

## Werken aan klinisch en persoonlijk herstel: de Illness Management and Recovery methode

Hoofdstuk uit:



Auteurs:

Dr. Ad Bergsma, Associate lector Zelfmanagement, lectoraat Verpleegkunde, Academie Gezondheidszorg, Saxion.

Titus Beentjes, junior onderzoeker bij het Radboud universitair medisch centrum, Radboud Institute for Health Sciences, IQ healthcare, Nijmegen; verpleegkundig specialist bij team Angst en Stemmingen, Dimence Groep, Deventer; lid van het lectoraat Verpleegkunde, Saxion Hogescholen, Deventer.

Marijke Brugman, Master Rehabilitation Counselor is docent onderzoeker bij de kenniskring Verpleegkunde, Academie Gezondheidszorg, Saxion, coördinator van IMR-netwerk en is verbonden aan de Stichting Rehabilitatie '92.

Prof. dr. Peter J.J. Goossens is Verpleegkundig Specialist GGZ en senior onderzoeker bij het SCBS Bipolaire Stoornissen van Dimence te Deventer, Hoofdocent onderzoek bij de opleidingsinstelling GGZVS te Utrecht, Senior onderzoeker bij IQ Healthcare aan de Radboud Universiteit te Nijmegen en Visiting Professor aan het Universitair Centrum voor Verpleegkunde en Vroedkunde van de Universiteit Gent te België.

**Citeren als:**

Bergsma, A., Beentjes, T., Brugman, M. & Goossens, P. (2016) Werken aan klinisch en persoonlijk herstel: de Illness Management and Recovery methode. In: Meijel, B. van: GGZ verpleegkunde in de praktijk. Utrecht, De Tijdstroom.

# Introductie

*Maarten, 45 jaar, heeft last van psychoses en gebruikt medicatie om terugval te voorkomen. De gebruikte middelen leiden tot een vervlakking van zijn gevoelsleven. Hij bouwt de medicatie op eigen initiatief meermaals af en elke keer leidt dat tot een psychotische terugval. Een neerwaartse spiraal ontstaat en Maarten verliest zowel zijn werk als zijn relatie. Een nieuwe crisis en een opname op een gesloten afdeling volgen. Hij krabbelt langzaam op en komt via een open opname-afdeling bij een deeltijd-behandeling. Zijn existentiële probleem blijft echter bestaan. Een leven zonder medicatie lukt niet en met medicatie is zijn bestaan te vlak en te kaal. Hij ligt halve dagen in bed en komt tot weinig. Een betere bestrijding van de ziektesymptomen is niet mogelijk en er lijken maar weinig fundamenteen aanwezig te zijn voor een nieuwe invulling van zijn leven. Maarten is daardoor terneergeslagen en ziet weinig licht aan de horizon. Hij gaat nog wel terug naar zijn vrijwilligerswerk in de groenvoorziening, maar daar verdwijnen zijn vaste aanspreekpunten in de loop van de tijd en zonder hen ervaart hij dit werk als te eenzaam. Zijn floride psychotische symptomen zijn weliswaar grotendeels onder controle, maar hij heeft het gevoel dat zijn leven op een dood spoor zit. Er is weinig om naar uit te kijken.*

*De begeleidende psychiatrische verpleegkundige heeft het idee dat het voor Maarten niet volstaat nog een keer alle psycho-educatie door te nemen. Maarten beschikt over de kennis over het ziektebeeld en belijdt met zijn mond dat het voor hem noodzakelijk is medicatie blijvend te gebruiken. De verpleegkundige vreest echter dat Maarten onvoldoende positieve dingen heeft om zich aan vast te houden. Demoralisering, terugval en achteruitgang van kwaliteit van leven liggen op de loer. De verpleegkundige vertelt Maarten dat er een *Illness Management and Recovery training* bestaat die mensen helpt de positieve kanten van het eigen leven meer gestalte te geven. Maarten zegt ja tegen dit aanbod, omdat hij voor zijn eigen gevoel wel een zetje in de rug kan gebruiken.*

## Persoonlijk en klinisch herstel

Kenmerkend voor mensen als Maarten is dat ze veelal zelf de behoefte niet benoemen om hun eigen krachten beter te gebruiken en hierbij ondersteuning te krijgen, om hiermee zaken als het ontwikkelen van vaardigheden, het aangaan van sociale relaties of het managen hun financiën beter onder de knie te krijgen.

Goede psychiatrische zorg op basis het ziektemodel, leidt bij mensen met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) niet tot het verdwijnen van alle klachten. Hun functioneren is beperkt waardoor participeren in de maatschappij bij deze groep hooguit gedeeltelijk tot stand komt. De psychische klachten zijn jarenlang aanwezig (Delespaul & consensusgroep EPA, 2013). De EPA- groep kenmerkt zich door het gevoel te falen op de diverse levensgebieden en kan daardoor gedemoraliseerd raken, mede vanwege het gegeven dat het hebben van een psychiatrische stoornis het zelfbeeld van de persoon erg aan kan tasten. Men zit vast en ervaart hulpeloosheid, incompetentie, hopeloosheid, eenzaamheid en gebrek aan zingeving (Cavelti e.a., 2012). Een eigen leven opbouwen lukt maar zeer ten dele en soms blijven mensen steken in een eindeloze keten van lege zondagen, met voor de tv hangen, slapen en eten. Het leven heeft daardoor weinig richting. De kwaliteit van leven is gering, mede door de veel voorkomende combinatie met geldgebrek, lichamelijke comorbiditeit, stigmatisering en moeilijke relaties met hulpverleners (Walburg, 2015).

Bij deze groep is het belangrijk een onderscheid te maken tussen klinisch en persoonlijk herstel. Het eerste is het zo goed mogelijk wegnemen van psychiatrische klachten, het voorkomen van terugval en het managen van risico's. Persoonlijk herstel verwijst naar het invullen van het eigen leven

ondanks de psychische kwetsbaarheid, zodat de persoon komt tot functioneren naar eigen tevredenheid in de maatschappij. Persoonlijk herstel begint met het zien van de mogelijkheden om zelf doelen te realiseren op het gebied van wonen, werken, leren, vrijetijdsbesteding en sociale relaties. Centraal staat het herstellen van een leven dat in de eigen ogen van de persoon betekenisvol is (Slade, 2010).

Anthony (1993) definieert herstel als: "Een zeer persoonlijk en uniek proces van verandering in iemands opvattingen, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen. Het is een manier van leven, van het leiden van een bevredigend, hoopvol en zinvol leven met de beperkingen die de psychische klachten met zich meebrengen. Herstellen betreft het ontgroeien van de rampzalige gevolgen van de aandoening en de ontwikkeling van een nieuwe betekenis en een nieuw doel in iemands leven." Klinisch herstel is dus primair gericht op het bestrijden van de ziekte, persoonlijk herstel op het versterken van de mens en het opnieuw betekenis geven aan het leven. Hierbij geldt overigens niet alleen dat het klinisch herstel bevorderlijk is voor het persoonlijk herstel, maar ook dat persoonlijk herstel klinisch rendement kan hebben. Zo blijken mensen met psychische stoornissen een veel grotere kans te hebben op klinisch herstel als zij ook positieve emoties ervaren (Bergsma e.a., 2011).

Ervaringsdeskundige Wilma Boevink beschrijft in een lezing het moeizame gevecht om opnieuw te komen tot 'het onderscheid tussen persoon en aandoening. Dat je in de eerste plaats een mens bent en daarnaast een aandoening hebt. Ik heb me lange tijd een stoornis gevoeld.' In een eerdere (Engelstalige) lezing had Boevink over de sprong die ze maakte van *alien* naar *actor*.

Deze omslag van 'patiënt' naar 'mens met mogelijkheden', ondanks de aanwezige beperkingen, speelt niet alleen binnen de geestelijke gezondheidszorg, maar is ook herkenbaar in de somatische zorg. Gezondheid is in 1948 door de Wereldgezondheidsorganisatie gedefinieerd als een volmaakte staat van lichamelijk, emotioneel en sociaal welzijn. De laatste decennia is echter steeds duidelijker geworden dat veel mensen moeten leren leven met chronische aandoeningen ondanks de beste zorg. Huber heeft daarom een nieuwe definitie van gezondheid voorgesteld, namelijk 'het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Gezond is niet iemand die volledig vrij is van lichamelijk of geestelijk ongemak, maar die ondanks alles vorm weet te geven aan het eigen menszijn' (Huber e.a., 2011).

Psychische gezondheid is niet enkel de afwezigheid van psychische klachten, maar ook de subjectieve beleving van welzijn, autonomie en competentie. Psychisch gezonde mensen voelen zich in staat de eigen intellectuele en emotionele mogelijkheden te verwezenlijken. De herstelgerichte benadering van patiënten wil eraan bijdragen dat dit menselijk potentieel benut wordt, zelfs wanneer psychiatrische klachten aanwezig blijven.

De verpleegkundige die persoonlijk herstel wil stimuleren zal zich daarbij moeten realiseren dat dit een combinatie van ambitie en bescheidenheid vraagt. Ambitieuw is de wens om als verpleegkundige van waarde te zijn op uiteenlopende aspecten van het leven van de cliënt, maar dit kan alleen in het besef dat persoonlijk herstel niet afgedwongen of voorgeschreven kan worden. De ervaringen en voorkeuren van de cliënt zijn leidend en de verpleegkundige kan op gelijkwaardig niveau meedenken hoe een bijdrage aan herstel van de cliënt geleverd kan worden (Bergsma & Dijk, 2015). Keuzes worden niet voor de cliënt gemaakt. Verpleegkundigen stellen zich op als partners en tonen respect voor de cliënten. Deze herstelondersteunende attitude is uitgebreid beschreven door Dröes & Plooy (2010).

## Illness Management and Recovery

IMR is gericht op het delen en ontwikkelen van ervaringskennis. De IMR-training is oorspronkelijk ontwikkeld in Amerika door Kim Mueser en Susan Gingerich aan de hand van uitgebreid literatuuronderzoek naar effectief gebleken psychiatrische behandelmethodes gericht op het aanleren van zelfmanagementstrategieën voor mensen met EPA (Mueser e.a., 2002, 2006). De ontwikkeling van het programma is begeleid door een groep van belanghebbenden, waaronder cliënten en familieleden. Het IMR-programma heeft als doel cliënten hoopvol en krachtig te maken, zodat ze hun eigen leven sturen in een door henzelf gewenste richting. Het programma kan individueel of in groepen aangeboden worden.

De IMR-trainingen worden begeleid door een verpleegkundige in samenwerking met een ervaringsdeskundige. De training kan afhankelijk van de frequentie en tempo een half tot een heel jaar duren en in die tijd worden maximaal elf werkboeken doorgenomen (zie figuur 1).

Figuur 1. Een overzicht van de IMR-werkboeken.



De start is altijd met werkboek 1: het formuleren van persoonlijke doelen. Dit vormt de basis voor de overige onderdelen van de training. De geformuleerde doelen op uiteenlopende levenssterreinen zullen gedurende de rest van de training centraal staan. De vervolgwerkboeken gaan stap voor stap in op kennis en vaardigheden gericht op het leren omgaan met obstakels die het bereiken van het persoonlijke doel bemoeilijken. Met behulp van de tien vervolgwerkboeken wordt inzicht verworven in de ziekte en leert men effectief omgaan met de psychiatrische klachten. Gedurende de training kan de cliënt de kracht en mogelijkheden ontdekken om persoonlijke hersteldoel(en) te bereiken en een gevoel van identiteit op te bouwen, waardoor het mogelijk is boven de ziekte uit te groeien. Uniek aan IMR is de combinatie van het werken aan klinisch herstel in de vorm van het verkleinen

van de kans op terugval, en het werken aan persoonlijk herstel in de vorm van het mobiliseren van persoonlijke krachten en het versterken van het sociale netwerk van de cliënten.

Samengevat: het hoofddoel van IMR is cliënten te ondersteunen bij het ontdekken van eigen kracht en mogelijkheden om:

- hun eigen hersteldoelen te bereiken;
- hun eigen ziekte te managen;
- hun eigen (geïnformeerde) keuzes te maken ten aanzien van hun behandeling door het opdoen van de benodigde kennis en vaardigheden.

Deze algemene doelen van de IMR-methode kunnen aan de hand van de thema's per werkboek onderverdeeld worden in subdoelen. Deze staan uitgewerkt in tabel 1 in combinatie met uitspraken van Maarten na afloop van de IMR training. Hij geeft een beeld geven van de zaken die voor hem speelden en waaraan hij gewerkt heeft gedurende de IMR-training.

**Tabel 1 De subdoelen per werkboek en kenmerkende uitspraken van Maarten per subdoel.**

Werkboek	Subdoelen per werkboek	Uitspraken van Maarten
1. Werken aan hersteldoelen	De cliënt is hoopvol over het bereiken van belangrijke en persoonlijke doelen	'Ik ben me dus meer op mijn hobby gaan richten omdat ik toch wel structuur op de dag wou. Ik heb de duivensport. Gewoon 's morgens hokken schoonmaken en verzorging doen en allemaal activiteiten, wel met rustpauzes.'
2. Krijgen van kennis over de psychiatrische ziekte	De cliënt kent algemene feiten over ziektebeelden en heeft ziekte-inzicht	'Die theorie die helpt ook heel erg, ja. Hoe psychoses en schizofrenie en dat soort dingen allemaal werken. Nou wist al wel een hoop, maar het is goed het terug te kunnen lezen.'
3. Stress-kwetsbaarheidsmodel	De cliënt heeft inzicht in de invloed van stress en kwetsbaarheid op de ziekte	'Ik ben er eigenlijk wel achter gekomen dat ik niet helemaal zal herstellen omdat ik wel meerdere psychosen heb gehad. Mijn hersenen hebben wel klappen gehad.'
4. Sociale steun	De cliënt heeft een steunend netwerk	'Het helpt me gewoon naar nieuwe doelen. Ik zie vanzelf wel wat loskomt en wat het nog meer gaat worden. Ik vind het leuk om in zo'n bezoekersraad te zitten, om bingo's te draaien en daar prijzen voor te kopen in de supermarkt.'
5. Bewust omgaan met medicatie	De cliënt kan effectief omgaan met medicatie	'Ik neem medicijnen elke keer op verschillende tijden, en ik denk dat moet ik toch veranderen. Toen ging ik dat steeds op ongeveer dezelfde tijd innemen, al

		komt niet op 5 minuten aan natuurlijk. Dat helpt mij veel beter.'
6. Omgaan met verslaving	De cliënt heeft controle over het gebruik van middelen	Niet van toepassing voor Maarten.
7. Voorkomen van een terugval	De cliënt is in staat terugval te voorkomen of hoeft minder vaak opgenomen te worden	'Ik blijf gewoon continue signaleren. Dat ik gewoon continu bezig ben, als er weer stress komt. Hoe ga ik ermee om? Ik pak gewoon mijn rust.'
8. Omgaan met stress	De cliënt is in staat met stress om te gaan	'Ik ga nu ook naar meditatie. Ik doe meditatie bij het Dag Activiteiten Centrum.'
9. Omgaan met problemen en symptomen	De cliënt is in staat met steeds terugkerende problemen en blijvende symptomen om te gaan	'Dat ik mijn werk niet meer kan doen, maar dat ik mij vastklamp aan datgene wat er dan nog wel is. Ik zal niet helemaal herstellen, maar kan toch een leuk leven leiden.'
10. Zorg managen	De cliënt is in staat de GGZ-zorg te krijgen die nodig is.	'Ik verzoek niet meer om begeleiding bij het afbouwen van medicatie. Wat heeft het voor zin als je al een paar keer hebt afgebouwd en gestopt bent, dat je na 3 maanden dan weer een terugval krijgt. Dan kun je weer helemaal opnieuw beginnen. Nee. Ik accepteer gewoon de vlakigheid die ik een beetje heb.'
11. Gezond leven	De cliënt is in staat een gezond leven te leiden	'Maar de echte doelen, waren echt voor mij afvallen en meer bewegen. Ik ben gaan tennissen met een vriend'.

## Toepassing van IMR in de praktijk

Het begeleiden van een IMR-groep vraagt een voortdurend proces van klinisch redeneren en het is in de toebemeten ruimte onmogelijk dit allemaal in detail toe te lichten. We kiezen daarom voor enkele voorbeelden.

### Indicatie

Het proces van uitvoering begint met het maken van een afgewogen keuze of een bepaalde behandeling wordt aangeboden. De verpleegkundige biedt voorlichting aan de persoon over de mogelijkheden, zodat deze zelf een besluit hierover kan nemen. In dit gesprek kan meegenomen worden dat er voldoende wetenschappelijke evidentie is voor de effectiviteit van IMR. Tot nu toe zijn de resultaten van vier Randomized Controlled Trials (RCT) en zes quasi experimentele effectstudies naar de werking van IMR gepubliceerd (McQuire e.a., 2014). De resultaten zijn positief als het gaat om klinisch en persoonlijk herstel. Dit betekent niet dat alle klachten verdwijnen, maar deelnemers

slagen er vaker in een leven om de klachten heen te bouwen en daarnaast is de kans op terugval kleiner door effectief zelfmanagement.

*Voor Maarten geldt dat hij zich voldoende sterk voelt om de soms drukke groepsbijeenkomsten bij te wonen. De verpleegkundige verwacht geen acting out gedrag van Maarten en dat hij een waardevolle aanvulling voor de groep kan zijn. De verpleegkundige bespreekt met Maarten of hij baat zou hebben bij het horen van ervaringen van anderen. Maarten vreest dat hij zich wel veel zal aantrekken van de moeilijkheden die anderen ervaren. Maarten en de verpleegkundigen komen echter samen tot de conclusie dat dit geen reden is zich te laten tegenhouden. Er kan altijd nog worden overwogen om een persoonlijk doel te stellen in het goed hanteren van de medegedeelde tegenslag van anderen.*

*Maarten worstelt net als veel andere patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen met de vraag "waarom zou ik het nog proberen". Dit 'why-try' effect is beschreven door Corrigan & Rao (2013). Zij leggen een verband tussen dit effect, zelfstigma en afgenomen doelvaardigheid. Maarten zou dit graag anders zien, maar weet ook dat hij dat niet op eigen kracht zal bereiken. Hij voelt wel de behoefte om betekenis geven aan wat hem is overkomen. Het vooruitzicht dat het anders en misschien beter kan, geeft hem voldoende hoop om de groepsbijeenkomsten een kans te geven. Hij zal niet bij de eerste tegenwind afhaken.*

## Opbouw van de sessie van de IMR

De IMR-sessies zijn zo opgebouwd dat zij hoop versterken. De trainers houden strak vast aan de indeling van de bijeenkomst. Het consequent volgen de structuur van acht stappen (tabel2) biedt cliënten duidelijkheid en veiligheid.

De bijeenkomst begint met een informeel rondje waarin bijvoorbeeld goed nieuws wordt uitgewisseld. Met dit informele rondje tracht de verpleegkundige de toon te zetten van de bijeenkomst. Goed nieuws of een ander luchtig onderwerp breekt de spanning. Vervolgens vraagt de trainer aan de cliënten de vorige sessie voor de geest te halen en de belangrijkste punten te benoemen. De trainer heeft zelf de samenvatting in zijn hoofd waardoor hij vergeten punten die van belang zijn alsnog kan aanstippen. Hierna wordt het huiswerk besproken. De trainer prijst alle energie die cliënten in het uitvoeren van het huiswerk hebben gestoken. Hij bekrachtigt dat de opdrachten geheel of gedeeltelijk zijn uitgevoerd. Tevens gaat de trainer na waardoor cliënten de opdrachten eventueel niet hebben uitgevoerd. Werd het niet onthouden of is de deelnemer niet gemotiveerd? Is het wel geprobeerd, maar haakten de deelnemers gefrustreerd af?

### Tabel 2 De structuur van iedere IMR bijeenkomst:

1. Start met een informeel praatje
2. Terugblik op de vorige sessie
3. Terugblik op de huiswerkopdracht
4. Bespreek de follow-up op doelen
5. Bespreek de agenda voor de huidige bijeenkomst
6. Behandel nieuwe materialen uit het werkboek
7. Geef invulling aan huiswerkopdrachten in samenspraak met de cliënt
8. Vat de bijeenkomst samen en sta stil bij de vooruitgang

## Heeft het uitvoeren van de opdrachten iets opgeleverd?

Hierna wordt de follow-up ten aanzien van de persoonlijke doelen besproken (hierover later meer). De trainers houden in de gaten of de cliënten voldoende aan bod komen om hun doelen te evalueren. Met de groep kan een systeem gehanteerd worden dat iedereen eens in de zoveel tijd aan bod komt. De trainer maakt altijd ruimte voor iemand die zijn doelen wil bespreken omdat hij/zij net ergens tegenaan gelopen is. De trainers prijzen alle pogingen die cliënten doen om hun doelen te realiseren.

Het is belangrijk om de tijdsplanning in de gaten te houden en een pauze in te lassen. De duur van een sessie is twee uur met halverwege een pauze van 15 minuten.

Verder komt als agendapunt de inhoud van het werkboek aan bod. Allereerst stelt de trainer de agenda vast van de onderwerpen die aan bod komen.

Afhankelijk van het niveau van de deelnemers in de groep kan de inhoud van de werkboeken voorgelezen worden. Een andere mogelijkheid is om een aantal cliënten die dezelfde diagnose hebben een sessie over de diagnose voor te laten bereiden, dit in het kader van Werkboek 2 'Krijgen van kennis over de psychiatrische ziekte'. De trainers kunnen ook een power-point presentatie voorbereiden over de inhoud van de sessie met de punten waarover de trainer in discussie wil gaan met de cliënten. Wat belangrijk is binnen de IMR is dat cliënten elkaar gaan bevragen over hoe dingen bij de ander werken. De trainer legt zich meer toe op het bevorderen van de communicatie tussen de deelnemers, dan dat hij zijn eigen professionele kennis ten toon spreidt. De trainer is terughoudend in het poneren van professionele kennis als geldende waarheid. Dit is immers slechts de manier waarop professionals ernaar kijken, terwijl het perspectief van de cliënt een heel andere kan zijn.

Hierna helpt de trainer de cliënten bij het formuleren van een huiswerkopdracht die zich richt op hetgeen de deelnemer in de bijeenkomst heeft geleerd. Het gaat erom in de week die volgt oefenmogelijkheden te creëren in zijn dagelijks leven. Een van de huiswerkopdrachten kan zijn het bespreken van de inhoud van het werkboek met een belangrijke ander. De training is immers ook bedoeld om het netwerk van de cliënt van informatie te voorzien en bij de behandeling te betrekken. De bijeenkomst wordt afgesloten met een samenvatting en het benoemen van de geboekte vooruitgang. De trainer vraagt eerst of een van de cliënten een samenvatting van het thema van de bijeenkomst kan geven. Als laatste spreekt de trainer zijn dank uit voor de aanwezigheid en aandacht van de cliënten, het gedeelde vertrouwen, en hij feliciteert hen met de vooruitgang die is geboekt. Hij wenst hen succes met het uitvoeren van de opdrachten de komende periode.

## Werken aan persoonlijke doelen

Veel cliënten hebben nog geen doel als zij met de IMR gaan starten. De trainer kan de cliënt met de stappen uit het eerste werkboek stap voor stap bij de hand nemen om doelvaardiger te worden. Allereerst gaat de trainer na wat de cliënt verstaat onder herstel. De trainer bevordert hierbij dat er ondanks aanwezige symptomen sprake kan zijn van persoonlijk herstel op gebieden die de cliënt zelf belangrijk vindt. De trainer reikt de cliënt bijvoorbeeld strategieën aan die als hulpbronnen kunnen fungeren bij het herstelproces, zoals actief blijven, een steunsysteem ontwikkelen en lichamelijk gezond blijven. De verpleegkundige neemt vervolgens het roer van het gesprek niet over, maar vraagt deelnemers hun ervaringen met deze strategieën te delen.



*Voor Maarten blijkt het van belang dat hij meer vertrouwen krijgt in zijn mogelijkheden en kracht. Hij heeft meer mogelijkheden dan hij zelf beseftte en tevens de kracht om deze mogelijkheden te vertalen naar concrete doelen. Maarten vult in dat hij de strategie 'actief zijn' meer wil gaan gebruiken. De verpleegkundige moedigt Maarten aan voorbeelden naar voren te brengen waarin hij dit in het verleden al met succes heeft toegepast. Maarten noemt dan bijvoorbeeld de zorg voor de duiven van zijn vader, waar hij plezier aan beleeft.*

Gedurende de volgende stap wordt onderzocht op welke gebieden de cliënten verbeteringen aan willen brengen. Eerst leggen de verpleegkundige en de ervaringsdeskundige trainer uit waarom idealen en waarden van belang zijn. Deze geven richting aan het leven en keuzes die daarbinnen worden gemaakt. Daarna wordt de relatie gelegd met levensgebieden als vriendschap, werk, fysieke en mentale gezondheid en hobby's. De cursus biedt als het ware een denkstructuur die de cliënt helpt bij het zelf in kaart brengen over welke levensgebieden hij tevreden is en welke hij wil veranderen.

De trainer zal bij het persoonlijk doel van de cliënt niet de vraag stellen of het doel realistisch is. Een doel als "Ik wil een partner" of "Ik wil zelfstandig wonen" kunnen geen verkeerde doelen zijn. Het is immers het doel van de cliënt. Het is zaak om met de cliënt dit doel te vertalen in haalbare kleinere doelen en concrete stappen. De trainer legt uit dat het maken van kleine stappen uiteindelijk zal leiden in de richting van herstel (Goossens e.a., 2013). Om de cliënt te helpen deze stappen te concretiseren stelt de trainer de hulpvragen (tabel 3) uit IMR:

### **Tabel 3 Hulpvragen persoonlijke doelen**

1. Betekent dit doel veel voor mij?
2. Is het concreet en specifiek?
3. Hoe weet ik wanneer ik het doel heb bereikt?
4. Voel ik mij er zeker over dat ik aan het doel kan werken de komende tijd?
5. Als ik me er onzeker over voelt, hoe komt dit?
6. Wat kan ik er aan doen om de onzekerheid weg te nemen of te verminderen?

*Maarten kiest een levensgebied waar hij als eerste aan wil werken. Hij wil gezonder leven en hij staat stil bij wat het zou betekenen om dat doel te halen. Hij wil graag afvallen en fitter zijn. Als volgende stap wordt het doel in behapbare stappen opgesplitst. Hij wil niet gelijk twintig kilo afvallen. Maarten bedenkt dat zijn hond ook te zwaar is en dat ze samen aan een betere gezondheid kunnen werken. Eerst maar eens een extra rondje met de hond gaan lopen, is de eerste haalbare stap. De cliënt maakt zelf de keuze, maar de verpleegkundige reikt wel suggesties om de doelen concreet te maken. Welke dag wil je gaan lopen de komende week en hoe laat? De verpleegkundige spreekt vertrouwen uit, maar is terughoudend met het geven van adviezen. De eerste kleine successen worden benoemd en geprezen, zodat Maarten vaker succeservaringen heeft, die hem aanmoedigen verder te exploreren wat hij wel kan.*

*Maarten hoort van een groepsgenoot die zichzelf geleerd heeft om 's ochtend op tijd op te staan: 'Tijdens de cursus had ik opeens een nieuw doel. Op tijd uit bed gaan heb ik altijd als heel lastig ervaren, en ja, dat is me toch ook wel gelukt. En daar had ik juist zoveel moeite mee en toen heb ik gewoon doorgezet en gedacht van: nou ik moet het gewoon een paar keer doen. En doordat ik dat*

*ging doen, ging het na drie of vier keer al stukken beter.’ Op deze wijze was de interactie binnen de groep ondersteunend voor Maarten om tot concrete gedragsverandering te komen.*

## Problem Solving Treatment

Om mensen te ondersteunen in het leren oplossen van problemen die ze tegenkomen tijdens het werken aan hun persoonlijke doelstellingen is Problem Solving Treatment opgenomen in het IMR-programma (Mueser e.a., 2006). Deze stap-voor-stap-methode bestaat uit 6 stappen (tabel 4).

### **Tabel 4 De zes stappen van problem solving treatment:**

1. Definieer uw probleem zo specifiek mogelijk.
2. Brainstorm over oplossingen voor uw probleem en schrijf er tenminste drie op. Probeer ook oplossingen van anderen te verzamelen. Ga in deze fase de oplossingen nog niet beoordelen.
3. Maak voor elke oplossing een lijst van voordelen en nadelen. Begin met de voordelen.
4. Kies de beste manier voor het oplossen van uw probleem. Wees zo praktisch mogelijk.
5. Plan de stappen om de oplossing uit te voeren. Denk hierbij aan “wie, wat, wanneer en waar.”
6. Stel een datum vast om terug te blikken. Wat heeft u bereikt? Wat ging er goed? Kijk of uw probleem is opgelost. Zo niet, bedenk dan of u uw plan wil aanpassen of een nieuwe wilt maken.

In het handboek wordt deze methode toegelicht aan de hand van een voorbeeld en zijn werkbladen opgenomen die de deelnemer helpen om de methode effectief toe te passen. De begeleiding bestaat er vooral uit dat je de deelnemers stimuleert de methode toe te passen en net zo lang blijft herhalen tot dit is geautomatiseerd. Dus telkens als een deelnemer tijdens het bespreken van de voortgang van de persoonlijke doelen een probleem rapporteert, grijp je als IMR-trainer terug op deze methode.

De deelnemers zullen gaandeweg het gebruik van deze methode gaan ervaren dat het gemakkelijker wordt om zelf oplossingen te bedenken voor hun problemen en ze zullen minder afhankelijk worden van de hulp van anderen. Hun zelfvertrouwen en ‘sense of mastery’ zullen gaan groeien. Het is belangrijk dat je als hulpverlener hiervoor de ruimte geeft. Je ondersteuning zal gaandeweg dit traject steeds minder worden, omdat de cliënt steeds beter in staat zal zijn om alledaagse problemen zelf op te lossen via de methode. Complimenteer deelnemers met de vooruitgang, maar daag ze vooral uit om ook zichzelf en hun groepsgenoten te complimenteren met de vooruitgang. Help de deelnemers door het verband te leggen tussen het zelf oplossen van problemen en het toegroeien naar het behalen van hun persoonlijke doelstelling. Ondersteun vooral technisch in het gebruik van de stap-voor-stapmethode, maar wees terughoudend in het inhoudelijk meedenken. Laat dit vooral over aan de persoon zelf en aan zijn/haar groepsgenoten.

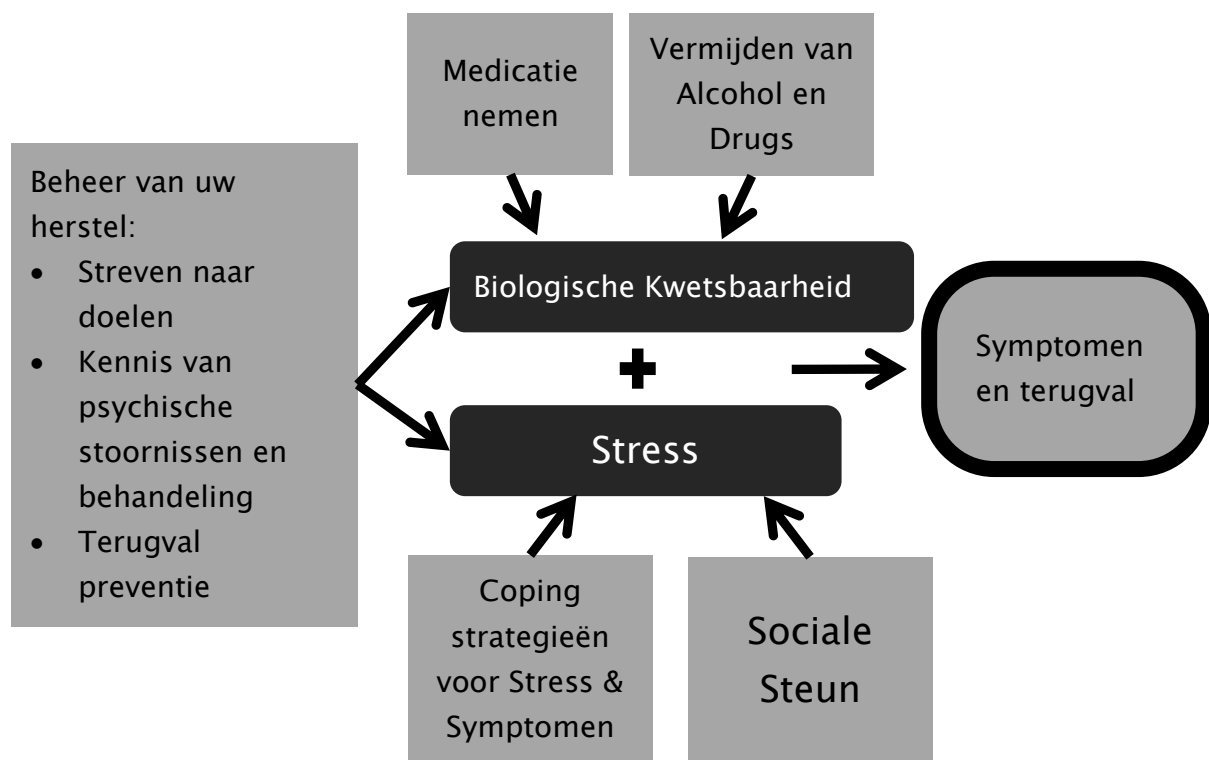
## Stress-kwetsbaarheid

De IMR biedt handvaten om stap-voor-stap om te leren gaan met psychiatrische symptomen. In module 2 van het werkboek wordt feitelijke informatie over de psychiatrische aandoeningen gegeven. Bij het bespreken van de verschillende aandoeningen laat de trainer de deelnemer zijn eigen ervaringen spiegelen aan wat er beschreven staat in het werkboek en aan wat andere deelnemers hierover vertellen. Aan de hand van de module stelt de trainer onderwerpen als stigma aan de orde en laat hij deelnemers discussiëren over hoe je met stigma om kan gaan. Aan de hand van module 3 van het werkboek legt de trainer aan de deelnemers een verklaringsmodel voor ten aanzien van de psychiatrische aandoening: het stress-kwetsbaarheidsmodel.

Cliënten hebben hun eigen ideeën over de oorzaken van hun klachten. Vaak leggen zij die bij zichzelf. De trainers maken van het stress-kwetsbaarheidsmodel gebruik om met de cliënten na te gaan waar ook andere oorzaken liggen met betrekking tot het ontstaan of de verergering van symptomen. De trainers bevorderen zo dat de cliënt nagaat welke factoren uit het model een rol hebben gespeeld bij het ontstaan van een eerdere crisis in zijn of haar leven. De trainer benadrukt de geldigheid van de eigen beleving van de cliënt en tracht de beleving van de cliënt te valideren ten aanzien van ervaren stress, belastende omstandigheden en de eigen kwetsbaarheid en mogelijkheden. Als leuze geldt: “Gegeven de situatie waar je in zat is je gedrag een oplossing geweest van de problemen die je er mee had”. De trainer legt bijvoorbeeld uit dat het overmatige alcoholgebruik een manier was om symptomen draaglijk te maken. De trainer kan hiermee voor de cliënt duidelijk maken dat het stoppen met alcohol gepaard zal moeten gaan met alternatieve methoden om effectief om te gaan met stress en kwetsbaarheid, en met de symptomen die worden ervaren.

De trainer houdt ook hier weer in de gaten dat het niet een tweegesprek tussen trainer en cliënt wordt. De trainer vraagt ook andere cliënten naar hun zienswijze en waakt ervoor dat zijn of haar professionele visie dominant naar voren wordt gebracht.

**Figuur 2 Stress-kwetsbaarheidsmodel**



*Maarten verklaart zijn psychiatrische problemen nu door een gemis aan een stofje in zijn brein waardoor hij kwetsbaar is voor stressvolle situaties en dat hij dus medicatie nodig heeft om met deze kwetsbaarheid om te kunnen gaan. Tijdens de IMR-training heeft hij geleerd dat een aantal dingen hem daarbij helpen. Dit zijn: zijn medicatie op vaste tijden innemen; een vaste invulling van de dag en week; een goede gezondheid; en uitdagingen aangaan.*

*De persoonlijke hersteldoelen van Maarten krijgen dus een plaats in het denken over zijn psychiatrische problemen. De trainer legt gebruikmakend van stress-kwetsbaarheidsmodel uit dat het hanteren van problemen vele kanten heeft en hij laat zien dat alle facetten van het model in de IMR-*

*training terugkomen. Module 4 leert de deelnemer om sociale steun te verkrijgen en te geven. Module 5 gaat over medicatie. De trainer stimuleert deelnemers om hun medicatielijst eens kritisch te bezien en het gesprek erover met de psychiater aan te gaan. De trainer kan hiervoor een rollenspel gebruiken om de situatie met de psychiater voor te bereiden. Na module 5 beseft Maarten dat hij door de medicatie minder alert en vlakker is en dat hij daardoor meer moeite heeft de dag te beginnen. Hij accepteert dit omdat hij heeft ervaren dat hij door de medicatie niet meer psychotisch wordt.*

*Voor Maarten was de groepsgerichte aanpak heel belangrijk. Het hielp hem te accepteren wat niet meer mogelijk was – een leven zonder medicatie. Uit de groepsbesprekingen kwam naar voren dat andere cliënten hadden leren leven met soortgelijke ervaringen. ‘Zij kunnen vanuit eigen ervaring vertellen wat dat precies voor hen betekende en dat was fijn voor mij.’ Het gaf hem de kracht zijn wereld weer te verruimen: niet meer thuis met een deken over zijn hoofd, maar de straat op naar buiten en gewoon weer de supermarkt in. Herstel begint met kleine stapjes en de hoop dat er straks nog meer in het vat kan zitten. De verpleegkundige valideert deze keuze en benoemt de omslag in het denken. ‘Eerst dacht je dat je geen eigen wil had, maar nu beseft je beter dat het een uitdaging is die je aan kan.’*

## Effectieve strategieën

Door de gehele training heen worden steeds motiverende strategieën, educatieve strategieën en strategieën uit de cognitieve gedragstherapie toegepast (Mueser e.a., 2006).

Ten eerste maken trainers gebruik van motiverende strategieën: de trainer neemt nooit op voorhand aan dat de cliënt over voldoende motivatie beschikt. Motivatie kan met de tijd toe- en afnemen. De trainer bevordert motivatie door de cliënt te stimuleren de voor- en nadelen van de huidige situatie en toekomstige situatie in kaart te brengen. Aan de hand van deze afweging kan de cliënt een gedegen beslissing nemen over zijn toekomstige gedrag.

Trainers trachten hun vertrouwen in de cliënt ten aanzien van eigen krachten en vaardigheden over te brengen. Trainers steunen de cliënten met optimisme, en moedigen het zelfvertrouwen aan door te praten over prestaties uit het verleden en reeds aanwezige zelfredzaamheid. Ondersteunend hierbij is het doelen-volgsysteem, waarin cliënten overzicht houden over hoe ze hun doelen willen bereiken en wat zij reeds bereikt hebben. Deze strategie is een uitwerking van de ideeën uit het Trans-Theoretisch Model (Prochaska e.a., 2008).

De tweede strategie (educatie) is de interactieve onderwijsstijl die gebruikt wordt bij het aanbieden van nieuwe kennis. Cliënten worden gestimuleerd de eigen ervaring af te zetten tegen de aangeboden stof en tegen de ervaringen van andere deelnemers. Informatie wordt in delen aangereikt en het tempo wordt aangepast aan de deelnemers. Regelmatig wordt gecheckt of de stof overkomt door bijvoorbeeld de cliënten te vragen de stof samen te vatten. In de huiswerkopdrachten wordt gestimuleerd de stof met belangrijke anderen te bespreken en de kennis over te brengen naar het thuisfront. De leerstof wordt zoveel mogelijk gekoppeld aan de ervaringen van de cliënt waarbij ook zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de taal van de cliënt.

Ten derde worden strategieën uit de cognitieve gedragstherapie gebruikt met als doel de cliënt de informatie en de vaardigheden zich eigen te laten maken. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van: bevestiging, vorming, modellering, oefeningen, rollenspellen, huiswerk en cognitieve herstructurering. IMR maakt gebruik van bevestiging in de positieve benadering van de trainers door middel van lofuitingen, interesse en enthousiasme. Cliënten zullen leren zichzelf positief te bevestigen door hetgeen ze zelf leren en bereiken. Vorming heeft te maken met het leren dat complexe vaardigheden op te delen zijn in kleine stukjes vaardigheid die een-voor-een getraind

kunnen worden. Op deze wijze worden probleemoplossende vaardigheden aangeleerd. De kleine resultaten stimuleren cliënten een volgende vaardigheid op te pakken en te oefenen. Andere groepsleden of de ervaringsdeskundige trainer kunnen model staan voor het aanleren van de gewenste vaardigheid die vervolgens geoefend kan worden in rollenspellen. Het huiswerk zal steeds passend worden gemaakt op het aanleren van deze vaardigheid. Cognitieve herstructurering wordt gebruikt om de denkbeelden die cliënten hebben over zichzelf, hun omgeving en hun toekomst bij te stellen tot een alternatieve, meer flexibele en waarheidsgetrouwe manier om dingen te bekijken. Ervaringen uit het verleden zullen worden geëvalueerd en mogelijk een andere betekenis krijgen door geboden nieuwe informatie en gesprekken in de groep. Ook in deze strategie wordt gebruik gemaakt van ideeën uit het Trans-Theoretisch Model (Prochaska e.a., 2008).

*Maarten zelf is blij dat hij een nieuwe ervaringen heeft opgedaan en dat hij 'de theorie is doorgegaan'. Hij zegt dat het deelnemen aan de groep en het werken aan doelen hem heeft versterkt. Door het volgen van de IMR heeft hij duidelijke keuzes gemaakt in zijn leven. Hij ervaart het als "op weg zijn" met de mogelijkheid om door te kunnen groeien. Hij heeft leren doorzetten en ontdekte dat hij weer mogelijkheden had: hij werkte stap voor stap toe naar activiteiten die bij hem pasten. Hij koos er bewust voor om situaties aan te gaan met een laag niveau van prikkeling. Zo onderhoudt hij duivenhokken en doet hij mee aan een meditatie- en een kookgroep. Hij weet goed te herkennen wanneer er te veel prikkels zijn en trekt zich even terug om later weer in te stappen. Hij kiest er zelf voor niet meer te proberen van de medicijnen af te komen. Hij heeft zelf ervaren en bij groepsleden gezien hoe het duidelijk minder met je kan gaan als je de medicijnen stopt.*

*Herkenning vinden bij anderen tijdens de IMR en het delen van ervaringen met andere groepsleden bracht wederzijds begrip en het gevoel er niet alleen voor te staan. De stap voor stap aanpak bood hem de nodige structuur en het bereiken van zijn doelen gaf een gevoel van overwinnen en zelfvertrouwen.*

*Maarten is na de IMR doelen blijven stellen, vooral op het gebied van hobby en bewegen. Hij heeft een nieuwe relatie aangeknoopt en is bezig met de vraag of hij wel kinderen wil. Hij zou het ergens wel willen maar vermoedt dat het hem te veel prikkels oplevert. Maarten is nu ook actief in het doorgeven van zijn ervaringskennis. Hij heeft meerdere keren voorlichting gegeven aan een groep studenten aan de universiteit en hij is heeft zitting genomen in de bezoekersraad van een dagactiviteitencentrum.*

## Conclusie

De IMR-training combineert het beste van twee werelden. Bewezen effectieve psychiatrische behandelingen op het gebied van zelfmanagement worden gecombineerd met herstelondersteuning. De training biedt hoop aan cliënten, geeft ruimte aan ervaringsdeskundigheid, maar reikt ook de in theoretische modellen gevatte kennis over het bereiken van doelen aan. Er is gelegenheid om over de ernstige psychiatrische aandoening te praten en te leren omgaan met de symptomen. Het leren omgaan met de ziekte staat altijd ten dienste van het bereiken van de persoonlijke hersteldoelen. Klinisch herstel en persoonlijk herstel gaan hand in hand. IMR betekent voor veel deelnemers dat de controle over het eigen leven wordt herwonnen.

## Praktische informatie

De IMR-methode is in Nederland geïntroduceerd in 2009, nadat de training is vertaald door medewerkers van GGZ Leiden. Deze 2.0 versie is vrij te verkrijgen op internet. In 2014 is IMR 3.0 versie uit het Amerikaans vertaald en bewerkt door medewerkers van het lectoraat Verpleegkunde van Saxion Hogeschool en een netwerk van instellingen dat met deze methodiek werkt: het IMR netwerk. Voor de 3.0 versie zijn een aantal onderwerpen aan de Nederlandse context aangepast. Zo worden nu Nederlandse patiëntenverenigingen genoemd, is er meer aandacht voor verslavende middelen die in Nederland veelvuldig gebruikt worden en is het Nederlandse hulpverleningsnetwerk beschreven. Deze vertaling en aanvullingen zijn becommentarieerd door cliënten van Dimence en RIBW-groep Overijssel die aan de IMR-training deelnamen. Saxion heeft voor gebruik van de Nederlandse IMR 3.0 versie een licentie verkregen. Gebruik maken van het IMR 3.0 materiaal is toegestaan voor leden van het IMR-netwerk van Saxion. In dit netwerk wordt ook bestudeerd hoe IMR zo goed mogelijk gestalte kunnen krijgen in de dagelijkse praktijk.

## Referenties

- Bergsma, A., Have, M. T., Veenhoven, R., & Graaf, R. D. (2011). Most people with mental disorders are happy: A 3-year follow-up in the Dutch general population. *The Journal of Positive Psychology*, 6(4), 253-259.
- Bergsma, A. & Dijk, M. van de (2015). Zelfmanagement; Kansen of risico's? *TvZ Tijdschrift voor Verpleegkundig Experts*, 125(4), 40-41.
- Cavelti, M., Kvrjic, S., Beck, E.M., Rüsçh, N., & Vauth, R. (2012). Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 468-479.
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2013). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469.
- Delespaul, P.H., & De Consensusgroep, E.P.A. (2013) Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschr Psychiatr*, 55, 427-38.
- Goossens, P., de Vries, S., & Brugman, M. (2013). Illness Management and Recovery. In J. van Busschbach, S. van Rooijen, & J. van Weeghel (Eds.), *Psychiatrische Rehabilitatie, Jaarboek 2013-2014* (pp. 75-86). Amsterdam: SWP Publishers.
- Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al. (2011) How should we define health? *BMJ*;343 (4163):235-237.
- McGuire, A. B., Kukla, M., Green, A., Gilbride, D., Mueser, K. T., & Salyers, M. P. (2014). Illness management and recovery: a review of the literature. *Psychiatric Services*, Feb 1; 65(2): 171-179.
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., ... Herz, M. I. (2002). Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 53(10), 1272-84.
- Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M., & Salyers, M. P. (2006). The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia Bulletin*, 32 Suppl 1, S32-43.

- Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2008). The transtheoretical model and stages of change. Uit K. Glantz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (red.), *Health behavior and health education; Theory, Research, and Practice* (4th ed., pp. 97–122). San Fransisco: Jossey-Bass.
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10(1), 26.
- Walburg, J.A. (2015) *Positieve gezondheid; Naar een bloeiende samenleving*. Houten, Bohn Stafleu, van Loghem.