

SPONTAAN HERSTEL BIJ PERSONEN MET EEN VERSLAVINGSPROBLEEM

Aantal woorden: 17.760

Elke Van Paemel

Studentennummer: 01106436

Promotor: Prof. dr. Wouter Vanderplasschen

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad master in de richting Pedagogische Wetenschappen, afstudeerrichting Orthopedagogiek

Academiejaar: 2016 – 2017



SPONTAAN HERSTEL BIJ PERSONEN MET EEN VERSLAVINGSPROBLEEM

Aantal woorden: 17.760

Elke Van Paemel

Studentennummer: 01106436

Promotor: Prof. dr. Wouter Vanderplasschen

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad master in de richting Pedagogische Wetenschappen, afstudeerrichting Orthopedagogiek

Academiejaar: 2016 - 2017

Dankwoord

Deze masterproef vormt de kroon op een vijfjarige opleiding. Het kostte veel tijd en energie, maar ik ben trots dit eindresultaat te kunnen presenteren. Deze masterproef is echter enkel tot stand kunnen komen dankzij de ondersteuning en begeleiding van een aantal personen. In wat volgt zou ik graag van de gelegenheid gebruik maken om een blijk van mijn waardering voor hen te uiten.

Vooreerst wil ik mijn respondenten bedanken, die bereid waren om deel te nemen aan dit onderzoek en tijd vrij te maken voor de interviews. Bedankt om mij toe te laten jullie persoonlijke ervaringen met betrekking tot het herstelproces te exploreren. De open houding en inkijk in jullie meest kwetsbare gevoelens en belevingen waren voor mij van onschatbare waarde. Zonder jullie medewerking zou het onmogelijk geweest zijn om deze masterproef vorm te geven.

Voorts gaat een bijzondere dank uit naar Prof. dr. Wouter Vanderplasschen, die mij de kans gaf om dit onderwerp te onderzoeken, alsook mij alle vrijheid bood in het vormgeven van deze scriptie. Daarnaast gaat een speciaal woord van dank uit naar Anne Dekkers, voor het beantwoorden van de vele vragen, het formuleren van feedback, het delen van expertise en de volledige ondersteuning van deze masterproef. Deze begeleiding was voor mij een enorme steun doorheen dit gehele proces.

Vervolgens wil ik mijn vriend bedanken voor de steun doorheen mijn volledige opleiding en deze masterproef in het bijzonder. Ook mijn vriendenkring verdient een woord van dank voor de ondersteuning en ontspannende momenten in de voorbije vijf jaar.

Tot slot gaat een oprecht woord van dank uit naar mijn ouders, die mij de kans gegeven hebben deze opleiding te volgen en mij al die jaren zijn blijven ondersteunen in het bereiken van mijn doelen. Bedankt om mij de kans te geven mijn capaciteiten ten volle te ontwikkelen en mij te helpen in het groeiproces tot de persoon die ik vandaag geworden ben. Bedankt voor jullie steun en motiverende woorden in moeilijke periodes, evenals voor de vele leuke momenten. Zonder jullie was dit onmogelijk geweest.

Abstract

Universiteit Gent
Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen
Optie Orthopedagogiek
Academiejaar 2016 – 2017

Spontaan herstel bij personen met een verslavingsprobleem

De herstelbeweging ziet herstel als een complex en individu-specifiek proces, waarbij herstel breder is dan enkel druggebruik, verschillende levensdomeinen een rol kunnen spelen en meerdere paden naar herstel mogelijk zijn. De probleemstelling binnen dit onderzoek omvat hoe mogelijke trajecten naar herstel vorm kunnen krijgen. Meer specifiek wordt hierbij gefocust op het spontaan herstel, waarbij personen een herstelproces doorlopen zonder tussenkomst van drughulpverlening. Hoe dit proces tot stand komt, alsook de belemmerende en ondersteunende factoren tijdens het herstelproces staan hierbij centraal. Om dit fenomeen te onderzoeken wordt een kwalitatief onderzoeksoptzet gehanteerd, waarbij de persoonlijke beleving van de respondenten centraal staat. De onderzoeksresultaten wijzen uit dat de perceptie ten aanzien van het concept herstel voornamelijk gedefinieerd wordt in termen van veranderd druggebruik, het overwinnen van de *craving* en terugwinnen van controle over het eigen leven. In de visie op hulpverlening staan vooroordelen en negatieve ervaringen op de voorgrond. In de exploratie van de motivatie tot herstel komt voornamelijk de drang naar een normaal leven op de voorgrond, alsook financiële drijfveren en het gevoel het druggebruik beu te zijn. Meer externe factoren zoals de invloed van partners en kinderen, alsook druk vanuit justitie worden benoemd. Wat betreft de protectieve factoren lijken een zinvolle dagbesteding en een ondersteunend, niet-gebruikend sociale netwerk de belangrijkste krachtbronnen. Daarnaast het verwerven van inzicht in het eigen gebruikspatroon, alsook het kunnen bepalen van de eigen doelstellingen binnen het herstelproces spelen een belangrijke rol. Daartegenover benoemen respondenten blijvend druggebruik in het sociale netwerk, en daarmee samenhangend het verlies aan sociale contacten als factoren die het herstelproces bemoeilijken. Tot slot lichamelijke veranderingen en ook emotionele kwetsbaarheid worden aangehaald als mogelijke belemmering. Er kan dus geconcludeerd worden dat een samenspel van verschillende factoren aan de basis ligt van zowel initiatie als behoud van spontaan herstel.

Elke Van Paemel

Inhoud

Dankwoord

Abstract

Inleiding.....	1
1.1 Prevalentie druggebruik.....	2
1.2 Het begrip verslaving.....	2
1.3 Verslaving als bio-psycho-sociaal probleem en hersenziekte.....	2
1.4 Herstel.....	3
1.4.1 Definitie van herstel.....	3
1.4.2 Spontaan herstel.....	4
1.4.3 Motivatie tot herstel.....	6
1.4.4 Herstelkapitaal.....	7
1.4.4.1 Subkapitalen.....	7
1.4.4.2 Barrières in het herstelproces.....	9
1.5 Probleemstelling en onderzoeksvragen.....	10
2. Methodologie.....	11
2.1 Kwalitatief onderzoek.....	11
2.2 Selectie respondenten.....	11
2.3 Dataverzameling.....	12
2.4 Onderzoeksinstrument.....	13
2.5 Data-analyse.....	14
3. Resultaten.....	14
3.1 Indicatoren van spontaan herstel.....	15
3.2 Motivatie tot verandering.....	16
3.2.1 Intern gestuurde motivatie.....	16
3.2.2 Extern gestuurde motivatie.....	17
3.3 De rol van drughulpverlening in spontaan herstel.....	17
3.3.1 Visie op drughulpverlening.....	17
3.3.2 Alternatieve vormen van hulpverlening.....	18
3.4 Protectieve factoren tijdens het herstelproces.....	19
3.4.1 Sociale netwerk en tijdsbesteding als beschermende factor.....	19
3.4.2 Controle over het eigen gebruikspatroon als ondersteunende factor.....	20
3.5 Belemmerende factoren in het herstelproces.....	21

3.5.1 Veranderend sociaal netwerk als belemmerende factor	21
3.5.2 Lichamelijke en psychische kwetsbaarheid als belemmerende factor	22
4. Discussie	23
4.1 Perceptie van spontaan herstel	24
4.2 Visie over behandeling en de rol van alternatieve hulpverlening in spontaan herstel	24
4.3 Motiverende factoren in het spontaan herstelproces	25
4.4 Positief en negatief herstelkapitaal.....	26
4.4.1 Persoonlijk herstelkapitaal	26
4.4.2 Sociaal herstelkapitaal.....	27
4.4.3 Maatschappelijk herstelkapitaal	28
4.5 Conceptualisering van spontaan herstel	28
4.6 Aanbevelingen voor de praktijk en het beleid	29
4.7 Beperkingen van het onderzoek	30
4.8 Aanbevelingen voor verder onderzoek.....	31
5. Conclusie	32
6. Referenties	33
7. Bijlage 1	40
Informed Consent	40

Inleiding

Druggebruik en verslaving zijn fenomenen van alle tijden (Van den Brink, 2005). Dat het ook vandaag nog brandend actueel is, blijkt uit de diverse mediaberichten die rond dit thema circuleren. Het oproepen tot een maand zonder alcohol in 'tournée minerale', maar evenzeer de discussies rond het alcoholplan in België en de 'war on drugs' in bepaalde Vlaamse steden, geven aan dat drugs en drugsverslaving ook vandaag gevoelige onderwerpen blijven (Michiels, 2016; VAD 2016). Doorheen de geschiedenis valt echter een belangrijke verschuiving op te merken in de visie met betrekking tot deze fenomenen. De laatste decennia wordt verslaving steeds meer gezien als een chronisch recidiverende hersenziekte, met als gevolg dat de herstelbeweging steeds meer op de voorgrond komt te staan (Van den Brink, 2005). Deze beweging legt de focus op de persoonlijke beleving van de cliënt, waarbij behandeling niet het enige mogelijke pad naar herstel is. Herstel wordt gezien als een complexe en individu-specifieke entiteit (Slade & Longden, 2015). Herstel wordt niet langer enkel gelijk gesteld aan het bereiken van abstinentie, maar ook vormen van gecontroleerd gebruik kunnen deel uitmaken van dit proces (Slutske, 2010). De heersende overtuiging is doorgaans dat behandeling het bevoorrechte traject vormt (Cunningham, 2000). Binnen deze masterproef ligt echter de focus op de groep die dit voor de hand liggende pad niet volgt, en een herstelproces doorloopt zonder tussenkomst van drughulpverlening. Deze vorm van herstel wordt het *spontaan herstel* genoemd (Liebregts, van der Pol, de Graaf, van Laar, van den Brink, & Korf, 2015).

Aan de hand van de persoonlijke beleving van de bevroegde groep spontaan herstellende personen is gepoogd zicht te krijgen op hun perceptie van het concept herstel, de motivatie bij de initiatie van het herstel, alsook de protectieve- en belemmerende factoren die een rol spelen gedurende het spontaan herstelproces. Hierbij krijgt de persoonlijke invulling van de respondenten voldoende aandacht, alsook de diverse betrokken levensdomeinen. Het doel van deze masterproef is dan ook het verkennen van deze persoonlijke invulling, zonder de ambitie hierbij te kunnen streven naar het bereiken van een consensus met betrekking tot de definiëring van het concept *spontaan herstel*. Daarnaast wordt de perceptie van respondenten ten aanzien van drughulpverlening geëxploreerd, alsook welke elementen hen ervan weerhouden om de stap naar behandeling te zetten.

Bovendien vormen deze respondenten een eerder onzichtbare en moeilijk bereikbare groep in onze samenleving, net als gevolg van de ontbrekende link met de hulpverlening. Onderzoek naar spontaan herstel zou deze groep mogelijk meer zichtbaar kunnen maken door het in kaart brengen van hun specifieke kenmerken en noden. Een toegenomen kennis kan bijdragen aan een meer eenduidige omschrijving ervan, wat een belangrijke meerwaarde kan bieden voor praktijk en beleid, bijvoorbeeld bij het ontwikkelen van een aangepaste beleidsvisie. Aangezien het bestaande hulpverleningsaanbod deze groep bovendien nog niet bereikt, kan bijkomend onderzoek aangrijpingspunten bieden in het vorm geven van een aanbod op maat.

In het eerste deel volgt een theoretische verdieping van de concepten verslaving, herstel en spontaan herstel. Er wordt eveneens een huidige stand van zaken weergegeven met betrekking tot de motivatie naar herstel, de rol van het herstelkapitaal en bijhorende barrières gedurende het verloop van het herstelproces. Daarna volgt een beknopte beschrijving van de gehanteerde methodologie. Vervolgens is er de bespreking van de onderzoeksresultaten, aan de hand van quotes uit de afgenomen interviews. Alle gegevens zijn hierbij geanonimiseerd, waarbij gebruik gemaakt wordt van fictieve namen. In het laatste deel volgt een uiteenzetting van de discussie en conclusie, waarbij de gevonden resultaten vergeleken worden met de bevindingen uit de literatuur, alsook de beperkingen van het onderzoek en bijhorende aanbevelingen voor toekomstig onderzoek. Eveneens worden enkele mogelijke aanbevelingen gestipuleerd voor praktijk en beleid.

1. Literatuurstudie

1.1 Prevalentie druggebruik

Volgens het *World Drug Report* van de Verenigde Naties uit 2016 zouden 247 miljoen mensen het laatste jaar wereldwijd drugs gebruikt hebben. Deze cijfers illustreren duidelijk dat druggebruik wijdverspreid is. Volgens gegevens van het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2015) hebben meer dan 80 miljoen volwassenen tussen 15 en 64 jaar op een bepaald punt in hun leven wel eens illegale drugs gebruikt. Dit komt overeen met bijna een kwart van de volwassen bevolking in de Europese Unie. Binnen deze overkoepelende cijfers zijn duidelijke variaties te vinden tussen landen. Wat betreft de Belgische bevolking, wijzen cijfers uit 2013 (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2013) uit dat ongeveer 15% van de populatie tussen de 15 en 64 jaar ooit in hun leven drugs gebruikt heeft. Deze cijfers omvatten een spectrum aan mogelijke vormen van gebruik, gaande van recreatief gebruik tot misbruik en verslaving. Vooral deze laatste vorm van gebruik zal verder worden toegelicht.

1.2 Het begrip verslaving

Binnen het spectrum van druggebruik is verslaving een vaak besproken vorm. Kenmerkend voor verslaving is de lichamelijke afhankelijkheid, die gepaard gaat met tolerantie- en ontwenningverschijnselen. Daarnaast omvat verslaving ook de psychische afhankelijkheid en *craving*, de sterke drang om het middel te gebruiken (Wiers, 2004). In de DSM-5 (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*; 5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) is er geen verwijzing naar de term 'verslaving', maar naar het concept 'stoornis in het gebruik van middelen'. Deze stoornis wordt gezien op een continuüm met drie ernstniveaus: beperkt, matig en ernstig (Van den Brink, 2014). Vanuit een orthopedagogisch standpunt kan deze benadering als continuüm recht doen aan het dimensionele karakter van verslaving (Van den Brink, 2014). Op deze manier is er geen strikt onderscheid tussen wel of niet verslaafd, maar wordt rekening gehouden met de mogelijke individuele verschillen binnen verslaving. Bij iedere persoon spelen immers meerdere factoren een rol, die in interactie met elkaar leiden tot het al dan niet ontstaan van een verslaving (McLellan, 2002). Verslaving kan dus gezien worden als een combinatie van lichamelijke en psychische afhankelijkheid, waarbij er verschillende gradaties bestaan qua ernst, alsook individuele verschillen naargelang de persoon-specifieke kenmerken van de verslaafde.

Naast de typering van verslaving in termen van een continuüm, is het begrip ook vaak beladen met een negatieve connotatie. Drug- en alcoholmisbruik wordt gelinkt aan intrusieve problemen met enorme sociale en economische consequenties (Sterling, Slusher & Weinstein, 2008). Werkloosheid, verstoring van het gezinsleven, huiselijk geweld, criminele activiteiten en gezondheidsproblemen worden aangehaald als factoren die vaak gecorreleerd zijn aan verslaving.

Er bestaat dus een link tussen verslaving en tal van negatieve gevolgen op verschillende levensdomeinen (Laudet & White, 2010). Deze negatieve beeldvorming rond verslaving leidt vaak tot de consensus dat dit een onwenselijke toestand is, waarbij zo spoedig mogelijk gestreefd moet worden naar herstel.

1.3 Verslaving als bio-psycho-sociaal probleem en hersenziekte

Vooraleer dieper in te gaan op het concept herstel, is een verkenning van enkele mogelijke visies op verslaving aangewezen. Deze verschillende visies hebben ook een impact op de kijk op herstel.

Vanaf de jaren 70 maakt het *bio-psychosociale ontwikkelingsmodel* opgang, dat verslaving beschouwt als het gevolg van een complexe interactie tussen een biologische kwetsbaarheid van de persoon, psychologische ontwikkeling en de sociale omstandigheden (Van den Brink, 2005). Dit blijft een interessante invalshoek, mede door de complexiteit van verslaving en de diversiteit aan factoren die een rol spelen in het ontstaan ervan (Kerssemakers, van Meerten & Noorlander, 2007). Door de enorme medische vooruitgang in het laatste decennium van de vorige eeuw, kwamen medisch-biologische aspecten echter steeds sterker naar voor. Verslaving wordt hierbij gedefinieerd als chronische hersenziekte. Deze definitie bouwt verder op wetenschappelijke bevindingen dat verslaving een belangrijke impact heeft op de hersenmechanismen die onderliggend zijn aan de capaciteit om beslissingen te maken, alsook aan emotionele regulatie (Volkow, Koob & McLellan, 2016). Wat betreft het chronische aspect, wordt de parallel getrokken naar andere chronische medische aandoeningen zoals diabetes of astma. Belangrijke karakteristieken zijn hierbij dat herval vaak voorkomt bij deze aandoeningen, alsook dat een kwetsbaarheid voor herval aanwezig blijft, soms zelfs levenslang. Dit heeft belangrijke gevolgen gehad voor de visie op behandeling. Door het chronische karakter van verslaving bleken korte, acute behandelperiodes niet meer toereikend. De nadruk kwam steeds meer te liggen op een continuïteit van zorg en op het dynamische karakter van herstel (McLellan, 2002). De definiëring van verslaving als een chronisch recidiverende hersenziekte ging dus gepaard met een toegenomen focus op, en een veranderende invulling van herstel (Van den Brink, 2005). Door deze gewijzigde visie is herstel een belangrijk kernbegrip geworden in de verslavingszorg en dient het hier verder uitgediept te worden.

1.4 Herstel

De geschiedenis van middelengebruik wordt niet enkel gekenmerkt door een diversiteit aan benaderingen van het fenomeen verslaving, maar evenzeer door een variëteit aan mogelijkheden om met deze verslaving om te gaan. Door het groeiende belang van het concept herstel binnen de visie op verslaving, is het aangewezen het hier nader te onderzoeken.

1.4.1 Definitie van herstel

De term *persoonlijk herstel* kan recent rekenen op een toegenomen aandacht binnen de verslavingszorg. Deze aandacht werd reeds voorafgegaan door een toegenomen focus op herstel binnen de geestelijke gezondheidszorg. Kenmerkend hierbij is de benadering van herstel vanuit de persoonlijke beleving van de cliënt, waarbij behandeling niet noodzakelijk het enige mogelijke pad naar herstel vormt. Daarentegen zijn meerdere trajecten mogelijk (Slade & Longden, 2015). Diezelfde trend vinden we terug in de verslavingszorg, waarbij een verschuiving op te merken is in de visie op behandeling. Waar deze vroeger gezien werd als acuut en palliatief, is nu een evolutie te merken naar een assertief en onderhouden herstelmanagement (Groshkova, Best & White, 2013).

In de literatuur zijn verschillende invullingen te vinden van het concept herstel. De *UK Drug Policy Commission* beschrijft het als een proces van “*voluntarily sustained control over substance use which maximises health and well-being and participation in the rights, roles and responsibilities of society*” (UK Drug Policy Commission, 2008, p. 6). Ander onderzoek definieert herstel als ‘een geleefde ervaring’ (*‘living experience’*) waarbij iemand evolueert doorheen en voorbij de beperkingen van de verslaving. Met deze omschrijving zetten de auteurs zich expliciet af tegen een benadering waarbij herstel gezien wordt als een soort biologisch eindpunt, gekarakteriseerd door de afwezigheid van specifieke ziekte-gerelateerde symptomen (Sterling et al., 2008). Het Betty Ford Institute stipuleert een andere mogelijke definitie. Zij omschrijven herstel als “*a voluntarily maintained lifestyle characterized by sobriety, personal health, and citizenship*” (The Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007, p. 222). Hierbij is abstinentie als duidelijke voorwaarde opgenomen, maar wordt herstel toch ook breder gedefinieerd dan enkel het gebruik en is eveneens een belangrijke rol weggelegd voor andere levensdomeinen zoals burgerschap en persoonlijke

gezondheid. Tot slot bestaan ook definities die abstinentie niet langer als vereiste vooropstellen en herstel ook mogelijk achten met bijvoorbeeld gecontroleerd gebruik (Slutske, 2010; Witbrodt, Borkman, Stunz & Subbaraman, 2015).

Het beleid in Vlaanderen ziet herstel als het benutten van de eigen kracht van de verslaafde persoon door een proces van emancipatie en zelfversterking. Herstelgerichte zorg is binnen dit beleid één van de belangrijke pijlers. Deze zorg situeert herstel eveneens op meerdere domeinen en omvat het klinisch, persoonlijk, functioneel en maatschappelijk herstel (Van der Stel, 2015). De focus ligt op het multidimensionale en unieke karakter van ieder herstelproces (Vandeurzen, 2015).

In de verslavingszorg lijkt dus een verschuiving plaats te vinden in de richting van het herstelparadigma, waarbij de traditionele verslavingsbehandeling baat zou kunnen hebben bij een transformatie naar circuits van zorg. Binnen deze shift neemt herstel dan een centrale plaats in. Ondanks deze toegenomen focus op het concept herstel, is geen duidelijke definitie voorhanden om de concrete betekenis van dit concept te vatten, maar is daarentegen een brede variatie aan invullingen terug te vinden (White, 2007). Binnen deze verschillende definities is het echter toch mogelijk enkele gelijkenissen op te lijsten. In bepaalde definities (The Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007; UK Drug Policy Commission, 2008) komt een sterke nadruk te liggen op het vrijwillige karakter van het herstelproces. Vrijwillig de stap zetten naar herstel vormt hier een belangrijk aspect. Een andere rode draad doorheen de definities is dat herstel zich breder situeert dan enkel het druggebruik op zich. Andere levensdomeinen vormen eveneens een belangrijk aandachtspunt binnen het herstelproces (Vandeurzen, 2015). Dit neemt echter niet weg dat abstinentie een belangrijk onderdeel kan blijven vormen binnen herstel (The Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007). Abstinentie is echter niet altijd een expliciete vereiste (Slutske, 2010; Witbrodt et al., 2015). Tot slot zijn de diverse auteurs het erover eens dat herstel iets is dat sterk gebonden is aan het unieke individu (Sterling et al., 2008; Vandeurzen, 2015). Er is geen standaardoplossing voor verslaving, er zijn enkel persoon-specifieke trajecten naar herstel. Er bestaat echter geen consensus over welke aspecten nu net deel uitmaken van het herstelproces.

Ondanks het gebrek aan consensus kan op basis van de overeenkomsten tussen de verschillende definities besloten worden dat herstel bovenal een individu-specifiek traject is, waarbij verschillende paden naar herstel mogelijk zijn (Klingemann, Sobell, & Sobell, 2010). Hierbij vormt het druggebruik een belangrijke pijler, maar is abstinentie niet steeds een vereiste. Bovendien beschouwen de verschillende definities herstel als een proces waarbij diverse levensdomeinen van invloed zijn.

Binnen de diversiteit aan mogelijke trajecten naar herstel, zal hier vooral het spontaan herstelproces verder worden geëxploreerd. In vergelijking met behandeling vormt het een vaak onderbelicht fenomeen, waardoor het interessante perspectieven kan bieden op de doelgroep en het specifieke verloop van herstel.

1.4.2 Spontaan herstel

Wat betreft de mogelijke trajecten in het herstelproces, heerst doorgaans de publieke overtuiging dat behandeling een noodzakelijke voorwaarde vormt voor het herstel van een drugverslaving (Cunningham, 2000; Carballo et al., 2008). In deze masterproef verwijst behandeling naar formele interventies waarbij tussenkomst is van professionele dienstverlening in het kader van het herstelproces van verslaving (Witbrodt et al., 2015). Informele hulpverlening zoals zelfhulpbenaderingen kunnen ook tot de brede categorie van behandelingen behoren (Walters, 2000). Reeds enkele auteurs hebben de eerste stappen gezet in de richting van het ontcrachten van de publieke vooringenomenheid dat behandeling noodzakelijk is voor herstel. Zo zijn er volgens Cunningham (2000) verslaafden, afhankelijk van een brede variatie aan drugs, die er in slagen te herstellen zonder behandeling. Daarnaast wordt aangetoond dat de afhankelijkheid van illegale drugs, zonder enige interventie, niet causaal hoeft te leiden tot negatieve

uitkomsten, zoals zo vaak verondersteld wordt (Toneatto, Sobell, Sobell & Rubel, 1999). Tot slot geeft ook Walters (2000) aan dat herstel zonder behandeling vaker zou voorkomen dan mensen die herstellen met behulp van een behandeling. De onderzoeksgegevens van Mowbray & Scott (2015) ondersteunen deze bevindingen. Volgens het onderzoek van deze auteurs zou twee derde van deze populatie kunnen herstellen zonder enige vorm van formele of informele behandeling. Naar het traject dat deze groep van verslaafden doorloopt kan verwezen worden met de term *spontaan herstel* (Liebregts et al., 2015).

Al deze onderzoekers vergeleken echter een populatie van spontaan herstellende personen met personen die nog afhankelijk waren, dan wel formele behandeling gekregen hadden. Formele behandeling wordt dan gedefinieerd als 'een behandeling, verleend door een algemeen erkende organisatie, die als primair doel het oplossen van alcohol- of andere druggerelateerde problemen heeft' (Walters, 2000). Deze formele behandeling kan zowel psychiatrische en medische interventies, alsook meer informele hulpverlening zoals zelfhulpgroepen omvatten (Walters, 2000). Cunningham (2000) hanteert een gelijkaardige definitie en beschouwt huisartsbezoeken in verband met druggerelateerde problemen eveneens als formele behandeling. Bij deze onderzoeken is enige invloed van voorgaande (al dan niet succesvolle) behandeling op het proces van spontaan herstel grotendeels uit te sluiten. In deze populatie gebeurde de selectie echter enkel op basis van behandeling in het kader van de verslaving. Niet-verslaving-gebonden interventies kunnen dus wel een, al dan niet indirecte, invloed gehad hebben op het herstelproces. Een heikel punt dat alle onderzoekers bovendien aanhalen, is de methodiek van zelfrapportering. Deze manier van onderzoeken kan steeds een vertekening van de werkelijkheid teweeg brengen, indien mensen bepaalde elementen vergeten zijn, dan wel bewust verzwijgen (Chauchard, Levin, Copersino, Heishman, & Gorelick, 2013; Walters, 2000). Ondanks deze methodologische aandachtspunten, blijft de discussie bestaan over het al dan niet noodzakelijk zijn van professionele tussenkomst in het herstelproces. Deze discussie doet vragen rijzen over het zogenaamde *spontaan herstel*.

Spontaan herstel lijkt, net zoals het overkoepelende begrip *herstel*, geen eenvoudige term om te definiëren. Vooreerst worden verschillende termen gebruikt om naar dit fenomeen te verwijzen. In de literatuur gebruikt men naast herstel ook de termen *spontane remissie*, *natuurlijk herstel* en *ongeassisteerde verandering* (Walters, 2000). Natuurlijk of spontaan herstel verwijst naar een verandering in consumptiegedrag, zonder professionele hulp (Klingemann et al., 2010). Spontane remissie is een term met een meer medische connotatie en verwijst naar het verdwijnen van ziektesymptomen, zonder (effectieve) behandeling (Walters, 2000). Daarnaast bestaat ook de ongeassisteerde verandering en '*maturing out*'. Deze laatste verwijst naar een verandering in gebruik bij het ouder worden, zonder daarbij interventies te ontvangen (Ashenhurst, Harden, Corbin & Fromme, 2015). Het voornaamste verschil binnen de definiëring van spontaan herstel ligt in de vereiste van het al dan niet abtinent zijn van de gebruiker (Walters, 2000). Diverse vormen van behandeling definiëren herstel als abtinentie (Witbrodt et al., 2015). Deze trend wordt de laatste jaren echter gedeeltelijk doorbroken, dankzij de toegenomen aandacht voor het herstelgerichte denken (Slutske, 2010; Vandeurzen, 2015). In het verlengde hiervan wordt natuurlijk of spontaan herstel vaak gezien als een vermindering van symptomen en/of gecontroleerd gebruik (Witbrodt et al., 2015). Dit ligt in het verlengde van de huidige visie, waarbij herstel van verslaving niet enkel focust op mogelijke abtinentie, maar ook andere levensdomeinen in rekening brengt (Vandeurzen, 2015).

Spontaan herstel illustreert dus het feit dat meerdere paden naar herstel mogelijk zijn (Stea, Yakovenko & Hodgins, 2015). Spontaan herstel is een proces van zelf-verandering, waarbij de verslaafde persoon, net als tijdens een behandelingsproces, een essentiële rol vervult. Mensen veranderen echter niet compleet 'op zichzelf' (Witbrodt et al., 2015). Ondersteuning vanuit de omgeving vervult een belangrijke rol, net als waarden, normen en mogelijkheden, waarnaar verder zal verwezen worden met de term herstelkapitaal. De motivatie bij spontaan herstel is vaak gelijkaardig aan deze van personen die behandeling zoeken en wordt verderop toegelicht (Stea et al., 2015). Toch zet deze groep bewust niet de stap naar behandeling. Soms is dit een gevolg van het stigma dat nog steeds rust op bepaalde vormen van hulpverlening (Ellingstad,

Sobell, Sobell, Eickleberry, & Golden, 2006). Andere auteurs (Carballo et al., 2008) geven echter aan dat spontaan herstel kenmerkend zou zijn voor personen met een minder ernstige verslavingsproblematiek. Zij zouden minder negatieve gevolgen ondervinden van hun afhankelijkheid, alsook minder lange geschiedenissen van gebruik hebben. Op die manier kan de overtuiging ontstaan dat spontaan herstellende personen geloven dat hun problemen niet ernstig genoeg zijn voor het zoeken van behandeling (Carballo et al., 2008).

Het feit dat spontaan herstel kan worden volgehouden is, opnieuw net als bij personen in behandeling, vooral een gevolg van een complex samenspel tussen verschillende factoren (Klingemann, 2012). Meer bepaald is de interactie tussen persoonlijke en sociale elementen, alsook positieve en negatieve levenservaringen bepalend voor het al dan niet behoud van herstel (Klingemann, 2012).

Binnen de conceptualisering van spontaan herstel staan dus enkele elementen op de voorgrond. Vooreerst betreft het een mogelijk traject naar herstel waarbij personen bewust de stap zetten naar verandering. De motivatie hiertoe, net als de beïnvloedende factoren tijdens het behoud van herstel, zijn gelijklopend aan deze van personen die behandeling zoeken. Daarnaast omvat spontaan herstel de bewuste keuze om geen gebruik te maken van drughulpverlening, waarbij zowel formele als meer informele hulpverleningsvormen worden uitgesloten. Alternatieve hulpverlening zoals psychologische of medische ondersteuning vormen echter wel een mogelijkheid binnen spontaan herstel. Typerend is daarnaast dat personen hun eigen doelen kunnen vooropstellen en abstinentie aldus geen noodzakelijke voorwaarde vormt binnen spontaan herstel (Witbrodt et al., 2015).

In het kader van deze toegenomen focus op herstel binnen de verslavingszorg, lijkt het interessant te onderzoeken hoe het herstelproces, al dan niet spontaan, verloopt. Vooral de initiatie, alsook het behoud van herstel vormen binnen deze masterproef belangrijke aandachtspunten. In het kader van de initiatie tot herstel, wordt eerst dieper ingegaan op mogelijke motivaties binnen het herstelproces.

1.4.3 Motivatie tot herstel

In de toegenomen discussie rond het concept *herstel* rijst onvermijdelijk de vraag wat mensen aanzet tot deze verandering, met andere woorden: wat is de motivatie tot herstel? Motivatie is een construct uit de psychologie en verwijst naar het interne proces dat de energie van een organisme stuurt in de richting van een bepaald gedragspatroon. Intrinsieke motivatie komt hierbij vanuit de persoon zelf, zonder het streven naar een externe beloning. Extrinsieke motivatie komt voor wanneer gedrag gesteld wordt in functie van een externe consequentie, en niet zozeer vanuit het bevredigen van een innerlijke behoefte, zoals bij intrinsieke motivatie wel het geval is (Zimbardo, Johnson & McCann, 2013). Verderop volgt een bespreking van het concept motivatie in relatie tot het herstelproces van verslaving.

Copersino et al. (2006) vonden dat de belangrijkste redenen voor de stap naar herstel van cannabisgebruik het vermijden is van illegale problemen, evenals het behoud van een job of voorkomen van problemen, zowel op het werk als in de thuisomgeving. Een andere motivatie is de poging een positieve drugstest (al dan niet op de werkvloer) te vermijden. Bij afhankelijkheid van alcohol, heroïne en cocaïne lijkt vooral een cognitieve evaluatie van de positieve en negatieve gevolgen van het druggebruik doorslaggevend in de stap naar herstel (Ellingstad et al., 2006). De link tussen de motivatie en het verslavende middel lijkt hierbij voornamelijk verband te houden met de specifieke doelgroep van deze onderzoeken. De besproken factoren kunnen eveneens voorkomen bij andere groepen van gebruikers (Copersino et al., 2006). Het gevoel hebben iets te kunnen verliezen kan eveneens een belangrijke motivatie vormen (Laudet, Savage, & Mahmood, 2011). Ook gezondheidsproblemen, persoonlijke gebeurtenissen en financiële overwegingen spelen hierbij een rol. Er blijken dus een reeks contextuele en persoonlijke factoren aan de basis te liggen van het herstelproces (Witbrodt et al., 2015).

Bij velen is verandering ook niet het gevolg van ingrijpende levensgebeurtenissen, maar neemt het eerder de vorm aan van een proces (Klingeman et al., 2010). Zoals Ellingstad en collega's (2006) reeds aangaven, liggen cognitieve veranderingen vaak aan de basis. Klingeman et al. (2010) voegen hier echter nog aan toe dat er ook affectieve processen zijn, zoals het 'groeien uit' een verslaving, wat verwijst naar onderliggende mechanismen die veel minder bewust waar te nemen zijn. Dit ligt in lijn met de bevindingen dat gebruikerspatronen veranderen doorheen het leven (Jessup et al., 2014). Deze auteurs geven aan dat sociale contexten en levensgebeurtenissen steeds een invloed hebben op de trajecten in het gebruik. Deze impact kan zowel positief als negatief zijn en het herstel bevorderen, dan wel bemoeilijken. Tot slot geven auteurs aan dat ook spiritualiteit een belangrijke rol kan spelen in het proces van verandering (Groshkova et al., 2013).

Dit geheel aan mogelijke factoren van motivatie tot herstel, en het feit dat motiverende factoren sterk individueel kunnen verschillen, wijst op de complexe aard van dit fenomeen (Chauchard et al., 2013). De persoon-specifieke aard van deze factoren doet vragen rijzen over de haalbaarheid en tevens wenselijkheid in het streven naar een consensus. Zoals eerder al werd aangegeven blijft herstel namelijk een uniek traject. Ook Klingemann, Sobell & Sobell (2010) geven aan dat nog een schaarste heerst in het onderzoek naar de mechanismen die onderliggend zijn aan de beslissing van mensen om te veranderen. Zonder te pretenderen dat een volledige consensus mogelijk is, lijkt het toch interessant te onderzoeken welke motiverende aspecten terug te vinden zijn bij de meerderheid van personen in herstel.

Naast de mogelijke factoren die bijdragen tot initiatie van herstel, kan het eveneens een meerwaarde zijn dieper in te gaan op de elementen die een rol vervullen binnen het behoud van herstel. Het is binnen dit kader dat de term *herstelkapitaal* een interessante invalshoek vormt.

1.4.4 Herstelkapitaal

Wat betreft de initiatie van herstel zijn hierboven reeds enkele belangrijke motivaties voor verandering opgesomd. Deze motivaties zijn in grote mate vergelijkbaar voor zowel de groep die spontaan herstelt als diegenen die een behandeling ontvangen of wensen (Chauchard et al., 2013). Eens deze eerste stap in het herstelproces gezet is, is het natuurlijk de vraag welke elementen dit proces faciliteren, dan wel ondermijnen. Het is binnen deze optiek dat het *herstelkapitaal* een belangrijke rol vervult.

Het concept *herstelkapitaal* werd ontwikkeld door Cloud en Granfield en verwijst naar de bronnen waarop men kan leunen voor de initiatie en het behoud van herstel (Cloud & Granfield, 2008; Duffy & Baldwin, 2013). Het concept fungeert als een overkoepelende term voor de subkapitalen, namelijk individueel, sociaal en maatschappelijk herstelkapitaal. Herstelkapitaal vormt een continuüm, waarbij combinaties van de subkapitalen individueel bepaald zijn. Deze subkapitalen worden verderop in de diepte geëxploreerd. Hoewel soms kwalitatieve verschillen mogelijk zijn, is herstelkapitaal sterk gelijkend voor spontaan herstellende personen als voor personen die behandeling zoeken of ontvangen (Skogens & von Greiff, 2014). Aangezien Mowbray & Scott (2015) aangeven dat twee derde van de groep problematische gebruikers een spontaan herstelproces doorlopen, lijkt het aangewezen de karakteristieke kenmerken van het herstelkapitaal van deze groep te exploreren.

1.4.4.1 Subkapitalen

Het eerste subkapitaal is het individueel, ook wel *persoonlijk herstelkapitaal* genoemd. Deze term verwijst naar de hulpbronnen die zich in de persoon zelf situeren. Hieronder vallen eigenschappen en vaardigheden van het individu zoals copingmechanismen. Dit zijn vaardigheden om met stress en moeilijkheden om te gaan, zoals bijvoorbeeld actief problemen aanpakken of sociale ondersteuning zoeken (Mawson, Best, Beckwith, Dingle, & Lubman, 2015). Deze copingmechanismen lijken belangrijk voor beide groepen, terwijl

sociale ondersteuning voornamelijk belangrijk wordt geacht voor de groep die spontaan herstelt. Aangezien zij niet kunnen terugvallen op professionele hulpverlening is deze vorm van informele steun essentieel in het doorlopen van hun herstelproces. (Cheney, Booth, Borders, & Curran, 2016). Daarnaast vallen ook veerkracht en de ernst van de verslaving onder deze individuele eigenschappen (Sommer, Dekkers & Vanderplasschen, 2013).

Ter aanvulling bij het individuele herstelkapitaal, is een verwijzing naar het CHIME-framework duidelijk op zijn plaats. CHIME is een acroniem en verwijst naar de vijf kernelementen van persoonlijk herstel (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams & Slade, 2011). Een eerste element is *Connectedness* of verbondenheid, en verwijst naar de relaties en ondersteuning door de omgeving. Onderzoek wijst inderdaad uit dat relaties een belangrijke rol spelen in de initiatie en het behoud van verandering (Carballo et al., 2008; Ellingstad et al., 2006). Deze relaties zouden voornamelijk in spontaan herstel een belangrijke rol spelen (Cheney et al., 2016). Dit is ook nauw verbonden met het sociale kapitaal, zoals verderop besproken wordt. Een tweede element is *Hope*, wat verwijst naar hoop en optimisme voor de toekomst en motivatie voor verandering. Deze motivatie voor verandering werd reeds eerder besproken. Een derde element handelt over *Identity* of identiteit. Gebruikers hebben vaak een laag zelfbeeld, dat blijft doorwerken, ook in de periode van het herstel (Duffy & Baldwin, 2013). Met deze focus op identiteit verwijst het CHIME-kader naar het overwinnen van stigma's en het opnieuw opbouwen van een positieve identiteit. Het opnemen van bepaalde rollen, zoals een ouderrol, kan hierbij een belangrijke invloed hebben (Jessup, et al., 2014). Het vierde element is *Meaning in life*, wat verwijst naar zingeving, spiritualiteit en zinvolle doelen en rollen in het leven van mensen. De zinvolle rol als ouder kunnen opnemen en het doel van zorg dragen voor de eigen kinderen kan hierbij ondersteunend zijn (Jessup et al., 2014). Daarnaast kan ook zingeving een belangrijk aspect zijn in het omgaan met ingrijpende levensgebeurtenissen. Welke betekenis mensen verlenen aan de gebeurtenissen die zich in hun leven voordoen zijn vaak sterk bepalend voor hun impact op het herstelproces. Het vijfde en laatste element is *Empowerment*, wat de nadruk legt op persoonlijke krachten, verantwoordelijkheden en controle over het eigen leven (Leamy et al., 2011). Walters (2000) legt in dit verband de nadruk op wilskracht als belangrijke faciliterende factor.

Naast de individuele hulpbronnen, zijn er ook aangrijpingspunten in de omgeving van de persoon met een verslaving, waarnaar wordt verwezen met de term *sociaal kapitaal*. Hierin is voornamelijk het sociale netwerk van belang, alsook de steun en aanvaarding die van dit netwerk uitgaan. In het individueel herstelkapitaal kwam reeds het belang van verbondenheid naar voor binnen het CHIME-denkkader. Een vaststelling is namelijk dat gebruikers vaak kleinere sociale netwerken hebben dan mensen die geen drugs gebruiken (Mowbray & Scott, 2015). Kenmerkend voor deze sociale omgevingen is bovendien de aanwezigheid van personen die eveneens gebruiken. In het proces van herstel vinden ook hier veranderingen plaats. Mensen passen in deze fase hun netwerk aan, waardoor contact met andere gebruikers minder waarschijnlijk wordt. Mensen in herstel zullen meer terugvallen op de ondersteuning van hun sociale netwerk en daarbij de voorkeur geven aan het doorbrengen van tijd met niet-gebruikende leden van hun netwerk (Mowbray & Scott, 2015). Deze veranderingen in het sociale netwerk lijken nog belangrijker voor personen in spontaan herstel dan voor personen in behandeling. Spontaan herstellende personen zijn namelijk volledig aangewezen op deze ondersteuning om het herstelproces te kunnen doorlopen, dit in tegenstelling tot de groep in behandeling, die ook kunnen rekenen op ondersteuning door professionelen (Cheney et al., 2016).

Tot slot wordt het *maatschappelijk herstelkapitaal* onderscheiden. Onder deze noemer vallen ruimere hulpbronnen zoals huisvesting en tewerkstelling (Sommer et al., 2013). Het zijn net deze aspecten die een belangrijke spil vormen in het ontwikkelen van een verslaving (Best, Beswick, Hodgkins, & Idle, 2016). Gebrekkige huisvesting en gezondheid kunnen immers gelinkt worden aan een verhoogd risico op gebruik (Mowbray & Scott, 2015). Een positieve beleving in dit domein lijkt voor mensen in herstel essentieel. Hierbij bestaat echter de mogelijkheid dat personen die minder over dit maatschappelijk herstelkapitaal

beschikken en dus eerder aan de rand van de maatschappij leven, net de groep kan zijn die het spontaan herstelproces doorlopen. Vaak is het hulpverleningsaanbod namelijk aangepast aan de meerderheidsgroep, waardoor bepaalde kansengroepen uit de boot vallen (Cheney et al., 2016). Zoals eerder aangegeven is het ook mogelijk dat hulpverlening zich specifiek richt op deze personen die meer ernstig verslaafd zijn, waardoor anderen met een mildere problematiek zich niet aangesproken voelen door het hulpverleningsaanbod. Het is net deze groep met een mildere problematiek die een grotere kans zou maken om spontaan te kunnen herstellen (Carballo et al., 2008). Bovendien heersen negatieve overtuigingen over de behandelingen voor verslaving. Bij het zoeken naar behandeling ervaren gebruikers in onze maatschappij nog al te vaak taboe of stigma (Ellingstad et al., 2006). Hierbij sluit eveneens aan dat gebruikers er dan snel van overtuigd raken dat zij geen behandeling nodig hebben en de problemen zelfstandig kunnen aanpakken. Daarnaast kan niet alleen de stap naar behandeling, maar ook de organisatie van de hulpverlening een drempel vormen voor verslaafden (Subbaraman & Witbrodt, 2014).

Deze bevindingen rond het herstelkapitaal geven aan dat personen met een verslavingsproblematiek vaak belangrijke steunpunten binnen handbereik nodig hebben om het herstelproces te kunnen doorlopen. Deze ondersteunende elementen zijn, net als de motivaties tot verandering, sterk gelijklopend voor personen die behandeling zoeken, als voor personen die een spontaan herstelproces doorlopen (Chauchard et al., 2013). Hoewel het onderscheid tussen beide groepen dus niet steeds duidelijk is, zijn toch subtiele verschillen terug te vinden, zoals eerder aangegeven. Tegenover de bovenvermelde steunpunten staan echter mogelijke barrières die het herstelproces kunnen bemoeilijken.

1.4.4.2 Barrières in het herstelproces

Bovenstaande vormen van herstelkapitaal fungeren dus als protectieve factoren, die het herstelproces ondersteunen en beschermen tegen een negatief verloop ervan. Zij kunnen echter ook allen verbonden worden aan risicofactoren, die van evenredig belang zijn.

Binnen het individueel herstelkapitaal kan een gebrek aan copingmechanismen ertoe leiden dat men in het herstelproces op zoek gaat naar substitutie. Onderzoek wijst uit dat bij het herstel van cannabis ongeveer de helft van de ondervraagden een verhoging rapporteerde in het gebruik van alcohol, tabak en/of slaapmiddelen (Copersino et al., 2006). Ook de craving, of krachtige drang naar het middel, kan belemmerend werken. Andere barrières in het herstelproces zijn een laag zelfbeeld en weinig vertrouwen in zichzelf om het herstelproces tot een goed einde te brengen. Bovendien hebben deze personen vaak moeite een zinvolle invulling te vinden voor hun vrije tijd. Verveling kan dan een belangrijke facilitator worden in herval (Sommer et al., 2013). Tot slot is ook evidentie voor een genetische kwetsbaarheid, die in interactie met omgevingsfactoren een verhoogde kans geeft op het ontwikkelen van verslaving (Wiers & Theunissen, 2002).

Binnen het sociaal herstelkapitaal kan worden verondersteld dat een gebrek aan ondersteuning in het sociale netwerk, of een blijvend intens contact met andere gebruikers of omgevingen waarin frequent wordt gebruikt nefaste gevolgen kan hebben voor het herstelproces (Sommer et al., 2013). Het is echter vaak een moeilijke opdracht om dit netwerk los te laten (Herbeck, Brecht, Christou & Lovinger, 2014). Duidelijke drempels zijn hier eveneens te vinden in het opvoedingsmilieu. Gebruik in de familie, alsook tolerantie van ouders ten aanzien van gebruik, gebrekkige betrokkenheid en supervisie van ouders kan een belangrijke impact hebben (VAD, 2007).

Op maatschappelijk vlak kan tewerkstelling, en meer bepaald werkloosheid, een belangrijke invloed hebben op de levensomstandigheden. Er bestaat op die manier een verhoogde kans op sociale problemen en herval (Mowbray & Scott, 2015). Daarnaast wijst onderzoek uit dat de beschikbaarheid van drugs in de samenleving een belangrijke drempel vormt. Dit geldt des te meer voor alcoholverslaafde personen, door

de bijkomende confrontatie met het sociaal aanvaarde karakter van alcohol. Dit houdt verband met het drug- en alcoholbeleid, dat eveneens een invloed kan uitoefenen op het herstelproces (Sommer et al., 2013). Tot slot vormen heersende stigma's rond verslaving belangrijke barrières, alsook in het zoeken naar behandeling (Klingemann et al., 2010).

1.5 Probleemstelling en onderzoeksvragen

Vanuit diverse verschuivingen in de visie op verslaving wint het concept herstel steeds meer aan belang. Hierbij is evidentie te vinden dat dit proces bovendien kan plaatsvinden zonder tussenkomst van formele en/of informele hulpverlening. Het begrip *spontaan herstel* komt hierdoor op de voorgrond te staan. Deze term verwijst namelijk naar een herstelproces waarbij de link met de drughulpverlening ontbreekt.

Aangezien herstel mogelijk lijkt zonder behandeling is het interessant te onderzoeken wat ervoor zorgt dat mensen in staat zijn tot zogenaamd spontaan herstel. Onderzoek heeft reeds enkele motivaties tot verandering aan het licht gebracht (Copersino et al., 2006; Ellingstad et al., 2006; Jessup et al., 2014; Witbrodt et al., 2015). Dergelijk onderzoek is echter zelden gefocust op een spontaan herstellende groep en wijst eerder op algemene motivaties voor herstel. Daarnaast zorgen verschillen in motivatie naargelang gender en leeftijd ervoor dat consensus binnen dit thema nog ontbreekt (Chauchard, 2013). Er heerst dus nog onduidelijkheid rond de mechanismen die onderliggend zijn aan de beslissing om daadwerkelijk te veranderen (Klingemann et al., 2010).

Naast de motivatie en initiatie tot herstel, is het eveneens interessant te onderzoeken welke factoren faciliterend dan wel belemmerend zijn na de aanvang van het herstelproces. Een belangrijk kader binnen dit thema is het gedachtegoed rond het herstelkapitaal (Duffy & Baldwin, 2013). Dergelijk kader is echter doorgaans gebaseerd op personen die een behandeling zoeken of ontvangen (Skogens & von Greiff, 2014). Er is dus nog eerder een gebrek aan literatuur die deze aspecten onderzoekt in een populatie van spontaan herstellende personen.

Uit bovenstaande gegevens over spontaan herstel en hoe een dergelijk proces verloopt, lijkt nader onderzoek rond dit thema aangewezen. Deze wetenschappelijke relevantie kan bovendien aangevuld worden met een maatschappelijke meerwaarde. Deze situeert zich in de eerste plaats in het terugdringen van maatschappelijke kosten en overlast. De groep van druggebruikers vormt namelijk een belangrijke kost voor de overheid en maatschappij in haar geheel, onder andere als gevolg van medische- en behandelingskosten (Mowbray & Scott, 2015). Een uitbreiding van de mogelijkheid en ondersteuning om mensen spontaan te helpen herstellen kan een belangrijke factor zijn in het terugdringen van dit overheidsbudget voor behandeling (Vander Laenen, De Ruyver & Caulkins, 2011).

Daarnaast zou meer nadruk op spontaan herstel mensen kunnen ondersteunen die niet in de reguliere behandeling terecht kunnen of willen. Een daling in het (problematisch) gebruik zal naast een positieve impact op medische en justitiële kosten ook andere aspecten van het samenleven ten goede kunnen komen. Tot slot kan een toegenomen erkenning van spontaan herstel het stigmatiserende beeld van de gemarginaliseerde druggebruiker deels doorbreken. Het doorbreken van deze publieke vooringenomenheid (Carballo et al., 2008) kan een belangrijke stap zijn in het ondersteunen van spontaan herstel. Belangrijk hierbij is het niet te vergeten dat er ook een groep bestaat die wel pogingen onderneemt, maar niet slaagt in hun zelf-verandering. De sociale respons vanuit de maatschappij, onder andere via beleid en media kan voor deze groep, alsook voor de groep die wel slaagt, een belangrijke protectieve, zowel als belemmerende factor vormen (Klingemann et al., 2010).

Deze wetenschappelijke en maatschappelijke bevindingen leiden tot de volgende onderzoeksvragen:

- Hoe komt spontaan herstel tot stand en welke elementen zijn hierbij doorslaggevend?
- Wat zijn de hulpbronnen en belemmeringen tijdens het herstelproces bij spontaan herstel?

2. Methodologie

In het kader van de geponeerde onderzoeksvragen volgt hierbij een overzicht van de methodologie. Eerst zal ingegaan worden op het kwalitatieve onderzoeksopzet. Daarna volgt een bespreking van de selectie van de steekproef, alsook van de onderzoeksmethodiek en het gehanteerde instrument. Tot slot volgt een bespreking van de data-analyse.

2.1 Kwalitatief onderzoek

Het onderzoek focust op personen die in het kader van een middelenverslaving een spontaan herstelproces doormaken. Centraal in de onderzoekbenadering staan de motiverende aspecten in de aanloop naar het spontaan herstelproces, alsook de ondersteunende en belemmerende factoren gedurende dit herstelproces. Deze onderzoeksvragen peilen sterk naar persoonlijke beleving. Om deze beleving in de diepte te kunnen exploreren is een kwalitatieve onderzoeksopzet het meeste aangewezen (Verhoeven, 2010). Kwalitatief onderzoek spitst zich namelijk toe op fenomenen in hun natuurlijke omgeving, met als doel het begrijpen van gedrag, alsook betekenissen die mensen verlenen aan dit gedrag en hun alledaagse ervaringen. De focus ligt dus op de persoonlijke betekenisverlening (Neale et al., 2013). Dit is de reden waarom kwalitatief onderzoek binnen deze studie als de meest aangewezen optie vormt.

2.2 Selectie respondenten

De focus op spontaan herstel van een middelenverslaving als centrale thema is bepalend voor de criteria waaraan respondenten binnen dit onderzoek dienen te voldoen. Vooreerst heeft dit onderzoek tot doel een zo breed mogelijke steekproef te hanteren. Daarnaast worden echter toch enkele algemene criteria gehanteerd. Zo dienen respondenten meerderjarig te zijn, alsook een voldoende beheersing te hebben van het Nederlands, dit om het mogelijk te maken dat belevingen voldoende geëxpliciteerd kunnen worden tijdens het interview.

Naast deze algemene criteria hangen enkele richtlijnen eveneens samen met de specifieke focus van het onderzoek. De primaire focus ligt namelijk op spontaan herstel. Spontaan herstel, en herstel in het algemeen, zijn echter geen eenduidige begrippen (White, 2007). Vooreerst lijkt het aangewezen respondenten te rekruteren die aangeven zichzelf te zien in het herstelproces, of die aangeven dit proces afgerond te hebben. Hierbij krijgen respondenten de ruimte om aan te geven of herstel een blijvend veranderingsproces, dan wel een eindig proces betreft. Op deze manier blijft het mogelijk de conceptualisering van het begrip herstel enigszins open te laten. Aangezien de focus echter ligt op spontaan herstel, is het van belang ook hier enkele restricties aan te koppelen. Een eerste criterium hierbij houdt in dat respondenten in de voorbije 10 jaar geen formele of informele behandeling ontvangen hebben die rechtstreeks verband houdt met hun middelenproblematiek (Walters, 2000). Hierbij hoort de voorwaarde dat zij dan ook minder dan 10 jaar in herstel zijn. Behandelingen in het kader van andere levensdomeinen zoals psychische gezondheid worden hierbij niet in rekening gebracht. Zelfhulpbenaderingen daarentegen fungeren wel als vorm van hulpverlening, zoals reeds besproken in de literatuurstudie (Klingemann et al., 2010). Onder deze behandelingen vallen ook huisartsconsulten, indien deze specifiek over de verslavingsproblematiek handelden, alsook eerstelijns hulp, bijvoorbeeld aangeboden door een CAW of

OCMW. Deze vormen van hulp worden enkel in beschouwing genomen indien hierbij een specifieke hulpvraag rond de verslaving aan de basis lag.

Enkele criteria zijn eveneens gekoppeld aan het tweede luik van het onderzoeksthema, namelijk verslaving. Binnen het onderzoek ligt de focus op middelenverslaving, waaronder zowel alcohol als andere (illegale) drugs beschouwd worden. De middelen cannabis, heroïne en stimulantia zoals cocaïne, xtc en speed komen in aanmerking onder de noemer drugs. Verslaving aan medicatie behoort niet tot de focus van dit onderzoek. Net als bij het concept herstel zal ook hier de openheid gelaten worden aan respondenten om zelf aan te geven in hoeverre zij zichzelf als verslaafd beschouwen/beschouwden. Er zal dus geen expliciete checklistbenadering gebruikt worden (bijvoorbeeld door middel van de DSM) om respondenten al dan niet als verslaafd te categoriseren. Wel wordt gezocht naar cliënten die zichzelf als verslaafd beschouwen/beschouwden gedurende een periode van 12 maanden of langer.

In onderstaande tabel is een overzicht te vinden van de bevroegde respondenten.

Respondent	M/V	Leeftijd	Gezinssituatie	Kinderen	Grootste probleemmiddel	Eerdere behandeling
Robby	M	28	Samenwonend	/	Cannabis	/
Arne	M	28	Alleenstaand	/	Cannabis	/
Tom	M	37	Alleenstaand	1 dochter	Cocaïne	/
Stijn	M	32	Alleenstaand	/	Speed & cannabis	/
Pieter	M	30	Gehuwd	Eerste op komst	Speed	/
Joris	M	43	Samenwonend	1 dochter en 1 zoon	Speed & cannabis	De Pelgrim
Bram	M	32	Samenwonend	1 zoon	Heroïne	Collocatie*
Geert	M	52	Gehuwd	2 zonen, 1 dochter	Alcohol	/
Sofie	V	29	Alleenstaand	/	Speed	PISAD*
Bart	M	31	Samenwonend	/	Speed	/

* Deze behandeling vond meer dan 10 jaar geleden plaats

2.3 Dataverzameling

De dataverzameling kwam tot stand via het afnemen van semigestructureerde interviews van personen in spontaan herstel. In de persoonlijke omgeving van de onderzoeker was er de mogelijkheid tot contact met personen die zich in het spontaan herstelproces bevinden of dit proces reeds doorlopen hebben. Deze persoonlijke contacten fungeerden in het verdere verloop van het onderzoek als sleutelfiguren. Zij vormden de toegang tot verder contact met andere personen in spontaan herstel. Deze manier van dataverzameling wordt ook wel *snowball-sampling* of *sneeuwbal-onderzoek* genoemd en is geschikt voor het bereiken van minder toegankelijke populaties (Atkinson & Flint, 2001). De respondenten die voldeden aan de vooropgestelde criteria namen samen met de onderzoeker de informatiebrief door en werden op deze manier op de hoogte gebracht van de opzet van het onderzoek. Na deze informatieoverdracht konden zij vrijblijvend en uitdrukkelijk toestemming geven voor hun deelname via het ondertekenen van de informed consent (bijlage 1). Hierin zat eveneens de toestemming vervat tot opname van het interview en anonieme verwerking van de verzamelde gegevens. De afname van het diepte-interview gebeurde steeds op een rustige en voor de respondent vertrouwde plaats. Doorgaans was dit dan ook in de thuisomgeving van de

respondent. De duur van de interviews varieerde rond 45 minuten, tot een uur. Na afloop van het interview werd de respondent bedankt en werd eveneens de mogelijkheid gegeven tot opmerkingen of feedback over het interview. Via de informatiebrief werden ook contactgegevens uitgewisseld, waarmee respondenten bij bedenkingen achteraf nog contact konden opnemen met de onderzoeker. De respondenten kregen eveneens de mogelijkheid om het eigen interview, alsook de masterproef in zijn geheel na te lezen. Deze vorm van member-checking kan de kwaliteit van het onderzoek ten goede komen, omdat respondenten bijvoorbeeld foute interpretaties op deze manier kunnen corrigeren (Angen, 2000). Slechts enkele respondenten gaven aan hun interview te willen nalezen, waarna doorgaans weinig tot geen opmerkingen of aanvullingen gemaakt werden. De overgrote meerderheid van de respondenten gaf daarentegen wel aan de masterproef in zijn geheel te willen lezen.

Voor het bewaken van de kwaliteit van het onderzoek was member-checking alleen echter geen voldoende voorwaarde. Het verhogen van de kwaliteit, alsook het bewaken van de ethiek en deontologie van het onderzoek verdiende extra aandacht. Dit vooral omdat de onderzoeker reeds enkele respondenten persoonlijk kende, al voor de aanvang van het onderzoek. Dit feit kan enerzijds bevorderlijk zijn voor het contact en de opbouw van de vertrouwensrelatie tijdens het interview. Anderzijds bevindt zich echter een belangrijke valkuil in de mogelijkheid van het ontstaan van bias aan de zijde van de onderzoeker. Om het referentiekader van de onderzoeker maximaal te kunnen kaderen, was de member-check een eerste belangrijke stap (Angen, 2000). Daarnaast was het van belang eveneens voldoende dialoog in te bouwen met de begeleider van deze masterproef. Op deze manier kon worden afgetoetst of een meer neutrale onderzoeker dezelfde conclusies trekt uit de verzamelde data. Deze techniek wordt ook wel onderzoeks-triangulatie genoemd (Baarda et al., 2010). Tot slot was de integriteit een belangrijk aandachtspunt, met voornamelijk de anonieme en discrete verwerking van de verzamelde gegevens. Zeker in een context waar vertrouwelijke informatie wordt verkregen van personen die ook na het onderzoek nog deel uitmaken van de sociale omgeving van de onderzoeker, is dit een noodzaak (Ritchie, Lewis, McNaughton Nicholls, & Ormston, 2014).

2.4 Onderzoeksinstrument

Binnen deze studie is de keuze gemaakt voor het interview als onderzoeksinstrument. Meer concreet betreft het een semigestructureerd diepte-interview. Dit type interview biedt de mogelijkheid om persoonlijke ervaringen en betekenissen te vatten, wat de opzet is van dit onderzoek (Gill, Stewart, Treasure, & Chadwick, 2008). Dit soort interview laat eveneens toe een aantal gestructureerde vragen op te stellen. Dit biedt enige houvast en kan ook een meerwaarde betekenen in het verzamelen van algemene informatie rond de participanten. De mogelijkheid om toch van deze structuur af te wijken vormt een meerwaarde in het maximaliseren van de inbreng van de respondent.

Een leidraad met richtvragen vormt de houvast tijdens het semigestructureerde interview. Deze leidraad begint met een korte schets van het probleemgebruik, waarna de overstap wordt gemaakt naar herstel en wat dit concreet betekent voor de respondent. Daarna volgt een bevraging het eigen herstelproces, alsook de motivatie, protectieve- en risicofactoren tijdens dit proces. De vragen dienen enkel als richtlijn en de respondent krijgt de maximale mogelijkheid om de eigen ervaringen te expliciteren. Binnen het interviewformat wordt gebruik gemaakt van een tijdlijn, om de verschillende elementen in het verhaal van de respondent visueel in kaart te kunnen brengen (Adriansen, 2012; Kolar, Ahmad, Chan, & Erickson, 2015). Ook linken en evoluties doorheen de tijd kunnen op deze manier voorgesteld worden, wat het overzicht voor zowel respondent als onderzoeker ten goede komt.

Bovendien vindt het onderzoek plaats in een setting waarin de participant zich comfortabel voelt, alsook voldoende privacy kan worden gegarandeerd. Om dit te kunnen realiseren krijgt de respondent zelf de

keuze voor de locatie van het interview. De veilige setting die op deze manier wordt gecreëerd, is een noodzakelijke voorwaarde voor dit onderzoek. De vooropgestelde onderzoeksvragen peilen namelijk naar intieme en persoonlijke ervaringen. Vertrouwelijkheid moet dus ten allen tijde kunnen worden gegarandeerd (Van Boeschoten, 2010). Een interview biedt hiertoe de mogelijkheid. Aanvullend zijn enkele participanten reeds bekend met de onderzoeker, wat de accuraatheid en de vertrouwensrelatie tijdens de interviews ten goede kan komen.

2.5 Data-analyse

De eerste stap in de data-analyse bestond uit het beluisteren en letterlijk uittypen van de afgenomen interviews. Deze stap betekende meteen een eerste verdieping in de verzamelde gegevens. Op deze manier kon de onderzoeker een zekere vertrouwdheid opbouwen met de data.

Het uitwerken van een thematische analyse vormde de volgende stap in de analyse van de data. Deze methodiek heeft als doel om patronen te identificeren, analyseren en rapporteren binnen kwalitatief verzamelde gegevens (Braun & Clarke, 2006). Binnen een thematische analyse is de eerste stap van het vertrouwd raken met de data essentieel. Vervolgens worden verschillende thema's opgebouwd uit de verzamelde onderzoeksgegevens en gelinkt aan een bepaalde code. Doorheen de dataset worden hoofd- en subthema's onderscheiden, die kunnen worden ondergebracht in een boomstructuur (Braun & Clarke, 2006). Binnen dit onderzoek werd de thematische analyse opgebouwd aan de hand van een theoretische benadering, waarbij de theorie en de onderzoeksvragen een belangrijke rode draad vormden. Deze theoretische benadering werd gehanteerd om een gedetailleerde analyse te maken van de onderzoeksgegevens (Braun & Clarke, 2006).

Het softwareprogramma Nvivo11 vormde een ondersteuning in het doorlopen van de bovenstaande stappen. Via dit programma kan kwalitatief verzamelde informatie op een eenvoudige manier bewaard en geraadpleegd worden. Het bepalen van de thema's verloopt op deze manier efficiënter en overzichtelijk, wat de kwaliteit van de gegevensverwerking ten goede komt (Leech & Onwuegbuzie, 2011).

Een zo objectief mogelijke rapportage van de bevindingen vormde een belangrijk aandachtspunt. Deze bevindingen werden in de mate van het mogelijke eveneens gestaafd aan de hand van citaten uit de interviews. Overkoepelend over de verhalen van de betrokken respondenten werd gezocht naar gelijkenissen en verschillen, teneinde een antwoord te kunnen bieden op de gestelde onderzoeksvragen.

3. Resultaten

Binnen dit luik volgt een bespreking van de onderzoeksresultaten, zoals verzameld aan de hand van de tien interviews. Een eerste stap is de bespreking van de perceptie van het concept spontaan herstel, zoals gedefinieerd door de respondenten. Daarna volgt een exploratie van de motiverende factoren die aan de basis liggen van het herstelproces, alsook waarom geen drughulpverlening wordt geraadpleegd ter ondersteuning van dit proces. Mogelijke alternatieve vormen van hulpverlening komen hier eveneens aan bod. Tot slot volgt de bespreking van de concrete protectieve- en belemmerende factoren tijdens het spontaan herstel. Om de anonimiteit van de respondenten te bewaken, is geopteerd voor fictieve namen in de verdere bespreking van de onderzoeksresultaten.

3.1 Indicatoren van spontaan herstel

Tijdens de interviews wordt geëxploreerd welke perceptie heerst ten aanzien van het begrip *spontaan herstel*. De opvallende gelijkenis doorheen de verhalen is dat de verschillende respondenten het gebruik op zich en de verandering in het gebruikspatroon aanhalen als belangrijkste indicatoren om te kunnen spreken over herstel. De verschillen zijn echter terug te vinden in de manier waarop zij deze verandering definiëren. Hierbij zijn de respondenten op te delen in drie groepen.

Een aantal personen definiëren herstel als totale abstinentie. Herstel is volgens deze groep slechts mogelijk wanneer het gebruik van eender welk middel volledig stopt. De tweede groep beschouwt herstel als een proces waarbinnen gecontroleerd en occasioneel gebruik van hun belangrijkste probleemmiddel toelaatbaar is. De derde en laatste groep zijn de respondenten die aangeven tijdens de periode van hun problematisch gebruik verslaafd geweest te zijn aan harddrugs zoals cocaïne, heroïne en/of speed. Bij de gebruikers uit deze groep valt het op dat zij zichzelf als hersteld beschouwen van deze harddrugs, maar wel nog steeds, vaak dagelijks cannabis roken. Dit gebruik van cannabis maakt in de perceptie van deze laatste groep deel uit van het herstel. Het gebruik van deze drug percipiëren zij niet als zijnde problematisch, en bovendien als iets dat zij nodig hebben om hun herstel van die andere drug(s) te kunnen handhaven.

“En je ziet dat misschien ook wel als een drugs, wiet, maar ik zie dat niet zoals een drugs. En ik ben er ook zo niet verslaafd aan want ik zeg het, als ik echt wil, kan ik er af blijven.” (Tom, 37 jaar)

Opvallend binnen deze groep (n=3) is echter dat zij allen aangeven dat zij af en toe een langere periode stoppen met het roken van cannabis, dan wel dat zij zich in de toekomst het voornemen maken om ook dit gebruik af te bouwen. Enkele respondenten geven in alle eerlijkheid eveneens toe dat zij zichzelf nog wel beschouwen als verslaafd aan cannabis, ondanks het overwinnen van de verslaving aan die andere drug.

Naast de veranderingen in het gebruikspatroon, definiëren respondenten herstel vaak in termen van het overwinnen van de drang om het middel te gebruiken.

“Als het dan bijna op was, had ik zo wel altijd die drang van, om weer aan andere te kunnen geraken en dat je het dan weer nodig hebt. En zo een ramp als je niets had dan, en dat is nu wel niet meer eigenlijk.” (Sofie, 29 jaar)

In het verlengde van bovenstaande benoemen enkele respondenten als belangrijk kenmerk van herstel dat de drug en het gebruik ervan het dagelijkse leven niet meer beheerst. Herstel betekent hierbij dat zij de drug niet meer nodig hebben om hun dag door te komen, alsook niet langer het grootste deel van hun tijd besteden aan het zoeken naar en gebruiken van de drug.

“Ik heb het niet meer nodig. Vroeger had ik het nodig voor uit mijn bed te geraken. En voor er in te geraken. Ik had het feitelijk altijd nodig. Ik had het nodig voor uit mijn bed te geraken, voor terug in mijn bed te geraken, voor honger te krijgen, voor achter mijn eten om mijn eten te verteren. Ik had het feitelijk altijd nodig.” (Tom, 27 jaar)

Tot slot beschouwen de meeste respondenten herstel als een te bereiken entiteit. Hierbij geven ze aan dat ze vinden van zichzelf dat ze niet langer ‘in herstel’ zijn, maar wel degelijk ‘hersteld’ zijn. Dit neemt echter niet weg dat zij een nuchtere kijk hebben op dit herstel en beseffen hoe broos het kan zijn.

“Je bent eigenlijk altijd in herstel. Ik denk, als je verslaafd bent geweest is er sowieso altijd een drang om terug te grijpen naar die middelen, dus je bent sowieso altijd in herstel. Maar ik beschouw mijzelf wel als hersteld.” (Arne, 28 jaar)

3.2 Motivatie tot verandering

Binnen de bevraging over de voornaamste drijfveren in de stap naar spontaan herstel, zijn enkele opvallende gelijkenissen terug te vinden doorheen de steekproef. De bevindingen rond de motivatie tot herstel zijn op te delen in twee luiken. Enerzijds is een groot deel van de respondenten intern gemotiveerd om hun druggebruik te veranderen. Anderzijds ondervinden enkele respondenten een zekere druk van buitenaf, die hun herstelproces toch enigszins beïnvloed heeft.

3.2.1 Intern gestuurde motivatie

Binnen de steekproef van dit onderzoek valt op dat de intrinsieke motivatie een belangrijke rol speelt in het zetten van de stap naar herstel. Enkele respondenten geven hierbij aan dat zij hun gebruik, alsook de levensstijl die met dit gebruikspatroon samenhangt, beu zijn. De afhankelijkheid aan het middel, de nood aan het middel om te kunnen functioneren, alsook de negatieve gevolgen wanneer men niet kan gebruiken, zorgt bij enkele respondenten voor een afkerige houding tegenover hun gebruik.

Naast het gevoel ‘genoeg te hebben’ van het gebruik, wordt een groot deel van de respondenten eveneens intrinsiek gedreven door het verlangen naar een, zoals zij het zelf omschrijven ‘normaal leven’. Hiermee samenhangend vergelijken respondenten hun eigen levenssituatie met die van mensen in hun omgeving. In hun naaste context zijn soms rolmodellen aanwezig, die de drang naar het ‘normale leven’ aanwakkeren.

“En ook, mijn rolmodel was mijn zus natuurlijk. En ja, ik wil gewoon zijn gelijk haar. Gewoon een normaal iemand. Een vrouw, een huis, kindjes, normaal... een normale gezinssituatie. En ik denk dat dat met een verslaving niet lukt. Ik denk het niet, ik ben dat zeker.” (Arne, 28 jaar)

Naast personen om naar op te kijken, geven enkele respondenten aan dat er eveneens voorbeelden zijn van mensen waarvan zij aanvoelen dat zij zo’n situatie absoluut zouden willen vermijden.

“Ik had dan ook een vriend toen, en ik zag hoe die er onderuit ging.” (Bart, 31 jaar)

De drang naar een normaal leven en een positieve toekomst wordt bij sommige respondenten vergezeld van financiële zorgen, als gevolg van hun problematische gebruik. Het intensieve gebruik brengt vaak hoge kosten met zich mee, dat voor vele jonge gebruikers in deze steekproef een belangrijke indicatie vormt om dit gebruik in vraag te stellen.

Tot slot is een rol weggelegd voor de lichamelijke gevolgen van de drugverslaving. Zo geeft één respondent aan dat de aanhoudende hoofdpijn, die steeds opnieuw voorkwam bij het gebruik, een alarmbel deed rinkelen. De vrees voor mogelijke schade op haar gezondheid is hierbij een belangrijke drijfveer. Andere respondenten bemerken bij zichzelf opvallende lichamelijke veranderingen zoals het verlies van gewicht alsook het verlies van fitheid en een gezonde uitstraling, zoals duidelijk blijkt uit de volgende getuigenis.

“Vanaf de moment dat je aan uzelf ziet dat je begint af te takelen, dan was het voor mij genoeg.” (Tom, 37 jaar)

3.2.2 Extern gestuurde motivatie

Naast intrinsieke factoren die de motivatie tot herstel beïnvloeden, hebben enkele respondenten ook nood aan een extern duwtje in de rug om enige verandering in hun gebruik teweeg te brengen. Een eerste belangrijke factor voor een groot deel van de respondenten, is de aanwezigheid van een partner of kinderen. In het verhaal van enkele respondenten komt naar voor dat het leren kennen van een nieuwe partner, die vaak niet akkoord gaat met het bestaand gebruikspatroon, een belangrijke motivatie vormt om iets aan dit patroon te veranderen. De verliefdheid en de drang naar deze nieuwe persoon in hun leven is in deze gevallen sterker dan de drang naar de drug.

“Mijn vriendin leren kennen. Ik denk dat dat alleszins mijn redding is geweest.” (Bram, 32 jaar)

Naast het leren kennen van een partner is voor een tweetal respondenten het krijgen van kinderen eveneens een belangrijke motivatie tot herstel.

“Want ik wil niet, als ze ooit groot worden en ze willen studeren, dat ik moet zeggen van nee ik kan u niet laten studeren want ik heb alles opgerookt.” (Joris, 43 jaar)

De externe factoren die bijdragen tot initiatie van het herstel beperken zich niet tot de directe context van de respondenten. Een interferentie door gerechtelijke instanties komt eveneens naar voor in enkele verhalen. Het betreft worden op rijden onder invloed en/of bezit van verboden middelen, alsook het betrappt worden op gebruik of bezit als minderjarige is voor enkele respondenten het spreekwoordelijke duwtje in de rug om de stap naar herstel te zetten. De vaak verplichte urinecontroles die met deze overtredingen gepaard gaan, zijn blijvende externe factoren die het herstelproces faciliteren.

3.3 De rol van drughulpverlening in spontaan herstel

Spontaan herstel vormt de centrale spil binnen dit onderzoek, aldus werd op zoek gegaan naar respondenten die in hun herstelproces geen ondersteuning kregen van eender welke vorm van drughulpverlening in de laatste tien jaar. Zeven respondenten geven aan op geen enkel moment in hun leven in contact geweest te zijn met eender welke vorm van drughulpverlening. Twee van de tien respondenten geven aan in de periode voor deze tien jaar wel een vorm van hulpverlening te hebben gekregen. Zij vertellen hierover dat het gebruik nauwelijks veranderde na deze behandelingsperiode. Het eigenlijke herstel ving vaak pas enige tijd later aan, waarbij de gekregen behandeling nauwelijks tot geen invloed had. Eén respondent geeft aan spontaan hersteld te zijn van harddrugs, waarna hij enkele jaren later wel een behandeling volgde voor zijn verslaving aan cannabis. Ook uit zijn verhaal komt naar voor dat zijn herstel slechts enkele weken stand hield na deze behandeling en hij pas later, zonder bijkomende tussenkomst van hulpverlening, opnieuw aan zijn herstel van cannabis begon te werken.

3.3.1 Visie op drughulpverlening

Binnen de groep personen die geen enkele vorm van behandeling kreeg, heerst voornamelijk de overtuiging dat het probleem niet van die aard was dat zij het niet zelf zouden kunnen oplossen. De meesten geven dan ook aan dat zij er nooit echt bij hebben stilgestaan om enige vorm van hulpverlening op te zoeken. Anderen zetten echter bewust niet de stap naar hulpverlening. Hierbij speelt vooral de overtuiging dat behandeling geen enkele meerwaarde zou bieden, alsook negatieve ervaringen met bepaalde behandelvormen.

“Die mensen hebben nooit met drugs te maken gehad, wat zouden die mij hier komen vertellen? Of die mensen hebben een perfect leven gehad en geen moeilijke jeugd gehad, zoals ik gehad heb. Wat gaan die mensen mij komen vertellen hoe het leven in elkaar zit?” (Tom, 37 jaar)

Uit de gesprekken blijkt vaak dat de respondenten ook weinig tot geen kennis hebben van de mogelijkheden die er bestaan binnen de drughulpverlening. Aangezien zij overtuigd zijn de problemen zelfstandig te kunnen aanpakken, zien zij ook geen nood om verdere inlichtingen hieromtrent in te winnen. De meesten geven wel aan dat zij deze stap mogelijk wel zouden hebben gezet wanneer meerdere momenten van herval hun herstel zouden bemoeilijken.

Bij de drie respondenten die wel enige vorm van drughulpverlening kregen, was dit een gevolg van externe druk, waardoor zij dit aanvoelen als gedwongen hulpverlening. Bij één respondent is dit omdat zij nog minderjarig was en aldus verplicht werd vanuit haar ouders en de school. De twee andere respondenten kozen voor hulpverlening om een andere straf (rijverbod en gevangenisstraf) te kunnen ontlopen. In deze gevallen is dus niet echt sprake van dwang, maar eerder drang naar hulpverlening, aangezien zij wel degelijk de keuze hadden. Dit neemt niet weg dat het in de beleving van deze respondenten wel degelijk aanvoelde als gedwongen hulpverlening. Wat betreft deze vormen van hulpverlening, hebben zij hierover allen enige twijfels qua effectiviteit. Zij zijn er namelijk van overtuigd dat je zelf volledig achter een behandeling moet staan, alsook compleet eerlijk moet zijn met jezelf tijdens dergelijke behandeling, om enige kans op slagen te kunnen realiseren. Eén respondent geeft aan dat de behandeling hem niet lag omwille van de vele dwingende aspecten, zoals het standaard toedienen van medicatie om de afkickverschijnselen te verzachten. Voor deze respondenten speelt het verlangen om de problemen op hun eigen manier en eigen tempo te kunnen aanpakken een belangrijke rol.

3.3.2 Alternatieve vormen van hulpverlening

Hoewel de meeste respondenten niet de stap zetten naar druggerelateerde hulpverlening, zoeken enkelen wel ondersteuning in alternatieve hulpverlening zoals medische of psychologische begeleiding. De belangrijkste figuur doorheen deze verhalen is doorgaans de huisarts. Respondenten zoeken zijn ondersteuning op, voornamelijk in hun zoektocht om met de negatieve gevolgen van het herstel om te gaan. Een respondent die kampt met angsten als gevolg van zijn verslaving, gaat te rade voor aangepaste medicatie. Respondenten die moeite hebben met het opnieuw vinden van hun bioritme, dat vaak erg verstoord is bij het begin van hun herstel, krijgen via hun huisarts slaapmedicatie voorgeschreven. Naast deze typisch medische ondersteuning zoekt een kleine minderheid van de respondenten hulp in psychologische begeleiding. Het verwerken van ervaringen die vaak de aanleiding hadden gevormd tot het druggebruik is hier een belangrijke factor. Eén respondent, die tijdens zijn herstel te kampen heeft met angstaanvallen, raadpleegt eveneens een kinesist.

“Ik heb dan ook bij de kinesist geweest voor ademtherapie en relaxatieoefeningen. Ik ben bij een psycholoog geweest om te praten over vroeger want ik heb dat vroeger nooit gedaan. Ik smoorde veel te veel en ik vond dat allemaal niet nodig. Dat komt dan allemaal boven en ik heb dan veel geweend ook ze, amai.” (Arne, 28 jaar)

Tot slot is er voor sommige respondenten ook de invloed van verplichte urinecontroles, die misschien minder beschouwd kunnen worden als een vorm van hulpverlening, maar die wel degelijk een belangrijke beïnvloedende factor vormt in sommige verhalen. Verplichte urinecontroles als gevolg van een overtreding tegen de wetgeving rond drugbezit en/of rijden onder invloed, betekent voor twee respondenten een belangrijke stap in de initiatie van hun spontaan herstel.

3.4 Protectieve factoren tijdens het herstelproces

Als gevolg van uiteenlopende motiverende factoren, zoals hierboven beschreven, komen de respondenten terecht in hun herstelproces. Tijdens dit proces ervaren zij ondersteuning op verschillende domeinen, die het mogelijk maken het herstelproces te handhaven. Deze zogenaamde *protectieve factoren* worden hier verder geëxploreerd.

3.4.1 Sociale netwerk en tijdsbesteding als beschermende factor

Zoals eerder beschreven, vormen partners en kinderen vaak een motivatie om het gebruik aan te pakken. Uit de verhalen komt naar voor dat voor veel respondenten deze betrokkenen ook een belangrijke ondersteunende rol vervullen bij het handhaven van het herstelproces. Het praten met partners over de ondergane veranderingen, alsook het feit dat deze partner de gebruiker aanvaardt als persoon, benoemen vele respondenten als een belangrijke ondersteuning. Het verlangen naar een bepaalde persoon, alsook de angst om deze mogelijk kwijt te spelen, is voor enkele respondenten een belangrijke drijfveer om te volharden in hun herstel. Bij de respondenten die reeds de rol van ouderfiguur vervullen, speelt het verantwoordelijkheidsgevoel ten aanzien van hun kinderen en de zorgen om de toekomst van deze kinderen een belangrijke rol.

“Nu kan je niet meer terug naar uw vorig leven he, een keer dat je zelf een kindje moet opvoeden moet je een beetje verantwoordelijkheid hebben he, moet je een beetje het goede voorbeeld geven.”
(Tom, 37 jaar)

Twee respondenten zijn op het moment van hun herstelproces eveneens samen met een partner die hetzelfde proces doormaakt. Deze steun van iemand die hetzelfde doormaakt en het ondersteunen van elkaar speelt voor deze koppels een belangrijke rol. Naast de invloed van partners en kinderen geven alle respondenten eveneens het belang aan van een ondersteunende vriendenkring. De tendens hierbij is voornamelijk dat zij tijdens en na hun herstelproces zichzelf afschermen voor hun vroegere sociale contacten, waarin gebruik vaak als norm heerst. Het opbouwen van nieuwe contacten, met personen die niet gebruiken of niet het probleemmiddel van de respondent gebruiken, is voor velen een belangrijke stap in het herstelproces.

Naast de invloeden vanuit de sociale context, geven de meeste respondenten eveneens het belang aan van een verandering in tijdsbesteding. De meerderheid geeft aan dat hun gebruik piekte op de momenten dat zij uitgingen of samen waren met andere gebruikers. Een eerste stap is dan vaak zichzelf af te schermen van deze specifieke personen en situaties die automatisch gelinkt worden aan het gebruik. Een verandering van levensstijl, met een beperkte rol voor het uitgaansleven, ervaren de meeste respondenten als een ondersteuning in hun herstelproces.

“Als ik was blijven uitgaan, ik was blijven drinken, daar ben ik zeker van.” (Geert, 52 jaar)

Het gebruik beperkte zich echter vaak niet tot het uitgaansmilieu. Heel wat respondenten gebruikten namelijk ook alleen, thuis. De belangrijkste ondersteuning in het leren omgaan met de drang naar het middel bestaat er op die momenten uit om een zinvolle invulling te vinden voor deze tijd. De mogelijkheid om overdag te gaan werken en aldus de dag door te komen zonder gebruik, wordt enkele keren aangehaald als ondersteunend. Een tweetal respondenten geven aan dat zij als gevolg van hun herstel op zoek gingen naar een andere job, één die beter aansluit bij hun interesses en waarbij zij minder nood hebben aan de drug om ‘de dag door te komen’. Het hebben van een job, ondanks het gebruik, beschouwen heel wat (ex-)gebruikers dan ook als een belangrijke waarde.

“Maar sowieso, ook al ben je geen dokter of zo, professioneel leven is belangrijk.” (Stijn, 32 jaar)

Naast het belang dat de respondenten hechten aan het hebben van een job, krijgt het hebben van een zinvolle vrijetijdsbesteding minstens evenveel gewicht toegekend. Het opvangen van momenten die anders zouden worden ingevuld met het gebruiken van de drug, is een belangrijk aandachtspunt tijdens het herstel. Het belang om verveling zo veel mogelijk te vermijden, wordt sterk benadrukt. In het kader hiervan komt meermaals naar voor dat respondenten intensief beginnen sporten, gamen of een nieuwe hobby zoeken.

“Dat werken alleen niet he. Je moet u thuis ook met iets kunnen bezighouden he. Dat is feitelijk een therapie vind ik, bezig zijn met iets.” (Geert, 52 jaar)

3.4.2 Controle over het eigen gebruikspatroon als ondersteunende factor

Samenhangend met de zoektocht naar invullingen voor de gebruiksmomenten, is vaak de zoektocht naar inzicht in zichzelf als gebruiker en in het eigen gebruikspatroon. Meerdere respondenten geven aan dat de eerste stap in het herstel samenhangt met het onderzoeken van de oorzaken van het gebruik. Op welke momenten wordt er gebruikt? Welke aanleidingen zijn er op dat moment? Hoe kan men deze oorzaken aanpakken? Het begrip *zelfbesef* komt in dit opzicht enkele keren ter sprake. Eén respondent geeft aan dat de stress die zijn job hem bezorgde vaak de drang naar drugs vergrootte. Deze persoon ging op zoek naar ander werk. De persoon die alcohol gebruikte als coping om te kunnen omgaan met zijn sociale angsten, zocht ondersteuning in medicatie.

In het verlengde hiervan is het belangrijk voor enkele respondenten dat zij zelf de controle kunnen behouden over hun eigen gebruik en de doelstellingen die zij zich stellen in het kader van hun herstel. Enkele respondenten zijn ervan overtuigd dat binnen het volgen van behandeling herstel zou worden gelijkgesteld aan abstinentie. Zij benadrukken dat het voor hen een steun betekent dat deze abstinentie in hun spontane herstelproces geen uitdrukkelijke vereiste is om te kunnen spreken over herstel. Enkele respondenten zien het gecontroleerde, occasionele gebruik als een beloning voor een abstinente periode, alsook een doel om naartoe te werken. Zoals eerder beschreven, beschouwen zij dit gecontroleerde gebruik als onderdeel van hun herstel. Daarnaast geven enkele respondenten aan dat het belangrijk is om geen druk van buitenaf te ervaren met betrekking tot de veranderingen in hun gebruik. Het behouden van de controle om zelf te bepalen op welke manier men de problemen aanpakt, komt in enkele verhalen naar voor als een belangrijk ondersteuningsmechanisme tijdens het herstel.

“Ik wist dat dat niet zomaar ging, van vandaag op morgen. Want ik wist ook, hoe meer druk ze er gingen op leggen van je mag dat niet doen, dat ik dan alleen maar meer en meer goesting kreeg.” (Robby, 28 jaar)

Wat betreft de concrete doelstellingen, zijn toch enkele variaties terug te vinden doorheen de steekproef. Enkele respondenten geven aan dat het ondersteunend was dat zij geleidelijk konden afbouwen, terwijl anderen de nood voelden het gebruik meer drastisch te veranderen.

In het verlengde van bovenstaande bevindingen valt eveneens op te merken dat meerdere respondenten een verhoging ervaren in het gebruik van een ander middel tijdens hun zoektocht naar het omgaan met het veranderde druggebruik. Vooral een verhoging van de alcoholconsumptie bij wijze van compensatie komt naar voor in meerdere verhalen, net als een verhoging in het roken van sigaretten.

“Dat ik wat meer alcohol dronk, wat zeker niet goed is. Maar ja, als jointjes niet mag, moet je iets anders doen hé. En meer sigaretten roken.” (Robby, 28 jaar)

De respondenten die zichzelf beschouwen als herstellend van een verslaving aan harddrugs en die cannabisgebruik beschouwen als deel van hun herstel, merken ook vaak een toegenomen cannabisconsumptie op. De verhoging in het gebruik van deze andere middelen ervaren de betrokken respondenten als ondersteunend.

“Ja ik ben probleemloos met die harddrugs kunnen stoppen, speed, en met die bollen, probleemloos kunnen stoppen omdat ik nog altijd wiet rookte.” (Joris, 43 jaar)

Bij deze toename in het gebruik van alternatieve middelen geven de respondenten doorgaans aan dat deze periode van verhoogd gebruik zich beperkt van enkele maanden tot een jaar na de initiatie van het herstel. Na deze eerste periode in het herstelproces valt echter vaak ook het gebruik van deze andere middelen terug naar een lager niveau. Doorgaans is dit op het moment dat de drang naar het grootste probleemmiddel is teruggedrongen of wanneer respondenten hebben geleerd met deze drang om te gaan, alsook hun levensstijl inmiddels is aangepast aan de situatie van het veranderend gebruikspatroon.

3.5 Belemmerende factoren in het herstelproces

Bovenstaande beschrijving geeft een indicatie van de elementen die de respondenten als ondersteunend ervaren. Deze elementen faciliteren het herstelproces. Naast de ondersteuning, ervaren alle respondenten echter ook factoren die hun herstelproces belemmeren of bemoeilijken.

3.5.1 Veranderend sociaal netwerk als belemmerende factor

Een eerste belangrijke factor die nagenoeg alle respondenten beschrijven, is de normaliteit van druggebruik in de sociale kringen waar zij zich bij het begin van hun herstel bevinden. Druggebruik is in veel van deze sociale contexten de norm. Zowel vrienden als familieleden hebben linken met het gebruikersmilieu. De aanhoudende confrontatie met dit gebruik, dat dus doorgaans alom tegenwoordig is, maakt het herstelproces in vele verhalen moeilijker.

“Moeilijk was vooral thuiskomen en heel het huis rook naar wiet.” (Robby, 28 jaar)

Om deze confrontatie in de mate van het mogelijke te vermijden, voelt een groot deel van de respondenten de nood om zich even uit hun vertrouwde sociale omgeving weg te trekken. In de meeste verhalen komt dan ook naar voor dat een zekere isolatie van vrienden en/of familie deze eerste periode in het herstelproces kenmerkt. Voor de meerderheid van de respondenten vormt dit een moeilijke periode. Het druggebruik gebeurde vaak in groep, waardoor de meeste respondenten gewoon waren steeds in de nabijheid te zijn van anderen. Wanneer deze sociale contacten wegvallen, soms omdat de respondent zichzelf er bewust voor afschermt, dan wel omdat de gebruikersgroep geen contact meer wil, komt in veel verhalen naar voor dat dit emotioneel zwaar valt. Het bekrachtigt soms de drang naar het middel en heimwee naar de vroegere levensstijl.

“Dat ik mijn vrienden niet meer zag omdat zij wel nog gebruikten zeker. Soms dacht ik van, als ik wel rookte, was dat toch veel plezanter maar ja. Dat was niet zo he.” (Robby, 28 jaar)

Ongeveer de helft van de respondenten geeft aan dat zij na enige tijd in hun herstelproces opnieuw contact toelaten met deze gebruikende vrienden en/of omgeving. Kenmerkend hierbij is dat zij dit pas doen vanaf het moment dat zij ervan overtuigd zijn dat ze de drang naar het middel voldoende kunnen weerstaan om in deze omgevingen te vertoeven.

“Al uw vrienden en kameraden, je mag allemaal nieuwe beginnen zoeken want al de rest die gebruikte. Die zijn pas achter enkele jaren teruggekomen als je zeker sterk genoeg bent dat je er kan vanaf blijven.” (Tom, 37 jaar)

Een andere belangrijke factor is dat bepaalde vrienden ook de stap naar herstel gezet hebben, wat het contact vereenvoudigt, aangezien dit een mogelijke confrontatie met het probleemmiddel minimaliseert.

Zoals eerder aangegeven voelt men ook de nood aan het hebben van een zinvolle tijdsbesteding om het herstel te kunnen handhaven. Sociale contacten horen hier onvermijdelijk bij, dus voelt een deel van de respondenten de nood aan het opbouwen van een nieuwe vriendenkring. Vaak gaan zij hierbij op zoek naar enerzijds personen die niet langer gelinkt zijn aan het gebruikersmilieu of anderzijds personen die wel drugs gebruiken, maar niet de drug die voor de respondent het belangrijkste probleemmiddel betekent. Het opbouwen van dit nieuwe sociaal netwerk verloopt niet altijd even vlot. Respondenten geven hierbij aan op onbegrip te stoten bij mensen die geen linken hebben met het drugmilieu. Vaak is het moeilijk te duiden wat zij hebben meegemaakt en welk proces zij doorlopen hebben in het kader van hun herstel. Een andere respondent haalt het taboe aan dat vaak nog heerst met betrekking tot drugverslaving. Nieuwe contacten dreigen te veranderen wanneer respondenten vertellen een ex-gebruiker te zijn. Dit gemis aan sociale contacten vormt voor sommige respondenten een reële bedreiging in hun herstelproces.

3.5.2 Lichamelijke en psychische kwetsbaarheid als belemmerende factor

Naast de interindividuele risicofactoren, die voornamelijk gelinkt zijn aan de sociale omgeving van de respondenten in spontaan herstel, zijn er duidelijk ook enkele intra-persoonlijke variabelen die het herstelproces bedreigen.

Een eerste belemmerende factor vinden we in de periode van het prille herstel, wanneer de lichamelijke ontwenning van de drug plaatsvindt. Respondenten beschrijven vooral het overmatige zweten en griepsymptomen als eerste ontwenningssymptomen. De concrete symptomen zijn hierbij sterk afhankelijk van het type middel. Daarop volgt de ervaring van een verstoord bioritme, waarvan diverse vormen worden beschreven doorheen de steekproef. Meerdere respondenten geven aan in deze eerste periode van het herstel te kampen met slapeloosheid, met een compleet verstoord slaapritme tot gevolg, waarbij men overdag slaapt en 's nachts de slaap maar niet kan vatten.

“Je hebt afkickverschijnselen. Stuiptrekkingen, koud, warm, precies of je altijd griep hebt. Dat je echt een zware griep hebt. Dat zijn dan de eerste weken. En weinig slapen. De dag voor de nacht nemen. Helemaal omgekeerd leven.” (Joris, 43 jaar)

Enkele respondenten geven echter aan dat zij in het begin van hun herstelperiode net nood hebben aan meer slaap en dan ook beduidend meer slapen dan tijdens hun gebruikperiode. In de meeste verhalen komt echter terug dat een verandering in het bioritme waar te nemen is.

Een andere lichamelijke factor tijdens de periode van het herstel, is een toename in lichaamsgewicht. Voor sommige respondenten is dit een opluchting, na een periode van lichamelijke aftakeling ten gevolge van het jarenlange gebruik. Voor andere respondenten is dit moeilijker te verwerken. Het besef dat het behouden van een lager gewicht vlekkeloos verliep tijdens het gebruik, doet soms de drang toenemen, maar nooit in die mate dat de betrokken respondenten om deze reden teruggrijpen naar de drug. Naast de lichamelijke factoren halen respondenten ook psychische kwetsbaarheden aan als mogelijke bedreiging voor hun herstelproces. Eén respondent krijgt te kampen met paniekaanvallen in de eerste periode van zijn herstel. In zijn verhaal komt duidelijk de impact naar voor van deze aanvallen.

“Altijd direct hetzelfde, keer trekken van een joint, paniekaanval, een lijntje coke snuiven, nog een neigere paniekaanval. Best dat je er af blijft eigenlijk. Ik vind dat moeilijk om aan terug te denken.”
(Arne, 28 jaar)

Hoewel de paniekaanvallen zijn leven emotioneel moeilijker maakten in het begin van het herstelproces, vormen zij uiteindelijk wel een motivatie om in dit proces te volharden.

In het verlengde hiervan geeft een andere respondent aan gekampt te hebben met angsten. In de periode van zijn verslaving ging hij deze angsten te lijf met het gebruik van alcohol. Tijdens zijn herstelperiode volgde dan ook een toegenomen confrontatie met deze angsten. Deze psychologische kwetsbaarheid vormt voor de respondent in kwestie een belangrijke risicofactor. Het nuttigen van alcohol zou de angst namelijk doen wegebben. Het overwicht aan protectieve factoren ten opzichte van deze kwetsbaarheid zorgen er echter voor dat hij zijn herstel toch kan handhaven.

Tot slot geeft een respondent aan wat latent aanwezig is doorheen alle verhalen uit deze steekproef. Bij emotioneel moeilijke momenten is het eerste copingmechanisme vaak het teruggrijpen naar de drug.

“Elk moeilijk moment uit uw leven dat gaat een moeilijk moment blijven in uw herstel, gelijk ik zeg, mijn herstel is voor mij blijvend, dus elke keer dat ik een moeilijk moment ga hebben, zoals mijn ouders die zelfmoord gepleegd hebben, uw vriendin die een maand later te horen krijgt dat ze een dodelijke ziekte heeft. Dat zijn allemaal momenten dat je er elke keer aan denkt.” (Bram, 32 jaar)

Obstakels in het leven van deze mensen vormen dus een blijvend risico voor het behoud van hun herstel. Voor heel wat respondenten blijft het dan ook een uitdaging om op een andere manier met deze moeilijkheden te leren omgaan.

4. Discussie

Vanuit de persoonlijke ervaringen van personen in een spontaan herstelproces, poogt dit onderzoek te peilen naar de motivatie, alsook de protectieve- en belemmerende factoren die doorheen dit proces ervaren worden. Vooreerst zal worden ingegaan op de definiëring van spontaan herstel in de literatuur en wat de gelijkenissen en verschillen zijn met de perceptie van de respondenten. Daarna volgt een bespreking van de motiverende factoren in de aanloop naar het spontaan herstel, alsook de mogelijke rol van behandeling tijdens dit proces. In het verlengde hiervan wordt geëxploreerd welke invloed is weggelegd voor de elementen van het herstelkapitaal als mogelijke ondersteunende, dan wel belemmerende factoren in het herstelproces. Hiernaar refereren de termen positief en negatief herstelkapitaal. Tot slot volgt een

bespreking van de beperkingen van dit onderzoek alsook mogelijke aanbevelingen voor de praktijk, het beleid en toekomstig onderzoek.

4.1 Perceptie van spontaan herstel

Wat betreft de definiëring van het begrip herstel is een gebrek aan consensus terug te vinden in de literatuur. Soms vormt abstinentie een belangrijke voorwaarde voor herstel (The Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007), terwijl andere onderzoekers gecontroleerd gebruik eveneens beschouwen als onderdeel van spontaan herstel (Slutske, 2010; Witbrodt et al., 2015). Binnen de steekproef heerst de consensus dat het veranderende gebruikspatroon de belangrijkste indicator is om te kunnen spreken over herstel. In overeenstemming met de literatuur is echter een variatie te vinden in hoe dit veranderend gebruik gedefinieerd wordt. Sommige respondenten verbannen radicaal iedere mogelijke vorm van druggebruik uit hun leven, terwijl andere respondenten het occasionele en gecontroleerde gebruik van hun grootste probleemmiddel net beschouwen als onderdeel van hun herstel.

In het verlengde van het veranderende gebruikspatroon, geven respondenten ook belangrijke effecten weer op andere levensdomeinen. Veranderingen in bijvoorbeeld gezondheid, tewerkstelling en het sociale netwerk linken zij aan het herstelproces. Deze bevinding ligt in de lijn van het herstelgerichte denken (Groshkova et al., 2013). Deze beweging ziet herstel breder en plaatst ook de invloed van meerdere levensdomeinen op de voorgrond (Slutske, 2010; Vandeuren, 2015). Binnen de onderzochte steekproef komt naar voor dat er meerdere paden naar herstel mogelijk zijn. In aansluiting bij de literatuur kan spontaan herstel dus gezien worden als een complex en individu-specifiek proces (Chauchard et al., 2013; Klingemann et al., 2010).

4.2 Visie over behandeling en de rol van alternatieve hulpverlening in spontaan herstel

Dit onderzoek definieert spontaan herstel als het herstel van een alcohol- of drugverslaving, zonder tussenkomst van enige vorm van formele of informele drughulpverlening (Liebregts et al., 2015). Binnen dit onderzoeksopzet zijn respondenten geselecteerd die in de voorbije tien jaar geen behandeling voor hun verslaving ontvingen. Zeven van de tien respondenten komen op geen enkel moment in hun leven in contact met drughulpverlening als gevolg van hun verslaving.

Onderzoekers (Carballo et al., 2008) halen aan dat personen die een spontaan herstelproces doorlopen minder lange en minder ernstige verslavingsgeschiedenissen zouden hebben, waarbij de overtuiging heerst dat hun problematiek niet ernstig genoeg is voor het zoeken van behandeling (Carballo et al., 2008). Binnen de ondervraagde steekproef heerst inderdaad de overtuiging dat de ervaren problemen niet van die aard zijn dat de respondent ze niet zelfstandig zou kunnen aanpakken. Het lijkt echter nogal kort door de bocht om met deze stelling aan te nemen dat de verslavingsproblematieken van deze groep per definitie dan ook minder ernstig zijn dan deze van personen die behandeling zoeken/krijgen. Binnen de steekproef zijn wel degelijk respondenten die hun problematiek als ernstig ervaren hebben. Het jarenlange, dagelijkse gebruik van grote hoeveelheden heroïne, cannabis of cocaïne, komt in meerdere verhalen op de voorgrond. Bij deze respondenten leeft het besef omtrent de ernst van hun problematiek, maar geven zij toch aan de problemen op hun eigen manier en tempo te willen aanpakken.

In het verlengde van bovenstaande is een deel van de respondenten ook eerder terughoudend ten aanzien van drughulpverlening als gevolg van eerdere negatieve ervaringen en overtuigingen. Bij de drie respondenten die zelf behandeling kregen, komt de terughoudendheid vaak uit de persoonlijke contacten met de hulpverlening. Enkele andere respondenten geven echter ook aan dat hun negatieve kijk een resultaat is van het zien van het effect van behandeling op mensen uit hun omgeving. Voornamelijk de verplichte aspecten en het verlies van vrijheid staan hierbij op de voorgrond. Uit enkele verhalen komt ook naar voor hoe weinig bekend de respondenten zijn met mogelijke vormen van hulpverlening. De mogelijkheden tot onder andere ambulante hulpverlening en diensten die werken met ervaringsdeskundigen, zijn bij de meeste respondenten eerder onbekend.

Opvallend binnen de ondervraagde steekproef is dat een interferentie van justitie voor sommigen een belangrijke ondersteuning vormt in hun herstelproces. Voornamelijk verplichte urinecontroles en/of bloedcontroles en hun mogelijke negatieve gevolgen, spelen voor sommige respondenten een belangrijke rol. Dit ligt in het verlengde van de bevindingen in eerder onderzoek. Het vermijden van illegale problemen evenals van positieve drugcontroles, zijn volgens Copersino et al. (2006) belangrijke motivaties bij het spontaan herstelproces.

Tot slot is er de bemerking dat sommige respondenten wel psychologische of medicamenteuze ondersteuning zoeken tijdens hun herstelproces, waarnaar wordt verwezen met de term alternatieve hulpverlening. Dit is vaak in functie van het onderzoeken en aanpakken van de mogelijke oorzaken van het druggebruik en het opbouwen van copingmechanismen om met het veranderende gebruikspatroon te leren omgaan. De bedenking hierbij is of deze vormen van ondersteuning in se niet ook net inwerken op die elementen die eveneens binnen drughulpverlening de focus zouden vormen. Psychotherapie maakt namelijk vaak deel uit van drughulpverlening, naast mogelijke aspecten als medicamenteuze behandeling en ondersteuning van andere levensdomeinen zoals bijvoorbeeld huisvesting (Blaauw & Roozen, 2012).

4.3 Motiverende factoren in het spontaan herstelproces

Het vermijden van justitiële problemen vormt een reeds eerder besproken motivatie (Copersino et al., 2006). Het gevoel iets te verliezen hebben, komt hierbij sterk naar voor, wat eveneens eerdere onderzoeksresultaten bevestigt (Laudet et al., 2011). Daarnaast komt echter in de steekproef naar voor dat de negatieve gevolgen van het druggebruik op de gezondheid alsook op de financiële situatie van de respondenten een belangrijke invloed heeft gehad op de motivatie tot spontaan herstel. Dit stemt eveneens overeen met de resultaten van eerder onderzoek (Laudet et al., 2011). De onderzochte steekproef bevestigt ook de bevindingen van Ellingstad et al. (2006), namelijk dat druggebruikers vaak een erg bewuste en cognitieve afweging maken van positieve en negatieve elementen, alvorens de stap naar herstel te zetten. In het verlengde hiervan kan de initiatie van spontaan herstel soms enige periode duren en dus echt een proces vormen (Klingeman et al., 2010). In deze steekproef komt dit procesmatige karakter voornamelijk tot uiting via het feit dat respondenten soms lang nadenken over hun herstel, alsook soms reeds pogingen ondernomen hebben alvorens echt volledig te beslissen voor zichzelf dat er iets dient te veranderen aan hun gebruik.

Tot slot komt uit eerder onderzoek naar voor dat de initiatie tot herstel gelinkt kan zijn aan het groeien uit een verslaving, het zogenaamde '*maturing out*' (Ashenhurst et al., 2015). Deze bevinding komt eveneens naar voor bij enkele ondervraagde respondenten. Het gevoel het gebruik en de bijhorende levensstijl beu te zijn, alsook het gevoel dat men ouder wordt en druggebruik iets is voor wanneer je jong bent en voor

tijdens het uitgaan, komt hierbij op de voorgrond. Ook de aspecten die verbonden zijn aan het ouder worden, zoals het krijgen van kinderen en het opbouwen van meer verantwoordelijkheden, spelen in de steekproef een rol in de initiatie van het spontaan herstel. Andere auteurs verwijzen echter naar de nood aan meerdere behandel episodes doorheen het leven van verslaafde personen, als gevolg van het chronische en recidiverende karakter van verslaving. Deze verschillende behandelmomenten zouden dan cumulatieve effecten kunnen hebben doorheen de levensloop van deze personen (Hser, Grella, Chou & Anglin, 1998; Li et al., 2010). Deze effecten treden veel minder spontaan op dan deze die beschreven worden in bijvoorbeeld 'maturing out'. Binnen deze steekproef is het echter niet mogelijk om conclusies te trekken rond dit fenomeen, aangezien geen respondenten geïnccludeerd werden die meerdere behandel episodes doormaakten.

4.4 Positief en negatief herstelkapitaal

4.4.1 Persoonlijk herstelkapitaal

De term *persoonlijk herstelkapitaal* verwijst naar vaardigheden en eigenschappen van personen, zoals copingmechanismen (Mawson et al., 2015). De meerderheid van de respondenten ervaart het als ondersteunend dat zij inzicht kunnen krijgen in hun eigen gebruikspatroon en de oorzaken ervan. Het zoeken naar alternatieven om met deze oorzaken om te gaan, alsook de zoektocht naar een andere invulling van gebruiksmomenten is een belangrijk ondersteunend aspect. Coping neemt bij een groot deel van de respondenten de vorm aan van substitutie, via een toegenomen gebruik van een ander middel. Opvallend is dat dit fenomeen beschreven wordt in de literatuur, waar het een mogelijke risicofactor vormt, terwijl de respondenten in deze steekproef het ervaren als een ondersteuning in hun herstelproces (Copersino et al., 2006). De kritische bedenking kan hierbij gemaakt worden of zo'n vorm van substitutie het mogelijke risico inhoudt van een andere verslaving, gezien de vaak blijvende kwetsbaarheid van de respondenten hiervoor (Wiers & Theunissen, 2002). Toch valt op dat ook de toegenomen consumptie van andere middelen in het merendeel van de gevallen na enige tijd afneemt. De vraag blijft dan of dergelijke vorm van substitutie een belemmerende- dan wel protectieve factor vormt. Bij ex-gebruikers van harddrugs is er daarnaast ook dikwijls een blijvende afhankelijkheid aan cannabis op te merken, waar deze drug ten tijde van de harddrugsverslaving niet of minder werd gebruikt. Dit gebruik benoemen zij doorgaans niet als problematisch, maar eerder als ondersteunend. Voorgaand onderzoek bevestigt dit fenomeen, waarbij er minder *craving* zou zijn, minder neveneffecten van het stoppen alsook het beter kunnen omgaan met de symptomen van het veranderende gebruik (Lucas et al., 2013). Een belangrijke bedenking blijft echter dat het ene middel in essentie vervangen wordt door het andere.

Binnen het luik van het persoonlijke herstelkapitaal hoort eveneens het CHIME-kader thuis (Leamy et al., 2011). Het aspect van *Connectedness*, de nood aan sociale relaties en ondersteuning wordt diepgaander geëxploreerd binnen het sociale herstelkapitaal. Het element *Hope* komt bij de respondenten naar voor in het vooruitzicht van een 'normaal leven', alsook de hoop op een positieve toekomst, zonder druggebruik. De factor *Identity* komt eveneens aan bod binnen deze steekproef onder de vorm van het opnieuw zoeken en leren kennen van de eigen persoon en het opnemen van nieuwe rollen zoals de rol van ouder. Dit ligt in de lijn met eerdere bevindingen (Jessup, et al., 2014). Het vierde aspect, *Meaning in life*, verwijst naar zingeving, spiritualiteit en het stellen van zinvolle doelen en rollen in het leven (Leamy et al., 2011). Het stellen van zinvolle doelen wordt in deze steekproef voornamelijk teruggevonden in doelen met betrekking tot sportieve of job-gerelateerde prestaties. Enkelen geven ook aan dat het hebben van een bepaalde abstinente periode, om daarna nog eens de drug te kunnen gebruiken bij wijze van beloning, eveneens een belangrijk doel en een grote ondersteuning kan vormen. In het verlengde hiervan kan het opnemen van

een betekenisvolle rol, bv. als ouder, als protectieve factor fungeren, wat in lijn ligt met eerdere onderzoeksresultaten (Jessup et al., 2014). Dit is in tegenstelling tot de waarde die binnen eerder onderzoek gehecht wordt aan spiritualiteit. Deze factor komt in geen enkel verhaal binnen deze steekproef letterlijk ter sprake. Latent is dit concept echter wel aanwezig wanneer we spiritualiteit breder beschouwen, als de zoektocht van mensen naar betekenis in hun leven (Laudet, Morgen & White, 2006). Een laatste belangrijke element is *Empowerment*, waarbij de eigen krachten en controle over het eigen leven de voornaamste pijlers vormen (Leamy et al., 2011). Bij de bevroegde respondenten kan dit gelinkt worden aan het zoeken naar inzicht in hun eigen gebruikspatroon en het herwinnen van de controle over hun leven. Deze controle vinden we ook sterk terug in de expliciete keuze om niet de stap te zetten naar behandeling. Het kunnen bepalen van het eigen tempo en de eigen doelen binnen het herstelproces, zonder druk van buitenaf, benoemen veel respondenten als facilitator in hun herstel.

Naast de bovenstaande ondersteunende en belemmerende factoren die te kaderen zijn binnen het persoonlijke herstelkapitaal, is ook een belangrijke rol weggelegd voor het sociale netwerk.

4.4.2 Sociaal herstelkapitaal

Binnen de factor *Connectedness* van het CHIME-kader is reeds verwezen naar de rol van het sociale netwerk binnen het herstel van verslaving. Dit wordt verder uitgediept binnen het *sociale herstelkapitaal*. In eerder onderzoek is vastgesteld dat druggebruikers vaak een kleiner sociaal netwerk hebben, waarin gebruik een prominente rol inneemt (Mowbray & Scott, 2015). Tijdens het herstel zouden deze (ex)-gebruikers dan ook hun sociale omgeving aanpassen, waardoor de kans op contact met gebruikers verkleint (Mowbray & Scott, 2015). De bevindingen uit het huidige onderzoek liggen volledig in lijn met deze eerdere onderzoeksresultaten. Respondenten geven aan dat druggebruik vaak als norm heerst binnen hun vertrouwde sociale kringen. Gebruik binnen de familie of bij vrienden vormt doorgaans een belangrijke bedreiging, door de voortdurende confrontatie met het probleemmiddel. In de meeste verhalen komt dan ook naar voor dat het opbouwen van een nieuwe vriendenkring, met niet-gebruikers, of personen die niet het probleemmiddel van de respondent gebruiken, deel uitmaakt van het herstelproces. Dit opbouwen verloopt niet altijd even vlot, wat in sommige gevallen een reële bedreiging vormt voor het herstel. Dit ligt in het verlengde van eerdere onderzoeksbevindingen (Herbeck et al., 2014). Een andere risicofactor die hiermee samenhangt, is de normaliteit van druggebruik in het sociale netwerk van cliënten. Met name de beschikbaarheid en de aanvaarding van druggebruik vormt een belangrijke bedreiging. Het gevoel ook 'abnormaal' te zijn zonder druggebruik komt in enkele verhalen ter sprake.

Binnen het kader van het sociale herstelkapitaal vallen natuurlijk ook ondersteunende factoren te benoemen. De eerste en meest vermelde factor vormt hierbij de aanwezigheid van partner en kinderen als belangrijke ondersteuning tijdens het spontaan herstelproces. De ondersteuning van deze mensen, alsook de motivatie om het goed te doen en deze personen niet teleur te stellen, vormt een protectieve factor in sommige verhalen. Het kunnen praten met mensen in de naaste omgeving, die begrip tonen en de respondent aanvaarden, zijn belangrijke ondersteunende elementen. Hoewel het soms moeizaam verloopt, is het opbouwen en kunnen terugvallen op een drugvrije vriendenkring eveneens belangrijk. Het hebben van personen waarmee de respondenten tijd kunnen doorbrengen en leuke dingen kunnen doen, zonder drugs, speelt een voorname rol. Na enige tijd voelen respondenten zich ook sterk genoeg om met de drang naar de drug te kunnen omgaan, waardoor het contact met vroegere vrienden en kennissen geleidelijk opnieuw kan worden opgebouwd. Het feit dat sommige van deze vrienden tijdens deze overgangperiode ook de stap naar herstel hadden gezet, vormt voor enkele respondenten een belangrijke protectieve factor.

4.4.3 Maatschappelijk herstelkapitaal

Naast persoonlijk en sociaal herstelkapitaal is binnen de onderzochte steekproef ook een rol weggelegd voor het *maatschappelijk herstelkapitaal*. Deze term verwijst naar ruimere hulpbronnen zoals huisvesting, tewerkstelling en gezondheid (Sommer et al., 2013). De steekproef haalt voornamelijk het aspect van tewerkstelling aan en het belang van een zinvolle dagbesteding. Hierbij kan verveling een reële bedreiging vormen voor recidive, wat ook eerder onderzoek aantoont (Sommer et al., 2013).

Een ander maatschappelijk element dat naar voren komt binnen deze bevraging, is het gevaar van beschikbaarheid en de aanvaarding van bepaalde drugs. Zoals eerder beschreven is dit vaak gelinkt aan de sociale kringen waar de respondent doorgaans verblijft. De respondent die is hersteld van een alcoholverslaving geeft echter ook duidelijk aan hoe geaccepteerd deze drug is. Dit aspect wordt verder besproken bij de aanbevelingen voor praktijk en beleid.

Tot slot is binnen dit maatschappelijke luik duidelijk een voorname rol weggelegd voor de vaak nog heersende stigma's en taboes rond alcohol- en drugverslaving. Bij de bevraging rond behandeling komt vaak naar voren dat hierover een stereotiep -negatief- beeld heerst onder druggebruikers. Deze elementen kunnen een rol spelen in de beslissing om de problemen zelfstandig aan te pakken, zonder tussenkomst van drughulpverlening. In het verlengde hiervan ligt de organisatie van de hulpverlening, die omwille van bijvoorbeeld de dwingende aspecten en het gebrek aan kennis van mogelijke behandelvormen, een belangrijke drempel kan vormen (Subbaraman & Witbrodt, 2014). Een andere maatschappelijke factor komt naar voren in de opbouw van een nieuw sociaal netwerk, waarbij respondenten op vooroordelen stuiten, die dit proces duidelijk bemoeilijken. De onwetendheid in de samenleving met betrekking tot alcohol- en drugverslaving blijft nog steeds erg groot.

4.5 Conceptualisering van spontaan herstel

Er blijkt geen eenduidige definitie voorhanden te zijn met betrekking tot het concept spontaan herstel. Toch is het mogelijk een conceptualisering te maken aan de hand van de literatuur en de bevindingen uit dit onderzoek. Vooreerst kan gesteld worden dat spontaan herstel, net zoals de zoektocht naar behandeling, een echt procesmatig karakter heeft en geleid wordt door een bewuste motivatie voor verandering. De bewuste keuze om niet in behandeling te gaan maakt eveneens deel uit van een spontaan herstelproces. Zowel formele als informele behandelvormen worden hierbij vermeden, vaak als gevolg van onwetendheid rond dit aanbod. Alternatieve hulpverlening zoals medische of psychologische interventies kunnen wel deel uitmaken van spontaan herstel. In het verlengde hiervan ligt de bevinding dat dit proces bovendien niet altijd even *spontaan* verloopt, en ook externe invloeden een rol kunnen spelen, zoals gerechtelijke interventies of druk vanuit de sociale omgeving. Een belangrijk kenmerk van spontaan herstel blijft echter dat personen zelf de doelstellingen en het tempo van dit proces bepalen. Abstinentie vormt hierbij duidelijk geen vereiste (Witbrodt et al., 2015).

Het inzicht in zichzelf en het eigen gebruik, aangevuld met ondersteuning vanuit de sociale omgeving, lijken de belangrijkste faciliterende factoren in het spontaan herstel. Eveneens heeft dit herstel invloed op verschillende levensdomeinen, die vaak onderling verbonden zijn. Hoewel gelijkenissen terug te vinden zijn die een brede schets van het concept spontaan herstel toelaten, blijft opvallend hoe uniek ieder spontaan herstelproces verloopt. Daarbij blijft het belangrijk te bemerken dat een spontaan herstel eveneens veel inspanning vraagt van personen en hun omgeving, in tegenstelling tot wat de term zou durven laten vermoeden.

4.6 Aanbevelingen voor de praktijk en het beleid

Dit onderzoek neemt de persoonlijke ervaringen van respondenten die een spontaan herstelproces doormaken als uitgangspunt. De bevroegde motivatie, belemmerende- en protectieve factoren, alsook de verhouding tot behandeling, geven aanleiding tot enkele aanbevelingen voor de praktijk en het beleid.

Dit onderzoek gaf reeds een eerste aanzet voor de conceptualisering van spontaan herstel. Aangezien het echter onmogelijk is een volledig beeld te schetsen van dit proces, is aangewezen om deze definiëring verder te verdiepen. Bij het opstellen van een definitie van spontaan herstel zal het van belang zijn deze voldoende ruim te expliciteren, alsook de inbreng van zowel beleidsmakers, praktijkwerkers als ervaringsdeskundigen hierbij te betrekken (Weerman, 2012). Dit lijkt onontbeerlijk om te kunnen vermijden dat minder bereikbare groepen alsnog uit de boot vallen. Toch houdt een definitie steeds het gevaar in om bepaalde groepen blijvend te excluderen. De visienota van minister Vandeurzen vestigt reeds aandacht op de specifieke noden en behoeften van deze doelgroep en de noodzaak om deze voldoende te verkennen binnen het kader van herstelgerichte zorg. Spontaan herstel kadert eveneens binnen deze visienota door de erkenning van de multidimensionaliteit van dit veranderingsproces, met meerdere mogelijke wegen om tot herstel te komen (Vandeurzen, 2015). Het expliciet benoemen van spontaan herstel als mogelijk traject biedt kansen aan het beleid om dit proces sterker onder de aandacht te brengen.

Een volgende aanbeveling lijkt het voldoende duidelijk schetsen van de mogelijkheden van verschillende vormen van drughulpverlening naar het brede publiek toe. Voornamelijk het benadrukken van de opties tot ambulante hulpverlening, waarbij ook ervaringsdeskundigen betrokken zijn, lijkt binnen de onderzochte groep een belangrijke nood. Een aandachtspunt binnen deze aanbeveling is een aangepaste wijze van informatieverstrekking. Aangezien bij de grote meerderheid van de respondenten een belangrijke rol weggelegd is voor de relatie tussen het uitgaansleven en het druggebruik, lijken ook hier waardevolle opties voor sensibilisering voorhanden.

Een volgend interessant element is de invloed van een gerechtelijke tussenkomst op het verloop van het spontaan herstelproces. Een beleid waarbij alternatieven voor een gerechtelijke sanctie een mogelijkheid zijn, lijken een belangrijke ondersteuning. Binnen dit kader worden reeds belangrijke inspanningen geleverd in de justitiële context, bijvoorbeeld door de installatie van de Drugbehandelingskamer in Gent. Hierbij wordt de persoon breder gezien dan enkel overtreder van de wet, wat een ondersteuning kan bieden in het aanpakken van de verslavingsproblematiek (EMCDDA, 2014). Daarnaast het langdurige karakter van deze gerechtelijke tussenkomst heeft een belangrijke invloed. Voor respondenten die weinig meerwaarde zien in het volgen van behandeling kan dergelijke vorm van controle, over langere periode, een belangrijke manier vormen voor beleid en praktijk om het spontaan herstelproces te ondersteunen.

Daarnaast zijn nog een aantal aanbevelingen te formuleren voor de praktijk en het beleid, binnen de rol die zij kunnen vervullen in het ondersteunen van het spontaan herstel. Een eerste mogelijkheid is hierbij het exploreren van het gebruik van cannabis als mogelijk substitutiemiddel. Onderzoek toont aan dat dit ondersteunend kan werken in het herstel van alcohol en illegale drugs (Lucas et al., 2013). De mogelijkheid tot cannabis als substitutiemiddel binnen bijvoorbeeld initiatieven van harm reduction is een mogelijk controversiële optie, maar verdient zeker bijkomende aandacht (Reiman, 2009). Deze optie kan ondersteunend zijn voor personen die cannabisgebruik zien als onderdeel van het herstel van hun harddrugverslaving.

De praktijk en het beleid kunnen spontaan herstel eveneens ondersteunen via het terugdringen van de aanvaarding en beschikbaarheid van alcohol en drugs in onze samenleving. Deze beschikbaarheid, en dan voornamelijk binnen de uitgaanssetting, vormt een belangrijke risicofactor. Daarnaast is de aanvaarding van drugs eveneens een belangrijk probleem. Voor respondenten die herstellen van een alcoholverslaving worden deze moeilijkheden extra uitvergroot. Alcohol is alomtegenwoordig en bovendien sociaal sterk aanvaard in onze maatschappij, wat een mogelijke bedreiging kan vormen voor personen in herstel. In ons land ligt een belangrijke opdracht bij het beleid om voldoende te sensibiliseren rond de gevaren van alcohol. De normaliteit van alcoholgebruik bij sociale evenementen is een ander belangrijk aandachtspunt waarbinnen nood is aan een verschuiving van mentaliteit. Een preventieve aanpak en correcte informatieverstrekking vanuit het beleid is hierbij een voorwaarde (Moens, 2017). Met deze inspanningen kunnen zij mogelijk ook spontaan herstel faciliteren door het terugdringen van de beschikbaarheid van deze middelen. In het verlengde hiervan ligt de rol van media, die momenteel een belangrijk instrument vormen voor de alcohollobby in ons land. Deze media kunnen echter ook anders aangewend worden, bijvoorbeeld om het concept spontaan herstel onder de aandacht te brengen. De bekendheid van dit proces bij het grote publiek zou een invloed kunnen hebben op de motivatie van verslaafde personen, maar eveneens op de aanvaarding en ondersteuning vanuit de omgeving.

4.7 Beperkingen van het onderzoek

Binnen de opzet van dit onderzoek zijn ook enkele beperkingen op te merken. Een eerste belangrijke bemerking is de methodiek van zelfrapportering, die eveneens in voorgaand onderzoek wordt aangehaald als heikel punt binnen dit type onderzoek. Al dan niet bewuste vertekening van verhalen kan een belangrijke invloed hebben op de onderzoeksresultaten (Chauchard et al., 2013; Walters, 2000). Aangezien de verhalen van de respondenten echter niet louter via zelfrapportage, maar in dialoog met de onderzoeker tot stand konden komen, werd deels tegemoet gekomen aan deze beperking. Ondanks de mogelijke beperkingen in het gebruik van een kwalitatief onderzoeksopzet, zou het gebruik van kwantitatieve en gestandaardiseerde methoden binnen deze studie weinig tot geen meerwaarde betekend hebben, net omwille van de persoonlijke beleving als uitgangspunt.

Een andere limitatie hangt samen met het bovenstaande, en houdt verband met het gebrek aan standaard classificatie met betrekking tot de ernst van verslaving. Dit onderzoek kiest er bewust voor om te vertrekken van de persoonlijke perceptie van respondenten met betrekking tot de invulling van de begrippen herstel en verslaving. Hierbij ontbreekt het aan classificerende diagnostiek om de ernst van de verslaving te bepalen. Binnen de discussie of personen in spontaan herstel daadwerkelijk een minder ernstige verslavingsproblematiek hebben dan deze die hulpverlening zoeken, vormt dit een belangrijke beperking. Het is niet mogelijk deze vergelijking hier te maken door een gebrek aan standaard classificatie.

Binnen de beperkingen van dit onderzoek dient ook aandacht besteed te worden aan het feit dat de onderzoeker sommige respondenten reeds kende. Een belangrijke beperking hierbij is dat respondenten soms belangrijke informatie niet expliciet benoemen, omdat zij ervan uitgaan dat de onderzoeker deze kennis reeds bezit. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat respondenten bepaalde intieme ervaringen niet delen, door het besef dat zij later nog contact zouden hebben met de onderzoeker en zich aldus niet te kwetsbaar wilden opstellen.

Een laatste beperking ligt in de samenstelling van de steekproef, die bestond uit negen mannelijke respondenten en slechts één vrouwelijke respondent. Hoewel de bevindingen grotendeels gelijklopend

waren, zou het includeren van meer vrouwelijke respondenten dit beeld kunnen beïnvloeden. Het bereiken van vrouwen in spontaan herstel was echter geen sinecure. Mogelijk houdt dit verband met het vaak verborgen karakter van verslaving en herstel in de vrouwelijke populatie (Claeys, 2011). Daarnaast komt een groot deel van de respondenten uit dezelfde laag van de bevolking. Bovendien is er weinig tot geen etnische variatie in de steekproef terug te vinden. Tot slot is de grootte van de steekproef in zijn geheel een belangrijke limitatie. Door het aantal van slechts tien respondenten is het moeilijk om de resultaten te veralgemenen naar een grotere populatie van spontaan herstellende personen.

4.8 Aanbevelingen voor verder onderzoek

In het kader van toekomstig onderzoek zijn enkele aanbevelingen te benoemen die in het verlengde liggen van de reeds vermelde beperkingen in deze studie. Een eerste heikel punt betreft de beperkte omvang van de onderzochte steekproef. Dit heeft als gevolg dat veralgemeningen naar een grotere populatie niet mogelijk zijn. Aangezien nog hiaten bestaan in de kennis rond spontaan herstel, lijkt het in de toekomst aangewezen onderzoek uit te voeren op grotere populaties, om aldus generalisering toe te laten. Een belangrijke kritische kanttekening bij dergelijk onderzoek is echter of het streven naar een consensus ooit mogelijk, dan wel wenselijk zal zijn, gezien de individu-specifieke en complexe aard van herstel (Chauchard et al., 2013). Het is dan ook twijfelachtig of generalisering mogelijk zal zijn. Zonder de ambitie volledige algemeenheden te kunnen vinden, blijft het echter belangrijk te onderzoeken welke gelijkenissen en verschillen zich bevinden binnen de populatie van spontaan herstellende personen. Op deze manier kan de praktijk en het beleid zich optimaal afstemmen op deze doelgroep.

In het verlengde hiervan ligt de bemerking van de moeilijke bereikbaarheid van verslaafde en/of herstellende vrouwen. Dit vormt eveneens een belangrijke beperking binnen dit onderzoek en dient verder onderzocht te worden in de toekomst. Onderzoek wijst uit dat drugverslaving minder en vaak meer verdoken voorkomt bij vrouwen dan bij mannen (Van Havere, Vanderplasschen, Broekaert & De Bourdeaudhui, 2009). Hierdoor bestaat er nood aan het verder uitdiepen van mogelijke kennis binnen dit domein (Claeys, 2011). Ook de mogelijke verschillen tussen de mannelijke en vrouwelijke respondenten vormen een interessant onderwerp om verder in kaart te brengen. Bij gebrek aan een voldoende grote steekproef alsook onvoldoende vrouwelijke respondenten, is dat binnen dit onderzoek niet mogelijk.

Een andere belangrijke aanbeveling naar toekomstig onderzoek is op te merken binnen de bevindingen rond de protectieve- en belemmerende factoren en dan meer bepaald binnen de rol van een toegenomen consumptie van een andere vorm van gebruik. Aangezien dit een element is dat reeds in eerder onderzoek naar voor komt als risicofactor (Copersino et al., 2006), maar binnen dit onderzoek door nagenoeg alle betrokken respondenten wordt benoemd als een ondersteunende factor, verdient het onderwerp te zijn van toekomstige studies. Een belangrijke bedenking die hierbij gemaakt kan worden, is welke perceptie voorop gesteld moet worden. Moet worden uitgegaan van de perceptie van respondenten, wat zij ervaren vanuit dit verhoogde gebruik? Mogelijk zien zij dit niet als problematisch, zelfs niet wanneer het een andere (il)legale drug betreft. Of moet toekomstig onderzoek vertrekken vanuit de visie binnen hulpverlening en beleid? Het risico op de ontwikkeling van een andere verslaving en de strafbaarheid van dit nieuwe gebruik kan in deze visies op de voorgrond komen. Duidelijk expliciteren van de uitgangspunten zal hierbij noodzakelijk zijn. Los van de visie die als vertrekpunt wordt genomen, blijft het interessant te onderzoeken welke rol de toegenomen consumptie van andere middelen inneemt binnen het herstelproces. Vormt het een risicofactor, dan wel een protectieve factor? En verhoogt hiermee daadwerkelijk het risico op de

ontwikkeling van een nieuwe verslaving? Interessante bedenkingen, die mogelijk onderwerp kunnen vormen van toekomstige studies.

In het verlengde hiervan ligt de bevinding dat er een verhoging waar te nemen is in cannabisgebruik bij enkele respondenten die spontaan herstellen van een verslaving aan harddrugs. Voornamelijk ondersteunende factoren, de invloed van deze verhoogde consumptie op verschillende levensdomeinen en de rol van deze bevindingen op de ontwikkeling van mogelijke behandelinitiatieven dienen onderwerp te zijn van toekomstig onderzoek. Dit onderzoek kan dan een ondersteuning vormen in het opbouwen van een beleidsvisie en praktijkvormen.

5. Conclusie

Dit onderzoek poogde te exploreren hoe het herstelproces vorm krijgt bij personen in spontaan herstel. Spontaan herstel wordt gedefinieerd als een proces, waarbij zowel abstinentie als gecontroleerd gebruik aanvaardbare doelstellingen vormen. Kenmerkend is een gebrek aan tussenkomst van hulpverlening. De meeste respondenten nemen dan ook eerder een terughoudende attitude aan ten aanzien van behandeling. Alternatieve vormen van hulpverlening, zoals psychologische of medicamenteuze ondersteuning komen wel aan bod.

Wat betreft de motivatie bij de initiatie van het spontaan herstel, zijn duidelijke intrinsieke en extrinsieke motiverende factoren te onderscheiden. Het verlangen naar een normaal leven, zonder druggebruik, alsook financiële drijfveren vormen een belangrijke motivatie. Daarnaast is ook een rol weggelegd voor externe druk, vanuit partners en/of kinderen, maar evenzeer vanuit justitie. Een partner en kinderen zien we eveneens terugkomen bij de ondersteunende aspecten. Het opbouwen van een ondersteunend sociaal netwerk, met mensen die geen drugs gebruiken, maakt hier deel van uit. Ook het hebben van een zinvolle dag- en vrijetijdsbesteding benoemen respondenten als belangrijke protectieve factor. Een ander ondersteunend element is de zoektocht naar inzicht in het eigen gebruikerspatroon en daarmee samenhangend de vrijheid om zelfstandig de doelen te kunnen bepalen in het herstelproces.

Naast de ondersteunende factoren, ervaren respondenten ook tal van belemmerende elementen in hun herstelproces. Blijvend gebruik in het sociale netwerk en de nood aan het opzoeken van nieuwe niet-gebruikende vrienden halen zij hierbij als eerste aan. De sociale isolatie in de eerste periode van het herstelproces werkt eveneens belemmerend voor sommige respondenten. Tot slot de lichamelijke veranderingen en emotioneel moeilijke momenten vormen een blijvende risicofactor. Ondanks deze belemmerende factoren, zien we binnen de steekproef een overwicht aan ondersteunende elementen, die ervoor zorgen dat zij erin slagen hun herstelproces te handhaven.

6. Referenties

Adriansen, H.K. (2012). Timeline interviews: A tool for conducting life history research. *Qualitative Studies*, 3(1): 40-55.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Angen, M. J. (2000). Evaluating interpretive inquiry: Reviewing the validity debate and opening the dialogue. *Qualitative Health Research*, 10(3), 378-395.

Ashenhurst, J. R., Harden, K. P., Corbin, W. R., & Fromme, K. (2015). Trajectories of Binge Drinking and Personality Change Across Emerging Adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(4), 978-991. doi: 10.1037/adb0000116

Atkinson, R., & Flint, J. (2001). *Accessing Hidden and Hard-to-Reach Populations: Snowball Research Strategies*. Retrieved from <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU33.pdf>

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Peters, V., Julsing, M., & de Goede, M. (2010). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen, Nederland: Noordhoff Uitgevers B.V.

Best, D., Beswick, T., Hodgkins, S., & Idle, M. (2016). Recovery, Ambitions, and Aspirations: An Exploratory Project to Build a Recovery Community by Generating a Skilled Recovery Workforce. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 34, 3-14

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(3), 334-341. doi: 10.1111/j.1465-3362.2011.00321.x

Blaauw, E., & Roozen, H. (2012). *Handboek forensische verslavingszorg*. Houten, Nederland: Springer Media

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.

Broekaert, E., Van Hove, G., Vandeveld S., Soyez V., Vanderplasschen, W. (2012). *Handboek Bijzondere orthopedagogiek*. Antwerpen – Apeldoorn, België – Nederland: Uitgeverij Garant.

Carballo, J.L., Fernandez-Hermida, J.R., Sobell, L.C., Dum, M., Secades-Villa, R., Garcia-Rodriguez, O., Errasti-Perez, J.M., AlHalabi-Diaz, S. (2008). Differences among substance abusers in Spain who recovered with treatment or on their own. *Addictive Behaviors*, 33, 94-105

Chauchard, E., Levin, K. H., Copersino, M. L., Heishman, S. J., & Gorelick, D. A. (2013). Motivations to quit cannabis use in an adult non-treatment sample: Are they related to relapse? *Addictive Behaviors*, 38(9), 2422-2427. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.04.002

- Cheney, A. M., Booth, B. M., Borders, T. F., & Curran, G. M. (2016). The Role of Social Capital in African Americans' Attempts to Reduce and Quit Cocaine Use. *Substance Use & Misuse*, 51(6), 777-787. doi:10.3109/10826084.2016.1155606
- Claeys, N. (2011). Genderspecifieke hulpverlening aan drugsverslaafde vrouwen. *Verslaving*, 7(1), 73-82. doi:10.1007/s12501-011-0009-5
- Cloud, W., & Granfield, R. (2008). Conceptualizing recovery capital: expansion of a theoretical construct. *Substance Use & Misuse*, 43(12-13):1971-86. doi: 10.1080/10826080802289762.
- Copersino, M. L., Boyd, S. J., Tashkin, D. P., Huestis, M. A., Heishman, S. J., Dermand, J. C., & Gorelick, D. A. (2006). Quitting among non-treatment-seeking marijuana users: Reasons and changes in other substance use. *American Journal on Addictions*, 15(4), 297-302. doi: 10.1080/10550490600754341
- Cunningham, J. A. (2000). Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite? *Drug and Alcohol Dependence*, 59(3), 211-213. doi: 10.1016/s0376-8716(99)00123-4
- Cunningham, J. A., & McCambridge, J. (2012). Is alcohol dependence best viewed as a chronic relapsing disorder? *Addiction*, 107(1), 6-12. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03583.x
- De Leon, G. (1996). Integrative recovery: a stage paradigm. *Substance Abuse*, 17(1), 51-63.
- Dingemans, K. (2015). *Soorten interviews*. Retrieved from <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/soorten-interviews/>
- Duffy, P., & Baldwin, H. (2013). Recovery post treatment: plans, barriers and motivators. *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, 8, 12. doi: 10.1186/1747-597x-8-6
- Ellingstad, T. P., Sobell, L. C., Sobell, M. B., Eickleberry, L., & Golden, C. J. (2006). Self-change: A pathway to cannabis abuse resolution. *Addictive Behaviors*, 31(3), 519-530. doi: 10.1016/j.addbeh.2005.05.033
- Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (2014). *Belgisch nationaal drugsrapport 2014*. Retrieved from https://drugs.wiv-isp.be/docs/Documents/DRUGSRAPPORT_2014_tma.pdf
- Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (2015). *Europees Drugsrapport*. Retrieved from <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/974/TDAT15001NLN.pdf>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009). *Polydrug Use: Patterns and Responses*. Retrieved from http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/534/EMCDDA_SI09_polydrug_use_187893.pdf
- Fraser, S., Rance, J., & Treloar, C. (2016). Hepatitis C prevention and convenience: why do people who inject drugs in sexual partnerships 'run out' of sterile equipment? *Critical Public Health*, 26(3), 294-306. doi: 10.1080/09581596.2015.1036839
- Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *British Dental Journal*, 204(6), 291- 295.

Groshkova, T., Best, D., & White, W. (2013). The Assessment of Recovery Capital: Properties and psychometrics of a measure of addiction recovery strengths. *Drug and Alcohol Review*, 32(2), 187-194. doi: 10.1111/j.1465-3362.2012.00489.x

Herbeck, D.M., Brecht, M.L., Christou, D., & Lovinger, K. (2014). A qualitative study of methamphetamine users' perspectives on barriers and facilitators of drug abstinence. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(3), 215-25. doi: 10.1080/02791072.2014.914611.

Hser, Y., Grella, C., Chou, C., Anglin, M.D. (1998). Relationships between drug treatment careers and outcomes - Findings from the national drug abuse treatment outcome study. *Evaluation Review*, 22(4): 496-519.

Jaarboek ontwikkelingspsychologie, orthopedagogie en kinderpsychiatrie, 5, (pg. 143-167). Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.

Jessup, M. A., Ross, T. B., Jones, A. L., Satre, D. D., Weisner, C. M., Chi, F. W., & Mertens, J. R. (2014). Significant Life Events and their Impact on Alcohol and Drug Use: A Qualitative Study. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(5), 450-459. doi: 10.1080/02791072.2014.962715

Kerssemakers, R., van Meerten, R., & Noorlander, E. (2007). *Drugs En Alcohol; Gebruik, Misbruik En Verslaving*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum

Keymeulen, R. (2014). Na remoralisatie, remediatie en rehabilitatie komt...”recovery of herstel”!. Retrieved from www.desleutel.be

Klingemann, J. I. (2012). Mapping the Maintenance Stage of Recovery: A Qualitative Study among Treated and Non-treated Former Alcohol Dependents in Poland. *Alcohol and Alcoholism*, 47(3), 296–303. doi: 10.1093/alcalc/agr163

Klingemann, H., Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (2010). Continuities and changes in self-change research. *Addiction*, 105(9), 1510-1518. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02770.x

Kolar, K., Ahmad, F., Chan, L., & Erickson, P. G. (2015). Timeline Mapping in Qualitative Interviews: A Study of Resilience With Marginalized Groups. *International Journal of Qualitative Methods*, 14(3), 13-32

Kooyman, M. (1993). *The therapeutic community for addicts: intimacy, parent involvement and treatment succes*. Amsterdam - Lisse: Swets & Zeitlinger

Lau, N., Sales, P., Averill, S., Murphy, F., Sato, S. O., & Murphy, S. (2015). A safer alternative: Cannabis substitution as harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 34(6), 654-659.

Laudet, A. B., Morgen, K., & White, W. L. (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, doi: 10.1300/J020v24n01_04

Laudet, A. B., Savage, R., & Mahmood, D. (2011). Pathways to Long-Term Recovery: A Preliminary Investigation. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34(3), 305-311, doi: 10.1080/02791072.2002.10399968

- Laudet, A., & White, W. (2010). What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *Journal of Substance Use and Misuse*, 43, 51-59.
- 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. *Psychiatry*, 199(6), 445-52. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733.
- Leech, N.L., & Onwuegbuzie, A.J. (2011). Beyond constant comparison qualitative data analysis: using Nvivo. *American Psychological Association*, 26(1), 70-84. doi:10.1037/a0022711
- Li, L. B., Evans, E., & Hser, Y. I. (2010). "A MARGINAL STRUCTURAL MODELING APPROACH TO ASSESS THE CUMULATIVE EFFECT OF DRUG TREATMENT ON LATER DRUG USE ABSTINENCE." *Journal of Drug Issues*, 40(1): 221-240.
- Liebrechts, N., van der Pol, P., de Graaf, R., van Laar, M., van den Brink, W., & Korf, D. J. (2015). Persistence and desistance in heavy cannabis use: the role of identity, agency, and life events. *Journal of Youth Studies*, 18(5), 617-633. doi:10.1080/13676261.2014.992320
- Littlefield, A. K., Sher, K. J., & Wood, P. K. (2009). DOES CHANGE IN DRINKING MOTIVES MEDIATE THE RELATION BETWEEN "MATURING OUT" OF PROBLEM DRINKING AND PERSONALITY CHANGE? *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 33(6), 98A-98A.
- Lucas, P., Reiman, A., Earleywine, M., McGowan, S. K., Oleson, M., Coward, M. P., & Thomas, B. (2013). Cannabis as a substitute for alcohol and other drugs: A dispensary-based survey of substitution effect in Canadian medical cannabis patients. *Addiction Research & Theory*, 21(5): 435-442.
- Maertens, S. (2014). *Perspectief van ex-drugverslaafden op herstel en recovery-kapitaal na een langdurige residentiële behandeling* (Master's thesis, Ghent University, Belgium). Retrieved from http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/165/839/RUG01-002165839_2014_0001_AC.pdf
- Mawson, E., Best, D., Beckwith, M., Dingle, G. A., & Lubman, D. I. (2015). Social identity, social networks and recovery capital in emerging adulthood: A pilot study. *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, 10, 11. doi: 10.1186/s13011-015-0041-2
- McLellan, A.T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97(3), 249-252.
- Michiels, K. (2016). *War on drugs: 'Onbegrijpelijk dat Bart De Wever zich niet beter informeert en vasthoudt aan een uitzichtloze strijd'*. Retrieved from <http://www.knack.be/nieuws/belgie/war-on-drugs-onbegrijpelijk-dat-bart-de-wever-zich-niet-beter-informeert-en-vasthoudt-aan-een-uitzichtloze-strijd/article-opinion-713507.html>
- Moens, M. (2017). *VBS Jaarverslag 2016: Disruptieve gezondheidszorg*. Retrieved from http://www.vbs-gbs.org/fileadmin/user_upload/Rapport_annuel/2017/nl/VBS_Jaarverslag_2016.pdf
- Mowbray, O., & Scott, J. A. (2015). The effect of drug use disorder onset, remission or persistence on an individual's personal social network. *American Journal on Addictions*, 24(5), 427-434. doi: 10.1111/ajad.12224

- Neale, J., Hunt, G., Lankenau, S., Mayock, P., Miller, P., Sheridan, J. & Treloar, C. (2013). Addiction journal is committed to publishing qualitative research. *Addiction*, 108(3), 447-449.
- Reiman, A. (2009). Cannabis as a substitute for alcohol and other drugs. *Harm Reduction Journal*, 6(5)
- Ritchie, J., Lewis, J., McNaughton Nicholls, C., & Ormston, R. (2014). *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers*. Londen, Verenigd Koninkrijk: Sage Publications Ltd
- Skogens, L., & von Greiff, N. (2014). Recovery capital in the process of change-differences and similarities between groups of clients treated for alcohol or drug problems. *European Journal of Social Work*, 17(1), 58-73. doi: 10.1080/13691457.2012.739559
- Slade, M., & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *Bmc Psychiatry*, 15, 14. doi:10.1186/s12888-015-0678-4
- Slutske, W. S. (2010). WHY IS NATURAL RECOVERY SO COMMON FOR ADDICTIVE DISORDERS? *Addiction*, 105(9), 1520-1521.
- Sobell, L. C., Ellingstad, T. P., & Sobell, M. B. (2000). Natural recovery from alcohol and drug problems: methodological review of the research with suggestions for future directions. *Addiction*, 95(5), 749-764. doi: 10.1046/j.1360-0443.2000.95574911.x
- Sommer, A., Dekkers, A., & Vanderplasschen, W. (2013). De weg naar herstel. *Verslaving*, 4, 51-66.
- Stea, J. N., Yakovenko, I., & Hodgins, D. C. (2015). Recovery From Cannabis Use Disorders: Abstinence Versus Moderation and Treatment-Assisted Recovery Versus Natural Recovery. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(3), 522-531. doi: 10.1037/adb0000097
- Sterling, R., Slusher, C., & Weinstein, S. (2008). Measuring recovery capital and determining its relationship to outcome in an alcohol dependent sample. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34(5), 603-610. doi: 10.1080/00952990802308114
- Subbaraman, M. S., & Witbrodt, J. (2014). Differences between abstinent and non-abstinent individuals in recovery from alcohol use disorders. *Addictive Behaviors*, 39(12), 1730-1735. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.07.010
- The 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
- The UK Drug Policy Commission Recovery Consensus Group. (2008). *Policy Report*. Retrieved from http://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/Policy%20report%20-%20A%20vision%20of%20recovery_%20UKDPC%20recovery%20consensus%20group.pdf
- Toneatto, T., Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Rubel, E. (1999). Natural recovery from cocaine dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13(4), 259-268. doi: 10.1037//0893-164x.13.4.259
- Trimbos-instituut (2012). Verslaving: Maatschappelijke gevolgen. Retrieved from <https://assets.trimbos.nl/docs/f00fd347-895f-472e-a087-1c8e82a96c13.pdf>

- United Nations Office on Drugs and Crime. (2014). *World Drug Report*. Retrieved from https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). *World Drug Report*. Retrieved from http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf
- Van Boeschoten, R. (2010). Online onderzoek: een kwestie van vertrouwen. *Kwalon*, 15(2), 12-17
- Vanderplasschen, W., Mostien, B., Claeys, P., Raes, V. & Van Bouchaute, J. (2001). *Conceptnota organisatiemodel zorgcircuit middelenmisbruik (Orthopedagogische Reeks 12)*. Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Vandeuren, J. (2015). Visienota: Naar een geïntegreerde en herstelgerichte zorg voor mensen met een verslavingsprobleem. Geraadpleegd op 21 september 2016 via www.zorg-en-gezondheid.be.
- Van den Brink, W. (2005). Verslaving, een chronisch recidiverende hersenziekte. *Verslaving*, 1(2), 47-53. doi 10.1007/BF03075325
- Van den Brink, W. (2014). Verslavingsgedrag van DSM-IV naar DSM-5. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 206-210
- Vander Laenen, F., De Ruyver, B., & Caulkins, J. (2011). *Drugs in cijfers*. Retrieved from <https://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=nl&COD=DR/57>
- Van der Stel, J. C. (2015). Functioneel herstel en zelfregulatie: opgaven voor cliënten én psychiaters. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 57(11), 815-822
- Van Dijk, W.K. (1979). De miskende alcoholist. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 123
- Van Havere, T., Vanderplasschen, W., Broekaert, E., & De Bourdeaudhui, I. (2009). The influence of age and gender on party drug use among young adults attending dance events, clubs, and rock festivals in Belgium. *Substance Use and Misuse*, 44(13), 1899-1915.
- Verbeylen, W. (2016). Dubbelcheck: Kan cannabis? *Campuskrant*, 28(4)
- Verhoeven, N. (2010). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Amsterdam – Nederland: Boom Lemma Uitgevers
- Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen. (2003). *Drugs etc*. Retrieved from http://www.vad.be/media/9231/drugsetc_brochure_bblz.pdf
- Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (2013). *Dossier cannabis*. Retrieved from <http://www.vad.be/assets/473>
- Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen. (2014). *Dossier harm reduction*. Retrieved from <http://www.vad.be/media/37463/dossier%20harm%20reduction%202014%20def.pdf>
- Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (2016). *Krijgt België een volwaardig alcoholplan?* Retrieved from <http://www.vad.be/artikels/detail/krijgt-belgie-een-volwaardig-alcoholplan>

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen. (n.d.). *Wegwijs in de drughulpverlening*. Retrieved from <http://www.vad.be/media/26028/wegwijs%20in%20de%20drughulpverlening.pdf>

Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363-371. doi:10.1056/NEJMra1511480

Waarom blijven mensen verslaafd? (n.d.) Retrieved from www.jellinek.nl

Walters, G. D. (2000). Spontaneous remission from alcohol, tobacco, and other drug abuse: Seeking quantitative answers to qualitative questions. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26(3), 443-460. doi: 10.1081/ada-100100255

Wat is verslaving? (2016). Retrieved from www.desleutel.be

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. (2013). *Gezondheidsenquête 2013*. Retrieved from https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20documenten/ID_NL_2013.pdf

Weerman, A. (2012). *Deskundig door de verslaving*. Uitgeverij SWP, Amsterdam

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

Wiers, R. W. (2004). Wat is verslaving? De noodzaak van een conceptuele herdefiniëring van het begrip verslaving. *Gedrag en gezondheid*, 32(3), 164-174

Wiers, R. W., Theunissen, N. (2002). Alcohol en de jeugd: gebruik, misbruik, kwetsbaarheid en interventie. In: J. D. Bosch, H. A. Bosma, R. J. van der Gaag, A. J. J. M. Ruijsseenaars & A. Vijt (Redactie).

Wilkes, G. (2002). Introduction: A Second Generation of Resilience Research. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 229-232

Witbrodt, J., Borkman, T. J., Stunz, A., & Subbaraman, M. S. (2015). Mixed Methods Study of Help Seekers and Self-Changers Responding to an Online Recovery Survey. *Alcohol and Alcoholism*, 50(1), 82-88. doi: 10.1093/alcalc/agu077

Zimbardo, P. G., Johnson, R. L., & McCann, V. (2013). *Psychologie, een inleiding*. Amsterdam, Nederland: Pearson Benelux B.V.

7. Bijlage 1



FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN
PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

Informed Consent

Ik ondergetekende,, verklaar hierbij dat ik, als participant aan een onderzoek van de vakgroep Orthopedagogiek (Universiteit Gent):

(1) de informatiebrief heb gelezen en voldoende informatie heb gekregen omtrent het doel van het onderzoek. Bovendien heb ik elke vraag in verband met het onderzoek kunnen stellen.

(2) totaal vrijwillig deelneem aan het onderzoek.

(3) de toestemming geef aan de onderzoeker om mijn resultaten op anonieme wijze te bewaren, te verwerken en te rapporteren.

(4) op de hoogte ben van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten.

(5) er van op de hoogte ben dat ik een samenvatting van de onderzoeksbevindingen kan krijgen.

(6) er van op de hoogte ben dat het interview zal worden opgenomen met een dictafoon.

Gelezen en goedgekeurd te (plaats) op (datum)

Handtekening van participant:

Gelezen en goedgekeurd te (plaats) op (datum)

Handtekening van onderzoeker: