

EEN PERSOONLIJKE ERVARING MET ANGST EN DEPRESSIE

HET 'MONSTER' IN MIJ

Aantal woorden: 24 488

Vicky De Wilde

Studentennummer: 01501495

Promotor: Prof. dr. Elisabeth De Schauwer

Begeleider: Lieve Carette

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad master in de Pedagogische Wetenschappen
Afstudeerrichting Orthopedagogiek

Academiejaar: 2018 - 2019

INHOUD

| | |
|--|----|
| VOORWOORD | 3 |
| 1. INLEIDING | 5 |
| 2. METHODODOLOGIE | 8 |
| 2.1. Auto-etnografie | 8 |
| 2.2. Proces | 10 |
| 2.3. Key Incidents | 11 |
| 2.4. Kwaliteitsevaluatie van kwalitatief onderzoek | 12 |
| 3. MIJN MONSTER BEGRIJPEN | 14 |
| 3.1. Het ‘monster’ in mij | 15 |
| 3.2. Mad(ness) Studies en Disability Studies | 16 |
| 3.2.1. Mad(ness) Studies | 17 |
| 3.2.2. Disability Studies | 18 |
| 3.2.3. Twee zijden van dezelfde medaille | 18 |
| 3.3. Love as pedagogy | 19 |
| 3.4. Een wirwar van ‘labels’ | 23 |
| 3.5. (Zelf)compassie | 29 |
| 3.6. Sociale steun en sociaal netwerk | 33 |
| 3.7. Behandeling: therapeutische relatie en medicatie | 35 |
| 4. DISCUSSIE EN CONCLUSIE | 43 |
| NAWOORD..... | 47 |
| LITERATUURLIJST | 48 |

VOORWOORD

Mijn opleiding tot *'Master in de Pedagogische Wetenschappen – Orthopedagogiek'* aan de Universiteit Gent is bijna afgerond. Als sluitstuk werd een masterproef uitgewerkt als schriftelijke en systematische neerslag van de aanpak van een complexe pedagogische vraagstelling. De masterproef sluit aan bij de algemene uitgangspunten van de opleiding, met name de pedagoog als 'reflective practitioner', waarbij een kritische wetenschappelijke en reflectieve houding tegenover het psychologisch en pedagogisch handelen centraal staat.

Het startpunt van het onderzoek **'Een persoonlijke ervaring met angst en depressie - Het 'monster' in mij'** werd in overeenstemming met promotor Prof. Dr. Elisabeth De Schauwer en begeleidster Lieve Carette bepaald. Via auto-etnografisch onderzoek zou ik mijn eigen ervaringen met mijn 'monster' (dat angst en depressie heet) neerschrijven en herbeleven alsook in gesprek gaan met de personen die het dichtst bij me stonden (en staan) gedurende deze momenten.

Het schrijven van deze masterproef heeft me veel geleerd, op wetenschappelijk gebied, maar ook op persoonlijk vlak. Zonder de hulp van vele mensen had ik dit niet tot een goed einde kunnen brengen. Daarom wil ik graag stilstaan bij de mensen die me de afgelopen periode enorm gesteund en geholpen hebben.

Eerst en vooral bedank ik mijn promotor Prof. Dr. Elisabeth De Schauwer en begeleidster Lieve Carette om me het duwtje in de rug te geven om mijn eigen ervaringen uit te werken in een auto-etnografie. Hun geloof in mijn verhaal, hun motiverende woorden en steun zullen me altijd bijblijven. Zij hebben er mede voor gezorgd dat mijn zelfvertrouwen een extra boost kreeg.

Daarnaast wil ik mijn ouders en broer bedanken voor hun raad, luisterend oor en onwaarschijnlijke geduld, nu, maar ook in de voorbije, vaak moeilijke jaren. In het bijzonder bedank ik mijn papa omdat hij een belangrijke rol speelde in het schrijfproces en samen met mij opnieuw door die moeilijke periode is gegaan, voor zijn inzichten en kennis, zijn taalvaardigheid en motivering en zijn oneindig geloof in mijn kunnen.

Verder bedank ik mijn vriend Hans voor zijn geduld, luisterend oor en wijze raad, in het verleden maar ook voor de jaren die nog volgen.

Als laatste bedank ik M., mijn toenmalig psycholoog, om zowel tijdens mijn therapie in het verleden als in onze huidige vriendschap nog altijd voor me klaar te staan.

Allemaal heel erg bedankt

Vicky De Wilde,

Mei 2019

“It turns out you are the story of your childhood
and you’re under constant revision...” (William Matthews, p.35)

1. INLEIDING

Leven met angst en depressie is een rollercoaster van ongewenste, negatieve emoties, gedachten en gevoelens en hield voor mij een niet aflatende angst in om te falen, angst voor de toekomst, over het verlies van vrienden en familie en angst voor verandering. Deze continue maalstroom van negatieve emoties leidde, in mijn geval, tot apathie, niets meer durven, vluchten, mezelf opsluiten in een veilige omgeving, geen toekomst meer zien en het totale verlies aan zin in het leven, zelfmoordideeën en een diepe depressie. In het beleven van dit 'monster', heb ik diepe dalen maar ook hoge pieken gekend. Ik heb geleerd hoe het is om hiermee te (over)leven, ermee om te gaan, maar ook om dit monster een plaats te geven binnen mezelf.

Angst op zich wordt beschouwd als een 'adaptieve' emotie, aangezien het nuttig is om onder bedreigende omstandigheden bang te zijn. De cognitieve (gedachten als: 'ik ben in gevaar!'), fysiologische (versnelde ademhaling, toenemende hartslag) en gedragsmatige (vluchten, vermijden) manifestaties horende bij angst zijn er op gericht de dreiging het hoofd te bieden en levenskansen te vergroten. Maar wanneer angst blijft voortbestaan (meestal zes maanden of langer), en zo intens wordt dat het significant gaat interfereren met het dagelijks functioneren, kan men spreken van abnormale angst of een angststoornis (Muris, 2014; Beesdo, Knappe, & Pine, 2009; American Psychiatric Association, 2013).

Een depressie is kort gezegd een mentale ziekte die deel uitmaakt van de stemmingsstoornissen met als algemeen kenmerk de aanwezigheid van een droevige, lege of prikkelbare stemming met somatische en cognitieve veranderingen die van invloed zijn op het functioneren (bijvoorbeeld verlies aan interesse, gevoel van moedeloosheid, slaap-en concentratieproblemen, gewichtsstoornissen, onrust, chronische vermoeidheid, gedachten aan de dood, enzovoort.) (American Psychiatric Association, 2013; Bayingana, Drieskens, & Tafforeau, 2002; Braet, Wante, & Timbremont, 2014).

Het gecombineerd optreden van angst en depressie is volgens Verhaeghe (2017) vandaag de dag eerder regel dan uitzondering:

“Die angst neemt vooral twee vormen aan: ofwel paniekaanvallen (...), ofwel zogenaamde sociale fobieën. Paniekaanvallen hebben te maken met een blijkbaar groeiende moeilijkheid om betekenis te geven aan basisaffecten (...). Dat sociale angst toeneemt in een maatschappij waarin we steeds meer moeten presteren en voortdurend geëvalueerd worden *'om verder door te kunnen groeien'*, is niet zo vreemd (...). Wél vreemd is dat we die angst als een ziekte beschouwen waarvoor we het beste medicijnen kunnen slikken.” (Verhaeghe, 2017, p.33-34)

Ook volgens psychiater Dirk De Wachter (2018) is het optreden van angst en depressie, al dan niet gecombineerd, 'dé ziekte van deze tijd': het idee dat ons leven vooral leuk moet zijn, en “dit streven naar een onmogelijke regen van geluk, zorgt voor veel miserie, depressie en vermoeidheid”. Maar het zijn

de moeilijkheden van het leven die aanleiding geven tot liefde, want net dan hebben we nood aan een ander. Het probleem van onze maatschappij is echter dat verdriet, moeilijkheden, lastigheden, kwetsbaarheden, enzovoort moeten worden verstopt en weggeduwd (De Wachter, 2018).

De keuze om via een auto-etnografie deze masterproef uit te werken was vrij snel gemaakt: ik wilde mijn verhaal vertellen, anderen wijzen op de (lijdens)weg die iemand met een depressie én zijn omgeving kan afleggen en hoe het is om te leven met angst. Ik wil andere mensen inspireren om het niet op te geven, om te beseffen dat je er niet alleen voor staat, dat het voorbij gaat en dat er zich terug mooie momenten zullen aandienen. Ik wil de lezers meenemen in de beleving én leefwereld van een persoon met deze problematiek, en een auto-etnografisch onderzoek was hiervoor de beste keuze.

Het was pas toen ik echt aan het schrijven ging dat ik steeds meer ging beseffen hoe zwaar het kan zijn om in je eigen ervaringen te gaan graven. Ik moest de moeilijke gebeurtenissen uit het verleden opnieuw naar de oppervlakte brengen, gaan terugdenken over mijn gevoelens, gedachten en gedragingen in die periode en ik moest mijn sociaal netwerk aanspreken over hun ervaringen. Op die manier kwam veel terug en leek het soms alsof ik de gevoelens van toen opnieuw ging beleven.

Soms lukte het schrijven niet goed, omdat ik opnieuw werd verteerd door de emoties uit mijn moeilijke en vaak donkere periode. Op andere momenten bleek het schrijven een therapeutische ervaring te zijn, want door het raadplegen van wetenschappelijke literatuur, artikels en boeken, maar ook de personen uit mijn omgeving, leerde ik veel over mezelf. Door als onderzoeker vanop een afstand te gaan kijken naar eigen ervaringen en emoties zorgde dit ervoor dat ikzelf, en ook mijn omgeving, beter kon begrijpen wat ik in het verleden heb meegemaakt. Het was een ervaring om zowel de bril op te zetten van onderzoeker, als van een persoon die een hele weg van ups en downs heeft meegemaakt om te staan waar ik nu sta.

Dit werk schetst mijn verhaal, en ik hoop dat het anderen kan helpen om mensen met gelijkaardige gevoelens bij te staan of mensen die ermee geconfronteerd worden hulp, troost en hoop te bieden.

In het volgende onderdeel van deze masterproef, wordt ingegaan op de methodologie en hoe het werk tot stand is gekomen. In het onderdeel 'Mijn monster begrijpen', zal ik bespreken wat 'mijn monster' voor mij betekent en welke weg ik heb moeten afleggen vooraleer ik dit eindelijk leerde 'begrijpen' en een plaats geven. Dit doe ik door in te gaan op verschillende *key incidents*, waaruit thema's zijn ontstaan die ik koppelde aan theorie en literatuur.

Als eerste bespreek ik waar de titel van dit werk 'Een persoonlijke ervaring met angst en depressie – Het 'monster' in mij' vandaan is gekomen en waarom de term 'monster' hierin zo belangrijk is.

Vervolgens worden de theoretische concepten en/of kaders besproken waarin het onderzoek gesitueerd kan worden, namelijk *Disability Studies* en *Mad(ness) Studies*. Er wordt tevens ingegaan op de

overlappenden en verschillen tussen beide studies om zodoende meer inzicht te verkrijgen in mijn verhaal.

Als derde ga ik in op de invloed van mijn opleiding en wat dit voor me betekent heeft. Ik bespreek de rol van docenten en de manier waarop zij met mij zijn omgegaan (i.e. het relationele aspect) en met de inhoud van het curriculum. Dit wordt besproken aan de hand van 'Love as pedagogy' (Loreman, 2011).

Vervolgens ga ik in op de betekenis van labels die ik kreeg, in samenhang met 'de bijbel' van de psychiatrie, de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), en de invloed van genetische factoren.

Daarna bespreek ik wat zelfkritiek met een mens doet en hoe (zelf)compassie hierin van belang is. Daarnaast bespreek ik de emotiereguleratiesystemen die essentieel zijn om te overleven en hoe ze een invloed hebben op (zelf)compassie.

Een zesde thema gaat over het belang van een sociaal netwerk en sociale steun en de grote invloed die beiden hebben op het al dan niet ontstaan en instandhouden van psychische klachten. Verder wordt ingegaan op de verschillende vormen en bronnen van sociale steun, alsook de rol en invloed van een depressie hierop.

Als laatste ga ik in op mijn behandeling, en met name hoe de therapeutische relatie hierbij van belang is. Daarnaast wordt kort ingegaan op de medicamenteuze behandeling.

Deze thema's zijn van belang om inhoudelijk weer te geven wat mijn ervaringen met angst en depressie hebben betekend, alsook wat in de theorie en literatuur hierover te vinden is. Het is zo dat het proces van het schrijven van deze masterproef, en niet louter het theoretische en inhoudelijke luik, eveneens van grote betekenis is geweest. Zowel om mezelf beter te begrijpen, maar ook voor mijn papa die op deze manier meer inzicht heeft verkregen in hoe hij me in de toekomst beter kan ondersteunen. Door het schrijven van deze masterproef en het raadplegen van de theorie, heb ik inzicht verkregen in hoe ik zo'n problematiek kan aanpakken, althans voor mezelf. Indien ik in het verleden meteen in deze richting was gestuurd, had ik er op een heel andere, en wellicht snellere, manier mee kunnen omgaan. Het schrijven van deze masterproef was in feite een therapeutische ervaring op zich.

2. METHODOLOGIE

2.1. Auto-etnografie

Deze masterproef werd geschreven aan de hand van een auto-etnografie, een manier van onderzoeken en schrijven waarbij vertrokken wordt vanuit persoonlijke ervaringen (auto). Deze worden beschreven en systematisch geanalyseerd (grafie) om zodoende de sociale en culturele ervaringen (i.e. leefwereld) (ethno) van iemand te begrijpen (Ellis, Adams, & Bochner, 2011; Holman Jones, 2005; Rober & Rosenblatt, 2016). Onderzoekers reflecteren hierbij over zichzelf, en het onderzoeksveld blijft beperkt tot hun persoonlijke levenssfeer (Müller, 2011). Auto-etnografen gebruiken dus zelfreflectie en schrijven, om anekdotische en persoonlijke ervaringen te onderzoeken en te verbinden met bredere culturele, politieke en sociale betekenissen (Ellis, 2004; Maréchal, 2010).

Auto-etnografie als methode combineert kenmerken van autobiografie en etnografie. In een *autobiografie* schrijft de auteur over ervaringen uit het verleden en meestal over herinneringen waarvan men meent dat ze een belangrijke invloed hadden op het leven van een persoon (Bochner & Ellis, 1992; Couser, 1997; Denzin, 1989; Ellis et al., 2011). Wanneer onderzoekers aan *etnografie* doen, bestuderen ze relationele praktijken, gemeenschappelijke waarden en overtuigingen van een cultuur en delen ze ervaringen met als doel anderen de cultuur beter te laten begrijpen (Ellis et al., 2011; Maso, 2001). Wanneer onderzoekers een *auto-etnografie* uitvoeren, vertellen ze over ervaringen en analyseren deze via methodologische hulpmiddelen (zoals interviews) en onderzoeksliteratuur, maar eveneens door na te denken over hoe anderen vergelijkbare ervaringen kunnen ervaren. Een auto-etnografie is dus niet enkel een verhaal vertellen over 'het zelf', maar situeert dit in relatie tot anderen en tot de sociale structuur en cultuur (Denzin & Lincoln, 2000; Rober & Rosenblatt, 2016; Smith, 2013).

Hoewel auto-etnografie gebruik maakt van de uitgangspunten van zowel autobiografie als etnografie, hoort het tegelijk niet helemaal thuis bij beiden. Het is onvoldoende esthetisch, literair en kunstig genoeg om te voldoen aan de eisen van een autobiografie en langs de andere kant is het niet theoretisch, rigoureuus en analytisch genoeg om tot de etnografie en de wetenschappelijke wereld te behoren (Ellis et al., 2011; Ellis, 2009; Hooks, 1994; Keller, 1995). Maar auto-etnografie helpt wel om mensen bewust te maken van de variabiliteit aan situaties, afhankelijk van cultuur en context (Smith, 2013).

Het begrijpen van iemands identiteit is een belangrijke focus binnen auto-etnografisch werk en wil antwoord bieden op de vragen: "Wie ben ik? Wie ben ik aan het worden?". Het onderzoeken van deze identiteit wordt vaak gedaan in de context van relaties, waarin het begrijpen van 'het zelf' wordt gedaan binnen de ervaring van 'het zijn' in gezelschap van anderen, die hun eigen individuele of collectieve begrip hebben van onze identiteit (of identiteiten) (Diggs & Clarck, 2002; Smith, 2013). Ellis (2010) begon te begrijpen dat 'het zelf' en 'de ander' met elkaar verweven zijn en dat je het ene niet kan (leren) kennen zonder het andere. Daarom impliceren auto-etnografen bij het gebruik van persoonlijke ervaringen niet alleen zichzelf, maar ook anderen die dicht bij hen staan. Als een zoon bijvoorbeeld een

verhaal vertelt dat zijn moeder vernoemt, is zij betrokken in wat hij zegt; het is moeilijk om zijn moeder te maskeren zonder de betekenis en het doel van het verhaal te veranderen (Adams, 2006; Ellis et al., 2011; Etherington, 2007; Trahar, 2009). In dit onderzoek zullen dus ook anderen worden vermeld die nodig zijn om het verhaal te vervolledigen.

Als auto-etnograaf werkt men niet alleen samen met anderen om de betekenis van hun pijn te valideren, maar ook om de lezers in staat te stellen hun eigen omstandigheden beter te begrijpen en er zodoende beter mee om te kunnen gaan; iets wat traditioneel onderzoek soms negeert (Ellis et al., 2011): *“Fundamentally, autoethnographers aim to show ‘people in the process of figuring out what to do, how to live, and the meaning of their struggles’.*” (Bochner & Ellis, 2006, p. 111). Zodoende wordt met dit onderzoek mede getracht het gevoel te geven aan de lezer dat ze niet alleen zijn met hun soms moeilijke ervaringen.

Een veelheid van auto-etnografieën behandelt problemen van mensen met een beperking en de context daarrond. Dergelijke auto-etnografieën kunnen een middel zijn om de manieren te onderzoeken waarop identiteit en levensverhaal worden gevormd door beperkingen (Couser, 2000). Door in te zoomen op hoe de ervaring met angst en depressie mijn identiteit (mede) heeft gevormd, wens ik dit eveneens te bereiken via het schrijven van deze masterproef.

Auto-etnografie wordt binnen de bredere traditie van kwalitatief onderzoek geplaatst, waarin onderzoekers trachten verhalen te vertellen die een lichamelijke, cognitieve, emotionele, empathische en sociale complexiteit tonen van concrete momenten van een geleefde ervaring (Ellis, 2004). Hierbij staat de beleving en betekenisverlening voorop, waarbij wordt getracht tot een diepgaand begrip te komen van het menselijk gedrag en de oorzaken die dit gedrag sturen (Reulink & Lindeman, 2005; Lauwers, 2008).

Er zijn echter wel wat kritieken geuit over het gebruik van auto-etnografie als kwalitatieve onderzoeksmethode: het zou niet-evaluatief zijn, objectiviteit en generaliseerbaarheid missen, zelfverwennerij bevorderen en gemarginaliseerde stemmen bevoordelen, terwijl de ‘mainstream’ stemmen bijvoorbeeld worden uitgesloten. Volgens Smith (2013) en Jones (2008) kan auto-etnografie als kwalitatief onderzoek benoemen een risico zijn, aangezien het een wazig genre is dat overlapt met verschillende andere onderzoeks- en schrijfpraktijken zoals antropologie, sociologie, psychologie en journalistiek. Smith (2013) en Wall (2008) vullen aan dat men als auto-etnograaf niet zozeer bezig is met nauwkeurigheid, objectiviteit, feitelijkheid of ‘de waarheid’, als met het vertellen, oproepen en voelen van sociale en culturele ervaringen. Ellis (2009, p.14) zei: *“I call myself a writer - not a reporter - which means I focus on the construction of stories and their meanings rather than on the collection, organization, verification, and presentation of evidence.”*

Een auto-etnografische onderzoeksmethode gaat opzettelijk de dominantie van de traditionele wetenschap en vele manieren van weten en onderzoeken uitdagen en er wordt getracht een stem te

geven aan persoonlijke ervaring om het sociologisch begrip te bevorderen (Morimoto, 2008; Wall, 2008). Verder kan het, volgens Wall (2008), tot een van de meest uitdagende kwalitatieve benaderingen worden gerekend door het intieme en persoonlijke karakter dat een auto-etnografie met zich meedraagt.

Via auto-etnografie wordt dus getracht een betekenisvol, toegankelijk onderzoek te genereren dat de lezers sensibiliseert om zich dieper te kunnen inleven in mensen die anders zijn (Ellis & Bochner, 2000).

2.2. Proces

Deze masterproef werd uitgewerkt in samenspraak met mijn papa, aangezien hij altijd een erg belangrijke rol heeft gespeeld in het beleven, ervaren, maar ook verwerken van deze moeilijke periode in mijn leven. Daarnaast lazen mijn begeleidster en promotor mee en hielpen door vragen te stellen, te verdiepen, afstand te nemen, te concretiseren, focus te bepalen, enzovoort. Samen met mijn papa ben ik gestart met het terugdenken aan belangrijke momenten en ervaringen met angst en depressie in mijn leven: “Waarmee is alles begonnen?”, “Welke ervaringen zijn belangrijke kantelpunten geweest?”, “Hoe heb ik dit aangepakt?”, “Wat ging eraan vooraf”, “Wat kwam erna?”, “Wat was de oorzaak van herval?”, enzovoort. Op die manier zijn we gekomen tot een aantal ‘kernmomenten’ (i.e. *Key incidents*) die belangrijk waren om in het onderzoek mee te nemen en uit te diepen, en waaraan ik de theorie uit de literatuur kon gaan ophangen, als een soort kapstokken.

Om mijn *key incidents* visueel te maken, tekenden we een schema uit waarop deze ‘kernmomenten’ werden uitgezet op basis van mijn functioneringsniveau: ‘functioneren zonder angst’, ‘functioneren met lichte angst’ en ‘totale disfunctie’. Op die manier kwamen we uit op een mooi verloop van mijn traject, met pieken en dalen. Ik kwam er echter al snel achter dat ik mijn hoogtepunten en dieptepunten niet in vakjes kon plaatsen. Zelfs in mijn moeilijkste periode, in mijn diepste dal, heb ik ook mooie momenten beleefd en voelde ik me niet de hele tijd miserabel. Door te sterk vast te houden aan een rechtlijnige en lineaire benadering, zou ik te veel een oorzaak-gevolg verhaal schrijven terwijl ook veel afhangt van toevalligheden, externe gebeurtenissen, aanwezigheid of afwezigheid van vrienden of familie, hun gemoedstoestand, problemen die zich aandienen, enzovoort.

Het traject dat ik aflegde in de voorbije jaren kan daarom geschetst worden aan de hand van een ‘rizoom’. Deleuze en Guattari (1998) vertalen dit als een horizontaal vertakte wortelstructuur, die niet te herleiden is tot één hoofdtak of tot één plant aan de oppervlakte, maar dat bestaat uit ondergronds voortwoekerende worteltakken waartussen steeds nieuwe verbindingen kunnen ontstaan. En dat is nu net hoe mijn verhaal kan gezien worden: het is niet zwart-wit, het is niet lineair, het is niet te herleiden tot slechts één hoofdtak. Er is een verband tussen alle onderdelen, maar deze onderdelen (de verschillende worteltakken) ontwikkelen zich ook autonoom van elkaar. De verbinding en betekenis die daaraan wordt gegeven is wisselend, tijdelijk en (vaak) toevallig (van der Steen, Peeters, & Van Twist, 2010).

Blockmans (2019) omschrijft dit erg mooi, waarbij ze zegt dat wanneer het gaat over het uitleggen van persoonlijke en zelfs professionele ontwikkeling, er geen duidelijk begin en/of einde is. Hiermee wil ik dan ook zeggen dat wat ik meemaakte niet per se zo zal verlopen bij iemand anders. Iedereen schrijft zijn eigen verhaal op een andere manier en geeft hier een andere betekenis aan.

2.3. Key Incidents

Om mijn verhaal te duiden wordt op een naturalistische manier analyse uitgevoerd aan de hand van 'key incidents' (sleutelincidenten). *Naturalistische* benaderingen proberen rijke beschrijvingen te bieden van mensen en hun interactie, zoals deze voorkomen in hun 'natuurlijke habitat' (Gubrium & Holstein, 1997). Verder proberen ze de rol van theorie te beperken tot 'sensibiliserende concepten' (Blumer, 1969), en proberen vooropgezette theorie en conceptuele categorieën tot een minimum te beperken (Schatzman & Strauss, 1973). Lofland en Lofland (1995) vullen nog aan dat naturalisme als literair genre, een nauwkeurige en zoekende beschrijving omvat van de details van het alledaagse leven (Emerson, 2004).

Naturalistische analyse wordt uitgevoerd door *key incidents* binnen specifieke gebeurtenissen of interacties te onderzoeken en uit te werken. Deze *key incidents* zijn niet per se dramatische zaken, significant, opmerkelijk of gedenkwaardig, en eveneens moeten ze niet meteen inzichten opleveren, maar het zijn gebeurtenissen die de aandacht en interesse van een onderzoeker opwekken, zelfs als wat gebeurde alledaags en gewoon was. Deze 'interesse' is geen volwaardige, duidelijk gearticuleerde theoretische claim, maar een meer intuïtieve, gevoelige overtuiging dat er net iets intrigerend heeft plaatsgevonden (Emerson, 2004).

Kiezen wat te schrijven gebeurt dus niet volgens een vooraf vastgelegd principe of proces, maar is zowel intuïtief, als een afspiegeling van het veranderende gevoel van de auto-etnograaf van wat mogelijk interessant of belangrijk zou kunnen zijn voor toekomstige lezers (Emerson, Fretz, & Shaw, 1995).

Via het uitschrijven van mijn verhaal en analyse hiervan, bleken bepaalde ervaringen met angst en depressie, en gebeurtenissen in mijn alledaags leven (i.e. mijn *key incidents*) van belang om mijn verhaal te duiden, maar wekten ze eveneens mijn interesse, en hopelijk ook die van anderen, voor verder onderzoek en vergelijking, zoals onder andere: "Wat wordt over angst en depressie gezegd in de literatuur en ander onderzoek?", "Wat zijn dominante denkwijzen hierover?", "Hoe kijken andere mensen, lotgenoten en onderzoekers hier tegenaan?", "Wat kan mijn verhaal betekenen voor het onderzoeksveld?", "Hoe kan ik anderen sensibiliseren om meer aandacht te besteden aan deze problematiek?", enzovoort.

2.4. Kwaliteitsevaluatie van kwalitatief onderzoek

Veelal wordt de vraag gesteld of naturalistische onderzoeken niet té subjectief zijn en dat ze de betrouwbaarheid van een onderzoek in het gedrang brengen. Om dit te bewaken werd het onderzoek aan de vier evaluatieve criteria van betrouwbaarheid van Lincoln en Guba (1985, 1986) onderworpen, namelijk: *credibility* (vertrouwen in de 'waarheid' van de bevindingen), *transferability* (aantonbaarheid dat de bevindingen toepasbaar zijn in andere contexten), *dependability* (de bevindingen zijn consistent en kunnen worden herhaald) en *confirmability* (een mate van neutraliteit waarin de bevindingen niet berusten op een bias, motivatie of interesse van onderzoekers).

Lincoln en Guba (1985) beschrijven een serie technieken die gebruikt kunnen worden om kwalitatief onderzoek uit te voeren om de criteria, zoals hierboven beschreven, die ze uitlijnen te bereiken.

De technieken om *credibility* te bereiken, welke in mijn onderzoek aan bod kwamen, betreffen de volgende: *Prolonged Engagement*, *Persistent Observation*, *Triangulation*, *Peer debriefing* en *Member-checking*. Als onderzoeker ben ikzelf langdurig blootgesteld geweest aan de fenomenen van angst en depressie. Daarnaast ben ik in het denken en schrijven hier in de voorbije twee jaar sterk mee bezig geweest en deed ik mijn verhaal 'rijpen': meerdere versies werden geschreven over eigen ervaringen, en ervaringen werden toegevoegd of weggelaten (i.e. *prolonged Engagement* of langdurige betrokkenheid). Hierbij werd dan in detail ingezoomd op de elementen die hierop van invloed waren (i.e. *persistent observation*). Verder paste ik *triangulatie* toe door het gebruik van verscheidene bronnen om inzicht te verkrijgen in het fenomeen (o.a. persoonlijke gesprekken, notities van personen die me na aan het hart liggen, het raadplegen van mijn promotor en begeleider, enzovoort). Daarnaast stelde ik mijn proces en verhaal open voor mensen uit mijn context, zoals mijn ouders en vriend, maar ook mijn promotor en begeleidster, om op die manier het onderzoek te verbreden en verdiepen (i.e. *peer debriefing*). Via *member checks* vroeg ik naar reactie van anderen, zoals mijn papa, op de (re)constructie van mijn verhaal om zodoende na te gaan of wat ik schreef ook in hun ogen klopt. Daarnaast kwam dit tot stand door in te gaan op wat auto-etnografie is en door het raadplegen van verscheidene onderzoeken en '*lived experiences*' van anderen; zij vormden tijdens het schrijven een spiegel voor mezelf en het vormgeven van eigen ervaringen, om zodoende te kunnen verdiepen, te verfijnen en bepaalde aspecten te betrekken die ikzelf in eerste instantie niet zag (Lincoln & Guba, 1985).

Om aan de *transferability* te voldoen maak ik gebruik van *thick descriptions* (i.e. gedetailleerde beschrijvingen). Door ervaringen in voldoende detail te beschrijven, kan men evalueren in hoeverre de getrokken conclusies overdraagbaar zijn naar andere tijden, omstandigheden, situaties en mensen. Hierbij gaat onder andere over studenten binnen het hoger onderwijs die eveneens kampen met een psychische kwetsbaarheid (Lincoln & Guba, 1985).

De *dependability* werd behaald door het toepassen van *external audits*, waarbij een onderzoeker die niet bij het onderzoeksproces betrokken is, zowel het proces als het product van het onderzoek bekijkt. Het doel hiervan is de nauwkeurigheid te evalueren en te evalueren of bevindingen, interpretaties en conclusies al dan niet worden ondersteund door de gegevens. Dit kwam vooral tot stand door de samenwerking met mijn begeleider en promotor, alsook door de afstemming met mijn papa, met name door feedback op papier te verkrijgen, gesprekken over de inhoud en het stellen van vragen (Lincoln & Guba, 1985).

De *confirmability*, als laatste, werd eveneens behaald via *external audits* en de toepassing van *triangulatie*, maar ook door een *audit trail* aan de onderzoekspaper toe te voegen: een transparante omschrijving van de stappen die zijn genomen in het onderzoek (zie Methodologie). Uiteraard is de *reflexiviteit*, namelijk de achtergrond, het perspectief en de positie van mijzelf als onderzoeker, eveneens van invloed op de *credibility* van het onderzoek. Ik ben me bewust van mijn eigen positie en het steeds weer teruggedrongen en uitgedaagd te worden in de positie van onderzoeker. Het gaat namelijk niet alleen over het vertellen van mijn eigen verhaal en dit op papier krijgen, maar ook om in analyse als onderzoeker hiermee aan de slag te gaan en er theoretische inzichten doorheen te weven, om te bekijken wat mogelijke betekenissen kunnen zijn (Lincoln & Guba, 1985); of zoals Malterud (2001) het omschrijft: "*A researcher's background and position will affect what they choose to investigate, the angle of investigation, the methods judged most adequate for this purpose, the findings considered most appropriate, and the framing and communication of conclusions*" (p. 483-484).

3. MIJN MONSTER BEGRIJPEN

Wanneer ik terugkijk op mijn ervaringen heb ik een hele weg afgelegd waarbij mensen rondom mij (maar ook ikzelf) probeerden de vinger te leggen op wat er nu precies met me aan de hand was. Her en der werden labels op mij gekleefd zonder goed en wel na te gaan of deze wel correct waren: op school had ik 'faalangst', nadien had ik een 'depressie', achteraf gezien bleek ik een 'angststoornis' te hebben, enzovoort. Door het kleven van die labels werd dan bekeken op welke manier ik het best vooruit zou raken. Ik ging van psycholoog naar psychiater, kreeg psychoanalyse voorgeschoteld en dan toch maar psychotherapie, kreeg verschillende soorten medicatie zoals antidepressiva, bètablokkers, kalmeerpillen, slaappillen, enzovoort. Er werden naar mijn gevoel zomaar wat dingen uitprobeerde die me hopelijk zouden 'genezen', maar een eigenlijke diagnose heb ik nooit gekregen.

Al sinds kinds af aan was ik erg gevoelig en had een grote fantasie. Te griezelige, spannende, emotionele en ontroerende zaken ging ik beter uit de weg. Disney-films kon ik beter niet kijken want die waren te spannend en/of emotioneel (denk maar aan de film 'The Lion King'). Toen ik in de eerste kleuterklas zat, begon ik van de ene op de andere dag overal spinnen te zien nadat mijn juf een spin over haar hand liet kruipen toen we leerden over de spin. Mijn ouders mochten mij niet meer aanraken, en ook toen al werd ik naar een kinderpsychiater gestuurd.

Toen ik twintig was, begon ik bang te worden van het donker, vooral 's nachts, waardoor ik niet goed sliep. Als ik in het donker in bed lag, leek het alsof ik allerlei dingen zag in mijn kamer, waardoor ik altijd met het licht aan wilde slapen. Toen ik zo'n twaalf jaar oud was, had ik een horrorfilm gezien die me sterk had aangegrepen en die 's nachts terugkeerde in mijn gedachten. Mijn ouders maakten zich zorgen om het feit dat hun twintigjarige dochter steeds met het licht aan sliep en dus besloten we een afspraak te maken met een psychologe te Gent.

De keuze om naar een psycholoog te gaan, ging niet over een nacht ijs. Mijn ouders probeerden me eerst zo goed mogelijk zelf bij te staan: een glas warme melk voor het slapengaan, natuurlijke middeltjes om rustig te worden, geen schermen meer een uur voor het slapen, enzovoort. Ze boden een luisterend oor, probeerden me zo goed mogelijk te helpen, te begrijpen waar het vandaan kwam, maar ik bleef met het licht aan slapen. Mijn papa omschrijft de keuze als volgt:

We hadden, toen Vicky nog erg jong was en kampte met het spinnenincident, heel goede ervaringen met de kinderpsychiater, die heel goede tips gaf aan Vicky en ons als ouders. Daarnaast dachten we dat een professionele hulpverlener ons opnieuw goede tips zou kunnen geven over hoe Vicky best met deze toenemende problematiek om in het donker te slapen, kon omgaan. (P. De Wilde, persoonlijke communicatie, 9 maart 2019)

3.1. Het 'monster' in mij

De titel van mijn masterproef '**Een persoonlijke ervaring met angst en depressie - Het 'monster' in mij**' kwam tot stand door een hoorcollege dat ik tijdens mijn tweede schakeljaar volgde en me sterk heeft aangegrepen, namelijk 'Monster en ontmoeting', gedoceerd door mijn masterproefpromotor Prof. Dr. Elisabeth De Schauwer.

Het concept van het monsterlijke en de figuur van het monster is reeds lang aanwezig, denk maar aan de Griekse mythen, zogenaamde freakshows, horrorfilms, enzovoort; het monster blijft fascinerend voor de mens (Shildrick, 2002). Volgens Shildrick (2002) laten monsters zich op veel verschillende en cultureel specifieke manieren zien, maar wat er monsterlijk aan is, is meestal de vorm van hun belichaming. Ze vult echter aan: "*We are always and everywhere vulnerable precisely because the monstrous is not only an exteriority*" (p.1). Als een monster meer is dan alleen uiterlijk, als het een innerlijk leven heeft, is het dan dat van een bruto dier of is het dat van een gevoel van eigenwaarde? Het monster kan dus, ondanks zijn vermeende anders-zijn, niet geheel worden gescheiden van de aard van de mens zelf. De monsters die ons het meest bezighouden, zijn volgens Shildrick (2002) immers diegenen die het dichtst bij ons staan, diegenen die een bepaald aspect van onze eigen vorm tentoonspreiden, en zowel letterlijk als figuurlijk een menselijke taal spreken (Shildrick, 2002).

Probleemdefinities worden vaak onderbouwd door een medisch-psychiatrisch discours, waarbij '*disability*' en '*difference*' (of wat Shildrick (2002) provocerend aanduidt als 'monsterlijkheid') gediagnosticeerd en beschouwd worden als een individueel probleem. Binnen de orthopedagogiek wil men echter wegtreden van hokjes en labels. Er zijn namelijk meer verhalen die deel uitmaken van wie een mens wil en kan zijn. Als orthopedagoog wordt net geprobeerd verder te kijken dan enkel dat wat problematisch is (Van Hove, De Schauwer & Platel, 2017).

Het binaire denken als normaal-abnormaal, gewoon-ongewoon, wij-zij, is diep geworteld en vaak trekken we dit zelf ook door. We duwen weg wat anders is, waar we bang voor zijn, wat 'niet normaal' is, wat 'monsterlijk' is. We hebben een beeld over hoe iets of iemand eruit moet zien en 'monsters' verstoren dit beeld, dus duwen we het weg. Maar het vereist een continue inspanning om deze 'monsters' buiten te houden, zoals wanneer je naar een horrorfilm kijkt tussen je gespreide vingers door: je wil het niet zien, maar toch ben je nieuwsgierig. En dat is net wat er ook in ons eigen lichaam gebeurt; we willen het gevoel van normaliteit zodanig versterken, dat we alles wegduwen wat anders is. Maar door te zeggen wat we niet zijn, krijgen we enkel de illusie dat we normaal zijn en anders dan de anderen (De Schauwer, Van de Putte, Claes, Verstichele & Davies, 2016). Wat als de focus lag op het 'abnormale', op het expliciet monsterlijke? Het bestaan van monstrositeit kan dienen om via vergelijking de veilige subjectiviteit van de meerderheid te bepalen, maar wat belangrijk is, is het beseft dat de standaard niet 'normaal' maar normatief is (Shildrick, 2002).

Aangezien het binaire denken de definiëring van gelijkheid en verschil bepaalt, zijn het deze onderscheidingen die onze identiteit bepalen. Als we weten wat we zijn door wat we niet zijn, dient 'de ander' om de grenzen van het zelf te bepalen. Toch kan volgens Shildrick (2002) het monsterlijke niet beperkt worden tot 'de ander': "*it is not simply alien, but arouses always the contradictory responses of denial and recognition, disgust and empathy, exclusion and identification*" (p. 17).

De binaire denkwijze kan gezien worden als het streven naar een ideologie. Volgens Verhaeghe (2018) komt een ideologie vaak tot ontwikkeling als reactie tegen een andere ideologie, zodat er een wij-versus-zij-verhaal ontstaat, elk met eigen normen en waarden die dan de identiteit van een persoon bepalen. Het anders zijn van ideologieën en bijbehorende identiteiten zit hem dus in andere invullingen van wat als de 'normale' en 'juiste' verhouding ten opzichte van het lichaam en ten opzichte van de ander beschouwd wordt. Daarnaast delen ze volgens Verhaeghe (2018, p.32) nog een punt: "elke ideologie acht de eigen regelgeving superieur en beschouwt die van de anderen als onderontwikkeld, achterlijk of decadent.". De ideefix voor een gelukkig, normaal, perfect en geslaagd leven drijft ons in feite tot depressie...

Verskil maakt integraal deel uit van het mens-zijn, wat ons uniek maakt, waarbij voorbij wordt gegaan aan eenvoudige dichotomieën zoals onder andere 'normaal/abnormaal'. Niemand kan eraan ontsnappen want iedereen is bezig met mens-zijn. Stoorzenders ('monsters') verstoren en verontrusten, maar dienen tegelijk om duidelijkheid te geven over wat we niet willen, kunnen en/of durven zijn (De Schauwer et al., 2017). Een goed evenwicht tussen gelijkheid en verschil met de ander is dus ontzettend belangrijk, zowel maatschappelijk als binnen onze eigen verhoudingen (Verhaeghe, 2018). In plaats van te denken in termen van het goede en het kwade, het zelf en het andere, het normale en het abnormale, het toelaatbare en het verbodene, moet men in plaats daarvan de ambiguïteit en onvoorspelbaarheid omarmen, en openstaan voor de monsterlijke ander: "*The monster in not just abhorrent, it is also enticing, a figure that calls to us, that invites recognition*". (Shildrick, 2002, p. 5).

Door alles neer te schrijven in deze masterproef besef ik hoe zeer ik op zoek wou gaan naar het juiste label, diagnose en behandeling. Maar het is meer dan enkel een label kleven en klaar. Ik heb een moeilijke periode beleefd, gevochten om 'normaal' te zijn. Maar ik wil mijn 'monster' niet langer wegduwen, ik wil het omarmen en eruit leren, want dit is net wie ik ben, wie ik kan zijn, wie ik wil zijn en wie ik wil worden. Mijn monster is deel van mezelf.

3.2. Mad(ness) Studies en Disability Studies

In mijn zoektocht naar kaders en/of theoretische concepten waarbinnen mijn onderzoek kan gesitueerd worden, kwam ik enerzijds uit op *Disability Studies* en anderzijds *Mad(ness) Studies*. Er zouden echter wel wat spanningen bestaan tussen beide disciplines, waarbij het claimen van een *disability*-identiteit op basis van *madness* omstreden is (Brewer, 2018). Het is belangrijk de overlappingsen en verschillen

tussen beide studies te contextualiseren en de terminologie te verduidelijken, om zodoende meer inzicht te verkrijgen in mijn verhaal.

3.2.1. Mad(ness) Studies

Mad(ness) Studies is een opkomend academisch onderzoeksgebied bestaande uit activisten en wetenschappers die soortgelijke kritieken op de psychiatrie delen (Brewer, 2018). Het is een onderzoek naar de geschiedenis, literatuur, cultuur en ervaringen van *'mad people'*, zoals bijvoorbeeld psychiatrisch overlevenden (i.e. *'survivors'*) (Costa, 2014), personen die in het systeem voor geestelijke gezondheidszorg schendingen hebben ervaren van de mensenrechten. Een meer inclusieve term hiervan is *consument/overlever/ex-patiënt (c/s/x)* (Price, 2011).

Beroepskennis, opgedaan via onderwijs en leren, heeft helaas nog steeds een hogere status dan *'ervaringsgerichte'* kennis, verkregen via geleefde ervaringen. Een psychiatrisch verhaal van een psychische aandoening heeft immers ook een tegenverhaal, namelijk de levensverhalen van mensen die het label *'mad'* hebben. Maar deze *'mad voices'* worden dikwijls niet gehoord, overschreven, het zwijgen opgelegd of zelfs gewist in de loop van een psychiatrische behandeling. Te vaak wordt uitgegaan van een *'vertel ons je verhaal, wij geven je een diagnose'* (Russo & Beresford, 2015; Wolframe, 2012). Campbell (2000) legt bijvoorbeeld uit dat een diagnose van een psychische aandoening soms behulpzaam is bij het verlichten van verwarring en angst, maar dat het een individu in feite markeert als een burger van mindere waarde, geïsoleerd, wantrouwig, werkloos en afhankelijk van het sociale zekerheidsstelsel.

Hoe heterogeen de ervaringen van deze *survivors* ook zijn, de dominante maatschappelijke reacties daarop blijven tamelijk homogeen: veelal worden deze mensen in de media afgeschilderd als manipulatief, gewelddadig, arbeidsongeschikt of onproductief (Wolframe, 2012). Door zich te baseren op derde-persoonskennis (i.e. *spreken over* iemand in plaats van *spreken tegen en met hen*) wordt dialoog uitgesloten (Russo, 2016), terwijl we allemaal verschillende ideeën hebben over identiteit en er grote verschillen zijn in onze ervaringen van gek zijn (Wolframe, 2012). Deze *'hiërarchie'* is zowel terug te vinden in onderzoek als in de geestelijke gezondheidszorg (Faulkner, 2017; Boxall & Beresford, 2013). Zelfs met modificaties blijft ervaringskennis onderaan de hiërarchie, waardoor de stemmen van beleefde ervaringen worden gemarginaliseerd (Faulkner, 2017).

Als gevolg van de gestigmatiseerde plaats in de samenleving die psychiatrische patiënten innemen (of krijgen), laten *'survivors'* binnen deze *Mad(ness) Studies* hun stem horen (Brewer, 2018). Ze dagen de algemene kennis over geestelijke gezondheid uit (i.e. biomedische kennis) op basis van hun eigen ervaringskennis, wat ons nieuwe manieren biedt om deze ervaringen te begrijpen, hiermee om te gaan, deze te overwinnen en diensten te verlenen (Faulkner, 2017).

3.2.2. Disability Studies

Disability Studies gaat over het kritisch bekijken van de opvatting van een beperking als een individueel tekort, defect en/of medisch 'probleem', dat moet worden 'genezen' en alleen kan worden verholpen door medische tussenkomst van 'experts' en andere 'dienstverleners'. Het stelt dat een beperking slechts een probleem is wanneer het door de omgeving of context als dusdanig wordt gezien (Price, 2011; Society for disability studies, 2016). Om een vaak voorkomend voorbeeld te gebruiken: het gebruik van een rolstoel is op zichzelf geen probleem, tenzij men deze wil gebruiken op een bus, vliegtuig of in een gebouw zonder lift (Price, 2011). *Disability Studies* houdt zich bezig met menselijk verschil en benadrukt de manieren waarop mensen met beperkingen worden uitgestoten, gemedicaliseerd, gedirigeerd en uit de maatschappelijk gedefinieerde ruimte van het 'normale' worden geduwd (Price, 2011).

Het is een wetenschapsgebied dat het begrip 'beperking' in verschillende contexten bestudeert (Baart & Maier, 2016). Het gaat daarbij echter niet om het bestuderen van verschillende stoornissen als een karakteristiek in een persoon (i.e. een klinisch, medisch of therapeutisch perspectief), maar het richt zich op de leefomstandigheden van mensen met een beperking en hoe dit gedefinieerd en gerepresenteerd wordt in de samenleving. Er kan dus een verschuiving worden gezien van het deficitperspectief naar een studie van een beperking als een historisch, sociaal, politiek, economisch, relationeel en cultureel fenomeen (Baart & Maier, 2016; Claes, 2016; Taylor, Shoultz & Walker, 2003). *Disability Studies* bestudeert een beperking dus binnen zijn sociale en culturele context en belicht de perspectieven, verhalen en stemmen van personen met een beperking (Claes, 2016).

Daarnaast doet *Disability Studies* aan coöperatief (i.e. participatief) onderzoek waarbij betrokkenen, zoals onderzochten, opdrachtgevers, degenen die voor- of nadeel van het onderzoek kunnen ondervinden, enzovoort, deelnemen als medeonderzoekers. Zij hebben hun eigen expertise, nemen deel aan diverse beslissingsprocessen en dragen daarvoor ook verantwoordelijkheid (Smaling, 2009). De meeste onderzoeksprojecten binnen dit studiegebied werken meestal samen met personen met een beperking en/of ouders en naasten van kinderen met een beperking. Naast het wetenschappelijk aspect gaat er dus ook veel aandacht naar de maatschappelijk-politieke zijde (Van Hove, Schippers, Cardol & De Schauwer, 2016).

3.2.3. Twee zijden van dezelfde medaille

De vraag die veelal wordt gesteld is of *madness* al dan niet kan worden beschouwd als beperking. Sommigen zien ze als bondgenoten, aangezien zowel *Mad(ness) Studies* als *Disability Studies* beweren dat mentale en fysieke verschillen een bepalend kenmerk van de mensheid zijn. Anderen zien *madness* als een deel van een mentale beperking. Een argument dat kan worden gegeven voor het beschouwen van *madness* als beperking is het motto "*nothing about us without us*", wat nuttig is voor zowel *survivors* als mensen met een beperking. Het is van toepassing op de wens van beide groepen om als autoriteiten

te worden beschouwd op basis van hun eigen ervaring en te worden opgenomen in individuele en grootschalige beleidsbeslissingen (Brewer, 2018).

Ondanks de overlappings is er een diepe kloof tussen *Mad(ness) Studies* en *Disability Studies* omdat veel *survivors* zich niet identificeren als beperkt, en evenzo identificeren veel mensen met een beperking zich niet als *survivors*. Soms zetten ze zich zelfs af tegen elkaar: *survivors* die zichzelf zien als mentaal anders en hun uniekheid vieren, zouden het label *disability* en de pathologie ervan kunnen afwijzen om hun ervaring te verklaren (Brewer, 2018).

Er zijn verschillende termen om de beperkingen van de geest aan te geven: *'psychiatrische beperking'*, *'geestesziekte'*, *'cognitieve beperking'*, *'intellectuele beperking'*, *'mentale beperking'*, *'gebruiker' (of 'consument') van de geestelijke gezondheidszorg*, *'survivor'*, *'crazy'*, *'mad'*,... Geoffrey Reaume (2006) zegt hierover dat geen enkele term in de geschiedenis van *'madness'* neutraal is (Price, 2011).

Beresford (2000) merkte op dat ongeacht hoe mensen met een beperking of *survivors* over zichzelf denken, ze nog steeds op één hoop worden gegooid binnen dezelfde extern opgelegde definities, administratieve categorieën en statistieken en beiden worden onderworpen aan discriminatie en onderdrukking. Hiermee kan gesteld worden dat instellingen vaak individuen labelen, in plaats van dat individuen hun eigen labels kiezen, terwijl dat laatste net veel zegt over hoe iemand zijn of haar ervaringen bekijkt. Een beperking is volgens Smith (2013) namelijk een identiteit. Iedereen moet de kans krijgen om zich te identificeren met waar hij of zij zich goed bij voelt, ongeacht of dit *mad* of *disabled* is, of allebei (Beresford, 2000).

Met de inzichten van nu, zag ik mezelf tijdens mijn moeilijke periode als iemand met een permanente aandoening en een beperking (*disabled*): "Ik zal nooit beter worden en moet mijn leven aanpassen aan deze beperking". Vandaag de dag zie ik mezelf een 'overlever' (*survivor*) van de moeilijke periodes waarin ik kampte met angst en depressie, maar ben we er wel van bewust dat herval altijd kan optreden, hoewel ik nu weet welke aanpak en zorg nodig is om dit opnieuw te boven te komen. Maar wat nog het meest belangrijk is, is dat ik inzie dat ik hier veel sterker ben uitgekomen dan in het geval dat ik dit nooit had meegemaakt, wellicht sterker dan iemand die deze ervaring nooit heeft moeten doorstaan.

3.3. Love as pedagogy

In de periode dat ik contact nam met een psycholoog voor mijn 'angst voor het donker', studeerde ik in mijn tweede jaar aan de Hogeschool Gent, waar ik de opleiding Interieurvormgeving volgde. Tijdens een van de opdrachten werden mijn ontwerpen verschillende malen afgekeurd: het concept was niet genoeg uitgedacht, het moodboard moest beter, mijn focus moest anders, enzovoort. Ik begon steeds meer aan mezelf te twijfelen of ik deze studie wel aankon, wat dan weer zijn weerslag had in mijn ontwerpen. Alles werd ook erg technisch, net nu ik meer creatief wilde bezig zijn. Op een bepaalde dag kreeg ik de commentaar van een van de docenten dat "als ik dit niet kon, ik maar kleuteronderwijs moest

gaan studeren". Op dat moment heb ik een enorme knak gekregen. Ik ben naar huis gegaan en ben beginnen huilen. Ik vertelde mijn papa dat ik niet meer naar school wilde, dat ik het toch niet kon en vertelde hem wat mijn docent had gezegd. Hij drukte me op het hart dat we er samen uit zouden raken, dat hij me zou helpen en ik er niet alleen voor stond. Maar de onzekerheid had zijn hoogtepunt bereikt en ik was bang om naar school te gaan, ik was bang om opnieuw kwetsende opmerkingen te krijgen, dat mijn ontwerpen opnieuw niet goed zouden zijn, dat ik me niet goed genoeg zou voelen.

Achteraf gezien bedoelde de docent het wellicht niet slecht. Docenten moeten hun studenten immers motiveren én tegelijkertijd voorbereiden op een wereld van harde aannemers en klanten. Wanneer ik zou ontwerpen voor een klant en mijn ontwerp is niet naar hun verwachtingen, zouden ze ook zeggen 'doe dit maar opnieuw, zo wil ik het niet'. Zou ik dan ook moeten twifelen over mijn kunnen, beginnen huilen en opgeven?

De docent had mijns inziens zijn boodschap wellicht op een andere manier kunnen overbrengen, zodat het niet zo hard zou zijn aangekomen. Moest hij op een meer aanmoedigende, motiverende, liefdevolle en hoopvolle manier gereageerd hebben, had ik misschien wel de drive gevonden om door te zetten. Cho (2009) beschreef immers dat liefde een positief (en zelfs noodzakelijk) element is voor succesvol en zinvol onderwijzen en leren: *"Love has the power to inspire students to seek after knowledge, love can unite the teacher and student in the quest for knowledge, and the love of learning can even empower students to challenge knowledge thereby pushing its limits."* (Cho, 2009, p.125). Hierbij gaat het natuurlijk niet over liefde in een amoureuze betekenis, maar liefde in het motiveren van studenten om zo goed mogelijk te presteren in het verwerven van kennis (Cho, 2009). Dit kan eveneens gekoppeld worden aan een 'Pedagogy of Hope' en zoals Freire (2004) stelt: *"(...) One of the tasks of the progressive educator, through a serious, correct political analysis, is to unveil opportunities for hope, no matter what the obstacles may be"* (pp. 2-3).

Formeel onderwijs is helaas tot een punt gekomen waarbij het idee om een professionele afstand tussen docent en student te behouden wordt aangemoedigd en vaak wordt vereist (Loreman, 2011). De functie van hoger onderwijs lijkt tegenwoordig op die van leverancier van intellectueel kapitaal voor de kenniseconomie (Allan, Ramaekers, & Van Der Velden, 2005), en studenten worden steeds meer louter gezien als toekomstige werknemers op de arbeidsmarkt (Van Hove, et al., 2012).

'Love as pedagogy' wordt meestal teruggevonden in informele contexten, zoals een vader die zijn dochter leert hoe een vlieger te besturen. In dit soort situaties zijn interacties intiem, veilig, zorgzaam en warm. Het comfort dat beiden voelen, verrijkt en verbetert de leerervaringen waardoor ze gedenkwaardig en effectief worden. Dit soort interactie is om de een of andere reden weggewerkt uit de formele onderwijscontexten waardoor ze onpersoonlijk zijn geworden (Loreman, 2011). Van Manen (1991) benadrukt dat het vermogen van een volwassene om een student te beïnvloeden, reëel is wanneer de autoriteit niet afhankelijk is van macht, maar van liefde en genegenheid, van vertrouwen

opbouwen en de studenten te behandelen als mensen (Harjunen, 2009; Hoyle, 2002; Uusiautti, Määttä, & Määttä, 2013).

In de op liefde gebaseerde benadering zorgt een liefhebbende docent ervoor dat studenten hun vertrouwen niet verliezen in hun leerproces en hun eigenwaarde wanneer ze in moeilijkheden komen. Daarnaast moeten docenten primair gericht zijn op het stimuleren van talenten die studenten bezitten (Van Manen, 1991; Määttä & Uusiautti, 2012). Verder kunnen docenten leren aan studenten hoe ze moeten omgaan met falen, onzekerheid, zwakte en eenzaamheid door empathie en aanmoediging: ze helpen studenten het goede in zichzelf en anderen te herkennen in plaats van zich te concentreren op wat verkeerd wordt gedaan. Hierdoor kunnen docenten studenten helpen ontdekken wat ze goed doen en wat nog meer kan worden gedaan (Ryan, Soven, Smither, Sullivan, & Vanbuskirk, 1999; Uusiautti, Määttä, & Määttä, 2013).

Maar docenten moeten natuurlijk wel een balans vinden tussen deze liefde en autoriteit, aangezien ze wel een taak te vervullen hebben en er verwachtingen moeten worden ingelost. Niet alleen mensen buiten het onderwijs kunnen immers een verschil maken, ook docenten kunnen hierin een belangrijke rol spelen en kunnen ervoor zorgen dat jonge mensen, jonge studenten, zichzelf niet verliezen. Graham (2018) verwoordt dit op de volgende manier:

The loving affirmation is more like a professor reflecting back a student's beauty so that she can see, believe, and act like she has something important to contribute to the world — and maybe, ultimately, come to see that she is infinitely valuable even if she does not contribute in objectified ways. (p.171)

De periode die volgde moest ik mezelf verplichten om naar school te gaan, maar dat lukte niet altijd even goed. Vaak 'skipte' ik de lessen om thuis aan mijn ontwerpen te werken om deze te kunnen voorleggen aan de docent wanneer ik vond dat ze goed waren. Maar het leek nooit goed genoeg. Telkens als ik een nieuw ontwerp voorlegde, werd dit helemaal ontleed en moest ik terug naar af. Ik leek helemaal geen vooruitgang te boeken. Terwijl medestudenten aan hun afwerkingsfase begonnen, stond ik nog maar aan het begin en de deadlines kwamen steeds dichterbij. Ik had geen inspiratie meer, het zou toch weer niet goed zijn en toen op een bepaalde dag mijn opgeslagen digitale tekeningen plots waren verdwenen, barstte ik in huilen uit. Ik wou mijn laptop op de grond gooien, wilde dit niet meer, ik wou stoppen. Mijn mama gaf me een duwtje in de rug om toch verder te proberen, me niet door de stress te laten kleinkrijgen, waarna ik huilend mijn tekeningen opnieuw begon te maken. Op datzelfde moment kreeg ik van alle stress een migraineaanval en spendeerde mijn namiddag in het donker in bed.

Toen mijn papa thuis kwam van het werk lag ik hysterisch in bed te huilen en smeekte hem me niet opnieuw naar school te sturen. Hij stelde voor om ons de dag nadien samen over mijn ontwerp te buigen en zodoende toch nog een keer te proberen. Hij wilde zelfs met me mee naar school gaan. We werkten

inderdaad samen iets uit, maar ik zag het niet meer positief in: “Het zou toch weer niet goed zijn”, “De docent zal me weer afbreken”, “Ik kan deze studie niet aan”, “Ik ga nergens geraken”, enzovoort. Ik piekerde me suf over wat zou kunnen gebeuren, wat ik zou doen als ik weer naar school moest gaan. Ik wilde, durfde niet meer naar die plek en zou dit ook nooit meer doen.

Bij de psychologe ging het ook bergaf. In de eerste contacten voelde ik me gehoord, werd er objectief naar mij geluisterd en ze drukte me op het hart dat we na de kennismakingsgesprekken het probleem om te slapen in het donker zouden aanpakken. Maar iedere week keerde ik terug en sprak over alles wat in me opkwam, tot ik het gevoel had dat ik uitgepraat was. Ik boekte geen resultaten met mijn slaapprobleem en angst voor het donker en vroeg me af wanneer we effectief aan dit probleem zouden werken. Elke week keerde ik terug en groef in mijn hoofd naar alles wat ik nog kon vertellen. Ik begon me steeds onzekerder te voelen en begon te piekeren: “Waarom was ik nog niet van mijn slaapprobleem af?”, “Waarover moest ik het nog hebben met de psychologe?”, “Doe ik iets verkeerd?”, “Is dit normaal?”,... Ik ging steeds dieper graven in mezelf en begon het te hebben over gebrek aan zelfvertrouwen, onzekerheid, twijfel in mezelf en zelfs zelfmoord, mede als gevolg van wat er gebeurd was op school. Alles kwam bloot te liggen en ik voelde me op dat moment erg kwetsbaar want ik wist helemaal niet waar al deze gedachten vandaan kwamen.

Vanaf dat moment sloeg mijn hartslag de hoogte in van zodra ik 's ochtends mijn ogen opende, hyperventileerde ik, begon ik te beven, kreeg het warm en koud tegelijk, piekerde me helemaal suf, ... en dit tot ik 's avonds zo uitgeput was van al deze gevoelens en in slaap viel. Ik verloor mijn eetlust, zag de zin niet meer in het leven, was zo bang om het huis te verlaten, ... Het liefst van al wilde ik gewoon in bed liggen, de gordijnen dicht en een hele dag slapen. Als ik sliep, voelde ik immers niets en dacht aan niets.

Met deze gevoelens en ervaringen ging ik opnieuw naar de psychologe. Ik huilde aan één stuk door en legde alles op tafel wat ik voelde, dacht, ervaarde, in de hoop dat ze me eindelijk die dingen zou zeggen die ik moest doen zodat ik me beter zou voelen. Dit gebeurde niet en ze stuurde me met de boodschap “tot volgende week” naar huis. Huilend ben ik in mijn auto gaan zitten en heb een goede vriend gebeld. Ik wilde niet meer leven, wilde dat alles ophield, wilde geen angst meer voelen, ... Door zijn ondersteunende woorden kalmeerde ik een beetje en ben naar huis gereden. Amper een half uurtje moest ik rijden, maar ik weet nog dat het meermaals in me opkwam om het stuur om te slaan en mezelf dood te rijden. Dan zou alles voorbij zijn.

Toen ik thuis de oprit opreed ben ik nog een tiental minuten in de auto blijven zitten. Ik wist niet wat ik aan mijn ouders moest zeggen. Toen ik huilend binnenkwam, ging ik naar de keuken en liet me op de grond zakken. Ik was volledig in paniek: ik huilde tranen met tuiten, haalde hortend adem, beefde over mijn hele lichaam, zweette me te pletter, en al die gedachten die me overspoelden waren zo sterk dat ik met mijn hoofd in mijn handen begon te wiegen tot het eindelijk over zou gaan. Mijn mama kwam me tegemoet met de boodschap dat ze zo ongerust was en ik al lang thuis had moeten zijn, tot ze me zag

zitten. Ze wist meteen dat er iets niet in orde was en toen ik zei "Ik wil dood" heeft ze mijn papa en de huisarts gebeld.

Ik deed het hele verhaal aan de huisarts: hoe ik me al een hele tijd neerslachtig voelde, dat ik nergens het nut van inzag, dat ik alleen maar in het donker in bed wou liggen omdat ik niets voelde als ik sliep, dat ik alleen nog maar kon huilen, dat ik dood wilde... De huisarts besloot dat ik een zware depressie had en kampte met een angststoornis en schreef me een antidepressivum voor. Rust was nu wat ik nodig had. Samen besloten we dat het de beste oplossing was om mijn opleiding stop te zetten. Een enorme last viel van mijn schouders: ik moest niet meer naar school terug, ik kon veilig thuis blijven bij mijn ouders. De huisarts vond daarnaast dat mijn psycholoog eerder een psychoanalytische aanpak gebruikte en twijfelde sterk of dit wel de juiste aanpak was. Daarom stelde ze voor om toch een andere psycholoog te bezoeken en dichter bij huis.

3.4. Een wirwar van 'labels'

Labels zijn eigenlijk niets meer dan paraplu-begrippen die een verzameling symptomen omvatten die vaak samen voorkomen. Deze labels functioneren vaak als oogkleppen, terwijl men niet ziet hoe gedrag net verankerd is binnen verschillende contextuele factoren. Individuen worden actief gestuurd in de richting van gewenste gedragingen, met als neveneffect dat ze soms opgesloten raken in het kluwen van (voor)oordelen die samenhangen met een stoornis (Vanheule, 2017).

Wereldwijd is de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), het psychiatrisch handboek van de *American Psychiatric Association*, het meest gebruikte instrument om vormen van psychopathologie vast te stellen. Maar liefst 1211 bladzijden en 347 stoornissen telt de vijfde (en meest recente) versie (Vanheule, 2017). Bij elke nieuwe editie kwam er een spectaculaire stijging van het aantal labels, met tegelijk een al even grote stijging van het aantal mensen dat een psychiatrisch etiket krijgt (Verhaeghe, 2018). Die labels stellen volgens Verhaeghe (2018) wetenschappelijk gezien weinig voor, en de meerderheid van de diagnoses wordt gemaakt op grond van eenvoudige checklists. Price (2011) stelt zelfs dat mentale beperkingen beter worden begrepen in termen van variëteit en verschil in plaats van 'ja/nee' diagnoses.

De DSM heeft veel bijgedragen aan de psychiatrische wereld, waaronder standaardisering van het psychiatrisch taalgebruik en de betrouwbaarheid van psychiatrische diagnostiek en onderzoek (Frances, 2013). Soms wordt het wel eens de 'bijbel' van de psychiatrie genoemd. Maar de dingen een naam geven is echter niet hetzelfde als die begrijpen.

Er wordt wel vaker gefocust op het oorzakelijk verklaren (*Erklären*), dan op het begrijpen (*Verstehen*) van de ervaring. Het verschil tussen *Erklären* en *Verstehen* werd gemaakt door Wilhelm Dilthey, die het verschil tussen de exacte en humane wetenschappen wilde benoemen. *Erklären* is het zoeken naar oorzakelijke verklaringen, terwijl *Verstehen* het begrijpen van de cliënt, zijn context, betekenisgeving en

ervaring betekent. Beide zijn echter wel onlosmakelijk met elkaar verbonden: het verklaren van een mentale stoornis houdt immers ook het begrijpen ervan in, en vice versa (Hens & Van Goidsenhoven, 2018).

Wanneer ik aan de slag ging met deze masterproef was mijn startpunt het literatuuronderzoek over al deze labels: 'Wat is een depressie en een angststoornis?', 'Welke symptomen zijn er?', 'Waar ligt de oorzaak?', 'Welke behandelingen zijn het best toe te passen?', enzovoort. Ik was in feite mezelf aan het diagnosticeren, want wanneer ik de DSM ging raadplegen was er niet één omschrijving van deze begrippen, maar verscheidene! Onder angststoornis zijn er verschillende soorten (bv. separatie-angststoornis, sociale angststoornis, gegeneraliseerde angststoornis, enzovoort.) en ook depressie heeft zo zijn verschillende types naargelang duur en ernst (Bayingana et al., 2002; Braet et al., 2014; American Psychiatric Association, 2013). Het was onbegonnen werk om heel de symptomatologie uit te pluizen en mezelf snel even een diagnose te geven. Maar wat had ik dan wel? Mijn huisarts had mijn situatie toch benoemd als 'zware depressie' en 'angststoornis'?

Dit alles kan gesitueerd worden binnen de checklistbenadering van de DSM, waarbij men zich richt op afzonderlijke symptomen en criteria en geen aandacht besteedt aan de manier waarop deze symptomen verbonden zijn. Er wordt verondersteld dat diagnostische criteria losstaan van elkaar, waardoor ze additief van aard zijn: diagnoses worden dan gesteld door op te tellen aan hoeveel criteria iemands functioneren voldoet. Dit zou immers veel betrouwbaarder zijn en in relatief korte tijd zouden grote groepen patiënten gescreend kunnen worden op psychische stoornissen (Vanheule, 2017). Naar mijns inziens worden op deze manier echter veel factoren uit het oog verloren.

Ja, ik ben soms zodanig angstig dat ik niet langer rationeel kan nadenken, dat ik met mezelf geen blijf weet en vaak geen idee heb waar het vandaan komt. Maar is angst in mijn geval dan een stoornis of net een deel van mijn leven? Een 'zijn'? Of een 'bestaan'?

Hoewel ik niet zo'n voorstander ben van diagnoses, zou door het afschaffen van diagnostische labels de ervaringen die ermee gepaard gaan, onzichtbaar worden. Zonder de termen 'depressie' en 'angst', zou mijn verhaal er wellicht ook erg anders hebben uitgezien, laat staan dat er een verhaal was. Het is voor mij minder belangrijk om mezelf te labelen volgens een bepaald model, maar belangrijker dat anderen kunnen begrijpen hoe het is om geïdentificeerd te worden als 'mentaal ziek' in een klimaat van stereotypering (Wolframe, 2018).

Onze maatschappij is bepalend voor de sociale verhoudingen en de bijbehorende normen en waarden, waardoor die maatschappij niet alleen 'de' normale identiteit bepaalt, maar ook de stoornissen, de afwijkingen. Wanneer mensen stellen dat psychische stoornissen ziektes zijn die in de genen en de hersenen zitten, vertolken ze daarmee de hedendaagse dominante opvatting en een behoefte aan verontschuldiging: "Ik kan er niets aan doen, het zit in mijn genen, mijn brein" (Verhaeghe, 2017, 2018). Bij een beperkt aantal psychische stoornissen speelt een genetische basis een rol, maar voor de rest is het volgens Verhaeghe (2018) koffiedik kijken. Bovendien komt het onderscheid tussen psychisch

normaal en psychisch abnormaal steeds neer op afwijkingen van de (sociale) norm. Tot op vandaag kan het onderscheid tussen psychisch normaal en psychisch abnormaal niet geformuleerd worden los van sociale criteria. Psychische stoornissen zijn dus ook, en zelfs vooral, *morele* stoornissen, want 'patiënten' beantwoorden niet aan de dominante normen en waarden van hun maatschappij en lijden daaronder en/of doen anderen eronder lijden (Verhaeghe, 2018).

Samengevat luidt volgens Verhaeghe (2018) de diagnostische rationale van de labeldiagnostiek als volgt: "een psychologisch of gedragsmatig kenmerk komt te veel of te weinig voor en is daarom sociaal onaanvaardbaar, waarbij men stilzwijgend aanneemt dat de oorzaak in het organische ligt".

In mijn eigen familie werd soms ook getracht de link te leggen met deze 'genetische basis': mijn opa was een aantal keer opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, mijn tante had paniekaanvallen toen ze nog studeerde en tot slot was mijn mama ook door moeilijke periodes gegaan. Mijn mama zegt hierover het volgende:

Ik was twaalf jaar oud toen mijn vader de eerste keer werd opgenomen in een psychiatrische kliniek voor overspannenheid. Hij was vader van zes kinderen, waarvan ik de oudste, en hij deed bandwerk, wat erg afstomend was voor hem. Een tweede opname kwam toen ik zo'n twintig jaar oud was, opnieuw voor overspannenheid. Op dat punt heeft hij besloten zich om te scholen tot metser en veranderde hij van werk waarbij de druk minder was, hoewel hij altijd medicatie bleef nemen. Toen mijn moeder in 2006 op zesenzestigjarige leeftijd stierf, moest hij opnieuw worden opgenomen omdat hij deze gebeurtenis mentaal niet aankon. Twee jaar nadien is hij zelf overleden.

Aan de kant van mijn echtgenoot heeft ook mijn schoonzus moeilijke momenten doorgemaakt toen ze nog studeerde. Zij kampte met enorm veel faalangst en wilde haar eindexamen zelfs niet meedoen. Uiteindelijk deed ze dit wel, maar mijn schoonmoeder heeft haar bijna letterlijk het klaslokaal moeten induwen. Toen mijn man en ik net getrouwd waren, had mijn schoonmoeder het eveneens erg moeilijk, waarbij we het vermoeden kregen dat ook zij met depressieve gevoelens kampte.

Mijn dochter zat in de eerste kleuterklas toen we een kinderpsychiater moesten bezoeken omdat zij van de ene dag op de andere spinnen begon te zien. De kleuterjuf had een spin over haar hand laten kruipen toen zij de klas wilde onderwijzen over de spin, wat mijn dochter blijkbaar erg had aangegrepen. Als jonge ouders wisten we toen ook niet hoe we daarmee om konden (en moesten) gaan.

Ikzelf stelde de eerste tekenen van 'iets' vast toen ik veertig jaar werd. Ik begon me in te beelden dat mijn tanden los kwamen te zitten en ben hiervoor zelfs langs geweest bij de tandarts, hoewel het probleem duidelijk 'tussen mijn oren zat'. Ik begon dagelijks een halve Temesta

(kalmeermiddel) te nemen om me minder angstig te voelen, hoewel dit geen oplossing bleek. Wanneer mijn kinderen naar school waren, zat ik een hele dag in de tuin op mijn bankje en hilde. Soms krijg ik het nog moeilijk wanneer ik hieraan terugdenk. Mijn kinderen hebben dit ook lang niet geweten, want ik wilde dit naar hen toe niet laten merken.

Ook op het werk ging het niet goed tussen mezelf en mijn bazin en ik begon Seroxat (antidepressiva) te slikken en later Sipralexa (antidepressiva), wat ik tot op vandaag nog steeds neem. Ik ben gestopt met werken en mits medicatie kreeg ik dat 'iets' wel onder controle, hoewel de maanden januari en februari altijd wel een deprimerend gevoel gaven.

Na twaalf jaar thuiszitten voelde ik het deprimerende gevoel terugkomen, maar met het vervullen van een droom: een eigen Bed and Breakfast runnen, zei mijn zus: "Je hebt terug lichtjes in je ogen". (C. Dillis, Persoonlijke communicatie, 17 februari 2019)

De periode die volgde ging met vallen en opstaan. Ik legde al mijn hoop in de nieuwe psychologe die me dit keer hopelijk wel zou helpen. Maar met de nieuwe psychologe was er ook vanaf het begin geen klik. Bij het eerste contact diende ik aan de ene kant van haar bureau plaats te nemen, terwijl zij tegenover me ging zitten. Het voelde alsof ik op het matje geroepen werd bij de directrice. Ik voelde me zoals op school: zij de expert, ik de jongere met problemen. Ik voelde me helemaal niet op mijn gemak, voelde geen klik... en ik ben dan ook maar een aantal keer bij haar langs geweest.

Om het zonder psycholoog te redden, ging ik vaak mee boodschappen doen met mijn mama en spendeerde veel tijd met haar omdat ik niet alleen wou zijn en mijn gedachten op andere dingen moest richten; anders lag ik toch alleen maar in bed.

Kort nadien stelde mijn papa voor om een keer naar een collega van hem te gaan die als 'Mental Coach' werkzaam was. Zij zou me op een positieve manier kunnen ondersteunen in het verkrijgen van meer zelfvertrouwen, en in de contacten met haar begon ik me inderdaad stilaan beter te voelen. Ze luisterde op een objectieve, niet-veroordelende manier en reikte me handvaten die ik kon inzetten om me beter te voelen zoals Neurolinguistic Programming (NLP), mindfulness, relaxatieoefeningen en probeerde me in kleine stapjes dingen te doen ondernemen. Zo stelde ze voor om in mijn eentje een dagtrip te plannen naar Gent, Antwerpen, of dergelijke, of mijn studeervaardigheden in te oefenen en me te verdiepen in iets wat me aansprak. Maar deze dingen waren niet wat ik echt nodig had. Ik wilde niet heel België in mijn eentje rondreizen, en hoewel ik startte met de aankoop van verscheidene boeken die mijn interesse hadden gewekt (zoals NLP, Mindfulness, psychologie, enzovoort.) kon ik me er niet toe brengen er verder in te raken dan de eerste pagina's. Dan startte ik met goede moed aan een nieuw boek, raakte het beu en ging op zoek naar een ander boek, enzovoort.

Hoewel al deze zaken me niet echt vooruit brachten, voelde ik me niet meer alleen met mijn problemen en vond iemand waar ik ten allen tijde bij terecht kon. Haar woning was gelegen in Sint-Katelijne-Waver,

minstens vijfenveertig minuten rijden, maar dat was voor mij even een moment voor mezelf: wat muziek in de auto en even alleen met mijn gedachten terwijl ik me concentreerde op de baan en het rijden op zich, een uurtje bij haar over alles kunnen vertellen en daarna terug naar huis. Tijdens een van de eerste contactmomenten gaf ze me een kaartje dat tot nu toe boven mijn bureau hangt en waar ik af en toe naar teruggrijp en van grote betekenis voor me is:

Let op je gedachten – ze worden woorden
Let op je woorden – ze worden daden
Let op je daden – ze worden gewoonten
Let op je gewoonten – ze worden een houding
Let op je houding – het wordt je bestemming ...
(Frank Outlaw)

Zij deed me inzien wat ik wilde en niet wilde, waar ik nood aan had, wat ik moest doen... Door haar besepte ik bijvoorbeeld dat ik niet gelukkig meer was in de relatie waar ik tot op dat moment reeds drie jaar aan had besteed, en door haar besloot ik hier dan ook een einde aan te maken, wat voor mij een enorme stap vooruit was: ik dúfde voor mezelf kiezen. Ik weet nog dat ik enorm huilde toen ik de relatie net had stopgezet, waarbij mijn mama vroeg of ik wel zeker was van mijn keuze. Ik antwoordde haar dat ik huilde van opluchting.

Stilaan begon mijn zelfvertrouwen terug te keren en ik voelde me klaar om een nieuwe uitdaging aan te gaan. Bij mijn papa op het werk waren ze nog op zoek naar jobstudenten voor de maand juli of augustus, waarvoor ik besloot te solliciteren. Maar omdat ik mijn studie in april had stopgezet, had ik niet meer het statuut van student en kon deze job niet aannemen. Toch gaf ik de moed niet op en besloot op zoek te gaan naar een parttime job niet ver van huis. Ik ging solliciteren bij Quick, waar ik drie dagen in de week zou moeten werken. Mijn sollicitatiegesprek was verre van goed omdat ik meer mijn onzekerheid en zwakke punten in de verf zette: ik sprak over mijn angsten om te falen, waar ik niet goed in was, dat ik wellicht ging weglopen en het niet echt zag zitten om überhaupt te werken, dat ik niet goed zou zijn in het bedienen van klanten, enzovoort. Maar de manager besloot me (tot mijn grote verrassing) toch een kans te geven. Ik zou 's anderendaags mogen starten met een introductie.

De dag nadien stond ik 's morgens paraat bij de Quick, maar op dat moment begon ik terug angst te voelen: "Wat als ik dit niet kon?", "Wat als de klanten niet tevreden waren?", "Wat als ik het verpestte?", enzovoort. Ik mocht mijn kledij aantrekken, kreeg een rondleiding en ik zou meteen leren hoe ik de kassa zou moeten bedienen en klanten moest ontvangen. Op dat moment ging het plots niet meer. Ik moest daar weg, ik kon dit niet. Ik gaf te kennen aan de manager dat dit niets voor mij was, en na amper twee uur stond ik alweer buiten; opgelucht dat ik naar huis kon en weer bij mijn mama kon zijn. Mijn ouders waren gelukkig niet boos, maar drukten me op het hart dat ik duidelijk meer tijd nodig had om tot mezelf te komen.

Niet lang daarna besloot ik nog eens te proberen als schoonmaakster in een bedrijf. Het ging over een tijdelijke opdracht van drie dagen. Maar ook hier voelde ik op dag één al de paniek opkomen en na amper één uur stond ik ook daar weer buiten, zo blij dat ik bij mijn mama kon teruggaan.

Alweer een maand ging voorbij en ik begon na te denken over wat ik wilde doen met mijn leven. Ik wou niet altijd thuis blijven, als een bange muis, in mijn 'gouden kooi'. Ik wou iets betekenen voor anderen en me niet steeds afhankelijk voelen van mijn ouders, geen last meer voor hen zijn. Ik wou voor mezelf kunnen zorgen, mijn eigen geld verdienen in iets wat ik écht graag deed. Dus begon ik te zoeken naar studies die bij me pasten. Ik wilde iets met mensen doen, anderen helpen die met een (psychologische) problematiek kampen en onrechtstreeks ook mijn eigen psychologie beter begrijpen. Om dit te doen zou ik de opleiding Psychologie starten aan Universiteit Gent, ik was er zeker van. Ik wilde hoog mikken en bewijzen aan mijn ouders en mezelf dat ik universitaire studies aankon. Ik zag het helemaal zitten, was ambitieus en vertelde mijn idee aan mijn nicht C., welke zelf ook universitaire studies deed. Zij vertelde me dat dit echt iets voor mij was, dat ik dat aankon en in mezelf moest geloven. Ze stelde me de vraag of ik op kot zou gaan of zou pendelen, en dit bracht me eveneens op een idee: ik wou op kot.

Ik wilde loskomen van mijn ouders, wilde laten zien dat ik hogere studies aankon maar ook dat ik voor mezelf kon zorgen. Ik wilde laten zien dat ik geen bang muisje ben die altijd haar ouders nodig heeft, dus besprak ik met hen het idee om op kot te gaan. Ik voelde me zelfzeker en wilde meer op mijn eigen benen staan. Mijn papa stond eerst vrij weigerachtig tegenover het idee: was ik er wel klaar voor? Durfde ik het wel alleen? Het kost immers vrij veel geld zo'n kot... Maar mijn besluit stond vast, ik voelde me goed in mijn vel en kreeg uiteindelijk de goedkeuring van mijn ouders. Ik ging op zoek naar een kot dicht bij de faculteit, begon met mama al wat spullen te kopen om me te settelen en het contract van het kot werd getekend. Ik moest me nu enkel nog inschrijven op school en ik was vertrokken. Maar rond september was ik nog steeds niet ingeschreven voor de opleiding en begonnen de twijfels terug te keren. Ik durfde helemaal niet op kot, ik wou niet alleen zijn, wat moest ik daar doen alleen? Studeren zou ik immers ook niet aankunnen en ik zou zeker falen...

Dagelijks sprak ik met mijn ouders over mijn onzekerheid. Zij zagen de bui al hangen. Omdat ik het kot zo graag wou, moesten we tijdens de zomermaanden ook betalen omdat de eigenaar anders twee maanden geen inkomsten had. Er was dus al vrij veel geld gespendeerd en mijn ouders wilden dat dit natuurlijk niet voor niets was. Maar het was echt nog te vroeg, en ook mijn papa zag dit in. Hij zei dat ik best eerst een jaar voor mezelf kon nemen om tot mezelf te komen en we volgend jaar wel weer zouden zien. Het kot werd opgezegd en ik was enorm opgelucht dat ik de tijd kreeg om te herstellen!

De maanden gingen voorbij en ik kwam steeds meer tot mezelf. In september leerde ik ook mijn huidige vriend kennen die me enorm steunde in mijn problematiek. Bijna dagelijks belde ik hem op om te vertellen dat ik weer een paniekaanval had, vertelde over mijn angsten om te studeren en te werken en vroeg hem om altijd voor me te willen zorgen. Ik zou het huis wel schoon houden, voor zijn eten zorgen, zijn kleren wassen en strijken, enzovoort, zo lang ik maar niet moest gaan werken... Zijn sms-berichtjes

en positieve boodschappen aan de telefoon deden me beseffen dat ik er niet alleen voor stond en dat ik op zijn steun kon rekenen.

Na een tijdje voelde ik me opnieuw beter en de angst- en paniekaanvallen verdwenen weer. Ik deed het huishouden en voelde me erg goed in deze rol, zo goed dat ik tegen mijn ouders en vriend zei dat ik wel voor altijd huisvrouw wilde zijn. Mijn papa zag het gevaar in deze boodschap en zei dat dit niet mogelijk was, dat ik opnieuw zou moeten gaan werken of studeren en een leven voor mezelf moest opbouwen en geen 'gouden kooi' voor mezelf moest gaan creëren. Mijn mama was al dertien jaar thuis en drukte me op het hart dat ik "dat echt niet wilde". Maar toen leek me dat de veiligste optie. Zonder het te beseffen was ik nog steeds aan het vluchten van mijn problemen.

Mijn papa begon me op het hart te drukken dat ik iets zou moeten gaan doen met mijn leven; ik kon niet heel mijn leven bij mijn ouders wonen en niets voor mezelf bereiken. Ik ging op zoek naar iets wat me zou liggen en niet te hoog gegrepen zou zijn. Werken met kinderen had me altijd geboeid en ik zocht bewust naar een parttime job om niet te snel van stapel te lopen. Na een tijd kwam ik een vacature tegen als persoonlijk assistent bij A., een meisje van dertien jaar in een rolstoel. Tijdens de geboorte waren complicaties opgetreden, waardoor zuurstoftekort tot stand was gekomen. A. heeft daardoor voornamelijk fysieke problemen, maar ook op mentaal vlak kampt ze met een chronisch vermoeidheidssyndroom waardoor ze niet naar het regulier onderwijs kan. Ik zou haar dagelijks van school ophalen en met haar de tijd spenderen tot ze naar bed moest, en ook woensdagnamiddag zou ik met haar naar de logopedist en kinesist moeten gaan. Ik besloot hier op in te gaan en dus begon ik daar te werken.

Dit heeft een enorm verschil voor me gemaakt. Door met de begripvolle ouders, A. en haar zus te werken begon ik in te zien wat ik voor iemand anders kon betekenen. De angst verdween stilaan en ik begon na te denken over opnieuw te gaan studeren. De familie waar ik werkte bevestigde me meermaals dat ik een hogere studie zou aankunnen, al zouden ze het spijtig vinden me te moeten laten gaan. Ik ging op zoek naar iets wat laagdrempeliger was dan universiteit, zodat ik niet opnieuw in dezelfde val zou trappen als de vorige keer. Ik ging naar een aantal infomomenten van opleidingen die me wel aanspraken. Zo ging ik luisteren bij de opleiding Lager Onderwijs in de Odisee Hogeschool te Sint-Niklaas (dicht bij huis...), Orthopedagogie aan de Hogeschool Gent en Pedagogie van het Jonge Kind aan de Artevelde Hogeschool te Gent. Uiteindelijk schreef ik me in voor de opleiding Pedagogie van het Jonge Kind, waar ik vol goede moed aan begon. Ik had eindelijk mijn problemen overwonnen, dacht ik.

3.5. (Zelf)compassie

Verschillende onderzoeken tonen aan dat zelfcompassie in verband staat met psychopathologie en welbevinden. Een hogere mate van zelfcompassie wordt immers geassocieerd met een lagere mate van psychische klachten, zoals depressie, angst en stress (MacBeth & Gumley, 2012). Maar vooraleer

wordt ingegaan op wat zelfcompassie is, sta ik eerst stil bij de invloed van zelfkritiek en de emotieregulatiesystemen hierop aangezien dit van belang is om het begrip '(zelf)compassie' beter te begrijpen.

Er zijn aanwijzingen dat mensen met een depressie de focus excessief op zichzelf richten (Pyszczynski & Greenberg, 1987), alsook dat een depressieve stoornis door zelfkritiek wordt voorspeld (Gilbert, McEwan, Matos, & Ravis, 2011). *Zelfkritiek* bestaat uit vijandige gedachten en gevoelens over jezelf als persoon, waarbij zelfkritische mensen erg hoge eisen aan zichzelf stellen (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, & Irons, 2004) en ze zouden ervoor vrezen niet perfect te zijn en negatief geëvalueerd te worden (Pyszczynski & Greenberg, 1987).

Mensen met een hoge mate van zelfkritiek kunnen enorm moeite hebben om aardig voor zichzelf te zijn en zich opgelucht, gerustgesteld of veilig te voelen (i.e. zelfcompassionistisch zijn). Een manier om dit te begrijpen, is door in te zoomen op drie soorten emotieregulatiesystemen die essentieel zijn om te overleven en ten grondslag liggen aan bepaalde soorten gevoelens, namelijk: het gevaarsysteem, het jaagsysteem en het zorg- en kalmeringssysteem (Gilbert, 2009).

Het eerste betreft het *gevaarsysteem* en is gericht op het snel herkennen van gevaar of bedreigingen van buitenaf, waarna het ons uitbarstingen van gevoelens geeft zoals angst, woede of afkeer, die ons waarschuwen en aansporen actie te ondernemen om iets aan de dreiging te doen en onszelf te beschermen. Het maakt een mens klaar te vechten, te vluchten of te verstijven (i.e. *fight, flight, freeze*) (Marks, 1987; Gilbert, 2001, 2009). De behoefte die hieraan gelinkt wordt is de behoefte naar veiligheid en het zich gerust willen voelen (De Jong, 2018).

Het tweede systeem is het *jaagsysteem*, eveneens gericht op een externe factor, maar dan als beloning. Dit systeem heeft als functie ons te motiveren om op zoek te gaan naar zaken die ons positieve gevoelens en energie bezorgen (bijvoorbeeld eten en drinken, seks, vriendschappen). Daarnaast zorgt dit systeem ervoor dat we streven naar belangrijke levensdoelen. Wanneer we bijvoorbeeld slagen voor een examen of een wedstrijd winnen, kunnen we gevoelens van plezier en opwindning ervaren (Gilbert, 2009). Een behoefte die hieraan wordt gelinkt is de behoefte aan erkenning, zich bevestigd en gehoord te willen voelen (De Jong, 2018).

Bij het gevaar- en jaagsysteem ligt de aandacht dus volledig bij de externe omgeving. Het stressniveau is hoog en het lichaam is in staat in actie te komen, waarbij de ademhaling en hartslag versnellen. Om zich veilig te voelen en gevoelens van afwijzing, ondergeschiktheid en minderwaardigheid te vermijden, gaan sommige individuen streven naar status, materiële bezittingen en prestaties. Daardoor kunnen ze echter het gevoel krijgen zichzelf continu te moeten bewijzen en dingen te bereiken. Anderen willen zich 'aardig' en 'geliefd' voelen, affectie winnen en op die manier afwijzing en conflict vermijden. Wanneer dit niet lukt kunnen ze zelfkritisch(er) worden (Gilbert, 2009). Bij depressie is er sprake van een

afzwakking van het jaagsysteem, waardoor verlies van positieve gevoelens en motivatie optreden (Gilbert, 2007, 2009).

Als drukbezet mens zijn het gevaar- en jaagsysteem voornamelijk aan het werk. Vaak grijpt men terug naar het gevaarsysteem wanneer het niet nodig en zelfs schadelijk is. Een belangrijke trigger is de hedendaagse prikkelrijke omgeving (bijvoorbeeld beeldschermen, een aankomend beoordelingsgesprek, een claxonnerende auto, enzovoort), waarbij het gevaarsysteem deze onschuldige prikkels interpreteert als mogelijk bedreiging en iemand continu op scherp zet om te vechten, vluchten of bevriezen. Een andere trigger zijn de verwachtingen van de westerse maatschappij en de onzekerheid om deze waar te maken (De Jong, 2018).

Een derde systeem is het *zorg- en kalmeringssysteem*, gericht op het overleven op lange termijn. Wanneer we niet alert moeten zijn op of moeten omgaan met bedreiging of gevaar, kan een staat van tevredenheid worden bereikt, waarbij gevoelens van rust en welzijn worden ervaren. Met dit systeem wordt bewust en evenwichtig gereageerd op gebeurtenissen in plaats van automatisch zoals bij het gevaar- en jaagsysteem. Dit zorgt voor ontspanning, en vormt de sleutel tot de regulering van het gevaar- en jaagsysteem. Het zorg- en kalmeringssysteem zorgt verder voor herstel, dat men verbinding zoekt met (en zorgt voor) een ander, dat men pauze neemt als het nodig is, dat men gaat slapen wanneer men moe is, enzovoort (De Jong, 2018; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2005, 2010; Gilbert, et al., 2009). De behoefte die hier veelal aan gekoppeld wordt is de behoefte aan verbinding en het zich geliefd willen voelen (De Jong, 2018)

Verhoogde gevoeligheid en overactiviteit van het gevaar- en jaagsysteem is een veel voorkomend probleem bij mensen met een hoge mate aan zelfkritiek. Veelal is het zorg- en kalmeringssysteem voor hen onvoldoende toegankelijk (Gilbert, 2009). Het niveau van zelfkritiek doen dalen en het zorg- en kalmeringssysteem vaker benutten, kan door het niveau van zelfcompassie te verhogen, waardoor mensen (negatieve) gedachten en gevoelens leren accepteren (Feldman & Kuyken, 2011; Möller, 2017). Bij zelfkritiek stelt men zich de vraag of hij of zij wel goed genoeg is; bij zelfcompassie stelt men zich de vraag wat goed voor zichzelf is en of men eruit haalt wat erin zit. Daarnaast is zelfcompassie belangrijk voor zelfontplooiing: zonder compassie voor jezelf kan men niet de innerlijke motivatie ontwikkelen om zijn/haar best te doen in het leven (De Jong, 2018). Onderzoek naar gezakte studenten gaf bijvoorbeeld aan dat het deel dat zichzelf met compassie tegemoet trad, het eigen falen zag als een kans om te groeien; bij de zelfkritische studenten haalde het zakken de eigenwaarde onderuit en werd de toekomst somberder ingezien (Neff, Hsieh, & Dejitterat, 2005).

Via zelfcompassie wordt aandacht gegeven aan het hebben van begrip voor jezelf wanneer tekortkomingen worden waargenomen. Het vergroten van zelfcompassie zorgt voor versterking van positieve emoties en het bevorderen van welbevinden (Neff, 2003b). Verder voelt men zich met zelfcompassie, ook in stressvolle situaties, kalmer, veiliger en gelukkiger (De Jong, 2018).

Zelfcompassie is echter geen middel om een ‘beter’ mens te worden, wel om jezelf onvoorwaardelijk te accepteren: je omarmt je sterktes, het gemiddelde en je zwaktes zonder dat je de behoefte hebt ze mooier te maken. Je durft fouten maken en hebt de veerkracht om ze te herstellen. Bij een negatieve beoordeling van een ander bijvoorbeeld kalmeer je jezelf in plaats van er nog een schepje bovenop te doen met bestraffende zelfverwijten (De Jong, 2018).

Daarnaast is zelfcompassie de basis voor compassie: geen compassie voor jezelf betekent geen compassie voor anderen. Volgens Gilbert (2005) betekent compassie het openstaan voor het lijden van jezelf en anderen, op een niet-defensieve en niet-oordelende manier, gekoppeld aan de wens en inzet om leed te verlichten (De Jong, 2018).

Compassie bestaat uit een combinatie van een aantal componenten. Een eerste component omvat *vriendelijkheid*, waarbij men iemands moeilijkheden begrijpt en vriendelijk en warm is in plaats van oordelend en kritisch. Men ziet de pijn van de ander met open en onverdeelde aandacht. Een tweede component betreft een *gedeelde menselijkheid*, waarbij iemands ervaringen gezien worden als deel van de menselijke toestand in plaats van persoonlijk, isolerend en beschamend; iedere mens lijdt en dat leed verbindt ons. Er ontstaat begrip voor mislukkingen en ruimte voor acceptatie. Als derde component is er *opmerkzaamheid (mindfulness)*, waarbij men de pijnlijke gedachten en gevoelens aanvaardt in plaats van zichzelf of de ander ermee te identificeren. Alle drie de componenten leiden tot een positievere evaluatie van negatieve gebeurtenissen (De Jong, 2018; Neff, 2003a, 2003b).

Compassie is echter niet hetzelfde als empathie. Compassie is eerder gericht op (het verlichten) van lijden, waarnaast empathie gericht is op alle gemoedstoestanden en niet per se ter verlichting van lijden. Compassie is ook geen (zelf)medelijden, aangezien medelijden voortkomt uit eigenbelang en eerder afkerig en afstandelijk is van lijden, zonder de wens er iets mee te doen. Compassie hangt verder niet samen met specifieke emoties maar is een sterke eigenschap ter bevordering van groei en ontwikkeling. Compassie levert meer kracht, effectiviteit, geluk en gezondheid op, alsook meer veerkracht in moeilijke tijden, meer positieve emoties, meer zelfrespect, betere zelfzorg, meer sociale verbinding, enzovoort. (De Jong, 2018).

Wanneer ik terugkijk naar mijn eigen proces, besef ik dat ik nog steeds erg kritisch sta tegenover mezelf en het zorg- en kalmeringssysteem nog niet ten volle kan benutten. Veelal handel ik vanuit het gevaarsysteem (“De deadline voor mijn thesis is al over twee weken!”) en het jaagsysteem (“Deze taak moet vandaag nog af!”). Dit besef is heel belangrijk en ik ben nog volop bezig mezelf te trainen om meer zelfcompassie toe te passen en het zorg- en kalmeersysteem te activeren. Nog vaak val ik terug op automatische gedachten waarbij ik mezelf naar beneden haal, terwijl ik mijn successen met me moet meedragen en mijn zwakke punten moet kunnen omarmen.

3.6. Sociale steun en sociaal netwerk

Een mens is een sociaal wezen en elke persoon heeft nood aan een sociaal netwerk. Een *sociaal netwerk* verwijst naar de structuur die een set van sociale relaties kenmerkt en verwijst naar het geheel van personen met wie iemand contact of een relatie heeft. Wie we zijn hangt immers af van de interactie met de ander, onze omgeving en onze cultuur, waarvan we zaken overnemen of weigeren. Dit proces gaat levenslang door en onze identiteit ontstaat ten volle via de wisselwerking met de buitenwereld, met de anderen, van wie we leren wie we zijn, wat we voelen en hoe we ons horen te gedragen (Verhaeghe, 2018).

Deel uitmaken van een sociaal netwerk is een belangrijke voorwaarde voor het ontvangen van sociale steun. *Sociale steun* verwijst naar de mate waarin personen in de omgeving steunegend en betekenisvol zijn (cfr. *Love as pedagogy*) (House, Umberson, & Landis, 1988; Van Der Ploeg, 1990, 2005; De Clerck, 2009). Het gaat daarbij telkens om een interpretatie van de geboden steun in het oog van de ontvanger, waarbij waardering, het gevoel geliefd te zijn en over hulpbronnen te beschikken die aangesproken kunnen worden op het moment dat daar behoefte aan is, belangrijker is dan de ontvangen steun (Cobb, 1976; Taylor, 2003).

Verder heeft sociale steun een grote invloed op het al dan niet ontstaan en instandhouden van psychische klachten (Garssen, Schreurs, Oei, & Zwart, 1985; Van Der Ploeg, 1990, 2005). Er is een positief verband tussen sociale steun en het psychosociaal welzijn omdat deze steun kan bijdragen tot het minder stressvol ervaren van een situatie, en het kan eveneens iemands mogelijkheid tot coping versterken (Cohen & Wills, 1985). Sociale steun zorgt voor positieve emoties, een gevoel van voorspelbaarheid en stabiliteit, zelfwaarde en een gewaardeerde sociale identiteit (Cohen & Wills, 1985; Thoits, 1982; De Clerck, 2009).

Daarnaast zijn er verschillende vormen van sociale steun, waaronder '*emotionele steun*' (onder andere het tonen van aandacht en meeleven, waardering en acceptatie, het delen van gevoelens), '*informatieve steun*' (waaronder het krijgen van informatie en adviezen om een probleem te boven te komen) en '*praktische steun*' (materiële steun, zoals vervoer en klusjes). Maar ook '*gemeenschappelijke activiteiten*' (zoals tijd doorbrengen met anderen en het behoren tot een groep) en '*instrumentele steun*' (zoals het bieden van diensten en financiële of materiële ondersteuning) zijn een vorm van sociale steun (Garssen, Schreurs, Oei, & Zwart, 1985; Cohen & Wills, 1985; De Clerck, 2009). Vooral emotionele steun van dichte relaties blijkt een belangrijke invloed te hebben op de evolutie van depressie (Nasser & Overholser, 2005).

Net zoals er verschillende vormen zijn, zijn er ook verscheidene bronnen van sociale steun, wat wil zeggen de persoon, de groep of het instituut dat steun geeft (Albarracin, Repetto, & Albarracin, 1997). Familie, ouders, vrienden, leeftijdsgenoten, burens, kennissen, therapeuten of collega's zijn een aantal sociale bronnen (Abbey, Abramis, & Caplan, 1985; Finfgeld-Connett, 2005). Daarbij kan een

onderscheid gemaakt worden tussen formele bronnen van sociale steun en informele bronnen: *formele bronnen* verwijzen naar vormen van hulp die georganiseerd zijn met als doel hulp te verlenen (bijvoorbeeld hulpverleners en therapeuten). *Informeel bronnen* bevinden zich in de directe, natuurlijke omgeving en maken deel uit van de alledaagse situatie (bijvoorbeeld familie, ouders, broers en zussen, vrienden, leeftijdsgenoten, enzovoort.) (Van Der Ploeg, 1990; De Clerck, 2009). Elke relatie kan dus een andere soort steun bieden.

Er zijn veel verschillen in de mate van steun die personen ontvangen of ervaren. Dit zal gedeeltelijk van de aangeboden steun afhangen, maar wellicht nog meer van de persoon zelf, gezien deze bijdraagt tot het opbouwen van een sociaal netwerk. Sociale steun zal dus samenhangen met persoonlijkheidskenmerken en vaardigheden, zoals zelfwaardering, persoonlijke competentie, enzovoort. Ook de sekse is van invloed. Zo zouden vrouwen een groter sociaal netwerk hebben en méér (emotionele) steun ervaren. Verder is de waardering over de geboden steun belangrijker dan de uitgebreidheid van het sociale netwerk, en zijn intiemere relaties (met levenspartner, vrienden en nauwe verwanten) van grotere invloed dan oppervlakkige relaties (zoals contacten met kennissen, burens, enzovoort.) (Bao, Hoyt, & Whitbeck, 2000; Cauce, Mason, Gonzales, Hiraga, & Liu, 1996). Het effect van sociale steun zal dus van persoon tot persoon verschillen (Garssen, Schreurs, Oei, & Zwart, 1985).

Ook voor mijn huidige vriend, die me erg na aan het hart ligt, is het niet altijd makkelijk geweest. Hij heeft me leren kennen toen ik het diepst zat en mezelf moest dwingen uit mijn bed te komen of sociale contacten aan te gaan. Ik stond niet bepaald open voor een nieuwe relatie, maar het gebeurde gewoon. Ik voelde me vanaf het begin erg goed en comfortabel bij hem, kon goed met hem praten en voelde me niet alleen. Hij heeft wel enorm veel geduld moeten opbrengen en soms is het nog altijd niet makkelijk voor hem om met me om te gaan in mijn moeilijke momenten. Hij omschrijft dit als volgt:

Toen ik met Vicky een relatie begon, was het voor mij nog niet helemaal duidelijk hoe ernstig en diep ze zat. Ik merkte wel dat ik haar vele duwtjes in de rug moest geven om samen dingen te doen. De vele uitstapjes, zoals naar de zoo gaan, pretparken bezoeken, een uitstapje Brugge en onze eerste reis Venetië die we deden, hadden wel positief effect op haar. De relatie die we hebben zorgde er evenzeer voor dat ze steviger in haar schoenen stond. In het eerste jaar dat we samen waren, vroeg ze vaak of ik later voor haar zou willen zorgen zodat ze thuis alles kon doen en ik intussen kon gaan werken. Ik wou dit zeker doen om haar te helpen en te steunen. Ik ben vooral een luisterend oor, een persoon met wie ze altijd kan praten, waar ze ten allen tijde kan op terugvallen. Naarmate het eerste jaar voorbij ging was het voor haar een grote stap om terug naar school te gaan. In de stressmomenten die ze tijdens haar schoolperiode had, was ik er altijd voor haar om haar te steunen en op goede weg te helpen. Voor mij is het belangrijk dat ze zich goed voelt maar soms heeft ze wel eens een terugval waardoor het moeilijk wordt om haar er terug bovenop te helpen. Ik weet soms niet goed welke woordkeuze ik moet gebruiken. Het is dan denk ik belangrijk dat ik er ben voor haar zodat ze geruster is. Als

ik bij haar ben merk ik dat ze zich beter voelt en minder stress heeft dan wanneer ik niet bij haar ben. (H. Callebaut, persoonlijk communicatie, 17 februari 2019)

Interacties tussen depressieve personen en hun familieleden zijn vaak negatief en strijdig en de situatie zal zijn tol eisen van beide partijen. Een depressief familielid kan immers een belangrijke bron zijn van stress met als gevolg een verlies van sociale steun. Mensen die leven met depressieve personen voelen zich namelijk op verscheidene manieren belast en hebben vooral moeite om te leven met iemand die depressieve symptomen stelt, zoals het gebrek aan interesse in dagelijkse activiteiten, hopeloosheid, zich te veel zorgen maken, gebrek aan energie, klagen over waardeloosheid, enzovoort. Maar wanneer men dit gedrag persoonlijk opvat of te emotioneel betrokken is, kan de last voor zowel zichzelf als de depressieve persoon vergroten (Coyne, Kessler, Tal, Turnbull, Wortman & Greden, 1987).

Vrienden en familie kunnen goed bedoelde hulp of advies geven, maar deze wordt vaak negatief ontvangen door de persoon met een depressie. De perceptie van de steun wordt namelijk beïnvloedt door de 'depressieve kijk' (Nasser & Overholser, 2005). Mensen met een depressie ervaren vaak gevoelens van onbegrip en een hoog aantal conflicten in hun sociale relaties (Alexander, 2001; Keitner, et al., 1995; Sheeber, Davis, Leve, Hops & Tildesley, 2007), en leden van een sociaal netwerk kunnen gevoelens van schaamte, verdriet en spijt stellen (De Coene, 2011). Bepaalde sociale relaties kunnen hierdoor stuklopen of verwateren aangezien personen met een depressie vermijdingsgedrag vertonen uit angst voor afwijzing. Langs de andere kant kunnen sociale steunbronnen de persoon in kwestie gaan vermijden, bijvoorbeeld uit angst of onwetendheid (Kranke, Floersch, Townsend, & Munson, 2010; Naert, 2013).

Een depressie kan dus vaak een indicatie zijn voor een verontruste interpersoonlijke context, waarbij echtelijke- of gezinstherapie een breder overwogen optie zou moeten zijn (Coyne, 1986). Verder blijkt een vijandige en kritische houding van significante anderen in het leven van de depressieve persoon van negatieve invloed te zijn bij depressie (Hooley, Orley, & Teasdale, 1986). Daarom hebben de meeste familieleden eveneens vaak nood aan ondersteuning en informatie, zodat het welbevinden binnen de familie en de relatie tussen de cliënt en zijn familie kan verbeteren (Tambuyzer, 2012).

3.7. Behandeling: therapeutische relatie en medicatie

Om depressie te behandelen wordt het vaakst geadviseerd voor psychotherapie en medicamenteuze behandelingen (in het bijzonder antidepressiva). Bij een psychotherapeutische benadering probeert een hulpverlener het probleem van de psychische pijn bij de patiënt te verlichten en negatieve gevoelens te bestrijden (Bayingana, Drieskens, & Tafforeau, 2002). In de internationale literatuur wordt gesproken over 'algemeen werkzame factoren' die bijdragen aan het effect van een interventie, ongeacht de soort behandeling, technieken of doelgroep. Factoren die worden genoemd zijn onder andere het aansluiten bij de motivatie van de cliënt, een goede structurering van de interventie, professionaliteit van de behandelaar, enzovoort (van Yperen & van der Steege, 2010). De belangrijkste ervan, naast elementen

buiten de behandeling, is de therapeutische verhouding of relatie (Verhaeghe, 2017), en dit is tevens in mijn behandeling erg van belang geweest.

Er worden bij de definiëring van de therapeutische relatie meerdere gangbare synoniemen gebruikt waarbij eveneens verschillende concepten worden gehanteerd, zoals de therapeutische alliantie, de werkalliantie, helpende alliantie, enzovoort (Tecomme, 2017). In dit geval zal voornamelijk de term therapeutische relatie gehanteerd worden.

De therapeutische relatie kan breed gedefinieerd worden als de relatie die ontstaat tussen cliënt of patiënt en therapeut in een specifieke hulpverleningssetting en wordt gekenmerkt door een samenwerkende en affectieve band tussen cliënt en therapeut (Krupnick, et al., 1996; Martin, Garske, & Davis, 2000). Een therapeutische relatie blijkt een van de grootste voorspellers te zijn wanneer men over succes kan spreken binnen de psychotherapie en wordt als essentieel ingrediënt beschouwd in de effectiviteit van psychotherapie (Horvath, Del Re, Fluckiger, & Symonds, 2011; du Fossé, 2011; Krupnick, et al., 1996). In sommige opzichten worden de andere algemeen werkzame factoren zelfs compleet vervangen door alleen die relatiefactor (Asay & Lambert, 1999; Thomas, 2006). Psychiater Yalom geeft in het artikel van Bakker (2015) zelfs aan dat aan hedendaagse psychotherapeuten zeer specifieke technieken worden geïnstrueerd voor specifieke diagnostische categorieën als depressie, paniekaanvallen of specifieke fobieën, maar dat hierdoor de persoon zelf geheel uit het oog wordt verloren. Yalom vult aan: "Een authentieke, wezenlijke relatie tussen de cliënt en de therapeut gaat aan alles vooraf. Op het moment dat die relatie er is, volgt de rest vanzelf." (Bakker, 2015).

Kernvoorwaarden voor een goede therapeutische relatie zijn onder andere empathie, positief kijken, warmte en echtheid aan de kant van de hulpverlener, en een veilige hechtingstijl, wil om te veranderen en hoge inzet aan de kant van de cliënt. Deze zaken worden als fundamentele basis beschouwd in de vorming van een goede therapeutische relatie tussen cliënt en hulpverlener en stimuleren de cliënt samen te werken met de therapeut aan verbetering (Lambert, 1983; Asay & Lambert, 1999; Ackermann & Williams, 2002; du Fossé, 2011). Het meest belangrijkste aspect is volgens Safran et al. (2001) het wederzijds overleg tussen cliënt en therapeut (i.e. 'overeenkomsten in taken en doelen'). Hoe sterker de therapeutische relatie, hoe beter de psychische vooruitgang (Horvath et al., 2011).

Lambert en Barley (2001) onderscheiden in de therapeutische relatie drie zaken: therapeutfactoren (bijvoorbeeld interpersoonlijke stijl), faciliterende condities (bijvoorbeeld empathie, warmte en congruentie) en de therapeutische relatie. Zij zien de therapeutische relatie niet als op zichzelf staand, maar als een factor die met de twee andere factoren de motor van het therapeutisch proces vormen. Verhaeghe (2017) spreekt verder nog over 'cliëntspecifieke variabelen' die een rol spelen, en dan vooral in de mate waarop hij of zij actief kan deelnemen aan de behandeling.

Mijn opleiding betekende een groot kantelpunt. Ik was wel erg nerveus om te starten, dus maakte ik op Facebook een groep aan voor nieuwe studenten Pedagogie van het Jonge Kind, in de hoop nieuwe

mensen te leren kennen vóór de start van het nieuwe jaar, en dat deed ik ook. Ik leerde een meisje kennen die zich lid had gemaakt van de groep, waarmee ik tijdens de zomervakantie reeds verscheidene gesprekken had om haar beter te leren kennen. Tijdens de eerste schooldag sprak ik ook af om samen met haar naar school te gaan, zodat ik niet alleen was.

De maanden gingen voorbij en ik voelde me erg goed: ik leerde mijn klasgenoten kennen, kon goed volgen in de lessen, mijn zelfvertrouwen groeide in het contact met mijn nieuwe vrienden en ik ging met plezier naar school. Alles ging goed tot ik kort voor het einde van mijn eerste semester opnieuw angst begon te voelen: “Wat als ik er niet door ben voor mijn examens?”, “Wat als ik faal?”, “Wat als ik deze opleiding toch niet aankan?”, enzovoort. Ik had nog slechts één examen af te leggen en zou in januari mijn eerste rapport ontvangen. Ik wilde mijn angst niet laten winnen, dus koos ervoor te gaan spreken met iemand van de studiebegeleiding om er mijn verhaal te doen. Dan zat ik bij haar op de bureau te huilen en gaf ze me dat duwtje in de rug dat ik nodig had om de dag kon doorkomen.

Maar mijn paniek- en angstaanvallen werden opnieuw zo ernstig dat ik op een dag bevend op de trein zat. Ik stapte af in het station te Gent en kreeg het gevoel dat ik zou flauwvallen, begon te zweten en te beven en ging even zitten op het perron om tot mezelf te komen. Ik was van plan de eerste trein terug naar huis te nemen, maar iets in mezelf deed me een vriendin uit de klas bellen. Ik gaf haar de boodschap dat ik zou stoppen met de opleiding, dat ik het niet meer zag zitten. Maar zij haalde me over die dag toch naar school te komen, desnoods enkel om nog een keer langs te gaan bij de studiebegeleiding. En zo zat ik alweer tegenover de medewerker die me de voorbije weken de duwtjes in de rug had gegeven om door te zetten. Ze zag echter toen ook in dat het ernstiger was dan gedacht en besloot mijn ouders te bellen. Mijn mama is diezelfde dag langsgekomen en samen hebben we besloten dat ik toch opnieuw een psycholoog zou moeten raadplegen. Ik werd doorverwezen naar een psycholoog te Gent, die nauw samenwerkte met de Artevelde Hogeschool.

Het eerste contact met M., de psycholoog waar ik naartoe werd verwezen, zat meteen goed. Reeds bij het eerste kennismakingsgesprek stelde hij me op mijn gemak en ging concreet met me aan de slag. Ik schetste mijn probleem en vertelde alles wat ik tot dan toe had meegemaakt: de angst in het donker, de voorgaande psychologen en psychiater, de Mental Coach, de breuk met mijn vriend, de relatie met mijn nieuwe vriend, mijn thuissituatie, de werksituatie bij A., mijn schoolkeuze en uiteindelijk hoe ik bij hem terecht was gekomen. Bij hem kreeg ik echt een gevoel wat ik bij de vorige psychologen had gemist: een luisterend oor, steun, maar vooral het gevoel echt aan iets te werken. Al in de eerste contacten werkten we bewust aan het versterken van mijn positieve punten en ik voelde me erg goed als ik bij hem kon gaan. Ik kreeg ook wel eens huiswerkopdrachten mee, zoals tien sterke punten van mezelf neerschrijven en inwendig ‘STOP’ zeggen wanneer ik weer in overdrive ging met mijn gedachten en gepieker. Soms deden we wel eens dingen buiten de praktijk, dan moest ik een bezoek plannen waar we beiden naartoe gingen. Eén keer gingen we bijvoorbeeld naar het designmuseum in Gent. Een andere keer gingen we naar de Vrijdagsmarkt, waar ik onbekende mensen moest aanspreken om de weg te vragen en me zodoende uit te dagen iets te doen wat ik niet durfde.

Wekelijks ging ik bij M. langs en het einde van het jaar kwam in zicht. Ik had mijn laatste examen toch meegedaan en de resultaten waren in aantocht, en hoewel ik er niets meer aan kon veranderen, kwamen de paniekaanvallen toch opnieuw naar boven. Ik had zo'n schrik om te falen dat ik nog liever stopte met de opleiding dan mijn rapport te krijgen. Ik deelde mee aan M. dat ik zou stoppen, dat ik niet verder kon, dat het niet zou lukken... Zijn boodschap was kort en krachtig: "Durf niet hè! Het zou wel eens niet slecht zijn als je een herexamen zou hebben, dan leer je omgaan met falen". Hij vroeg me wat het ergste was dat me kon overkomen; ja ik kon een herexamen hebben, maar zou ik de enige zijn van alle studenten?

Ik had veel aan deze boodschap, maar toen ik thuiskwam sloeg ik weer helemaal om: Ik ging stoppen met de opleiding, het was de stress niet waard. Ik legde al mijn boeken op elkaar en voelde de opluchting dat ik niet meer verder zou moeten doen. Ik verwachtte dat mijn ouders begripvol zouden reageren, dat ik wel weer de tijd zou krijgen om iets anders te zoeken. Maar mijn papa werd erg boos en reageerde totaal anders dan ik had verwacht: "Geef dan maar alles weer op, maar je kan meteen gaan werken, in de supermarkt desnoods. Ik hoop dat je broer op zijn minst een diploma haalt, en dat die ook niet mislukt!". Wat ik echter niet wist is dat de huisarts tegen mijn papa had gezegd dat een kordate, hardere aanpak wellicht nodig was om me een zetje te geven, wat de reden was van deze andere aanpak dan die in het verleden.

Dit was echter niet makkelijk voor mijn papa. Hij wilde er natuurlijk voor me zijn, me troosten, me in zijn armen nemen en beschermen. Ik kan me alleen maar proberen inbeelden wat het moet zijn als ouder om je kind te zien afzien. Mijn papa verwoordt het als volgt:

Mijn eerste impuls was om in de verdediging te gaan en niet akkoord te zijn met wat de dokter toen zei. Je pakt een mens, je kind, toch niet hard aan als het zo in de problemen zit, zo verdrietig is. Maar ik zei niks en heb er over nagedacht. Misschien had ze wel gelijk, of gedeeltelijk gelijk. En toen de gelegenheid zich voordeed heb ik het uitgeprobeerd, en met succes.

Maar ik vraag me nog steeds af of dit ook zou gewerkt hebben in de eerste fase, toen ze heel erg diep zat en aan zelfmoord dacht. Ik denk eerlijk gezegd nog steeds van niet, maar misschien heb ik ongelijk.

Algemeen is het moeilijk als ouder om hier mee om te gaan. Je krijgt geen opleiding hieromtrent en gaat hier zo goed mogelijk, volgens je eigen gevoel, mee om. Je volgt je hart, maar probeert ook je verstand erbij te houden. Tijdens het proces ben je een stuk onzeker, maar ook blij dat je kan helpen. Wanneer het uiteindelijk de goede richting uitgaat en uiteindelijk goed komt ben je blij voor je kind en geeft dat een goed, gelukkig gevoel. (P. De Wilde, persoonlijke communicatie, 12 januari 2019)

Ik was er zo door aangedaan; dit had ik niet verwacht. Iedere keer dat ik bij mijn ouders kwam met de boodschap dat ik me wéér slecht voelde, dat ik wéér paniekaanvallen had, waren ze begripvol. En toen herinnerde ik me de woorden van M.: ik mocht niet meer vluchten van mijn problemen. Het was medelijden en bevestiging dat ik van mijn ouders probeerde te onttrekken, het gevoel dat ik beschermd werd, een hand boven mijn hoofd werd gehouden, ... Maar ik kon niet eeuwig rekenen op mijn ouders of iemand anders. M. had het in het verleden reeds gezegd: "Als je morgen zou wakker worden en je ouders, vrienden, lief, al je dierbaren er niet zijn, zou je nog in staat moeten zijn om te 'leven' en verder te gaan". Er was nog niets verloren, ik kon besluiten toch verder te doen, en als ik gebuisd was kon ik nog steeds een herexamen doen. Ik wilde niemand meer teleurstellen en besloot toch door te zetten.

Uiteindelijk was ik na mijn eerste jaar op alles geslaagd. Mijn ouders waren zo trots: "Zie je nu wel dat je het kan". Het gaf me een boost, maar toch had ik onderhuids nog steeds het gevoel dat ik 'geluk' had gehad, dat de resultaten niet aan mezelf te danken waren. M. zei me dat ik mezelf niet mocht wegcijferen, dat ik het was die de examens had gemaakt, dat ik ervoor had gewerkt en dat ik dat alleen had gedaan, dat ik mijn successen moest meenemen.

Na mijn terugval kende ik geen angst meer en dartelde door mijn opleiding. Ik had in mijn tweede jaar een herexamen, maar ben hier op een goede manier mee omgegaan: ik leerde omgaan met wat het is om te 'falen'; ik relativeerde het tekort, zei tegen mezelf dat ik niet de enige student was met een herexamen, plande mijn tijd in en concentreerde me op het vak. Ik slaagde voor het herexamen, en ook in mijn derde en laatste jaar haalde goede punten en begon met het idee te spelen om verder te studeren. Ik zocht op het internet naar allerlei mogelijkheden om verder te studeren na een bachelor. Ik voelde me immers nog niet 'voldaan' en wilde meer weten over de opvoeding van kinderen, over problematische (opvoedings-)situaties, verdere kennis opdoen over kinderen met een beperking, emotionele- of gedragsproblemen, enzovoort, waardoor ik terecht kwam bij de opleiding tot orthopedagoog.

Maar ook nu kwam ik voor een keuze te staan: zou ik kiezen voor een bachelor-na-bachelor of een schakelprogramma tot een universitaire studie. Mijn docenten drukten me op het hart dat ik wel iemand was die universitair niveau zou aankunnen. Ook mijn papa zei dat ik hoog moest mikken: een bachelorsdiploma had ik immers al, wat zou ik met een tweede doen? Daarom ging ik naar het infomoment aan de Universiteit Gent, alsook in Leuven, maar dat laatste zou opnieuw betekenen dat ik moest overwegen om op kot te gaan en dat zag ik niet zo zitten. Dus werd het de Universiteit van Gent.

Waar ik een aantal jaren voordien niet aan durfde beginnen, zou ik nu wel doen: ik startte aan het schakelprogramma Pedagogische Wetenschappen, afstudeerrichting Orthopedagogiek. Het was vooral de statistiek dat me zo had afgeschrikt om te starten aan deze opleiding. Een medestudente in mijn opleiding Pedagogie van het Jonge Kind was een aantal jaren geleden gestart met de opleiding Psychologie en had haar statistiekexamen maar liefst vier maal opnieuw moeten doen, waarna ze nog steeds niet geslaagd was. Hierdoor besloot ze de opleiding stop te zetten en voor een bacheloropleiding te kiezen. Ze vertelde mij dat medestudenten van haar de statistiekvakken hadden meegenomen tot

hun afstudeerjaar en alsnog niet geslaagd waren, waardoor ze niet konden afstuderen. Toen ik na de eerste zittijd eveneens een herexamen statistiek had, deed ik mezelf en mijn ouders de belofte dat wanneer ik niet geslaagd was voor dit herexamen, ik de opleiding niet zou verderzetten. Het was het proberen waard, maar ik zou niet verschillende jaren het vak statistiek met me meesleuren om dan te beseffen dat ik er nooit voor kon slagen. Ik deed er echter alles aan om er toch door te komen en nam verscheidene bijlessen bij mijn nicht C. Met haar steun en goede manier van lesgeven ging ik van een 6/20 zelfs naar een 14/20 in mijn tweede zittijd. De verbazing was bij iedereen enorm, en dit was het teken dat ik nodig had om door te zetten.

Na twee jaar behaalde ik mijn deeldiploma voor het schakelprogramma en ging door met mijn master. Mijn familie en ikzelf waren enorm trots dat ik het zo ver had gebracht ondanks alle moeilijke tijden. Vijf jaar leefde ik ondertussen zonder angst. Alles was goed, ik bleef van zelfvertrouwen, had wel herexamens maar kon dit goed relativeren en zag mijn toekomst rooskleurig in... tot het moment dat ik opnieuw een terugval kreeg in juli 2018. Ik had net mijn amandelen laten trekken en had veel last van de verdoving en pijn die dit met zich meebracht. De genezing ging naar mijn gevoel niet snel genoeg en ik begon opnieuw erg angstig te worden: "Gaat dit wel genezen?", "Ga ik terug mezelf zijn?", ... wat een kiem betekende naar nieuwe twijfels: "Heb ik nog steeds angst?", "Gaat het terugkomen?", "Zal ik weer in die put belanden?", enzovoort. De dokter drukte me op het hart dat depressieve en angstige gevoelens nog voorkwamen bij mensen die hun amandelen op latere leeftijd lieten trekken omdat het een zwaar genezingsproces met zich meebrengt. Daarbij kwam nog het nieuws dat ik niet geslaagd was voor een examen dat naar mijn gevoel wel goed was verlopen. Ik begon opnieuw te twijfelen of ik het wel aankon: het afstudeerjaar kwam eraan, ik zou stage moeten lopen, en wat als ik een vak moest meenemen? De twijfel, angst en onzekerheid nam opnieuw de bovenhand en ik begon me opnieuw terug te trekken bij mijn mama.

Ik nam terug contact op met M. over wat ik zou kunnen doen met deze gevoelens. Hij drukte me opnieuw op het hart dat ik intelligent genoeg ben, heb bewezen dat ik het kan, ik uit de vicieuze cirkel van negatieve gedachten moet stappen, enzovoort. Ook mijn ouders zeiden hetzelfde, maar dit was allemaal makkelijker gezegd dan gedaan. M. gaf me eveneens de boodschap dat ik wist hoe ik ermee moest omgaan, dat ik moest terugdenken aan mijn therapie en alle voorgaande successen die ik had behaald. Maar dit ging bij mij het ene oor in en het andere weer uit, waarna hij me aanraadde mijn huisarts te contacteren en haar op de hoogte te brengen van mijn situatie. Omdat ik opnieuw zo angstig was, stelde ze voor mijn antidepressiva een tijdje te verdubbelen en schreef me iets voor om te slapen en mijn hartslag te reguleren. Ik zou deze medicatie moeten innemen tot ik goed en wel met stage was gestart en ik het gevoel had dat ik de situatie opnieuw in handen had.

Naast de psychotherapie werd eveneens antidepressiva voorgeschreven. Antidepressiva behoren tot de *psychofarmaca*, een verzamelnaam voor geneesmiddelen die aangewezen zijn voor de behandeling van psychologische ziektebeelden (Claes, et al., 2010). Zoals eerder vermeld gebeurde dit in mijn geval vrij snel door de huisarts. Er wordt steeds meer antidepressiva voorgeschreven, en dit op basis van

lijdensdruk en disfunctioneren van de 'patiënt', waarbij de beslissing meer afhankelijk is van een globale inschatting van de ernst van de depressie (Spies, Morkink, de Vries Robbé, & Grol, 2004). Naarmate de leeftijd stijgt, gebeurt het voorschrijven van antidepressiva zelfs nog frequenter (RIZIV, 2014). Een medicamenteuze aanpak wordt ook heel snel aanvaard, terwijl het bieden van hoop, liefde en steun ook tot verandering kan leiden.

Volgens Van Marwijk et al. (2003) is het effect van een antidepressivum op de stemming pas na twee tot vier weken merkbaar, waarbij eventuele bijwerkingen kunnen optreden. Ik ben een aantal keer moeten veranderen van antidepressiva, aangezien de bijwerkingen te hevig waren. Bij een bepaald middel werd ik bijvoorbeeld erg agressief en prikkelbaar en reageerde snel heel heftig op kleine prikkels, wat niet zo prettig was voor mezelf en mijn omgeving.

Verder werd tijdens een korte, maar hevige, terugval mijn medicatie opgevoerd en kreeg ik zelfs extra medicatie: bètablockers, om mijn hart te 'ontlasten'. Ik ging zelfs langs bij een cardioloog om mijn hart te laten controleren omdat ik me zo zorgen maakte over mijn continue hoge hartslag, zelfs in rust. Daarnaast kreeg ik eveneens kalmeerpillen voorgeschreven om voor het slapengaan in te nemen, zodat mijn slaap niet verstoord zou worden. Ik kreeg zelfs voorschriften voor geneesmiddelen in de klasse van benzodiazepinen, met angstwerende, sederende en hypnotische eigenschappen...

Van zodra ik gestart was met mijn stage ging het gaandeweg beter. Ik voelde me op mijn gemak gesteld door mijn collega's en voelde dat ik een enorme groei meemaakte. Ik leerde veel over mezelf en dat ik niet moet terugdeinzen voor nieuwe situaties of verandering. Wanneer ik mezelf uitdaag iets op te nemen wat buiten mijn comfortzone ligt, voel ik dat ik groei. Door weg te lopen van zaken die in eerste instantie eng lijken of waarvan ik denk dat ik het niet kan, voed ik alleen maar de angst en kom alleen maar verder te staan van mijn doel. Ik ben opnieuw gehalveerd met mijn antidepressiva-inname en ooit wil ik hier volledig mee stoppen. Ik ben er me alleszins wel van bewust dat de paniek- en angstaanvallen op ieder moment kunnen terugkomen, al weet ik nu dat ik ze beter kan relativeren en deze maar tijdelijk zijn. Dit sterkt me in de gedachte dat ik op termijn geen angst meer zal hebben van deze kleine terugvallen.

Tot op heden weet ik nog altijd niet in hoeverre ik zonder medicatie kan en of ik dit wel nodig had in de eerste plaats. Het leek mijn enige 'reddingsmiddel', want ik voelde me zo slecht en kon er zelf niet uitkomen. Ook mijn familie, vrienden en therapeut konden geen soelaas brengen en de medicatie leek het enige wat werkte. Ik vraag me soms af of placebo's hetzelfde effect zouden hebben gehad...

Van de bètablockers en kalmeermiddelen blijf ik vandaag de dag zo veel mogelijk af, omdat ik het gevoel heb dat ik mezelf helemaal ga verdoven en afhankelijk wordt van medicatie. Met mijn antidepressiva wordt dit wat moeilijker, ik slik dit nu zo'n acht jaar en het proces van afbouwen ('afkicken') zou erg traag gaan en lang duren. Ik probeerde reeds te stoppen, 'cold turkey', van de ene op de andere dag, maar de afkickverschijnselen waren te moeilijk om het vol te houden (beven, tintelingen in mijn vingertoppen, verhoogde hartslag, hoofdpijn, enzovoort). Maar ooit wil ik helemaal vrij zijn van medicatie.

Als mensen in een soortgelijke situatie me zouden vragen of ze al dan niet zouden opteren voor medicatie, zou ik het hen afraden. Ik zou hen de vraag stellen of ze écht nood hebben aan de medicatie of het eerder zien als 'laatste redmiddel', zoals ik. Ik zou hen vragen toch twee keer na te denken. Er mee starten is gemakkelijk, maar er terug vanaf geraken is iets anders. Het is immers geen wondermiddel...

Als ik terugkijk op de voorbije acht jaar is het belangrijkste wat ik voor mezelf heb geleerd dat, in de behandeling van mijn angst en depressie, in mindere mate de psychotherapie en de medicamenteuse behandeling van belang waren, maar veel meer de interrelationele context in zijn brede betekenis: de steun van mijn ouders, mijn psycholoog, mijn vrienden, mijn partner, enzovoort. Medicatie kan een tool in de toolbox van de therapeut zijn, maar wanneer ik erop terugkijk zou ik veel voorzichtiger zijn om dit onmiddellijk toe te passen en veel meer aandacht spenderen aan hoe mijn omgeving gepaste steun kan bieden.

4. DISCUSSIE EN CONCLUSIE

In deze auto-etnografie trachtte ik een beeld te schetsen van mijn persoonlijke ervaring met angst en depressie om anderen te doen inzien dat het niet 'het einde' moet betekenen. Door te bestuderen wat deze ervaringen voor mij en naasten hebben betekend, ben ik tot een aantal inzichten gekomen om mezelf, mijn context, maar ook studenten met een psychische kwetsbaarheid, hun omgeving, werknemers en onderzoekers in hoger onderwijs inzichten te verschaffen dat het leren omgaan met moeilijke tijden ook een enorme groei met zich mee kan brengen. Maar hoe kan nu net mijn persoonlijk verhaal, mijn ervaring met angst en depressie en het aanwenden ervan als onderzoeksmateriaal een aanvulling zijn naar de theorie en praktijk toe?

Als eerste zijn angst en depressie vandaag de dag eerder regel dan uitzondering: iedereen wil een leuk leven en gelukkig zijn, en dit zo veel mogelijk laten zien aan de buitenwereld, waarbij we ons verdriet, moeilijkheden, kwetsbaarheden, onze 'monsters' zo ver mogelijk wegduwen. Net die ideefix voor een gelukkig, normaal, perfect en geslaagd leven, hangt heel nauw samen met toenemende gevoelens van angst en depressie. Wanneer mensen voelen dat er iets aan de hand is, wil men hier zo snel mogelijk de vinger op leggen om zodoende de beste manier te vinden om weer vooruit te raken, en wordt men actief gestuurd naar 'gewenste gedragingen'. Labels worden her en der gekleefd, maar fungeren soms als doel op zich, terwijl men de contextuele factoren en de complexe samenhang met individuele en omgevingsfactoren niet voldoende op waarde schat. De dingen een naam geven is niet hetzelfde als die begrijpen. Hoewel diagnostische labels uiteraard belangrijk zijn, omdat anders ook de ervaringen die ermee gepaard gaan, onzichtbaar worden, was het voor mij minder belangrijk mezelf te labelen volgens een bepaald model (bijvoorbeeld de DSM), maar om anderen te laten begrijpen hoe het voelt om gelabeld te worden in een klimaat van stereotypering. Onze maatschappij bepaald immers de normen en waarden, de 'normale identiteit' en daardoor ook de stoornissen, de afwijkingen, de 'monsters'. Het binaire denken is diep geworteld: normaal-abnormaal, gewoon-ongewoon, wij-zij, waardoor het onderscheid tussen psychisch normaal en psychisch abnormaal steeds neerkomt op afwijkingen van de norm. Deze '*disabilities*' en '*differences*', deze 'monsterlijkheden', worden gediagnosticeerd en beschouwd als een individueel probleem, terwijl ik als orthopedagoog wil wegtreden van die hokjes en labels, en verder wil kijken dan enkel dat wat problematisch is. Het is net verschil, dat integraal deel uitmaakt van het mens-zijn, wat ons uniek maakt en waarbij voorbij wordt gegaan aan deze eenvoudige dichotomieën. Hoewel 'monsters' verstoren en verontrusten, dienen ze tegelijk om duidelijkheid te geven over wat we niet willen, kunnen en/of durven: een goed evenwicht tussen gelijkheid en verschil met de ander is ontzettend belangrijk. Ik wil graag de verwevenheid en gelaagdheid zien van hoe beiden (normaal én abnormaal) zich voordoen en laten kennen. Ik wil met deze masterproef mijn 'monster' niet langer wegduwen, maar dit omarmen en ervan leren: dit is wie ik ben, wie ik kan zijn, wie ik wil zijn en wie ik zal worden. Goodley en Runswick-Cole (2014) omschrijven het als volgt: "*Differences can open up space to look for potentialities for conceptualizing disability (difference) not (always) as a lack but an opportunity to revise notions of normality, independence and autonomy.* Werken met deze verwevenheid, werken met verschil vanuit positieve affirmatie biedt ons

de kans om de idealen die we vooropstellen voor gezonde, gelukkige mensen te durven in vraag stellen: is het mogelijk om autonomie, zelfstandigheid en normaliteit in vraag te stellen? Hoe kunnen we hier meer differentiatie op toelaten en waarderen?

Als tweede link ik mijn verhaal aan *Disability Studies* en *Mad(ness) Studies*. Nog te vaak worden 'mad voices' in onze maatschappij niet gehoord, overschreven, het zwijgen opgelegd of zelfs gewist in de loop van een psychiatrische behandeling, en worden deze mensen in de media veelal afgeschilderd als manipulatief, gewelddadig, arbeidsongeschikt of onproductief. Te vaak wordt uitgegaan van een derde-persoonskennis: 'vertel ons je verhaal, wij geven je een diagnose', waarbij wordt gesproken over iemand, in plaats van *tegen* en *met* hen. Een beperking wordt dan gezien als een individueel tekort, defect en/of medisch 'probleem', dat moet worden 'genezen'. Maar het is meer dan dat: het gaat niet over het bestuderen van verschillende stoornissen als een karakteristiek in een persoon, ook de leefomstandigheden en de definiëring en presentatie ervan in de samenleving moeten worden belicht. Het is helaas nog steeds zo dat 'ervaringsgerichte' kennis, verkregen via geleefde ervaringen, een lagere status heeft dan professionele, medisch-georiënteerde kennis vanuit een expertise-invalshoek. Ongeacht hoe mensen met een beperking of *survivors* over zichzelf denken (*Disability* versus *Mad*), ze worden nog steeds op één hoop gegooid binnen dezelfde extern opgelegde definities, categorieën en statistieken, en beiden worden onderworpen aan discriminatie, onderdrukking en stereotypering. Veel te lang zag ik mezelf louter als iemand met het label angst en depressie, iets waar ik nooit over kon raken. Nu zie ik mezelf als een 'survivor', en wil ook ik mijn 'mad voice' laten horen. Hiermee daag ook ik de algemene kennis over de geestelijke gezondheid uit (i.e. biomedische kennis) op basis van mijn eigen ervaringskennis, wat nieuwe manieren kan bieden om deze ervaringen te begrijpen, hiermee om te gaan, deze te overwinnen en hulp te bieden.

Als derde zijn er aanwijzingen dat een depressieve stoornis sterke samenhang vertoont met zelfkritiek. In mijn ervaring met angst en depressie was ik eveneens erg zelfkritisch, waarbij ik sterke vijandige gedachten en gevoelens tegenover mezelf als persoon had en hoge eisen stelde aan mezelf. Aan de grondslag hieraan liggen drie soorten emotieregulatiesystemen die essentieel zijn om te overleven en de basis vormen voor bepaalde soorten gevoelens. Als drukbezet mens zijn vooral het gevaarsysteem (i.e. het snel herkennen van extern gevaar of bedreigingen) en het jaagsysteem (i.e. de motivatie om op zoek te gaan naar zaken die ons positieve gevoelens en energie bezorgen) aan zet. Maar het is het zorg- en kalmeringssysteem dat ervoor zorgt dat beiden worden gereguleerd, dat zorgt voor herstel, dat men pauze neemt wanneer het nodig is, enzovoort. Wanneer iemand een hoge mate aan zelfkritiek heeft is een verhoogde gevoeligheid en overactiviteit van het gevaar- en jaagsysteem een veel voorkomend probleem, en zou het zorg- en kalmeringssysteem onderontwikkeld zijn. Om het niveau van zelfkritiek te doen dalen helpt het om eerst en vooral het zorg- en kalmeringssysteem meer te gebruiken, en moet daarnaast het niveau van zelfcompassie verhogen, waardoor mensen leren hun (negatieve) gedachten en gevoelens een plaats te geven, aandacht te hebben voor zichzelf, in nauwe verbinding met anderen en met de context waar men integraal deel van uitmaakt, wanneer tekorten

worden waargenomen, waardoor versterking van positieve emoties tot stand komt en het welbevinden wordt bewaakt. Het is echter geen middel om een 'beter' mens te worden maar om jezelf onvoorwaardelijk in wording te accepteren, en het is tevens de basis voor compassie: geen zelfcompassie betekent immers ook geen compassie voor anderen, en als sociaal wezen zijn deze anderen voor ons als mens van groot belang. Wie we zijn, wie we worden, hangt immers af van de interactie met de ander, onze omgeving en onze cultuur; of zoals Shildrick (2002) het omschrijft: '*becoming-in-the-world-with-others*'. Via ontmoetingen en relaties zijn mensen in staat hun eigen individuele identiteit te ontwikkelen. Behoeften en verlangens van een persoon zijn dus altijd sociaal geconstrueerd in en door relaties met anderen (Greenstein, 2015). Via ons sociaal netwerk kunnen we eveneens sociale steun ontvangen, wat kan bijdragen aan het minder stressvol ervaren van een situatie en iemands mogelijkheid tot coping kan versterken. Informele steunbronnen (familie, vrienden, leeftijdsgenoten, enzovoort) en formele steunbronnen (hulpverleners, therapeuten, enzovoort) zijn dus zeker van belang in het leven van een mens, en hebben tevens een grote invloed op het al dan niet doen ontstaan en instandhouden van psychische klachten.

Als vierde punt wordt in de behandeling van een depressie het vaakst geopteerd voor psychotherapie en medicamenteuze behandelingen. De belangrijkste werkzame factor binnen een psychotherapeutische behandeling, naast elementen buiten die behandeling, is de therapeutische relatie en kan gezien worden als een van de grootste voorspellers voor het succes van psychotherapie. Als de relatie tussen cliënt en therapeut er is, volgt alles vanzelf. Als te vaak wordt vastgehouden aan zeer specifieke technieken, die aan hedendaagse psychotherapeuten worden geïnstrueerd, verliest men de persoon geheel uit het oog. Naast psychotherapie wordt eveneens geopteerd om medicatie voor te schrijven, waarbij antidepressiva het vaakst worden aangewend. Het voorschrijven van antidepressiva gebeurt steeds vaker, en dit op basis van de lijdensdruk en het disfunctioneren van de patiënt. Naarmate de leeftijd stijgt, gebeurt het voorschrijven zelfs nog frequenter. De vraag of men al dan niet medicatie nodig heeft is moeilijk te beantwoorden. Op dit ogenblik sta ik vrij twijfelachtig tegenover medicatiegebruik, omdat net zo snel wordt overgegaan tot toediening ervan. Maar anderen kunnen net helemaal van het tegenovergestelde overtuigd zijn, met medicatie als werkzame voorwaarde om te genezen. De boodschap die ik wens mee te geven is: denk twee keer na, is er echt nood aan medicatiegebruik of is het een 'laatste redmiddel'?

Als laatste zijn het niet alleen mensen buiten het onderwijs en specialistische behandelingen die een verschil kunnen maken, ook docenten kunnen hierin een belangrijke rol spelen en kunnen ervoor zorgen dat jonge mensen, jonge studenten, zichzelf niet verliezen (i.e. *Love as pedagogy*). Intermenselijk contact en begrip van en voor (mede)studenten, docenten en werkgevers in een onderwijsstelling speelt een grote rol, waarbij begrip en respect erg cruciaal zijn, zeker wanneer de angst en depressieve gevoelens sterk de kop opsteken. Docenten moeten hun studenten motiveren én tegelijkertijd voorbereiden op een wereld van harde aannemers en klanten. Formeel onderwijs is helaas tot een punt gekomen waarbij het idee om een professionele afstand te bewaren wordt aangemoedigd en vaak wordt vereist. De functie van hoger onderwijs lijkt meer die van leverancier van intellectueel kapitaal te zijn

voor de kenniseconomie, waarbij studenten steeds meer louter gezien worden als toekomstige werknemers op de arbeidsmarkt. Interacties waarbij alle partijen zich comfortabel voelen, verrijkt en verbetert leerervaringen, waardoor ze gedenkwaardig en effectief worden; hoewel dit iets is wat om de een of andere reden weggewerkt is uit de formele onderwijscontexten, waardoor ze onpersoonlijk worden. De invloed van een volwassene om een student te beïnvloeden is reëel wanneer de autoriteit niet afhankelijk is van macht, maar van liefde en genegenheid, van vertrouwen opbouwen en studenten te behandelen als mensen. Een liefhebbende docent zorgt ervoor dat studenten hun vertrouwen niet verliezen in hun leerproces en hun eigenwaarde wanneer ze in moeilijkheden komen, en kunnen hen eveneens leren omgaan met falen, onzekerheid, zwakte en eenzaamheid via empathie en aanmoediging. Het stimuleren van talenten die studenten bezitten en het potentieel aanboren, zowel naar kwalificatie (het bieden van kennis en vaardigheden), socialisatie (het onderdeel worden van bepaalde sociale, culturele en politieke waarden en normen) als subjectivering (het construeren van bepaalde vormen van onafhankelijkheid of identiteit) toe zal hierbij belangrijk zijn (Biesta, 2009).

Ik ben me er van bewust dat een terugval, in mijn geval, ten allen tijde kan optreden. Het gaat ook niet over 'genezen' van angst en depressie, maar er op een andere, positievere manier mee om te gaan. Een terugval hoeft daarom ook geen 'terug-naar-start' beweging te zijn. De voorbije gebeurtenissen en ervaringen zullen altijd deel van mezelf zijn en durven zichzelf dan ook af en toe opnieuw aan de oppervlakte laten zien. Belangrijker is dat ik op die manier steeds beter leer relativeren en weet dat het van voorbijgaande aard is. Mijn 'monster' zal *altijd* deel van mezelf zijn.

NAWOORD

Toen ik klaar was met het schrijven van deze masterproef stelde mijn papa de volgende vraag: “Stel, je gaat tien jaar terug in de tijd, vóór je in je depressie terechtkwam, vóór je begon te kampen met angst, zou je ervoor kiezen het helemaal over te doen, of zou je willen dat dit nooit was gebeurd?”.

Ik hoefde helemaal niet lang na te denken.

Mijn antwoord was kort: “Ik zou het allemaal weer opnieuw doorlopen, want deze ervaring heeft me gemaakt tot de sterkere persoon die ik nu ben. Dit is deel van mijn leven, van mijn evolutie, van mijn continue groei.”

LITERATUURLIJST

- Abbey, A., Abramis, D., & Caplan, R. (1985). Effects of different sources of social support and social conflict on emotional well-being. *Basic and Applied Social Psychology*, 6(2), 111-129.
- Ackermann, R., & Williams, I. (2002, april). Rational treatment choices for non-major depressions in primary care: an evidence-based review. *Journal of General Internal Medicine*, 17(4), pp. 293-301.
- Adams, T. E. (2006). Seeking father: Relationally reframing a troubled love story. *Qualitative Inquiry*, 12(4), pp. 704-723.
- Albarracin, D., Repetto, M., & Albarracin, M. (1997). Social support in child abuse and neglect: support functions, sources and contexts. *Child Abuse and Neglect*, 21(7), 607-615.
- Alexander, J. (2001). Depressed men: an exploratory study of close relationships. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 67-75.
- Allan, J., Ramaekers, G., & Van Der Velden, R. (2005). Measuring competencies of higher education graduates. In D. Weerts, & J. Vidal (Red.), *Enhancing alumni research: European and American perspectives* (pp. 49-59). San Francisco: Jossey-Bass.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Asay, T., & Lambert, M. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: quantitative findings. In M. Hubble, B. Duncan, & S. Miller (Red.), *The heart and soul of change. What works in therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Baart, I., & Maier, R. (2016). Disability Studies: Successen en dilemma's. In G. Van Hove, A. Schippers, M. Cardol, & E. De Schauwer (Red.), *Disability Studies in de Lage Landen* (pp. 12-31). Antwerpen - Apeldoorn: Garant.
- Bakker, B. (2015, april 24). Psychiater Irvin D. Yalom: 'Ik geef nooit een diagnose'. *de Volkskrant*. Opgehaald van <https://www.volkskrant.nl/cultuur-media/psychiater-irvin-d-yalom-ik-geef-nooit-een-diagnose~b6313886/>
- Bao, W., Hoyt, D., & Whitbeck, L. (2000). Abuse, support, and depression among homeless and runaway adolescents. *Journal of Health and Social Behaviour*, 41(4), 408-420.
- Bayingana, K., Drieskens, S., & Tafforeau, J. (2002). *Depressie. Stand van zaken in België: elementen voor een gezondheidsbeleid*. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Dienst

Epidemiologie. Brussel: IPH/EPI. Opgehaald van https://www.wiv-isp.be/epidemie/epinl/crospnl/depressie_nl.pdf

- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. (2009). . Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-5. *Psychiatric Clinics of North America*, 32, 483-524.
- Beresford , P. (2000). What Have Madness and Psychiatric System Survivors Got to Do with Disability and Disability Studies. *Disability & Society*, 15(2), 167-172.
- Biesta, G. (2009). Good education in an age of measurement: On the need to reconnect with the question of purpose in education. *Educational Assessment, Evaluation and Accountability*, 21(1), 33-46.
- Blockmans, I. G. (2019). Encounters With the White Coat: Confessions of a Sexuality and Disability Researcher in a Wheelchair in Becoming. *Qualitative Inquiry*, 25(2), 170-179.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bochner, A. P., & Ellis, C. (1992). Personal narrative as a social approach to interpersonal communication. *Communication Theory*, 2(2), 165-172.
- Bochner, A., & Ellis, C. (2006). Communication as autoethnography. In G. Sheperd, J. St. John, & T. Striphas (Red.), *Communication as ... Perspectives on theory* (pp. 110-122). Thousand Oaks: Sage.
- Boxall, K., & Beresford, P. (2013). Service User Research in Social Work and Disability Studies in the United Kingdom. *Disability & Society*, 28(5), 587-600.
- Braet, C., Wante, L., & Timbremont, B. (2014). Stemmingsproblemen en depressie. In P. Prins, & C. Braet (Red.), *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie* (pp. 325-347). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Brewer, E. (2018). Chapter 2: Coming Out Mad, Coming Out Disabled. In E. Donaldson (Red.), *Literatures of Madness: Disability Studies and Mental Health* (pp. 11-30). Springer.
- Cauce, A., Mason, C., Gonzales, N., Hiraga, Y., & Liu, G. (1996). Social support during adolescence: methodological and theoretical considerations. In K. Hurrelmann, & S. Hamilton (Red.), *Social problems and social contexts in adolescence* (pp. 131-151). New York: Aldine De Gruyter.
- Cho, K. (2009). *Psychopedagogy: Freud, Lacan, and the Psychoanalytic Theory of Education*. Springer.

- Claes, L. (2016). In de kijker: disability Studies en interpretatieve, creatieve onderzoeksmethoden. In G. Van Hove, A. Schippers, M. Cardol, & De Schauwer Elisabeth (Red.), *Disability Studies in de Lage Landen* (pp. 32-48). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Claes, S., Casteels, M., Danckaerts, M., De Lepeleire, J., Demyttenaere, K., Laekeman, G., . . . Truyts, T. (2010, maart 5). Visietekst werkgroep Metaforum Leuven. *Het toenemend gebruik van psychofarmaca*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S., & Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Costa, L. (2014, oktober 15). *Mad Studies - what is it and why you should care*. Opgehaald van Mad Studies Network: <https://madstudies2014.wordpress.com/2014/10/15/mad-studies-what-it-is-and-why-you-should-care-2/>
- Couser, G. (2000). The empire of the "normal": A forum on disability and self-representation - Introduction. *American Quarterly*, 52, 305-310.
- Couser, T. (1997). *Recovering bodies: Illness, disability, and life writing*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Coyne, J. (1986). Strategic marital therapy for depression. In N. Jacobson, & A. Gurman (Red.), *Clinical handbook of marital therapy* (pp. 495-535). New York: Guilford Press.
- Coyne, J., Kessler, R., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C., & Greden, J. (1987). Living with a depressed person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 347-355.
- De Clerck, O. (2009). *Het psychosociaal welzijn bij Congolese ex-kindsoldaten: de rol van sociale steun (Masterproef)*. Gent: Universiteit Gent.
- De Coene, F. (2011). *Bronnen en vormen van sociale steun: de invloed op de mentale gezondheid bij psychiatrische patiënten [Masterproef]*. Gent: Universiteit Gent.
- De Jong, W. (2018). *Mindgym: Sportschool voor je geest. In 12 weken meer focus, rust én energie*. Amsterdam: Maven Publishing.
- De Schauwer, E., Van de Putte, I., Claes, L., Verstichele, M., & Davies, B. (2016). Shildrick's monster: exploring a new approach to difference/disability through collective biography. *Disability & Society*, 31(8), 1098-1111.

- De Wachter, D. (2018). *#talks: Het idee dat het leven vooral leuk moet zijn, is dé ziekte van deze tijd*. Opgeroepen op april 12, 2019, van Brainwash: <https://www.brainwash.nl/bijdrage/het-idee-dat-het-leven-vooral-leuk-moet-zijn-is-de-ziekte-van-deze-tijd>
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1998). *Rizoom*. Utrecht.
- Denzin, N. K. (1989). *Interpretive biography*. Newbury Park, California: Sage.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (Red.). (2000). *Handbook of qualitative research*. California, USA: Sage.
- Depue, R., & Morrone-Strupinsky, J. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding: implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behavioral Brain Science*, 28(3), 313-350.
- Diggs, R., & Clarck, K. (2002). It's a struggle but worth it: Identifying and managing identities in an interracial friendship. *Communication Quarterly*, 50, 368-390.
- du Fossé, C. (2011). *De invloed van cliënt en therapeut karakteristieken op de ontwikkeling en behoud van de therapeutische werkaliantie in psychotherapie (bachelorthese)*. Antwerpen: Universiteit Antwerpen: Faculteit Klinische Psychologie.
- Ellis, C. (2004). *The ethnographic I: A methodological novel about autoethnography*. Walnut Creek: Altamira Press.
- Ellis, C. (2009). *Revision: Autoethnographic reflections on life and work*. Walnut Creek: Left Coast Press.
- Ellis, C. (2010). Telling moments in an autoethnographer's life. In N. Denzin, & M. Giardina (Red.), *Qualitative inquiry and human rights* (pp. 243-246). Walnut Creek: Left Coast Press.
- Ellis, C., & Bochner, A. P. (2000). Autoethnography, personal narrative, reflexivity. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Red.), *Handbook of qualitative research* (2e ed., pp. 733-768). Thousand Oaks California, USA: Sage.
- Ellis, C., Adams, T. E., & Bochner, A. P. (2011). Autoethnography: an overview. *Forum Qualitative Social Research*, 12(1).
- Emerson, R. M. (2004). Working With 'Key Incidents'. In C. Seale, G. Gobo, J. F. Gubrium, & D. Silverman (Red.), *Qualitative Research Practice* (pp. 427-442). London: Sage.
- Emerson, R. M., Fretz, R. I., & Shaw, L. L. (1995). *Writing Ethnographic Fieldnotes*. Chicago: University of Chicago Press.
- Etherington, K. (2007). Ethical research in reflexive relationships. *Qualitative Inquiry*, 13(5), pp. 599-616.

- Faulkner, A. (2017). Survivor research and Mad Studies: the role and value of experiential knowledge in mental health research. *Disability & Society*, 32(4), 500-520.
- Feldman, C., & Kuyken, W. (2011). Compassion in the landscape of suffering. *Contemporary Buddhism*, 12, 143-155.
- Fingfeld-Connett, D. (2005). Clarification of social support. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(1), 4-9.
- Frances, A. (2013). *Terug naar normaal: inside informatie over de epidemie van psychische stoornissen, DSM-5, Big Pharma en de medicalisering van het dagelijkse leven*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Freire, P. (2004). *Pedagogy of hope*. London: Continuum.
- Garssen, B., Schreurs, P., Oei, T., & Zwart, F. (1985). Sociale steun en depressieve klachten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27(8), 552-564.
- Gilbert, P. (2001). Evolutionary approaches to psychopathology. The role of natural defences. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 17-27.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. Routledge.
- Gilbert, P. (2007). *Psychotherapy and Counseling for Depression* (3 ed.). Sage.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15, 199-208.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy*. New York: Routledge.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. *The British Psychological Society*, 84, 239-255.
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Richter, A., Franks, L., Mills, A., . . . Gale, C. (2009). An exploration of different types of positive affect in students and patients with a bipolar disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, 6(4), 135-143.
- Graham, P. (2018). Lost and Found: Personal Reflections on Educational Earnestness and the Power of Love. *Educational Theory*, 68(2), 161-176.

- Greenstein, A. (2015). *Radical inclusive education: Disability, teaching and struggles for liberation*. Routledge.
- Gubrium, J. F., & Holstein, J. A. (1997). *The New Language of Qualitative Method*. . New York: Oxford University Press.
- Harjunen, E. (2009). How do teachers view their own pedagogical authority? *Teachers and Teaching: theory and practice*, 15(1), 109-129.
- Hens, K., & Van Goidsenhoven, L. (2018). Autisme als meerduidig en dynamisch fenomeen. *Algemeen Nederlands Tijdschrift voor Wijsbegeerte*, 110(4), 421-451.
- Holman Jones, S. (2005). Autoethnography: Making the personal political. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Red.), *Handbook of qualitative research* (pp. 763-791). Thousand Oaks California, USA: Sage.
- Hooks, B. (1994). *Teaching to transgress: Education as the practice of freedom*. New York: Routledge.
- Hooley, J., Orley, J., & Teasdale, J. (1986). Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 642-647.
- Horvath, A., Del Re, A., Fluckiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9-16.
- House, J., Umberson, D., & Landis, K. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14, 293-318.
- Hoyle, J. (2002). *Leadership and the force of love. Six keys to motivating with love*. . Thousand Oaks: Sage.
- Jones, S. (2008). Autoethnography: Making the personal political. In N. Denzin, & Y. Lincoln (Red.), *Collecting and interpreting qualitative materials* (3 ed., pp. 205-245). Thousand Oaks: Sage.
- Keitner, G., Ryan, C., Miller, I., Kohn, R., Bishop, D., & Epstein, N. (1995). Role of the family in recovery and major depression. *The American Journal of Psychiatry*, 185, 1002-1008.
- Keller, E. F. (1995). *Reflections on gender and science*. New Haven: Yale University Press.
- Kranke, D., Floersch, J., Townsend, L., & Munson, M. (2010). Stigma experience among adolescents taking psychiatric medication. *Children and Youth Services Review*, 32, 496-505.
- Krupnick, J., Sotsky, S., Simmers, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J., & Pilkonis, P. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 532-539.

- Lambert, M. (1983). Introduction to assessment of psychotherapy outcome: Historical perspectives and current issues. In E. C. Lambert, & S. DeJulio (Red.), *The assessment of psychotherapy outcome* (pp. 3-32). New York: Wiley Interscience.
- Lambert, M., & Barley, D. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38(4), 357-361.
- Lauwers, H. (2008). *Fenomenologisch onderzoek in de pedagogische wetenschappen of leren omgaan met ambiguïteit. Een literatuurstudie*. Onderzoekscentrum Kind & Samenleving.
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage Publications.
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1986). But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New directions for program evaluation*(30), 73-84.
- Lofland, J., & Lofland, L. H. (1995). *Analyzing Social Settings: A Guide to Qualitative Observation and Analysis* (3 ed.). Belmont: Wadsworth.
- Loreman, T. (2011). *Love as pedagogy*. Springer Science & Business Media.
- Määttä, K., & Uusiautti, S. (2012). Pedagogical authority and pedagogical love - connected or incompatible? *International Journal of Whole Schooling*, 8(1), 21-39.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: Standards, challenges and guidelines. *The Lancet*, 483-488.
- Maréchal, G. (2010). Autoethnography. In A. J. Mills, G. Durepos, & E. Wiebe (Red.), *Encyclopedia of case study research* (2 ed., pp. 43-45). Thousand Oaks: Sage.
- Marks, I. (1987). *Fears, Phobias and Rituals: Panic, Anxiety and their Disorders*. Oxford University Press.
- Martin, D., Garske, J., & Davis, M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- Maso, I. (2001). Phenomenology and ethnography. In P. Atkinson, A. Coffey, S. Delamont, J. Lofland , & L. Lofland (Red.), *Handbook of ethnography* (pp. 136-144). Thousand Oaks, California: Sage.
- Matthews, W. (1984). *A happy childhood*. Boston: Little, Brown and Company.

- Möller, S. (2017). *Jij bent je eigen ergste vijand: Wordt het effect van een compassietraining op een afname van depressie gemedieerd door zelfkritiek? (Masterthesis)*. Enschede: Universiteit Twente: Departement Psychology.
- Morimoto, L. (2008). Teaching as transgression: The autoethnography of a fat physical education instructor. *Proteus*, 25, 29-36.
- Müller, T. (2011). Voorbij navelstaren en narcisme: Ferrells auto-etnografie als onderdeel van de etnografie. *Kwalon: Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek*, 16(3), 25-31.
- Muris, P. (2014). Angst en angststoornissen. In P. Prins, & C. Braet (Red.), *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie* (pp. 303-324). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Naert, J. (2013). *In nood kent men zijn vrienden? De invloed van stigmatisatie op sociale steun bij mensen met een verslaving en een depressie [Masterproef]*. Gent: Universiteit Gent.
- Nasser, E., & Overholser, J. (2005). Recovery from major depression: the role of support from family, friends and spiritual beliefs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(2), 125-132.
- Neff, K. (2003a). Self-Compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Neff, K. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K., Hsieh, Y.-P., & Dejjterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263-287.
- Price, M. (2011). *Mad at School: Rhetorics Of Mental Disability and Academic Life*. University of Michigan Press.
- Pyszczynski, J., & Greenberg, T. (1987). Self-Regulatory Perseveration and the Depressive Self-Focusing Style: A Self-Awareness Theory of Reactive Depression. *Psychological Bulletin*, 102(1), 122-138.
- Reaume, G. (2006). Mad People's History. *Radical History Review*, 84, 170-182.
- Reulink, N., & Lindeman, L. (2005). *Kwalitatief onderzoek. Participerende observatie, documentanalyse, interviewen*.
- RIZIV. (2014, juli 8). Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV. *De antidepressiva - Infospot*. J. De Cock. Opgehaald van <https://www.riziv.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/infospot-antidepressiva.aspx>

- Rober, P., & Rosenblatt, P. (2016). 'Hoe was het in het kamp?'. Oorlogsherinneringne en familiegeheimen. *Systeemtherapie*, 28(3), 90-109.
- Russo, J. (2016). Establishing first-person knowledge of madness: Must This Undertaking Elide our Differences? *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 23(3/4), 237-240.
- Russo, J., & Beresford, P. (2015). Between exclusion and colonisation: seeking a place for mad people's knowledge in academia. *Disability & Society*, 30(1), 153-157.
- Ryan, F., Soven, M., Smither, J., Sullivan, W., & Vanbuskirk, W. (1999). Appreciative inquiry: Using personal narratives for initiating school reform. *Clearing House*, 72(3), 164-167.
- Safran, J., Muran, C., Samstag, L., & Stevens, C. (2001). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 38(4), 406-412.
- Schatzman, L., & Strauss, A. L. (1973). *Field Research: Strategies for a Natural Sociology*. . Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Sheeber, L., Davis, B., Leve, C., Hops, H., & Tildesley, E. (2007). Adolescents' relationships with their mothers and fathers: associations with depressive disorder and subdiagnostic symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 144-154.
- Shildrick, M. (2002). *Embodying the Monster: Encounters with the Vulnerable Self*. London: Sage Publications Ltd.
- Smaling, A. (2009). Participatief onderzoek: een overzicht. *Kwalon: Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek*, 14(1), 23-32.
- Smith, P. (2013). *Both Sides of the Table: Autoethnographies of Educators Learning and Teaching With/In [Dis]ability*. New York: Peter Lang Publishing, Inc.
- Society for disability studies. (2016). *What is Disability Studies?* Opgehaald van Society for disability studies: <http://disstudies.org/index.php/about-sds/what-is-disability-studies/>
- Spies, T., Mokkink, H., de Vries Robbé, P., & Grol, R. (2004, juli). Huisarts kiest vaak voor antidepressiva onafhankelijk van de ernst van de depressie. *Huisarts & Wetenschap*, 47(8), pp. 364-367.
- Tambuyzer, E. (2012). *Eén verhaal, drie visies: patiënten, familieleden en hulpverleners over participatie in de geestelijke gezondheidszorg (doctoraat)*. Leuven: KU Leuven: Faculteit Geneeskunde, Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg & LUCAS.
- Taylor, S. (2003). *Health Psychology* (5 ed.). New York: The McGraw-Hill Companies.

- Taylor, S., Shoultz, B., & Walker, P. (Red.). (2003). *Disability Studies: Information and Resources*.
Opgeroepen op november 10, 2018, van ERIC: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED498068.pdf>
- Tecqmenne, D. (2017). *Hoe ervaren psychotherapeuten de therapeutische relatie? Een kwalitatief onderzoek naar de ervaring van de therapeutische relatie bij psychotherapeuten uit verschillende stromingen (Masterthesis)*. Gent: Universiteit Gent: Faculteit Psychologische en Pedagogische Wetenschappen.
- Thoits, P. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 23, 145-159.
- Thomas, M. (2006). The contributing factors of change in a therapeutic process. *Contemporary Family Therapy: An international journal*, 28, 201-210.
- Trahar, S. (2009). Beyond the story itself: Narrative inquiry and autoethnography in intercultural research in higher education. *Forum: Qualitative Social Research*, 10(1).
- Uusiautti, S., Määttä, M., & Määttä, K. (2013). Love-based Practice in Education. *International Journal about Parents in Education*, 7(2), 134-144.
- Van Der Ploeg, J. (1990). *Gedragsproblemen*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Van Der Ploeg, J. (2005). *Behandeling van gedragsproblemen*. Rotterdam: Lemniscaat.
- van der Steen, M., Peeters, R., & Van Twist, M. (2010). *De Boom en het Rizoom: Overheidssturing in een Netwerksamenleving*. Wonen, Wijken en Integratie. Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer.
- Van Hove, G., De Schauwer, E., & Platel, A. (2017). Een afwisselend samengaan van kunst en wetenschap: De erfenis van Erik Broekaert verbeeld in het eredocoraat voor Alain Platel. In S. Vandevelde, J. Naert, E. De Schauwer, F. Meulewaeter, G. Van Hove, L. De Clercq, & W. Vanderplasschen (Red.), *De integratief-holistische orthopedagogiek van Professor Eric Broeckaert* (pp. 53-68). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Van Hove, G., De Schauwer, E., Mortier, K., Claes, L., De Munck, K., Verstichele, M., . . . Thienpondt, L. (2012). Supporting Graduate Students toward "A Pedagogy of Hope": Resisting and Redefining Traditional Notions of Disability. Ghent University.
- Van Hove, G., Schippers, A., Cardol, M., & De Schauwer, E. (2016). *Disability Studies in de Lage Landen*. Antwerpen - Apeldoorn: Garant.
- Van Manen, M. (1991). *The tact of teaching: the meaning of pedagogical thoughtfulness*. London: Althouse Press.

- Van Marwijk, H., Grundmeijer, H., Bijl, D., Van Gelderen, M., De Haan, M., Van Weel-Baumgarten, E., . . . Romeijners, A. (2003). NHG-Standaard Depressieve stoornis. *Huisarts Wet*, 46(11), 614-633.
- van Yperen, T., & van der Steege, M. (2010). Methodiek en hulpverlener tellen allebei: Algemeen werkzame factoren en specifieke methodieken in de jeugdzorg. *Jeugd en Co Kennis*, 4(2), 28-37.
- Vanheule, S. (2017). *Psychiatric Diagnosis Revisited: From DSM to Clinical Case Formulation*. Springer.
- Verhaeghe, P. (2017). *Het einde van de psychotherapie* (11 ed.). Amsterdam: De Bezige Bij.
- Verhaeghe, P. (2018). *Identiteit* (15 ed.). Amsterdam: De Bezige Bij.
- Wall, S. (2008). Easier Said than Done: Writing an Autoethnography. *International Journal of Qualitative Methods*, 7(1), 38-53.
- Wolframe , P. M. (2012). The Madwoman in the Academy, or, Revealing the Invisible Straightjacket: Theorizing and Teaching Saneism and Sane Privilege. *Disability Studies Quarterly*, 33(1).
- Wolframe, P. M. (2018). Chapter 3: Going Barefoot: Mad Affiliation, Identity Politics, and Eros. In E. Brewer (Red.), *Literatures of Madness: Disability Studies and Mental Health* (pp. 31-50). Springer.