor zichzelf en trekken zich minder aan van wat anderen denken. Het kan omschreven worden als 'empowerment', dit vormt een kernelement van persoonlijk herstel in onderzoek door Leamy et al. (2011). Ook Best en Laudet (2010) omschrijven herstel als een gevoel van empowerment. Zelfhulpgroepen dragen bij tot empowerment: personen kunnen participeren in hun eigen herstel, ontwikkelen eigen krachten en krijgen terug regie over hun leven (Hendriksen-Favier et al., 2012). Dit hangt nauw samen met het verhoogd zelfbeeld en gevoel van zelfcompetentie bij de meeste respondenten. Zij staan vandaag stevig in hun schoenen, kunnen beter omgaan met moeilijke situaties, vertonen eigenwaarde en zijn trots op hun herstel. Dit persoonlijk herstelkapitaal wordt ook aangegeven in voorgaand onderzoek (Sommer et al, 2013; Hibbert & Best, 2011; White & Cloud, 2008; Moos & Moos, 2007). Ook een verandering in mentaliteit bevordert het herstelproces van de respondenten. Het gaat hierbij om optimisme, hoop, geloof, vertrouwen, relativeren, accepteren van beperkingen, positief toekomstbeeld, ... (Sommer et al., 2013). 'Optimisme en hoop' worden benoemd als kernelement van persoonlijk herstel in onderzoek van Leamy et al. (2011) en worden verworven in zelfhulpgroepen door het luisteren naar verhalen van anderen (Laudet et al., 2002; Muusse & van Rooijen, 2009). Niettegenstaande deze resultaten, ervaren een aantal respondenten zelfstigmatisering en egoïsme als struikelblokken en eigen zwaktes binnen langdurig herstel. Tot slot vormt het constructief en zinvol invullen van vrije tijd voor enkele respondenten een belangrijke ondersteuningsbron (Best et al., 2012; Sommer et al., 2013).

4.3.2 Sociale ondersteuningsbronnen en barrières

Als tweede vorm van herstelkapitaal is er het sociaal kapitaal (White & Cloud, 2008). In de literatuur worden lotgenoten in herstel, familie, partner en vrienden als belangrijke sociale steun aangehaald binnen langdurig herstel (Best et al., 2012; Best et al., 2011; Laudet et al., 2002; Laudet, 2008). In dit onderzoek lijkt dit vooral op te gaan voor de steun van lotgenoten, alle respondenten ervaren hun zelfhulpgroep namelijk als ondersteunend om herval te vermijden op lange termijn. De meerderheid van de respondenten vindt het enerzijds belangrijk om te fungeren als voorbeeldfunctie en steunfiguur voor nieuwkomers, zoals ook aangetoond in de literatuur (Best & Laudet, 2010; Laudet, 2008; Laudet et al., 2002; Shinebourn & Smith, 2011). Wanneer personen ervaringskennis inzetten om anderen te helpen krijgen zij vaak positieve waardering, dit draagt bij tot een verhoogd zelfbeeld en ondersteunt hun eigen herstelproces (Muisse & van Rooijen, 2009). Enkele respondenten ervaren het als een hindernis in langdurig herstel indien zij geen steun kunnen betekenen voor anderen in verslaving of herstel. Anderzijds dragen lotgenoten bij de meerderheid van de respondenten bij tot hun eigen alertheid, nieuwelingen doen hen eraan herinneren hoe zij vroeger zelf waren (Laudet et al., 2002; Sommer et al., 2013). Dit wederkerigheidsprincipe is fundamenteel binnen zelfhulpgroepen: lotgenoten geven en ontvangen steun. Deze groepen worden om die reden ook wel 'mutual help groups' genoemd (Muisse & van Rooijen, 2009; Humphreys et al., 2004). Dit principe draagt bij tot de empowerment van leden. Wie enkel hulp vraagt, bevindt zich al snel in een afhankelijke relatie (Hendriksen-Favier et al., 2012). Een aantal respondenten doen ook beroep op een therapeut, psycholoog of psychiater. Algemeen achten respondenten het belangrijk om zaken bespreekbaar te maken en ergens hun verhaal te doen. Deze individuele nazorg en openheid over hun problemen worden ook aangegeven in onderzoek van Sommer et al. (2013). In langdurig herstel halen de meeste respondenten minder sociale steun bij hun nabije omgeving, dit vinden zij ook minder noodzakelijk. Dit spreekt eerdere resultaten uit onderzoek tegen die het belang van deze steun in langdurig herstel benadrukken (Best et al., 2012; Best et al., 2011; Laudet et al., 2002; Laudet, 2008). Wel hechten respondenten belang aan respect, aanvaarding, appreciatie, bewondering en sociale controle van hun nabije omgeving. Ook het hersteld contact met familie is belangrijk. Voorgaand onderzoek toont aan dat sociale relaties bijdragen tot emotionele steun en 'belonging', of het gevoel te hebben ergens bij te horen (Laudet et al., 2006). Het kan ook gelinkt worden met het begrip 'connectedness' (verbondenheid) als kernelement in persoonlijk herstel (Leamy et al., 2011). Dit komt ook naar voren in hun zelfhulpgroep waarbij een sterke onderlinge verbondenheid ervaren wordt, lotgenoten zijn bij een groot aantal respondenten vrienden geworden. Het bieden van een nieuw sociaal netwerk dat niet gericht is op drinken, vormt een belangrijk voordeel van zelfhulpgroepen (Muisse & van Rooijen, 2009; De Donder, 2010).

Naast dit sociaal herstelkapitaal, ervaren respondenten ook een aantal struikelblokken op sociaal domein. Zo krijgen zij het nog steeds moeilijk wanneer zij geconfronteerd worden met alcoholgebruik op sociale aangelegenheden. Daarbovenop botsen veel respondenten op onbegrip vanuit de nabije omgeving. Vooral het gegeven dat zij langdurig in herstel zijn speelt hierin mee, zij zijn zo goed als genezen verklaard. Dit onbegrip vormt ook een belangrijk struikelblok in onderzoek van Sommer et al. (2013). Tot slot hebben een groot aantal respondenten kritiek op de zelfhulpgroep AA als methodiek, dit vormt een belemmering in hun herstel en zorgde ervoor dat enkele respondenten de overstap maakten naar SOS Nuchterheid.

4.3.3 Maatschappelijke ondersteuningsbronnen en barrières

Een derde vorm van herstelkapitaal is het maatschappelijk kapitaal, dit omvat de houding, beleid en

middelen van de gemeenschap om herstel te bevorderen (White & Cloud, 2008). Werkgelegenheid en huisvesting worden door de respondenten weinig expliciet aangehaald. Dit spreekt eerder onderzoek van Best en Laudet (2010) tegen. Respondenten willen, zoals eerder aangegeven bij sociaal kapitaal, graag vanuit hun ervaring een steun betekenen voor anderen (Laudet & White, 2010). Dit doen de meeste respondenten in de ruimere maatschappij door het uitvoeren van vrijwillige diensten verbonden aan hun zelfhulpgroep, zoals getuigenissen en infosessies (Laudet et al., 2002; Shinebourn & Smith, 2011). Het doorgeven van een (preventieve) boodschap, bieden van hoop, instaan voor naambekendheid van de zelfhulpgroep, ... dragen bij tot hun eigen langdurig herstel. Ook het bijdragen aan een andere visie op zelfhulpgroepen werkt voor enkele respondenten ondersteunend. Onderzoek toont aan dat een intensieve deelname aan een zelfhulpgroep, door het engagement in andere activiteiten naast vergaderingen, het positieve effect van deze groepen verhoogt (Humphreys et al., 2004). Alcoholverslaafden in langdurig herstel scoren hoger op de levensdomeinen sociale relaties en omgeving dan de algemene bevolking (Hibbert & Best, 2011). Best en Lubman (2012) stellen dat zij hun verslaving overstijgen en “vibrant roles” innemen in de maatschappij. Door het fungeren als zichtbare rolmodellen en steunfiguren voor personen die herstel aanvangen, staan zij in voor de verspreiding van persoonlijk en sociaal herstelkapitaal (Best & Laudet, 2010; Shinebourn & Smith, 2011).

Respondenten storen zich ook aan een aantal zaken in de samenleving. In eerder onderzoek worden maatschappelijke aanvaarding, ruime beschikbaarheid van alcohol, onbegrip en stereotypes aangegeven als struikelblokken binnen herstel (Sommer et al., 2013). Deze komen overeen met bevindingen uit eigen onderzoek. De meerderheid van de respondenten stoort zich vandaag aan de ‘gezellige context’ waaraan alcohol gelinkt wordt. Alcohol is nauwelijks weg te denken en is algemeen aanvaard binnen onze maatschappij (Möbius, 2009). Het draagt ertoe bij dat respondenten op weinig begrip kunnen rekenen wanneer zij niets drinken. Verder toont onderzoek aan dat verslaving sterk gepaard gaat met stigmatisering en structurele discriminatie (Laudet, 2007, 2008; Schomerus et al., 2010). Ook de respondenten in langdurig herstel krijgen nog te maken met stereotypes. Enkele respondenten storen zich aan het vertekend maatschappelijk beeld over alcoholverslaafden en verslaving. In dit onderzoek vormt ook de alcoholindustrie en publiciteit voor enkele respondenten een struikelblok op weg naar herstel. Deze barrières op maatschappelijk domein vormen in langdurig herstel geen directe trigger meer voor de respondenten. Toch vinden zij dat er een aantal zaken ten gronde moeten veranderen in onze samenleving omdat zij weten hoe moeilijk dit kan zijn voor iemand die probeert te stoppen.

4.4 Aanbevelingen voor beleid, praktijk en onderzoek

Er is geen duidelijke beeldvorming aanwezig bij het brede publiek omtrent het begrip ‘herstel’ aangezien tot op heden geen consensus bereikt werd over de betekenis ervan. In de wetenschappelijke literatuur hanteren auteurs andere definities en de inhoud van het begrip verschilt naargelang de doelgroep. Dit houdt de reeds aanwezige stigmatisering van verslaafden in stand (Laudet, 2007). Zoals ook blijkt uit de onderzoeksresultaten, botsen personen in herstel nog op heel wat onbegrip in de samenleving. Er dient bijgevolg gestreefd te worden naar grotere bespreekbaarheid, kennis, en tolerantie ten aanzien van verslaving in de samenleving, maar ook bij hulpverleners en de nabije omgeving van de verslaafde. Het is sterk aanbevolen een debat te voeren rond de definiëring van herstel binnen de verslavingszorg en daarbij de verscheidene actoren binnen deze sector, zoals ervaringsdeskundigen, mee te nemen. De definitie in de recente visienota van minister Vandeurzen binnen de zesde staatshervorming tracht hierin tegemoet te komen (Vandeurzen, 2015).

Tot op heden werden studies naar persoonlijk herstel hoofdzakelijk uitgevoerd in Angelsaksische landen bij mensen met een psychiatrische of verstandelijke beperking (Sommer et al., 2013). Onderzoek bij alcoholverslaafden beperkt zich tot de initiatie van herstel en er wordt gebruik gemaakt van kwantitatieve onderzoeksdesigns. Hierbij ligt de focus op meetbare aspecten, zoals abstinentie, hervalcijfers en behandelingsuitkomsten (Hibbert & Best, 2011; White, 2007). Er is aldus nood aan meer kwalitatief onderzoek naar ervaringen van ex-alcoholverslaafden in langdurig herstel. Daarbij dient, naast abstinentie, ook rekening gehouden te worden met andere levensdomeinen. Ook is er nood aan het verder identificeren van herstelkapitaal en barrières in langdurig herstel. Indien er meer rekening gehouden wordt met de subjectieve betekenisverlening en de noden van personen in herstel, kan hulpverlening hier beter op afgestemd worden (White, 2007; Best, 2012; Slade, 2010). Aangezien persoonlijk herstel betrekking heeft op verschillende levensdomeinen (Best et al., 2011; Laudet et al., 2009; Laudet & White, 2008; White, 2007), is ondersteuning op meerdere levensdomeinen nodig om te komen tot een kwaliteitsvol leven. Dit vereist een nauwe samenwerking met sectoren zoals welzijnswerk, gezondheidszorg, justitie, tewerkstelling, ... Ook dient het informeel en natuurlijk netwerk betrokken te worden (Vandeurzen, 2015).

De onderzoeksresultaten en eerder onderzoek (White, 2007; Sommer et al., 2013) tonen aan dat herstel bereikt kan worden via uiteenlopende wegen. Vanuit de heersende visie van verslaving als chronische conditie en herstel als continu proces, volstaat een éénmalige behandeling niet. Er is een levenslange kwetsbaarheid voor herval waardoor het ontwikkelen van zorgcontinuïteit noodzakelijk is om met struikelblokken in herstel te kunnen omgaan. Vanuit deze visie kunnen zelfhulpgroepen een belangrijke aanvulling betekenen op het bestaande hulpaanbod (Gielen, et al, 2010). Ze bieden een langdurige vorm van ondersteuning die laagdrempelig is en geen tijdslimiet kent (De Donder, 2010; Humphreys et al., 2004; Muusse & van Rooijen, 2009). Aangezien deze groepen een goede (aanvullende) steun bieden, is een degelijke toegankelijkheid noodzakelijk. Een goede voorlichting over en verwijzing naar zelfhulp vanuit de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg is hierbij een vereiste (Muusse & van Rooijen, 2009; Humphreys et al., 2004). Tot op heden hebben hulpverleners en beleidsmakers binnen de ggz- en verslavingszorg geen duidelijk beeld over wat precies gebeurt in zelfhulpgroepen en hoe het een steun kan betekenen in het herstelproces van deelnemers (Humphreys, 2004). Een nauwere samenwerking tussen zelfhulpgroepen en instellingen kan zorgen voor een meer continu en langdurig hulpaanbod (Muusse & van Rooijen, 2009). Ook is dit van belang voor verwijzingen vanuit de zelfgroepen naar de professionele zorg indien dit nodig blijkt (De Donder, 2010). Dit toont ook het belang aan van meer samenwerking van zelfhulpgroepen met onderzoekers zodat er een beter begrip van de werking tot stand komt, de geslotenheid van deze zelfhulpgroepen laat dit niet altijd toe. Verder is meer onderzoek naar de effectiviteit van zelfhulpgroepen nodig, deze beperkt zich tot Amerikaans onderzoek en de AA (De Donder, 2010; Humphreys et al., 2004). Alsook wordt vaak enkel de focus gelegd op abstinentie en kosteneffectiviteit, meer onderzoek is aldus nodig naar het effect van zelfhulp op het welbevinden en psychosociaal functioneren (Muusse & van Rooijen, 2009).

Tot slot is er nood aan een Vlaamse recoverybeweging in de verslavingszorg waarbij ervaringsdeskundigen kunnen bijdragen aan een verhoogd bewustzijn dat herstel effectief mogelijk is. Blijvend optimisme en hoop op verandering bieden, zoals blijkt uit de onderzoeksresultaten, een houvast voor herstel. Deze 'recovery champions' kunnen een grote rol spelen in het ondersteunen van peers in verschillende stadia van het zorgcontinuüm: preventie, behandeling maar vooral bij zorgcontinuïteit. Zij fungeren als zichtbare rolmodellen en steunfiguren en staan in voor de verspreiding van herstelkapitaal (Best & Laudet, 2010). Verder kunnen ervaringsdeskundigen binnen de herstelbeweging de belangen en sociale positie van mensen met een verslavingsprobleem verdedigen (Best, 2012). In Vlaanderen zet de verslavingszorg tegenwoordig slechts beperkt in op

herstelkapitaal van ex-verslaafden (Sommer et al., 2013). Lotgenotencontact en ervaringsdeskundigheid kan een belangrijke bijdrage leveren aan herstelgerichte zorg, waardoor zelfhulpgroepen deel dienen uit te maken van netwerken in de verslavingszorg (Vandeurzen, 2015). Zelfhulp sluit nauw aan bij de persoonlijke herstelvisie en het empowermentparadigma. Het zorgt er namelijk voor dat deelnemers kunnen participeren in eigen herstel. De focus ligt op hun eigen krachten en het terugvinden van regie over het leven. Het wederkerigheidsprincipe binnen zelfhulpgroepen zorgt ervoor dat zij niet enkel hulp vragen maar ook geven. Dit ontbreekt vaak in de professionele zorg die afhankelijkheid in de hand werkt (Baldacchino & Rassool, 2006; Hendriksen-Favier et al., 2012).

4.5 Beperkingen van het onderzoek

Er dient rekening gehouden te worden met een aantal beperkingen binnen dit onderzoek. Een eerste beperking komt voort uit het kwalitatief onderzoeksopzet waarbij een veelheid aan informatie bekomen wordt over een relatief kleine onderzoeksgroep (N=15 (Silverman, 2001)). Dit heeft tot gevolg dat de resultaten persoonlijke waarheden representeren en niet generaliseerbaar zijn naar de volledige doelgroep in de populatie.

Ondanks de grote variatie in zelfhulpgroepen, leeftijd en aantal jaar in herstel, is er sprake van een niet-evenredige man-vrouwverhouding (11:4). Dit kan een vertekening van de resultaten met zich meebrengen. Cijfers die aantonen dat problematisch alcoholgebruik vaker voorkomt bij mannen, vormt mogelijks een verklaring (Gisle, 2014). Daarnaast kan bemerkt worden dat de visie van de respondent, en bijgevolg de resultaten, gekleurd zijn door de zelfhulpgroep waarvan de participant lid is. Vervolgonderzoek is aldus nodig om te kijken of deze resultaten veralgemeend kunnen worden naar personen in langdurig herstel die niet naar een zelfhulpgroep gaan.

Verder kon de kwaliteit van de diepte-interviews bevorderd worden indien het format vooraf uitgetest werd. Op die manier konden moeilijkheden reeds vóór de dataverzameling opgemerkt worden. Er dient ook bemerkt te worden dat de dataverzameling gebeurde aan de hand van wat respondenten tijdens het interview aanbrachten, dit staat mogelijks een volledig beeld van hun ervaringen in de weg. De onderzoeker trachtte dit deels te ondervangen door participanten de mogelijkheid te geven contact op te nemen indien zij nog aanvullingen wensten te doen.

Een laatste beperking van het onderzoek betreft de interview bias. Er is sprake van enige subjectiviteit bij de onderzoeker (Everaert & van Peet, 2006). Het kwalitatief onderzoek staat namelijk niet vrij van interpretatie en enige voorkennis bij de interviewer (cfr. theoretische onderbouwing). Bijgevolg bestaat het risico op beïnvloeding van de respondenten. Dit werd deels voorkomen door de vragen zo open mogelijk te stellen en volledig open te staan voor hun verhalen.

Deze studie omtrent persoonlijk herstel, ondersteuningsbronnen en barrières focust zich op personen die zichzelf omschrijven als zijnde 'in langdurig herstel van alcoholverslaving'. In vervolgonderzoek kunnen andere onderzoeksgroepen opgenomen worden, zoals ex-drugsverslaafden in (langdurig) herstel. Ook is 'natuurlijk herstel' een onderzoekspiste. Herstel kan namelijk bereikt worden zonder hulp van professionele behandeling of participatie in zelfhulpgroepen (Best, 2012). Verder kan herstel bestudeerd worden door de ogen van het sociaal netwerk of hulpverleners. In dit onderzoek wordt de focus gelegd op persoonlijk herstel. Ook klinisch, maatschappelijk en functioneel herstel kunnen verder bestudeerd worden. Een diepgaander beeld zorgt voor een betere afstemming op de noden van personen in herstel.

5 Conclusie

In deze masterproef werd getracht de perceptie op herstel en de ondersteuningsbronnen en barrières van ex-alcoholverslaafden in langdurig herstel zo goed mogelijk in kaart te brengen. Persoonlijk herstel is een individueel proces, desondanks kunnen een aantal gemeenschappelijkheden teruggevonden worden. Volledige abstinentie wordt beschouwd als basisvoorwaarde binnen het herstelproces, dit is echter niet het ultieme doel. Herstel wordt veel ruimer ervaren en focust zich op positieve veranderingen op verschillende levensdomeinen. Het gaat om het evolueren als mens, comfortabele nuchterheid, normaal kunnen functioneren en verhoogde levenskwaliteit. Daarnaast is herstel een levenslang proces zonder eindpunt. Na jaren van herstel wordt een zekere stabiliteit ervaren, toch bestaat er een blijvende kwetsbaarheid voor herval, waardoor een dagelijkse inspanning vereist is.

Ex-alcoholverslaafden wendden persoonlijk herstelkapitaal aan waardoor zij langdurig in herstel kunnen blijven. Voortdurende waakzaamheid en alertheid voor mogelijke triggers vormt een belangrijke hulpbron. Ook rationeel en eerlijk denken waarbij het besef blijft dat er niet normaal met alcohol omgegaan kan worden is essentieel. Zelfinzicht en inzicht in de problematiek werken hierbij ondersteunend. Na lange tijd in herstel is er sprake van een verhoogde levenskwaliteit (op relationeel, familiaal en financieel vlak), de gedachte aan wat verloren kan gaan vormt een stimulans. Ook houden een aantal respondenten vast aan negatieve herinneringen van alcoholgebruik. De meeste ex-alcoholverslaafden ervaren een verhoogd zelfbeeld en zelfcompetentie. Zij komen op voor zichzelf, trekken zich minder aan van anderen en zijn trots op hun herstel. Daarnaast bevordert een verandering in mentaliteit (optimisme, hoop, relativeren, ...) en het constructief invullen van vrije tijd hun herstelproces. Tot slot beschikken zij over een aantal copingstrategieën, zoals beschikbaarheid van alcohol vermijden en zoeken naar vervangmiddelen.

Ex-alcoholverslaafden kunnen ook rekenen op sociaal herstelkapitaal vanuit hun zelfhulpgroep en nabije omgeving. Hun zelfhulpgroep wordt beschouwd als een langdurig nazorgprogramma waar zij blijven naartoe gaan om herval te vermijden. Ze halen enerzijds voldoening uit het fungeren als voorbeeldfunctie en steunfiguur voor lotgenoten, anderzijds dragen de verhalen van nieuwelingen bij tot hun eigen alertheid. Ook bestaat een sterk onderling begrip en verbondenheid, lotgenoten behoren vaak tot hun nieuwe sociaal netwerk. Ex-alcoholverslaafden vinden het belangrijk om zaken bespreekbaar te maken, doch bestaat na langere tijd in herstel weinig behoefte om over herstel te praten met hun nabije omgeving. Wel wordt belang gehecht aan respect, aanvaarding, appreciatie, sociale controle, een niet-drinkende partner en hersteld contact met familie.

Verder halen ex-alcoholverslaafden herstelkapitaal vanuit de maatschappij. Het creëert een stimulans wanneer zij anderen kunnen helpen vanuit hun ervaring. Dit kan door het geven van getuigenissen en infosessies waarbij zij een boodschap uitdragen, hoop bieden, ... Ook het bijdragen aan een andere visie op zelfhulpgroepen vormt voor enkele respondenten een ondersteuningsbron.

Ondanks de grote mate aan herstelkapitaal, botsen ex-alcoholverslaafden in langdurig herstel op een aantal barrières. Op individueel domein ervaren zij hun algemene verslavingsgevoeligheid, emotioneel en sociaal functioneren (stress – en angstgevoelens), heimwee naar effecten van alcohol, zelfstigmatisering en egoïsme als struikelblokken. Op sociaal domein vormen de confrontatie met alcoholgebruik op sociale aangelegenheden en onbegrip vanuit de nabije omgeving de belangrijkste hindernissen. Op maatschappelijke domein storen zij zich aan de sociale aanvaarding van alcohol, het vertekend beeld over alcoholverslaafden en verslaving, de alcoholindustrie en publiciteit, en de onwetendheid bij hulpverleners en huisartsen. Enkele respondenten ervaren ook de werking van hun zelfhulpgroep als een struikelblok.

Referentielijst

- Alcoholics Anonymous (2001). *The story of how many thousands of men and women have recovered from alcoholism*. Geraadpleegd op http://www.aa.org/pages/en_US/alcoholics-anonymous
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europa*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Andreasson, S., & Öjehagen, A. (2003). Psychosocial treatment for alcohol dependence, in M. Berglund, S. Thelander, E. Jonsson. (Eds.). *Treating Alcohol and Drug Abuse. An evidence based review* (pp. 5-7). Geraadpleegd op http://www.api.or.at/wzfs/beitrag/WZ_27_2004_4_01_Andreasson.pdf
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1190s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Baarda, D.B., De Goede, M.P.M., & Teunissen, J. (2001). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.
- Baldacchino, A., & Rassool, G.H. (2006). The Self-Help Movement in the Addiction Field. *Journal of Addictions Nursing*, 17, 47-52. doi: 10.1080/10884600500505836
- Best, D. (2012). *Addiction recovery: A movement for social change and personal growth in the UK*. Brighton: Pavilion Publishing.
- Best, D., & Laudet, A. (2010). *The potential of recovery capital*. London: Royal Society for the Arts.
- Best, D., & Lubman, D. (2012). The recovery paradigm: A model of hope and change for alcohol and drug addiction. *Australian Family Physician*, 41(8), 593-597.
- Best, D., Gow, J., Knox, T., Taylor, A., Groshkova, T., & White, W. (2012). Mapping the recovery stories of drinkers and drug users in Glasgow: Quality of life and its associations with measures of recovery capital. *Drug and Alcohol Review*, 31, 334- 341.
- Best, D., Gow, J., Taylor, A., Knox, A., & White, W. (2011). Recovery from heroin or alcohol dependence: a qualitative account of the recovery experience in Glasgow. *Journal of drug issues*, 41, 359-377. doi: 10.1177/002204261104100303
- Best, D., Rome, A., Hanning, K.A., White, W., Gossop, M., Taylor, A., & Perkins, A. (2010). *Research for recovery: a review of the drugs evidence base*. Geraadpleegd op <http://www.gov.scot/Resource/Doc/321958/0103435.pdf>
- Betty Ford Institute Consensus Panel (2007). What is Recovery? A Working Definition from The Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 221-228. doi: 10.1016/j.jsat.2007.06.001
- Boden, J.M., & Fergusson, D.M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction*. 106, 906-914. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.

- Broekaert, E., Van Hove, G., Vandevelde, S., Soyez, V., & Vanderplasschen, W. (2010). *Handboek bijzondere orthopedagogiek* (Rev. ed). Antwerpen-Apeldoorn, België: Garant
- Brouwers, E.P.M., van Gestel-Timmermans, H., & van Nieuwenhuizen, C. (2013). Herstelgerichte zorg in Nederland: Modegril of daadwerkelijke verandering? *Psychopraktijk*, 5(4), 14-17.
- Burman, S. (1997). The challenge of sobriety: Natural recovery without treatment and self-help groups. *Journal of Substance Abuse*, 9, 41-61.
- Cloud, W., & Granfield, R. (2008). Conceptualizing Recovery Capital: Expansion of a Theoretical Construct. *Substance use & misuse*, 43, 1971-1986. doi: 10.1080/10826080802289762
- De Donder, E. (2005). *Alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken: Recente ontwikkelingen in Vlaanderen 2003- 2004*. Brussel: VAD.
- De Donder, E. (2006). *Alcohol: cijfers in perspectief (1994-2004)*. Antwerpen-Apeldoorn, België: Garant.
- De Donder, E. (2010). *Effectiviteit van zelfhulp*. Geraadpleegd op <http://www.vad.be/media/296744/dossier%20zelfhulp.pdf>
- Dennis, M. L., Foss, M.A., & Scott, C.K. (2007). An eight-year perspective on the relationship between the duration of abstinence and other aspects of recovery. *Evaluation Review*, 31, 585-612. doi: 10.1177/0193841x07307771
- Dennis, M., & Scott, C.K. (2007). Managing addiction as a chronic condition. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4, 454.
- De Maeseneire, I., & Vandenberghe, E. (2003). *Brochure: Drugs etc. achtergrondinformatie – Vereniging voor Alcohol – en andere Drugsproblemen*. Geraadpleegd op http://www.vad.be/media/9231/drugsetc_brochure_bblz.pdf
- Everaert, H., & van Peet, A. (2006). Kwalitatief en kwantitatief onderzoek. *Kenniskring Gedragsproblemen in de Onderwijspraktijk Publicatie*, 11, 2-50.
- Ferri, M., Amato, L., & Davoli, M. (2006). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 19. doi : 10.1002/14651858.CD005032.pub2.
- GGZ Nederland (2004). *Onbenutte mogelijkheden. Handleiding voor de aansluiting tussen verslavingszorg en zelfhulpgroepen*. Geraadpleegd op <http://www.ggznederland.nl/verslavingszorg/publicaties-resultaten-scores>
- GGZ Nederland (2013). *Een visie op verslaving en verslavingszorg: Focus op preventie en herstel*. Geraadpleegd op http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/asset_956849.pdf
- Gielen, P., Godemont, J., Matthijs, K., & Vandermeulen, A. (2010). *Zelfhulpgroepen. Samen werken aan welzijn en gezondheid*. Tiel: Lannoo.
- Gisle, L., & Demarest, S. (2014) Gezondheidsenquête 2013. *Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl. Samenvatting van de onderzoeksresultaten*. (Referentienummer PHS Report 2014-49). Geraadpleegd op https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/summ_LS_NL_2013.pdf
- Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Dufour, M.C., Compton, W., Pickering, R.P., & Kaplan, K. (2004). Prevalence and Co-occurrence of Substance Use Disorders and Independent

- Mood and Anxiety Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 61, 807-816. doi: 10.1001/archpsyc.61.8.807
- Hendriksen-Favier, A., Nijens, K., & van Rooijen, S. (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz*. Geraadpleegd op <http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/implementatie/af/~media/files/inkijkexemplaren/af1111%20handreiking%20implementatie%20herstelondersteunende%20zorg.ashx>
- Hibbert, L.J., & Best, D.W. (2011). Assessing recovery and functioning in former problem drinkers at different stages of their recovery journeys. *Drug and Alcohol Review*, 30, 12-20.
- Howitt, D. (2010). Thematic analysis. In G. Van Hove, & L. Claes. (Eds.), *Qualitative research and educational sciences: A reader about useful strategies and tools* (pp. 179-202). Hampshire: Ashford Colour Press.
- Humphreys, K. (2004). *Circles of recovery: Self-help organizations for addictions*. Geraadpleegd op <http://www.scottishrecoveryconsortium.org/assets/files/Circles-of-recovery.pdf>
- Humphreys, K., Wing, S., McCarty, D., Chappel, J., Gallant, L., Haberle, B., Horvath, A.T., Kaskutas, L.A., Kirk, T., Kivlahan, D., Laudet, A., McCrady, B.S., McLellan, A.T., Morgenstern, J., Townsend, M., & Weiss, R. (2004). Self-help organizations for alcohol and drug problems: toward evidence-based practice and policy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(3), 151-158.
- Laudet, A.B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 243-256.
- Laudet, A.B. (2008). The road to recovery: Where are we going and how do we get there? Empirically driven conclusions and future directions for service development and research. *Substance use & misuse* 43, 2001-2020.
- Laudet, A.B., Becker, J.B., & White, W.L. (2009). Don't wanna go through that madness no more: Quality of life satisfaction as predictor of sustained remission from illicit drug misuse. *Substance Use & Misuse*, 44, 227-252
- Laudet, A.B., & Humphreys, K. (2013). Promoting recovery in an evolving policy context: What do we know and what do we need to know about recovery support services? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45, 126-133. doi: 10.1016/j.jsat.2013.01.009
- Laudet, A.B., Magura, S., Vogel, H.S., & Knight, E.L. (2004). Perceived reasons for substance misuse among persons with a psychiatric disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(3), 365-375.
- Laudet, A.B., Morgen, K., & White, W. (2006). The role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-step fellowships in quality of life satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug problems. *Alcohol Treat Q.*, 24(1-2), 33-73.
- Laudet, A.B., Savage, R., & Mahmood, D. (2002). Pathways to long-term recovery: A preliminary investigation. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34, 305-311.
- Laudet, A.B., White, W. (2004). An exploration of relapse patterns among former poly-substance users. *132nd Annual Meeting of the Amer.* Geraadpleegd op https://apha.confex.com/apha/132am/techprogram/paper_75426.htm

- Laudet, A.B., & White, W. (2008). Recovery Capital as Prospective Predictor of Sustained Recovery, Life satisfaction and Stress among former poly-substance users. *Substance Use and Misuse* 43, 27-54.
- Laudet, A.B., & White, W. (2010). What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 51-59. doi: 10.1016/j.jsat.2009.06.003
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733
- Leshner, A. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 32, 59-7
- McLellan, A. T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97(3), 249-252.
- McLellan, A.T., McKay, J.R., Forman, R., Cacciola, J., & Kemp J. (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: From retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100, 447-458.
- Möbius, D. (2009). *Dossier alcohol*. Brussel: VAD
- Moos, R.H., & Moos, B.S. (2004). Long-Term Influence of Duration and Frequency of Participation in alcoholics Anonymous on Individuals with Alcohol Use. *Disorders Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 81-90.
- Moos, R.,H., & Moos, B. (2006). Participation in treatment and Alcoholics Anonymous: a 16 year follow-up of initially untreated individuals. *In Journal of Clinical Psychology*, 62, 735-50.
- Moos, R.H., & Moos, B.S. (2007). Protective resources and long-term recovery from alcohol use disorders. *Drug and alcohol dependence*, 86, 46-54. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2006.04.015
- Mortelmans, D., & Van Looy, D. (2009). *NVivo (versie 8): Een inleiding*. Geraadpleegd op [http://uahost.uantwerpen.be/mtso/documenten/MTSO-INFO%2053%20-%20Nvivo .pdf](http://uahost.uantwerpen.be/mtso/documenten/MTSO-INFO%2053%20-%20Nvivo.pdf)
- Muusse, C., & van Rooijen, S. (2009). *De echo van het eigen verhaal. Over zelfhulpgroepen bij verslaving en samenwerking met de ggz en verslavingszorg*. Geraadpleegd op http://www.canonsociaalwerk.be/1935_AA/2009%20Trimbos%20Echo%20eigen%20verhaal%20over%20zelfhulp%20en%20verslaving.pdf
- Myers, M.D., & Newman, M. (2007). The qualitative interview in IS research: Examining the craft. *Information and Organization*, 17, 2-26.
- National Council on Alcoholism and Drug Dependence. (2015). *Self-Help/Recovery Support Groups*. Geraadpleegd op <https://www.ncadd.org/people-in-recovery/hope-help-and-healing/self-help-recovery-support-groups>
- Neale, J., Allen, D., & Coombes, L. (2005). Qualitative research methods within the addictions. *Addiction*, 100, 1584-1593.
- Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T., Parry, C., Patra, J., Popova, S., Poznyak, V., Roerecke, M., Room, R., Samokhvalov, A., & Taylor, B. (2010). The relationship between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*, 105, 817-843. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2010.02899.x

- Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 356(9458), 519-530.
- Schomerus, G., Lucht, M., & Holzinger, A. (2010). The Stigma of Alcohol Dependence Compared with Other Mental Disorders: A Review of Population Studies. *Alcohol and Alcoholism*, 46, 105-112. doi: 10.1093/alcalc/agg089
- Scott, C. K., Foss, M.A., & Dennis, M.L. (2005). Pathways in the relapse - treatment - recovery cycle over 3 years. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, S63-S72. Doi: 10.1016/j.jsat.2004.09.006
- Shinebourne, P., & Smith, J. (2011). 'It is Just Habitual': An interpretative phenomenological analysis of the experience of long-term recovery from addiction. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9, 282-295. DOI: 10.1007/s11469-010-9286-1
- Silverman, D. (2001). *Interpreting qualitative data. Methods for analysing talk, text and interaction* (2nd edition). London/Thousand Oaks, California/New Delhi: Sage Publications.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *Bmc Health Services Research*, 10, 14. Doi: 10.1186/1472-6963-10-26
- Slade, M., Amering, M., & Oades, L. (2008). Recovery: an international perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(2), 128-137
- Sommer, A., Dekkers, A., & Vanderplasschen, W. (2013). De weg naar herstel. (Ex-)alcoholverslaafden aan het woord. *Verslaving*, 4, 51-66.
- Subbaraman, M.S., & Witbrodt, J. (2014). Differences between abstinent and non-abstinent individuals in recovery from alcohol use disorders. *Addictive Behaviors*, 39, 1730-1735. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.07.010
- Tucker, J. A. (1999). Reformulating the addictive behavior change process: changing addictive, historical and contemporary perspectives. In J. A. Tucker, D. Donovan, & A. Marlatt (Eds.), *Changing addictive behavior: Bridging clinical and public health strategies* (pp. 1-44). New York: The Guilford press.
- Vanderplasschen, W., Mostien, B., Claeys, P., Raes, V., & Van Bouchaute, J. (2001). *Conceptnota organisatiemodel zorgcircuit middelenmisbruik (Orthopedagogische Reeks 12)*. Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Vandeurzen, J. (2015). *Visienota: Naar een geïntegreerde en herstelgerichte zorg voor mensen met een verslavingsprobleem*. Geraadpleegd op <http://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Visietekst%20verslavingszorg%2030.10.2015.pdf>
- Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen. (2009). *Richtlijnen voor aanvaardbaar alcoholgebruik & definitie bingedrinken*. Geraadpleegd op http://www.vad.be/media/38169/richtlijnen_voor_aanvaardbaar_alcoholgebruik_definitie_bingedrinken.pdf
- Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen. (2014). *Memorandum over de aanpak van middelengebruik en verslavingsproblemen*. Geraadpleegd op <http://www.vad.be/media/1556654/memorandum%202014.pdf>

- Van den Brink, W. (2005). Verslaving, een chronisch recidiverende hersenziekte. *Verslaving: een Tijdschrift over Verslavingsproblematiek*, 1, 3-14.
- Van der Stel, J. (2012). *Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen*. Den Haag: Boom Lemma.
- Van Epen, J. (1995). *De drugs van de wereld, de wereld van de drugs*. Houten – Diegem: Bohn Stafleu, Van Loghum.
- Van Hove, G., & Claes, L. (2001). *Qualitative Research and Educational Sciences: a Reader about Useful Strategies and Tools*. Harlow: Pearson Education.
- Volkow, N.D., Fowler, J.S., & Wang G. (2003). The addicted human brain: insights from imaging studies. *The journal of clinical investigation*, 111, 1444-1451. doi: 10.1172/JCI200318533
- White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 229-241. Doi: 10.1016/j.jsat.2007.04.015
- White, W., & Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addiction professionals. *Counselor*, 9, 22-27.
- White, W. L., & Kelly, J.F. (2011). Recovery management: What if we really believed that addiction was a chronic disorder? *Addiction Recovery Management*, Springer: 67-84.
- World Health Organisation. (2014). *Global status report on alcohol and health*. Geraadpleegd op http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf

Bijlages

Bijlage 1 – Informed consent

Binnen de vakgroep Orthopedagogiek wordt een doctoraatsonderzoek uitgevoerd naar herstel van verslaving (promovenda Anne Dekkers onder promotorschap van prof. Dr. Wouter Vanderplasschen). Tegenwoordig wordt herstel van verslaving steeds meer bekeken vanuit het perspectief van mensen die dit proces zelf doormaken. Hun doorleefde ervaringen zijn hierbij van groot belang en wij willen hun stem dan ook een belangrijke plaats geven. Met dit doctoraatsonderzoek zullen we proberen zicht te krijgen op elementen die er voor zorgen dat mensen in herstel kunnen gaan en in herstel blijven. Verder willen we onderzoeken welke hulpverlenings- en ondersteuningsnoden personen in herstel ervaren. Om dit te kunnen onderzoeken, zullen we individuele diepte-interviews afnemen. Het betreft een één op één gesprek waarbij gevraagd zal worden naar het herstelproces en de ondersteuningsnoden die hierbij ervaren worden.

Ik, Loes Vandenbroucke, studente 2^e master pedagogische wetenschappen, neem deel aan bovenstaand doctoraatsonderzoek. Ik voer specifiek onderzoek uit bij ex-alcoholverslaafden die met ondersteuning van zelfhulpgroepen hun herstelproces doorlopen en zelf aangeven minimaal 5 jaar in herstel te zijn. U kunt deelnemen aan dit onderzoek door mee te doen aan een interview. Het interview gaat eenmalig door en zal ongeveer één à twee uur duren. De onderzoeker zal verschillende open vragen over uw herstelproces van verslaving stellen, waarbij de focus gelegd wordt op initiatie en behoud van herstel en welke ondersteuningsbronnen/barrières daarbij ervaren worden.

Deelname aan het onderzoek gebeurt op geheel **vrijwillige basis**. Met het ondertekenen van de informed consent geeft u aan dat u instemt met deelname aan het onderzoek. U kan tevens op elk moment van het onderzoek beslissen om uw deelname aan het onderzoek **stop te zetten**. Beide hebben geen enkele consequentie. De gegevens die wij binnen dit onderzoek verzamelen, zullen **anoniem** verwerkt worden en enkel gebruikt worden voor het onderzoek. In publicaties of verslaggeving zullen de verkregen gegevens geanonimiseerd worden weergegeven. Het onderzoek verloopt in overeenstemming met de Wet ter Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer (08/12/1992, gewijzigd op 11/12/1998).

U heeft steeds de mogelijkheid om **extra vragen te stellen** over het onderzoek. Na afloop van het onderzoek kunt u op aanvraag een samenvatting van de resultaten ontvangen.

Indien u in de toekomst zou willen deelnemen aan eventueel vervolgonderzoek, kunt u uw gegevens aan de onderzoeker doorgeven. De onderzoeker zal deze gegevens enkel gebruiken om u in de toekomst opnieuw te contacteren voor deelname aan onderzoek.

Voor verdere informatie, vragen of toelichting kan u steeds contact opnemen met:

Loes Vandenbroucke

2^{de} master pedagogische wetenschappen

E-mail: loes.vandenbroucke@ugent.be

Informed consent – individuele interviews ‘herstel van verslaving’

Ik, (ondergetekende),

..... (volledige naam in drukletters a.u.b.)

Ga ermee akkoord mijn medewerking te verlenen aan het onderzoek en ga akkoord met de volgende voorwaarden:

- (1) Ik heb voldoende informatie gekregen omtrent het doel van het onderzoek;
- (2) Ik heb elke vraag in verband met het onderzoek kunnen stellen;
- (3) Ik neem totaal uit vrije wil en op vrijwillige basis deel aan het onderzoek;
- (4) Ik geef de toestemming aan de onderzoeker om mijn resultaten op een vertrouwelijke en anonieme wijze te bewaren, te verwerken en te rapporteren;
- (5) Ik begrijp dat alle gegevens die ik in het kader van dit interview verstrek, geheel vertrouwelijk en anoniem zullen worden verwerkt en enkel in functie van onderzoek zullen worden gebruikt;
- (6) Ik ben op de hoogte van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten en dit zonder opgave van reden en zonder enige consequentie;
- (7) ik ben ervan op de hoogte dat ik op aanvraag een samenvatting van de onderzoeksbevindingen kan krijgen;
- (8) ik ben er van op de hoogte dat het interview zal worden opgenomen op dictafoon.

Voor akkoord,

Plaats en datum Naam + handtekening van de deelnemer

.....

Plaats en datum Naam + handtekening van de onderzoeker

.....

Interviewformat doctoraat Anne Dekkers – Masterproef Loes Vandenbroucke

	wie bevragen	waar rekruteren	Focus
Loes	Personen in herstel van alcoholverslaving bevragen die 5 jaar of langer in herstel zijn	Zelfhulpgroepen	Welke ondersteuningsbronnen personen belangrijk achten om langere tijd in herstel te blijven en welke barrières zij ervaren tijdens het herstelproces.

Algemene informatie

Interview initiatie & behoud van herstel en de hulpverlenings- en ondersteuningsnoden van individuen in herstel

Inleiding

Voor we starten wil ik u nog schetsen wat het doel is van ons interview vandaag. Binnen de vakgroep Orthopedagogiek wordt een doctoraatsonderzoek gedaan naar herstel van verslaving door Anne Dekkers onder promotorschap van Prof. Dr. Wouter Vanderplasschen. Via het onderzoek willen ze de stem van mensen in herstel van verslaving een plaats geven binnen het onderzoek naar herstel van verslaving. Er wordt onderzoek gedaan naar de elementen die er voor zorgen dat mensen in herstel kunnen gaan en in herstel kunnen blijven en welke hulpverlenings- en ondersteuningsnoden personen in herstel ervaren.

Mijn masterproef sluit aan bij het doctoraatsonderzoek en voert onderzoek naar de rol van herstel kapitaal bij personen in herstel van alcoholverslaving. Deze personen hebben hun herstelproces doorlopen met ondersteuning van zelfhulpgroepen. Deze personen geven aan minimaal 5 jaar in herstel te zijn. Voor mijn masterproef wil ik me aan de hand van jouw mening en antwoorden een beeld vormen van jouw herstelproces. Daarbij wil ik kijken naar de factoren die bepalend zijn bij herstel en op welke manier deze factoren een spelen bij de initiatie en / of behoud van herstel. Ik wil daarom ook benadrukken dat er tijdens het interview geen juiste of foute antwoorden zijn. In functie van de verwerking van het interview, zal het interview opgenomen worden (niet heel de tijd moeten schrijven). Alle gegevens die ik verzamel zullen anoniem verwerkt worden en worden enkel gebruikt voor het onderzoek. Uw deelname is vrijwillig en u kunt op elk moment van het onderzoek beslissen om uw deelname aan het onderzoek stop te zetten.

- **Overlopen informed consent**
- **Ondertekenen informed consent**

- Start opname
- Start interview

Basisgegevens	
Code respondent (aan de hand van ASI-regels → eerste letter voornaam + eerste letter(s) achternaam + geboortedatum (00/00/'00) + code geslacht (man=1, vrouw= 2) IN TE VULLEN DOOR INTERVIEWER → NIET BEVRAGEN	
Geboortedatum:	
Geslacht:	
Burgerlijke staat:	
Woonplaats:	
Beroep:	
Aantal kinderen:	
Grootste probleemmiddel	
Periode gebruik grootste probleemmiddel	Start: Einde: Start: Einde: Start: Einde: Start: Einde:
Gebruik andere middelen?	
Periode(s) in behandeling	Start: Einde: Start: Einde: Start: Einde: Start: Einde: Start: Einde:

Interviewer	
Datum afname interview	

Specifiek voor mijn interview: ‘Nu hebben we u gecontacteerd vanuit de , hoe lang bent u daar reeds actief?’

Generieke stam voor alle interviews

Herstel algemeen

U neemt aan dit onderzoek deel omdat u in herstel bent van verslaving:

1. Wat houdt herstellen van verslaving voor u in?

Deze vraag zo open mogelijk houden. Gebruik kan daarvan een onderdeel zijn.

ALS ze het enkel hebben over gebruik dan kunnen we doorvragen: ‘Gaat dit verder voor u?’

Situeert dit zich ook op andere levensdomeinen? Wat is veranderd vanaf het keerpunt tot nu?

+ bij deze vraag wordt duidelijk gemaakt dat er geen goede of foute antwoorden zijn.

Initiatie / begin van herstel

2. Hoe lang bent u, naar eigen aanvoelen, in herstel?

‘U heeft zich opgegeven voor dit onderzoek. We waren op zoek naar personen die minimum 5 jaar in herstel zijn. Gaat dit bij u over 5 jaar of wat langer?’

3. Op welk moment had u het gevoel dat uw herstel begonnen was, met andere woorden; wat was voor u het keerpunt?

- Hoe was uw situatie op dat moment?
 - Wie was er op dat moment belangrijk in uw leven?
 - Hoe voelde u zich op dat moment?
 - Hoe zag uw leven er op dat moment uit? Wat was uw leefsituatie? (werk, huis, financiën..)
- Wat heeft gemaakt dat u deze situatie wilde veranderen?
 - Hoe heeft u dit aangepakt?
 - Wanneer zijn volgens u effectief de eerste stappen naar herstel gezet?
 - Wat hielden deze stappen in?
 - Wie / wat was hierbij betrokken
 - Welke ondersteuning heb je hierbij ervaren?
 - Welke ondersteuning heb je hierbij gemist?
 - Welke krachten vond je bij jezelf om met dit probleem aan de slag te gaan?
 - Welke karaktereigenschappen hielden je tegen om met dit probleem aan de slag te gaan?
 - Welke actoren in jouw omgeving hebben steun geboden om herstel aan te vangen?
 - Hoe?
 - Hoelang?
 - Op vraag van wie?

- Welke actoren in jouw omgeving werkten belemmerend voor jouw herstelproces?

4. Wat waren bij de start van uw herstelproces voor u moeilijke momenten/situaties?

- Hoe ging u hiermee om?
- Wie/wat waren op dergelijke momenten ondersteunend?
- Wie/wat waren op dergelijke momenten een belemmering?

5. Als u nu terugkijkt op de hele periode, vanaf het moment dat u in herstel bent tot nu:

- Wie of wat heeft u het meest aangezet om iets te ondernemen? *(zowel individueel, sociaal als maatschappelijk herstel kapitaal spelen hierbij een rol, interviewer houdt dit in het achterhoofd en bevroagt waar nodig. NOOT: kan zowel een positieve of negatieve ervaringen / persoon / situatie zijn)*

6. Op welke manier heeft dit keerpunt op dit moment nog impact op uw leven?

Behoud van herstel

7. Wat zijn (momenteel) uw ondersteuningsbronnen om in herstel te blijven?

8. Hoe heeft u, doorheen de jaren dat u in herstel bent, deze ondersteuningsbronnen ervaren?

(Doorgaan op wat reeds aangehaald werd bij antwoorden op vorige vragen. Vb. je geeft aan familie belangrijk was voor je... Op welke manier is deze relatie veranderd doorheen je herstel? Of Je geeft aan dat je werk belangrijk is voor je, op welke manier is dit veranderd doorheen je herstel?)

! Belangrijk om deze vraag concreet te maken

9. Wat zijn (momenteel) barrières of struikelblokken om in herstel te blijven?

- Hoe gaat u daarmee om?

10. Hoe heeft u, doorheen de jaren dat u in herstel bent, deze barrières / struikelblokken ervaren? Concreet!

! Bij ondersteuningsbronnen en barrières de verschillende levensdomeinen (zie QOL) en vormen van herstel in achterhoofd (individueel, sociaal, maatschappelijk) houden indien participanten teveel focussen op één levensdomein.

11. Welke impact heeft herstel gehad op jouw leven?

- Wat is hierbij veranderd? *(interviewer houdt levensdomeinen in het achterhoofd en bevroagt waar nodig)*
- Welke zaken zijn voor u van het grootste belang dat ze gewijzigd zijn sinds u in herstel bent?
- Wat is hierbij gelijk gebleven?

12. Als u terugdenkt naar wanneer uw herstelproces begon, kunt u mij vertellen hoe u naar zichzelf keek/welk beeld u van zichzelf had/ heeft gedurende deze periode?

- Is er iets veranderd in de manier waarop je naar jezelf kijkt?
- Heb je andere sterktes en zwaktes ontdekt die belangrijk zijn voor jou?
- Op welke manier heeft dit een invloed op uw huidig herstelproces?

13. Hoe denkt u dat anderen (vrienden, familie, partner, collega's,..) naar u keken en kijken?

- Hebben deze personen u op één of andere manier geholpen of belemmerd om een stap richting herstel te zetten?
- Denkt u dat het beeld dat zij nu van u hebben anders is dan vroeger?
- In welke zin is dit wel/niet belangrijk voor u?

14. Als we u volgende twee stellingen zouden voorleggen; in welke stelling kunt u zich dan het meest vinden?

- Herstel als een proces
 - Waar staat u op dit moment in dat proces?
 - Wat is belangrijk binnen dit proces?
- Herstel als een eindpunt
 - Heeft u dit eindpunt al bereikt? Hoe heeft u dit gedaan?
 - Wat hebt u nog nodig om dit eindpunt te bereiken?

15. Hoe ziet u uw toekomst?

- Hoe ziet uw leven er bijvoorbeeld over 5 jaar uit?
- Waar staat u momenteel in dit beeld?
- Waar ligt voor u het grootste verschil?
- Welke stappen dient u nog te zetten om tot dit toekomstbeeld te komen?
- Wat maakt het lastig en wat kan u helpen (wat is er extra nodig) om naar dit toekomstbeeld te gaan?