

Hoop: van theorie naar klinische praktijk

*Een exploratief onderzoek naar de rol van hoop in dagbehandeling
en de visie van behandelaren hierop.*



Aniek Dijkhof, maart 2008

Hoop: van theorie naar klinische praktijk.

*Een exploratief onderzoek naar de rol van hoop in dagbehandeling
en de visie van behandelaren hierop.*

Aniek Dijkhof (s0122890)

Enschede, 28 maart 2008

Begeleiding:

Dr. M.P. Pieterse

Prof. Dr. J.J. Baneke

Masterthese Veiligheid en Gezondheidspsychologie

Faculteit Gedragswetenschappen

Universiteit Twente

Voorwoord

Afgelopen jaar heb ik psychologische onderzoeken uitgevoerd bij mensen met veelal ernstige psychische problemen die in aanmerking komen voor dagbehandeling. Hierbij werd ik getroffen door het hopeloze gevoel dat veel van deze mensen ervaren. Cliënten geven aan dat hun leven niets meer waard is, dat ze geen toekomst zien, sommigen zelfs dat ze denken een einde aan hun leven te maken. Het niet hebben van hoop komt in de Geestelijke Gezondheidszorg frequent voor en heeft mogelijk verstreckende gevolgen. Vandaar mijn besluit dit concept nader te onderzoeken. Geen gemakkelijk onderwerp, want hoop is een ongrijpbaar begrip wat, zo bleek uit de vele gesprekken met geïnteresseerden in mijn omgeving, door een ieder anders wordt beleefd en ervaren. Dit maakt het boeiend, maar tegelijk ook lastig. Samen met mijn onervarenheid in het wetenschappelijk onderzoek en het wisselen van begeleider halverwege, zorgde dit er soms voor dat er, ondanks mijn optimistische en hoopvolle persoonlijkheid, toch een ietwat hopeloos gevoel naar binnen sloop.

Mijn dank gaat uit naar de mensen die geholpen hebben dit onderzoek tot een goed einde te brengen. Mijn begeleiders: Marcel Pieterse en Joost Baneke. Marcel, bedankt voor het begeleiden van het tweede deel en de afronding van mijn afstuderen. Joost, bedankt voor het bieden van de mogelijkheid tot het afstuderen en stage lopen binnen Mediant, het was een leerzaam jaar. En natuurlijk Lieke Christenhusz die mij tijdens mijn eerste stappen op enthousiaste en gedegen wijze heeft begeleid.

Mijn collega's: Yvette, Jennifer, Henny en Lida. Bedankt voor het coderen en steun bij het onderzoek, en voor het behouden van een goede werksfeer, ondanks de vele veranderingen.

En natuurlijk ook alle behandelaren, overige medewerkers en cliënten van de Bremmele, zonder wie er geen onderzoek plaats had kunnen vinden. Bedankt voor jullie medewerking!

Op een meer persoonlijke noot wil ik Maarten bedanken. Bedankt voor je vertrouwen in mij, voor het aanhoren van mijn twijfels en het aanvaarden en soms ombuigen van mijn hopeloosheid. Tevens wil ik mijn ouders bedanken, omdat zij een groot aandeel hadden in de mogelijkheid tot het afronden van deze (tweede) studie.

Aniek

Op de voorkant staat afgebeeld het schilderij 'Pandora', van John William Waterhouse, 1896

Samenvatting

Het doel van dit onderzoek is inzicht te verkrijgen in de rol die hoop speelt in behandeling, en met name de visie van behandelaren hierop. Hiervoor is onderzoek uitgevoerd op een dagbehandelingcentrum. Dit exploratieve onderzoek bestaat uit twee delen. Een kwalitatief deel waarin interviews zijn gehouden met behandelaren (n=13), en een kwantitatief deel waarin vragenlijsten (SCL-90, VPD en VPDa) zijn afgenomen bij cliënten (n=46) om de mate van hoop tijdens behandeling, en factoren die hier mogelijk op van invloed zijn, te kunnen onderzoeken. Dit laatste deel werd hoofdzakelijk gebruikt ter ondersteuning van het kwalitatieve deel. De visie van de behandelaren en de kwantitatieve resultaten zijn vergeleken met resultaten uit onderzoek van Snyder. Snyder heeft een cognitieve en doelgerichte theorie ontwikkeld, waarin hoop bestaat uit de interactie tussen twee componenten: 'pathways' (wegen naar het doel) en 'agency' (wil/motivatie). Tevens heeft hij naar aanleiding hiervan een hooptherapie opgesteld.

Uit de interviews blijkt dat behandelaren moeite hebben met het omschrijven van hoop en de rol die dit speelt in therapie. Hoop lijkt geen deel uit te maken van het vakjargon en is veelal geen direct of bewust thema binnen therapie. Wel dichten behandelaren hoop een belangrijke rol toe binnen behandeling. Snyders theorie en interventies vinden ze concreet en toepasbaar, maar mogelijk niet specifiek op hoop van toepassing. Hoop is in hun ogen niet enkel cognitief en doelgericht, maar tevens emotioneel en passief (zonder doel om naar toe te werken). Verder kwam naar voren dat de groep mogelijk een belangrijk aanvullend hoopbeïnvloedend element is en wordt het begrip valse hoop vaak genoemd als hoopverlagend element. De visie van behandelaren wordt grotendeels ondersteund door de resultaten van het kwantitatieve deel van dit onderzoek. Hieruit blijkt dat jongeren hoopvoller zijn in karakter dan volwassenen. Tevens is een significante negatieve samenhang gevonden tussen, met name depressieve, klachten en de mate van 'trait' hoop. Hoop lijkt te stijgen, hoewel niet constant, tijdens behandeling. Er is hier echter alleen sprake van een trend. Bij cliënten uit de resocialiserende groep lijkt hoop af te nemen, de structurende groep laat een kleine stijging zien.

Vervolgonderzoek onder een grotere populatie is nodig om de bevindingen van dit onderzoek te ondersteunen en meer duidelijkheid te geven over de rol van hoop in therapie. Wanneer behandelaren zich bewuster worden van de rol van hoop in behandeling en de factoren die hierop van invloed zijn, kan hoop mogelijk bewuster als instrument ingezet worden tijdens het therapieproces.

Abstract

The aim of this current research, is to get insight in the role of hope in psychotherapy, with an emphasize on the vision of therapists on hope. The research took place in a centre for psychotherapy. This explorative research exists of two parts. A qualitative part, in which interviews were held with therapists (n=13), and a quantitative part in which clients (n=46) completed questionnaires to assess whether their level of hope changed throughout therapy and which factors might have influenced this change. This part was mainly used to support the qualitative part. The findings of both parts were compared with results of research from Snyder. This researcher has developed a cognitive and goal directed theory of hope in which hope consists of the interaction between two elements: pathways and agency. Snyder also formed a hope therapy based on this theory.

The interviews show that therapists find it difficult to define hope and the role it plays in therapy. Hope doesn't seem to be a part of their technical language, and most of them don't use this subject explicitly when they are giving therapy. They do tend to think that hope plays an important role in therapy. Snyder's theory and interventions are said to be concrete and applicable, but maybe not specifically fitting for hope. They tend to say that hope is not only cognitive and goal directed, but also has an emotional and passive (without a goal to get to) side. Further more, the group seems to have an important influence on hope and the therapists speak of the negative implications of false hope. Most of the results found in the quantitative part, correspondent with the vision of the therapists. Results show a significantly higher trait hope for the young adult group, compared to the adult group. Results also show a significant negative correlation between psychological problems, mainly depressive disorders, and trait hope. Hope seems to increase, although not constantly, during therapy. Due to the small group and large range in scores, we can only speak of a trend though. Clients in the resocialisation group show a decrease in hope, where clients in the structure group show an increase.

Additional research, with a larger population, is necessary to confirm the findings of this research and to get more insight in the role of hope in therapy. When therapists will become more aware of the role of hope in therapy and which factors influence this, hope can become a more direct theme in therapy and a tool in the changing process.

Inhoudsopgave

	Pag.
1 Inleiding	7
2 Methoden	13
2.1 Kwalitatief onderzoek	13
2.1.1 Deelnemers	13
2.1.2 Instrumenten	13
2.1.3 Procedure	13
2.1.4 Data analyse	13
2.2 Kwantitatief onderzoek	16
2.2.1 Deelnemers	16
2.2.2 Instrumenten	16
2.2.3 Procedure	16
2.2.4 Data analyse	17
3 Resultaten	20
3.1 Kwalitatief onderzoek	20
3.2 Kwantitatief onderzoek	27
4 Conclusie & Discussie	31
4.1 Kwalitatief onderzoek	31
4.1.1 Conclusie	31
4.1.2 Discussie	32
4.2 Kwantitatief onderzoek	36
4.2.1 Conclusie	36
4.2.2 Discussie	36
5 Literatuur	40
Bijlagen	43

1 Inleiding

Er maken steeds meer mensen gebruik van de geestelijke gezondheidszorg. Mogelijk neemt ook het aantal mensen met een psychische stoornis toe, hoewel cijfers hierin niet eenduidig zijn (Hutschemaekers, 2000). De laatste jaren is er mede hierdoor meer onderzoek gedaan naar de effecten van verschillende vormen van psychotherapie. Uit meta-analyses van deze onderzoeken blijkt dat de meeste behandelvormen effectief zijn (Smith, Glass & Miller, 1980; Wampold, 2001, in: [Sprenkle & Blow, 2004]). De vraag die hieruit voortkomt is: Wat maakt psychotherapie effectief? Hierop is onderzoek uitgevoerd naar niet-specifieke factoren ('common factors') die in de verschillende psychotherapievormen van invloed zijn. Lambert (1992) stelt dat er vier 'common factors' zijn die bijdragen aan het veranderingsproces: (a) Karakteristieken van de cliënt (motivatie, bewustzijn, voorbereiding, et cetera) en elementen in zijn omgeving (sociale steun en stressvolle gebeurtenissen); (b) de therapeutische relatie; (c) therapeutische technieken; en (d) *hoop* en verwachtingsfactoren. Het concept hoop lijkt een grote rol te spelen in therapie en verklaart mogelijk een deel van de effectiviteit (Lambert, 1992; Snyder et al., 1999; Sprenkle & Blow, 2004).

Beschrijvingen van hoop kennen een lange geschiedenis. Eén van de oudste vertellingen waarin hoop een rol speelt, is de Griekse mythe over de doos van Pandora. Als wraak op Prometheus, die vuur heeft gestolen van de goden en dit naar de mensen heeft gebracht, stuurt Zeus de nieuwsgierige vrouw Pandora naar de aarde. Hij geeft haar een doos mee en waarschuwt haar dat zij deze nooit mag openen als zij gelukkig wil leven. Toch maakt, zoals Zeus had verwacht, Pandora de doos open. Hieruit komen ziektes, verbittering, pijn en alle tegenslagen en onheil die een mens kunnen treffen. Pandora doet uit schrik de doos snel dicht en ziet niet dat de hoop nog onder de rand van de doos zit. Het paradijs op aarde is een verschikking geworden, het geluk is weg en ellende heerst. Wanneer Pandora de doos nogmaals opent, vliegt echter ook de hoop naar buiten (Wikipedia, 2007). Deze mythe kent tegenwoordig een tweeledige uitleg. Aan de ene kant wordt de hoop in deze mythe opgevat als een zegen, waardoor het leven ondanks al het aanwezige kwaad weer draaglijk wordt. Aan de andere kant wordt hoop echter gezien als één van de vervloekingen die het leven ondraaglijk maakt. Door de eeuwen heen blijft hoop zowel positief als negatief bezien. Zo zag Martin Luther hoop als de essentie van wat goed is in het leven. Grote denkers als Sophocles, Nietzsche en Plato zagen hoop echter als een illusie zonder inhoud en spraken van de nadelige gevolgen van het hebben van valse hoop (Snyder, 2000). Nietzsche (1878, [in: Edey en Jevne, 2003]) beschrijft hoop zelfs als: "The worst of evils, for it prolongs the torment of man."

Tegenwoordig wordt hoop voornamelijk gezien als een positieve menselijke waarde, een visie die aansluit bij de opkomst van de positieve psychologie. Deze beweging, met Seligman als één van de

grondleggers, legt de nadruk op gezondheid, capaciteiten en de kracht van de mens. Eeuwenlang heeft de psychologie volgens deze stroming het accent gelegd op ziekte, stoornissen en beperkingen. De positieve psychologie wil een goede balans vinden tussen de studie van de pathologie en een studie van menselijke kracht en waarden als moed, eerlijkheid en hoop (Gable & Haidt, 2005).

Onderzoek naar hoop is een pas ontgonnen gebied. Een moeilijkheid binnen dit onderzoek is het ontbreken van een eenduidige definitie van hoop. Hoop is een concept wat door een ieder anders wordt ervaren en beleefd. In populaire literatuur en alledaags taalgebruik lijkt hoop verschillende betekenissen te hebben en ook onder wetenschappers is geen consensus in een visie op hoop te vinden. Sommige onderzoekers hebben een multidimensionale kijk op hoop. Zo beschrijven Dufault en Martocchio (1985) zes dimensies van hoop. Hoop is volgens hen affectief, cognitief, gedragsmatig, relationeel, temporeel en contextgebonden. Zij onderscheiden tevens, boven deze zes dimensies, twee soorten ('spheres') van hoop: een situationele hoop en een gegeneraliseerde hoop. De situationele hoop is toegespitst op een bepaald doel of een bepaalde wens. De gegeneraliseerde hoop is niet specifiek voor een bepaalde situatie, het is de verwachting dat de toekomst goed zal zijn. "I don't hope for anything in particular, I just hope" (p.381). Ook Farran, Herth, en Popovich (1995) zien hoop als een multidimensionaal concept. Zij omschrijven hoop als een cognitieve-, gedrags- en emotionele ervaring. "As a way of feeling, hope provides the energizing force to move forward even when doing so seems impossible. As a way of thinking, hope is an attitude of "I can do this" and a sense of fortitude. As a behavior, hope involves actively seeking alternatives to problems" (Farran et al., 1995, p.5). Hierbij worden tevens twee soorten hoop onderscheiden die elkaar aanvullen: een basis, meer fundamentele hoop, die niet wordt getest en waarvan de consequenties minder van invloed zijn, en een specifieke hoop die wordt getest en uitgedaagd.

In tegenstelling tot de multidimensionale theorieën ziet de Amerikaanse psycholoog Snyder, één van de belangrijkste onderzoekers naar hoop van de laatste jaren, hoop enkel als een cognitief (unidimensionaal) concept. Hij geeft de volgende definitie van hoop: "Hope is a cognitive set that is based on a reciprocally derived sense of successful (a) agency (goal-directed determination) and (b) pathways (planning of ways to meet goals)." (Snyder et al., 1991, p.571). De 'pathways' representeren de perceptie van een individu dat hij/zij effectieve wegen naar een doel kan bedenken. Bij de 'agency' gaat het om de gedachten van een individu dat hij/zij de capaciteit heeft om die wegen in te slaan, hieronder vallen gedachten als: "ik kan dit, dit gaat mij lukken" (Snyder & Taylor, 2000 [in: Snyder (red.) 2000]). De twee componenten zijn in interactie met elkaar en geven samen de mate van hoop aan. Hoe succesvoller iemand zich voelt in deze twee elementen, hoe groter de hoop zal zijn. Snyder onderscheidt hierbij hoop als karaktertrek ('trait hope') en een meer tijds- en situatiegebonden hoop ('state hope'). Deze lijken overeen te komen met respectievelijk de basis hoop en de situationele hoop in de beide eerder omschreven theorieën. Het verschil is echter dat de twee multidimensionale

theorieën hoop conceptualiseren als iets dat zowel gericht is op het ‘doen’ (de specifieke hoop die wordt getest en uitgedaagd) als op het ‘zijn’ (de gegeneraliseerde, basis hoop die niet wordt getest), terwijl Snyders ‘trait’ en ‘state’ hoop beide gericht zijn op het ‘doen’ (Edey & Jevne, 2003). Snyders theorie is met andere woorden altijd gekoppeld aan een doel waar actief naar toe wordt gewerkt, waar bij de andere theorieën tevens sprake is van een algemene, niet doelgerichte hoop. Erikson (1959, in: [Baneke, 2006]) spreekt van de relatie tussen vertrouwen en hoop. Volgens hem staan mensen positiever en hoopvoller in het leven in een omgeving die vertrouwen biedt. Baneke (2006) stelt naar aanleiding van de ontwikkelingstheorie van Erikson dat hoop ontstaat uit de dynamiek tussen vertrouwen en wantrouwen en is hierdoor van mening dat bij hoop *twijfel* en *onzekerheid* hoort, de “resten van het wantrouwen” (p.127). Zijn kritiek op de theorie van Snyder is dat in dit typisch Amerikaanse model, gericht op actie, probleem oplossen en prestatiemotivatie, geen aandacht is voor deze twijfel en onzekerheid.

Snyder onderscheid zich met zijn cognitieve en doelgerichte theorie van andere theorieën over hoop, maar is zijn theorie vernieuwend? Al decennia lang wordt er onderzoek gedaan naar motivatie en verwachtingen. Hieruit zijn veel theorieën naar voren gekomen. Snyder (2000) [in: Snyder (red.) 2000]) erkent dat er veel gerelateerde concepten te vinden zijn in andere motivatietheorieën, zoals optimisme, ‘self-efficacy’, ‘self-regulation’ en gedragsbeïnvloedende technieken als ‘implementation intention’. Optimisme wordt door Scheier en Carver (1985) gedefinieerd als een gegeneraliseerde verwachting dat goede dingen zullen gebeuren. Zij zien de uitkomstverwachting als het concept met de grootste invloed op doelgericht gedrag. Bandura’s ‘self-efficacy’ (1982) is een geloof in eigen kunnen, het vertrouwen dat iemand heeft in de eigen capaciteiten om gewild gedrag uit te kunnen voeren. Hier heeft de effectiviteitverwachting de belangrijkste invloed op doelgericht gedrag. Het ‘self-efficacy’ concept komt terug in de ‘self-regulation theory’. Dit wordt gedefinieerd als: “a systematic process of human behavior that involves setting of personal goals and steering behavior toward the achievement of established goals” (Maes & Karoly, 2005, p.268). De effectiviteitverwachting wordt ook hier gezien als één van de determinanten van het stellen van doelen. Zowel de uitkomstverwachting als de effectiviteitverwachting komen overeen met de ‘agency’ van Snyders hooptheorie. Deze constructen leggen de nadruk op een motivationele component in doelgericht gedrag die invloed heeft op de slagingskansen hiervan. De ‘implementation intention’ (Gollwitzer, 1993 [in: Conner & Norman, 2005]) is een techniek voor gedragsverandering, die stelt wanneer, waar en hoe een intentie kan worden omgezet in concreet gedrag. Dit benadrukt de manieren een doel te bereiken en sluit hiermee aan bij de ‘pathways’ component van Snyders hooptheorie. Het unieke van Snyder is dat hij in deze theorie het belang van *beide* concepten benadrukt; deze zijn beide van invloed en vullen elkaar aan in doelgericht gedrag. Het onderscheid tussen Snyders hoop en de genoemde gerelateerde concepten wordt (deels) empirisch ondersteund door onderzoek van Magaletta & Oliver (1999) die bij de concepten hoop, self-efficacy en optimisme verschillende factorstructuren

vonden. Bovendien zorgde hoop voor een unieke variantie met betrekking tot welzijn van de respondenten. Snyder zelf vond in onderzoek tevens een unieke variantie van hoop, bovenop de variantie van optimisme, in de voorspelling van psychische klachten (Snyder et al., 1991).

Een ander verschil is dat ‘self-efficacy’, ‘self-regulation’ en ‘implementation intention’ meer gericht zijn op afzonderlijke situaties en optimisme gezien wordt als een karaktertrek, terwijl de hooptheorie van Snyder deze beide combineert in respectievelijk ‘state’ en ‘trait’ hoop (Snyder, 2000). In tabel 1 zijn de gedeelde processen van de beschreven verwante concepten samengevat. Deze tabel is gedeeltelijk overgenomen uit het ‘Handbook of Hope’ van Snyder (2000, p. 14).

Tabel 1: Vergelijking van motivatietheorieën aan de hand van impliciete en expliciete operationele processen.

Operatief proces	Hoop	Optimis- me	‘Self- efficacy’	‘Self- regulation’	‘Implementa- tion Intention’
‘Agency’ gerelateerd denken	+++	+++	+++	+++	+
‘Pathways’ gerelateerd denken	+++	+	++	++	+++
‘State’ of ‘trait’	Beide	Trait	State	State	State

Noot. Hoe meer tekens, hoe meer het operationele proces wordt benadrukt binnen de theorie: + operationeel proces is impliciet deel van model; ++, operationeel proces is expliciet deel van model; +++, operationeel is expliciet deel van het model en wordt benadrukt.

De gevolgen van het hebben van hoop is een belangrijk focus van onderzoek. Hoopvolle mensen kennen meerdere manieren om een doel te bereiken, waardoor zij ook daadwerkelijk meer doelen bereiken, en zien blokkades op de wegen naar een doel meer als leermoment en uitdaging (Snyder et al., 1997). Zij ervaren bij blokkades minder negatieve emoties en hanteren vaker een positieve interne dialoog, waardoor zij blijven geloven dat hun doel bereikbaar is, niet opgeven en in staat blijven alternatieve wegen te vinden naar het doel. Ook zijn mensen met hoop eerder geneigd genoeg te nemen met substituten voor het uiteindelijke doel en zien zij het niet bereiken van doelen minder snel als een persoonlijk falen (Rodriguez-Hanley & Snyder, 2000). Dit komt overeen met onderzoek van Chang (1998) waarin werd gevonden dat hoopvolle mensen een meer positieve probleemoriëntatie hebben en meer rationeel probleemoplossende vaardigheden ontwikkelen in vergelijking met mensen met een lage mate van hoop die vaker een probleemvermijdende strategie hanteren. Het onderzoek van Snyder en zijn collega’s (1997) laat tevens zien dat hoopvolle mensen betere resultaten behalen op zowel academisch- als sportgebied en dat ze minder psychische klachten (onder andere angst- en depressieve klachten) kennen dan mensen met een lagere mate van hoop. Hoop lijkt hiermee van invloed te zijn op een goed functioneren op meerdere levensgebieden.

Sinds de jaren '50 zijn er veel opvattingen ontstaan over de mogelijke werking van hoop in therapie. Zo zou hoop een belangrijke rol spelen in de therapietrouw en motivatie van cliënten. Hanna (2002) ziet hoop als motivatie voor verandering en het volhouden hiervan. Hines (1998) zegt hierover: "The ability genuinely to convey and encourage hope is key to retaining clients in the helping process and to motivating them to make behavioural and cognitive shifts that can enhance their functioning and improve the quality of their lives" (p. 79). Cooper en collega's (2003) zijn van mening dat de behandeluitkomst alleen positief is als de behandelaars hoop kunnen opwekken bij cliënten. De hierboven beschreven uitspraken zijn echter niet empirisch onderbouwd. Er is beperkt onderzoek gedaan naar hoop in de klinische praktijk, met uitzondering van onderzoek uitgevoerd door Snyder en collega's. Uit onderzoek van Snyder blijkt dat een hogere hoop in het begin van psychotherapie onder andere gerelateerd is aan minder klachten, een groter gevoel van welbevinden en een beter functioneren in het verloop van de therapie. In het begin van de therapie is 'agency-thinking' het meest vergroot, waarschijnlijk door de gedachte van cliënten dat de therapie een positieve verandering in hun leven zal zijn. In een later stadium van therapie vergroot 'pathways-thinking' meer, mogelijk omdat cliënten meerdere manieren aangereikt worden om doelen te bereiken (Irving et al., 2004). De mate van hoop van de behandelaar lijkt een grote invloed te hebben op de uitkomst van therapie bij de cliënt. De hooptheorie voorspelt hierbij de beste uitkomst voor behandelaars die zowel hoopvol zijn over de mogelijkheden van de cliënt om te veranderen, als over de therapie die zij aanbieden om deze verandering te bewerkstelligen (Snyder, Michael & Cheavens, 1999).

Snyder et al (2006) hebben op basis van de hooptheorie een therapie gericht op het vergroten van hoop ontwikkeld, waarin onder andere de volgende interventies worden gebruikt:

- Kies doelen die van waarde zijn voor de cliënt (algemeen)
- Zorg dat de doelen van uitdagend niveau zijn (algemeen)
- Specificeer subdoelen (algemeen)
- Visualiseer de wegen naar het doel (pathways)
- Bedenk verschillende manieren om je doel te bereiken (pathways)
- Bedenk hoe je in het verleden doelen hebt bereikt (pathways)
- Stimuleer het gebruik van 'positive self-talk' bij cliënten (agency)
- Evalueer het proces van de cliënt met betrekking tot het behalen van de doelen (agency)

De resultaten van een eerste effectonderzoek door Cheavens et al (2006) lieten zien dat het doorlopen van de op hoop gebaseerde groepstherapie van acht sessies zorgde voor een grotere verhoging op hoop bij de mensen in de therapiegroep ($n=32$), dan bij mensen in de controlegroep ($n=32$). Het verschil hiertussen was echter niet significant ($p=.07$). Wel was er een significant grotere verhoging van 'agency' ($p<.05$) bij deelnemers van de therapiegroep te vinden. Ook bleken deze mensen significant minder depressieve- en angstklachten te hebben ($p<.05$). Deze resultaten laten de mogelijke waarde van een therapie gericht op het verhogen van hoop, of andere positieve concepten, zien.

Hoewel hoop een belangrijke rol lijkt te spelen in de psychotherapie, beperkt het tot nu toe uitgevoerde onderzoek naar hoop zich vooral tot het conceptualiseren van hoop en het ontwikkelen van meetinstrumenten. Er is beperkt onderzoek uitgevoerd naar de rol die hoop speelt in behandeling en de interventies die mogelijk hoop bevorderen. Met dit exploratieve en praktijkgerichte onderzoek werd geprobeerd een brug te slaan tussen theorie en klinische praktijk, met als doel het beter begrijpen van het concept 'hoop' en de rol die hoop speelt in dagbehandeling. Hiervoor werd onderzoek uitgevoerd op dagbehandelingcentrum de Bremmele, onderdeel van Mediant, Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg, te Enschede.

Dit onderzoek heeft een exploratief karakter en bestaat uit twee delen: een kwalitatief en een kwantitatief deel. In het eerste deel, het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek, wordt door middel van interviews met behandelaren geprobeerd een antwoord te vinden op de vraag: *Wat is de visie van behandelaren op de rol van hoop in deeltijdbehandeling en welke factoren in het therapieproces zijn volgens behandelaren mogelijk van invloed op de mate van hoop?* De visie van de behandelaren wordt hierbij vergeleken met de hooptheorie van Snyder om te kijken waar overeenkomsten en verschillen zijn. In het tweede deel, het kwantitatieve gedeelte, wordt antwoord gegeven op de vraag: *In hoeverre varieert de mate van hoop bij cliënten tijdens behandeling en houdt dit verband met andere variabelen?* Hiervoor zijn vragenlijsten afgenomen bij cliënten van verschillende behandelgroepen. Dit deel wordt voornamelijk gebruikt ter toetsing van de hooptheorie van Snyder en de bevindingen uit het kwalitatieve deel van dit onderzoek.

2 Methode

2.1 Kwalitatief onderzoek

2.1.1 Deelnemers

Binnen de Bremmele zijn 16 hulpverleners werkzaam. Dit zijn vijf psychotherapeuten/psychologen, vier sociotherapeuten, twee activiteitentherapeuten, twee psychomotorisch therapeuten, één creatief therapeut, één psychiater en één maatschappelijk werker. Er hebben 13 behandelaren deelgenomen aan het interview. Vanwege een verzadiging van de data is besloten bij de overige drie therapeuten geen interview af te nemen.

2.1.2 Instrumenten

Voor dit deel van het onderzoek is een interview gebruikt. Dit semi-gestructureerde interview bestond uit twee delen. In het eerste deel werd ingegaan op de visie van behandelaren op het concept hoop en de rol van hoop in de dagbehandeling. In het tweede deel volgde een korte uitleg over de hooptheorie van Snyder, en werd de geïnterviewde gevraagd hier zijn mening over te geven. Uiteindelijk werden deze twee opvattingen met elkaar vergeleken. Een aantal gestelde vragen waren:

1. Wat versta je onder hoop?
2. Wat denk je dat de invloed is van de behandeling op de mate van ervaren hoop van cliënten?
3. Hoe belangrijk vind je het bevorderen van hoop en hoe bewust ben je hiermee bezig?
4. Welke elementen/onderdelen van de behandeling beïnvloeden naar jouw mening de mate van hoop?
5. Wat denk je dat de invloed is van jouw eigen ervaren hoop op de hoop van de cliënten?
6. In hoeverre kun je jouw visie op hoop plaatsen binnen de theorie van Snyder?

Het volledige interviewschema is opgenomen in de bijlagen.

2.1.3 Procedure

Er werkten 13 behandelaren vrijwillig mee aan het onderzoek. De interviews werden individueel en face-to-face afgenomen en werden opgenomen op band- of voicerecorder, hiervoor werd schriftelijk toestemming gegeven. De duur van het interview varieerde tussen 30 en 70 minuten. Omdat de behandelaren niet bekend zijn met de theorie van Snyder, kregen zij de hoofdlijnen hiervan tijdens het gesprek op papier (zie bijlage II).

2.1.4 Data –analyse

De interviews zijn volledig getranscribeerd. Hierna werden de transcripten geanalyseerd, waarbij gebruik werd gemaakt van de ‘grounded theory’ (Glaser, 1978, 1992; Glaser & Strauss, 1967; Strauss, 1987 [in: Strauss & Corbin, 1998]). Eerst werden alle thema’s uit de interviews gegenereerd, een proces wat bekend staat als ‘open coding’. Vervolgens werden in samenspraak met twee collega’s de thema’s gehergroepeerd. Hierbij werden de belangrijkste thema’s eruit gehaald, en werden sommige

thema's samengevoegd. Aan de hand van dit proces ontstond een codeerschema (zie tabel 2) met negen hoofdthema's en bijbehorende subthema's met hun definitie. De uitspraken van de interviews zijn aan de hand van de negen verschillende hoofdthema's en de subthema's gecodeerd. Om de betrouwbaarheid van deze codes te waarborgen is een interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Cohen's Kappa, Cohen, 1960) berekend. Tien procent van de uitspraken is gecodeerd door een tweede onafhankelijke beoordelaar. Deze uitspraken zijn random geselecteerd. Aan de hand van deze hercodering is een gemiddelde Cohen's kappa berekend van 0.93, wat een bijna volledige overeenkomst indiceert. Omdat dit een hoge score betreft, is het aannemelijk dat de categorieën duidelijk genoeg zijn. Over de punten waarop geen overeenstemming werd bereikt, is een discussie gevoerd. Hierop zijn enkele kleine wijzigingen doorgevoerd in het schema, waarna het voor de verdere analyses in deze vorm is meegenomen.

Eerst werd per hoofdthema gekeken naar de frequenties van de subthema's. Hierna werden opvallendheden benoemd en werd onderzocht of er patronen aanwezig waren in de antwoorden en genoemde thema's. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de verschillende thema's niet in elk interview naar voren kwamen, wat vergelijkingen tussen onderling gegeven antwoorden bemoeilijkt. Ook is gekeken of de functie van de geïnterviewde van invloed is op de op de formulering en de inhoud van de gegeven antwoorden. Het onderzoek naar hoop binnen de geestelijke gezondheidszorg heeft zich tot nu toe voornamelijk gericht op de psychotherapie en psychotherapeuten. In deze therapievorm ligt de nadruk op het verbale aspect. De interviews zijn echter met zowel psychotherapeuten, als vaktherapeuten (psychomotorisch-, beeldend- of activiteitentherapeuten) en sociotherapeuten gehouden. Vaktherapeuten werken voornamelijk non-verbaal en sociotherapeuten hanteren in het algemeen een meer praktische aanpak. Omdat er maar één maatschappelijk werker is deel nam aan de interviews, en deze functie niet onderverdeeld kan worden in één van deze groepen, wordt deze hier buiten beschouwing gelaten.

Tabel 2: Codeerschema

Hoofdthema	Subthema	Definitie
1. Inhoud hoop en vaststellen definitie	a. Vertrouwen b. Positief c. Geloof d. Actief e. Realiteit f. Ongrijpbaar g. Moeite	Hoop is vertrouwen in jezelf, anderen en/of de omgeving Gericht op verbetering van de huidige situatie, verwachting van iets goeds Hoop is verbonden met geloof / religie. Hoop is actief ergens naar toe werken, iets willen bereiken. Hoop is realistisch, moet haalbaar zijn Hoop is een ongrijpbaar begrip Verbaal blijkt het moeilijk een definitie te geven
2. Rol hoop in behandeling	a. Hulp zoeken / start behandeling b. 'Adherence' behandeling c. Effectiviteit behandeling d. Overstijgend	Hoop is voorwaarde voor behandeling, motivatie om dit aan te gaan. Hoop is beter volhouden van (motivatie) tijdens behandeling Met hoop een betere uitkomst van behandeling Hoop is een onderdeel dat in elke vorm van psychotherapie terugkomt
3. Verschil hoop in therapiegroepen	a. Verschil door tijdsduur b. Verschil door problematiek c. Verschil door leeftijd	De tijdsduur van de therapie is bepalend voor verschil De problematiek in een groep is bepalend voor het verschil De leeftijd is bepalend voor het verschil
4. Ervaring behandelaren met hoop	a. Belangrijk b. Bewust c. Gebruik woord hoop d. Hoop motivatie eigen werkzaamheden e. Invloed / Overdraagbaarheid	De therapeut vindt het bevorderen van hoop belangrijk en meent dat hoop een belangrijke rol in behandeling heeft De therapeut is hier wel / niet bewust mee bezig De therapeut denkt in termen van hoop en gebruikt het woord hoop De eigen hoop van de therapeut is een belangrijke motivatie bij het uitvoeren van de werkzaamheden De hoop van de therapeut heeft invloed op hoop de cliënt, is overdraagbaar
5. Mate van hoop tijdens behandeling	a. Voorafgaand b. Na aanmelding / Start c. Eerste helft d. Tweede helft e. Eind f. Na afloop g. Basisgevoel hoop h. Realistischer	Voorafgaand aan behandeling zijn cliënten hoopvol / hopeloos Na aanmelding en tijdens start behandeling stijgt / daalt hoop In de eerste helft van behandeling stijgt / daalt hoop In de tweede helft van behandeling stijgt / daalt hoop Aan het eind van behandeling stijgt / daalt hoop Na afloop behandeling stijgt / daalt hoop Er blijft een basishoop bestaan, ondanks schommelingen in mate van hoop. Hoop wordt realistischer
6. Hopeloosheid	a. Gevoel b. Interventie	Hopeloosheid is een gevoel Het hopeloos gevoel wordt benoemd om iemand in actie te laten komen / te motiveren en weer te richten op mogelijkheden
7. Hoopverhogende elementen / interventies	a. Contact met groep 1. Groepsgevoel 2. Vergelijking groepsleden b. Relatie met therapeut / team c. Proces cliënt 1. Inzicht in problematiek en gedrag 2. Oefenen van ander gedrag d. Doelbewuste techniek 1. Positieve bekrachtiging 2. Evaluatie 3. Toekomst en doelen 4. Verantwoording bij cliënt	Het contact met de groep verhoogt hoop 1. Deelname aan de groep verhoogt hoop 2. Kijken naar het proces van andere groepsleden geeft hoop De relatie met de therapeut en/of het team verhoogt hoop Het doorlopen behandelproces verhoogt hoop 1. Cliënt krijgt inzicht in eigen gedrag en hoe beter met problematiek om te gaan 2. Cliënt oefent met nieuw gedrag en is hierin succesvol. Inhoud behandeling geeft hoop 1. Succes wordt benadrukt 2. Evalueren van de behandeling 3. Kijken naar de toekomst en daarbij behorende doelen. 4. Cliënt wordt verantwoordelijk gehouden voor verandering
8. Hoopverlagende elementen / interventies	a. Contact met groep b. Relatie met therapeut / team c. Proces cliënt	Het contact met de groep en deelnemen in de groep verlaagt hoop De relatie met de therapeut en/of het team verlaagt hoop Het doorgaan behandelproces verlaagt hoop; onrealistische verwachtingen, confronterend, negatieve ervaringen
9. Visie op Snyders hooptheorie	a. Kan zich erin vinden b. Concreet en toepasbaar c. Overeenkomst eigen werkwijze d. Commentaar	De therapeut kan zich vinden in de theorie Snyders theorie is concreet en toepasbaar Snyders theorie past bij eigen werkwijze De behandelaar heeft commentaar op Snyders theorie

2.2 Kwantitatief onderzoek

2.2.1 Deelnemers

De cliënten die in behandeling zijn bij de Bremmele, zijn mensen met ernstige psychische of psychiatrische problemen, variërend in diagnose. Ze komen in deeltijdbehandeling omdat ze vastlopen op meerdere levensgebieden, waardoor zij intensieve hulp nodig hebben. Vaak hebben zij al een lang behandeltraject achter de rug alvorens in dagbehandeling te gaan. Aan de hand van de hulpvraag, de doelen en de psychische toestand van de cliënt, wordt deze ingedeeld in een a. resocialiserende, b. structurerende of c. psychotherapeutische groep. In elke groep zitten maximaal negen cliënten. De groepen zijn open, dit houdt in dat cliënten elk moment kunnen instromen, waardoor de cliënten in verschillende fasen van hun behandeling zitten. De resocialiserende behandeling (a) is gericht op symptoomreductie en stabilisatie, het geven van steun en het aanbrengen van structuur. Dit is een behandeling van drie dagen per week, met een duur van drie maanden. Er is één resocialiserende groep, de leeftijd in deze groep varieert tussen de 18 en 60 jaar. De structurerende behandeling (b) is gericht op gedragsverandering en ik-versterking, hierbij wordt steunend en directief gewerkt. De behandel frequentie is vier dagen per week, met een duur van zes maanden. Er zijn vier structurerende groepen, twee voor jongvolwassenen (18-28 jaar) en twee voor volwassenen (28-55 jaar). De psychotherapeutische behandeling (c) duurt één jaar, vanwege de lange duur zijn deze groepen niet meegenomen in dit onderzoek.

Op drie vaste momenten tijdens dit onderzoek zijn vragenlijsten voor het meten van hoop afgenomen. De data hiervan werd gecombineerd met data van vragenlijsten die zijn afgenomen tijdens een psychologisch onderzoek voorafgaand aan de behandeling. De lijst is aan 57 mensen minimaal één keer uitgedeeld. Hiervan zijn 52 lijsten geretourneerd. Bij zes van deze respondenten was geen psychologisch onderzoek uitgevoerd binnen Mediant, waardoor er geen data was voorafgaand aan het onderzoek. Hierdoor bleven 46 respondenten over, waarvan 30 vrouwen en 16 mannen. De leeftijd van de respondenten varieert tussen 19 en 52 jaar, met een gemiddelde van 31 jaar.

2.2.2 Instrumenten

Voor het uitvoeren van dit deel van het onderzoek zijn de volgende instrumenten gebruikt. De VPD en VPDa zijn opgenomen in de bijlagen.

Vragenlijst voor Actuele Persoonlijke Doelen en Ervaringen (VPDa)

Voor het meten van de mate van actuele hoop ('state hope') is de Vragenlijst voor Actuele Persoonlijke Doelen en Ervaringen (Baneke, 2001) gebruikt. Dit is een Nederlandse vertaling van Snyders Adult State Hope Scale (Snyder et al., 1996). Deze vragenlijst bestaat uit 8 items die gemeten worden op een 8-punts Likertschaal (1: Absoluut niet mee eens' tot 8: 'Absoluut mee eens'). Drie items meten hoop als 'agency', drie items hoop als 'pathways' en er zijn twee items ter afleiding

(‘fillers’) toegevoegd. Door het optellen van de ‘agency’- en ‘pathways’ items, volgt een totaalscore op hoop, waarbij een score tussen 6 en 48 kan worden behaald. De betrouwbaarheid voor deze lijst ligt tussen .79 en .95 (Snyder, 1991).

Vragenlijst Persoonlijke Doelen en Ervaringen (VPD)

Deze vragenlijst meet hoop als karaktertrek (‘trait hope’) en is een Nederlandse versie (Baneke, 2001) van de Adult Dispositional Hope Scale (Snyder, 1991). De oorspronkelijke versie bestaat uit 12 items: vier meten ‘agency thinking’, vier ‘pathways thinking’ en vier items zijn toegevoegd als ‘fillers’. De items worden gemeten op een 8-punts Likertschaal (1: Absoluut niet mee eens’ tot 8: ‘Absoluut mee eens’). De opgetelde ‘agency’- en ‘pathways score geven de mate van hoop weer, waarbij een score tussen 8 en 64 kan worden behaald. De Cronbach’s alpha voor de lijst met 12 items ligt tussen .74 en .84 (Snyder, 1991). De Nederlandse versie is aangevuld met 44 items, waardoor het totaal op 56 items komt, momenteel vindt onderzoek plaats ter validering van deze versie.

Symptom Check List (SCL-90)

De Symptom Check List (Arrindell & Ettema, 1986) meet de mate waarin iemand gedurende de afgelopen week last heeft gehad van bepaalde psychische en lichamelijke klachten. Deze klachtenlijst bestaat uit 90 items die worden beantwoord op een vijfpuntsschaal (1 = helemaal niet, 5 = heel erg). Er zijn acht schalen: angst, agorafobie, depressie, somatische klachten, insufficiëntie van denken en handelen, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, hostiliteit en slaapproblemen. Daarnaast kan een totaalscore over alle 90 items worden berekend, waarmee het algehele niveau van psychisch en lichamelijk disfunctioneren kan worden aangeduid. De totaalscore ligt tussen de 90 (geen of weinig psychische disfunctioneren) en 450 (veel psychisch disfunctioneren). De betrouwbaarheid van de subschalen is goed (variërend van 0,78 tot 0,90).

2.2.3 Procedure

Bij de resocialiserende groep en de vier structurerende groepen werden op verschillende momenten voor en tijdens de behandeling vragenlijsten uitgedeeld. Voorafgaand aan de behandeling zijn de SCL-90, de VPD en een VPDa afgenomen. De VPDa werd tevens op drie vaste momenten tijdens de behandeling afgenomen. Dit gebeurde om de twee maanden. De VPDa werd hierbij persoonlijk uitgedeeld in de groepen, waarbij mondelinge uitleg over het doel van het onderzoek werd gegeven. Deze informatie stond tevens in een begeleidende brief (zie bijlage III). De vragenlijsten werden verzameld door de sociotherapeut en een week later weer ingenomen door de onderzoeker. Uiteindelijk is de VPDa hiermee op vier verschillende momenten uitgedeeld. Aangezien dit vaste momenten waren en de behandelgroepen open zijn, zaten de respondenten tijdens het invullen in verschillende fasen van de behandeling en zit er verschil in het aantal keer dat de respondenten de vragenlijsten hebben ingevuld. 44 Respondenten hebben de VPDa voorafgaand aan behandeling

ingevuld. 46 Respondenten hebben de lijst tijdens de behandeling minimaal één keer ingevuld. Hiervan hebben 22 mensen deze een tweede maal ingevuld. Twee cliënten hebben de lijst nog een derde keer tijdens hun behandeling ingevuld. Er is uitgegaan van de oorspronkelijke behandelduur van de cliënten, de vragenlijsten die respondenten tijdens een verlenging van behandeling hebben ingevuld, zijn niet meegenomen. Alle cliënten gaven toestemming voor het gebruik van hun gegevens voor wetenschappelijk onderzoek.

2.2.4 Data-analyse

Alle analyses werden uitgevoerd met SPSS 15 voor Windows. Vanwege het kleine aantal respondenten is ervoor gekozen om gebruik te maken van non-parametrische toetsen en werd een significantieniveau van $p < .10$ (tweezijdig) aangehouden. Als eerste werd gekeken naar de betrouwbaarheid van de gebruikte vragenlijsten. Hiervoor is de Cronbach's alpha gebruikt, deze stelt de interne consistentie vast. De alpha's van de SCL-90, VPD en VPDa zijn respectievelijk .98, .73 en .92, welke redelijk tot hoog te noemen zijn. Hierna werd onderzocht of er een verband bestaat tussen geslacht, leeftijd en behandelgroep enerzijds en de scores op hoop (gemeten volgens de VPDa en VPD) anderzijds. Hierbij zijn de respondenten met betrekking tot leeftijd opgedeeld in jongvolwassenen (18-28 jaar) en volwassenen (28-60 jaar), omdat de behandelgroepen ook volgens deze leeftijdscategorieën zijn ingedeeld. De respondenten zijn met betrekking tot behandelgroep opgedeeld volgens de behandelvorm, in een resocialiserende en een structurerende groep. Naast de totaalscores op hoop als 'state' en hoop als 'trait', werden hierbij de 'pathways' en 'agency' scores van de beide vormen van hoop meegenomen. Na een vergelijking van de gemiddelde scores groepen opgedeeld in geslacht, leeftijd en behandelgroep, werd met behulp van een Mann-Whitney U-test gekeken of de gevonden scores significant van elkaar verschillen. De Spearman correlatie is gebruikt om de sterkte van de verbanden tussen de subschalen van de SCL-90 enerzijds en hoop, 'pathways' en 'agency' van zowel de VPD als de VPDa anderzijds, te berekenen.

Om de fluctuatie van hoop van cliënten tijdens behandeling te kunnen onderzoeken is de behandeling opgedeeld in de volgende fasen: start, eerste helft, tweede helft en eind (tabel 3).

Tabel 3: Indeling behandeling

Fase	Resocialiserend (3 mnd)	Structurerend (6mnd)
Start	Week 1 - 2	Maand 1
Eerste helft	Week 3 - 6	Maand 2 - 3
Tweede helft	Week 7 - 10	Maand 4 - 5
Eind	Week 11 - 12	Maand 6

Er is gekozen voor deze indeling omdat deze fasen in de interviews met behandelaren veelvuldig naar voren kwamen als antwoord op de vraag hoe de mate van hoop tijdens de behandeling varieert. Ook kan met deze indeling gekeken worden of de resultaten van dit onderzoek overeenkomen met de

resultaten van eerder onderzoek van Irving et al (2004), waaruit bleek dat in de eerste fase (de eerste paar wekelijkse bijeenkomsten van een 12 weken durende psychotherapie) van therapie de 'agency' sterk verhoogde en in de tweede fase de 'pathways'. Er is gekeken naar de gemiddelde scores op hoop, 'pathways' en 'agency' voorafgaand aan, én in de vier verschillende fasen van behandeling. Omdat per fase een ander aantal, en verschillende, respondenten zit, is een 'between subjects' analyse uitgevoerd.

Om tevens een zo groot mogelijk groep van respondenten onderling te kunnen vergelijken op hun scores, een 'within subjects' analyse, is voor de verdere analyses gekozen om de behandeling op te delen in twee fasen: eerste helft (T1) en tweede helft (T2). Er zijn 17 respondenten die de vragenlijst zowel in de eerste helft als in de tweede helft van hun behandeling hebben ingevuld. Na het berekenen van de gemiddelden tijdens de twee fasen werd met een Mann Whitney U-test gekeken of het onderlinge verschil tussen de hoopscores van beide fasen van behandeling significant is. Hierna werd onderzocht welke factoren mogelijk het verschil in hoopscores bepalen. Er is hierbij gekeken naar de score op 'state' hoop (VPDa), de score op 'trait' hoop (VPD), de weergegeven klachten (SCL-90) tijdens de voormeting (T0), en geslacht, leeftijd en behandelgroep van de respondenten. Om te onderzoeken of deze factoren van invloed zijn op de fluctuatie van hoop tijdens behandeling, werden correlaties berekend met het verschil in hoopscores tijdens de eerste en tweede helft van behandeling (hoopscore T2 minus hoopscore T1). Een Mann-Whitney U-test werd gebruikt voor het berekenen van een verband tussen geslacht, leeftijd en behandelgroep enerzijds en de verschillscore op hoop anderzijds. De Spearman correlatie werd gebruikt om de sterkte van het verband met de scores op SCL-90, VPD en VPDa te bepalen.

3 Resultaten

3.1. Kwalitatief onderzoek

De interviews zijn aan de hand van het codeerschema gecodeerd. In dit schema werden negen hoofdthema's onderscheiden. In tabel 4 (p. 21) zijn de hoofd- en subthema's te zien, met de bijbehorende frequenties. Eerst komen algemene punten aan bod, daarna worden de bevindingen per hoofdthema toegelicht.

Algemeen. Over het algemeen valt op dat de geïnterviewden redelijk wat moeite hebben met het beantwoorden van 'directe' vragen. Ze weten soms niet gelijk een antwoord, maar komen hier later via het beantwoorden van een andere vraag op terug. Zo konden enkele behandelaars bijvoorbeeld niet direct aangeven welke elementen van behandeling hoopverhogend of hoopverlagend zijn. Later werden dan echter wel hoopbeïnvloedende elementen genoemd, bijvoorbeeld naar aanleiding van de vraag hoe de mate van hoop beïnvloed wordt door de behandeling. Hoewel het geven van een duidelijk antwoord soms moeilijk was en het merendeel van de behandelaars aangaf niet eerder bewust over hoop en de rol van hoop in behandeling te hebben nagedacht, lukt het meestal toch om de gestelde vragen te beantwoorden. Wel kwamen er soms tegenstrijdigheden in antwoorden naar voren tijdens de interviews. Zo werd er door een paar behandelaars eerst gezegd dat er geen verschil is tussen de rol van hoop en de verschillende therapiegroepen, terwijl er later in het gesprek wel een verschil naar voren kwam. Ook geven behandelaars aan dat cliënten hopeloos binnenkomen, terwijl ze tegelijk vinden dat cliënten enige hoop moeten hebben willen ze zich aanmelden voor therapie.

De psychologen/psychotherapeuten geven over het algemeen de meest uitgebreide en minder concretere antwoorden. De socio- en vaktherapeuten zijn veelal kort en concreet in hun antwoorden. Op de vraag wat ze onder hoop verstaan, antwoordt één van de sociotherapeuten bijvoorbeeld: *"Ehm, ja, als ik het kort zou moeten omschrijven zou ik zeggen vooruitzichten, verwachtingen voor de toekomst"* Een van de psychotherapeuten zegt: *"Ehm... ik denk toch heel snel aan het woord vertrouwen. Eh... vertrouwen in een positieve ontwikkeling, vertrouwen in dat dat dingen die nu niet lopen dat daar verandering in mogelijk is. Ja, vertrouwen in dat als dingen niet goed lopen, dat dat niet blijvend hoeft te zijn. Ik zit te denken, je kan natuurlijk hoop, vertrouwen hebben in jezelf, maar ook in anderen. Ik denk dat dat beide kan, vertrouwen hervinden, krijgen in jezelf, maar ook in je omgeving. Sommige mensen zijn ook erg geschaad in hun vertrouwen in anderen."* Dit verschil in lengte van antwoorden zien we terug in de duur van de interviews. De gemiddelde duur van de interviews met de psychologen/psychotherapeuten (n=4) was het langst met 50 minuten. De gesprekken met de vaktherapeuten (n=4) en sociotherapeuten (n=4) duurden gemiddeld respectievelijk 39 minuten en 36 minuten.

De definitie van hoop. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen het komen tot een definitie en de inhoud van de gegeven definitie. Met betrekking tot het stand komen van een definitie geven zes therapeuten expliciet aan moeite te hebben met het formuleren van een beschrijving van hoop (g). *“Oei, dat is moeilijk om te formuleren” (resp. 7).* Drie van deze behandelaren geven tevens aan hoop een ongrijpbaar begrip te vinden waar *“veel aan vast zit” (resp. 5),* in totaal wordt de ongrijpbaarheid van hoop door vijf respondenten genoemd (f). Het lukt iedereen vervolgens echter wel een omschrijving te geven van het woord hoop. Wat betreft de inhoud van de definitie van hoop zijn alle therapeuten van mening dat hoop gericht is op een verbetering van de huidige situatie (b). *“De verwachting van iets goeds”* is een antwoord dat vaak wordt genoemd. Zes behandelaren noemen het woord “vertrouwen” in de definitie van hoop (a). *“Dus dan is hoop meer, vanuit een soort wantrouwen ga je naar het vertrouwen dat het anders kan en daardoor beter wordt” (resp. 8).* Eén respondent is van mening dat hoop met geloof en religie verbonden is (c). *“Hoop is niet concreet, hoop heeft ook met eigen geloof te maken, geloven in godsdienst, maar ook geloven in zo’n situatie. Mensen met een geloofsovertuiging kunnen meer hopen.”* Eén behandelaar praat over doelen en het actief ergens naar toe werken (d). Opvallend is dat het woord realistisch vier keer voorkomt in de beschrijving van hoop (e), behandelaren geven aan het belangrijk te vinden dat de hoop van cliënten reëel is. De keerzijde van het hebben van ‘valse’, irreële hoop wordt hierbij benoemd. *“Hoop is niet dat alles haalbaar is, er is ook valse hoop, een illusie die beschadigend kan werken als je doet alsof alles maar mogelijk is (...) Als hoop bij je past, kan het je vooruit helpen” (resp. 1).*

Rol van hoop in behandeling. Alle behandelaren zijn het eens met de stelling dat hoop een overstijgend concept (‘common factor’) is dat in elke therapie een rol speelt, los van de vorm (psychodynamische therapie, cognitieve gedragstherapie, et cetera) van behandeling (d). Zo zegt één behandelaar: *“Ik denk dat in alle vormen van therapie hoop eigenlijk een basisgegeven is van waaruit je werkzaam moet zijn.” (resp. 3).* Respondent één vertelt: *“Psychotherapie is een veranderingsproces bewerkstelligen. Ik denk dat hoop daar een basisonderdeel van is, want hoe kan je veranderen als je nergens op hoopt, nergens in gelooft?* Vier respondenten noemen het hebben van hoop specifiek als voorwaarde voor de aanmelding en start van behandeling (a). *“Ik vind het wel een logisch aspect, dat mensen dat vertrouwen en die hoop hebben, dat dingen in de toekomst een positievere wending kunnen krijgen, anders komen ze niet” (resp. 2).* Negen behandelaren vinden hoop een belangrijke factor in de motivatie tijdens behandeling en het volhouden hiervan (b), zo blijkt uit de volgende fragmenten: *“Ergens zal het ook een drijfkracht zijn om het aan te gaan en vol te houden ”(resp. 5)* en *“je hebt natuurlijk ook mensen die de behandeling afbreken, omdat dus de hoop maar niet binnen wil komen” (resp. 3).* Vier mensen geven specifiek aan dat de behandeling een betere uitkomst heeft als hoop kan worden opgewekt bij cliënten (c). *“Ik denk hoe meer vertrouwen er is in een succesvolle behandeling, hoe beter mensen zich gaan inzetten” (resp. 2).*

Verschil hoop in therapiegroepen. Drie behandelaren kunnen geen verschil noemen tussen de groepen en de rol die hoop in behandeling speelt. Eén omdat ze geen verschil ziet, de anderen omdat ze slechts ervaring hebben met één behandelgroep. Bij behandelaren die wel verschillen noemen, wordt de problematiek (b) als belangrijkste reden van verschil gegeven (zes keer). Hoe ernstiger de problematiek, hoe minder hoopvol mensen zijn, wat blijkt uit het volgende voorbeeld: *“Ik denk dat er, in vergelijking met de inzichtgevende groep, bij de structurerende groepen juist minder (hoop, red.) is, omdat het behoorlijk kwetsbare mensen zijn”* (resp. 7). Vijf behandelaren geven aan dat mensen met ernstiger problematiek minder bereiken in therapie, één behandelaar is echter van mening dat ze meer bereiken omdat ze van dieper komen. Vijf respondenten zijn van mening dat de behandelduur (a) zorgt voor verschil; hoe langer de behandeling duurt hoe meer hoop aan bod komt en hoe meer tijd en ruimte het heeft om door te werken. *“Voor mijn gevoel wordt hoop meer uitgelegd in een inzichtgevende groep waarin je mensen langduriger meemaakt en ze een langere periode hebben waarin ze kunnen hopen en terugvallen in hopeloosheid”* (resp. 4). Twee therapeuten zijn van mening dat de leeftijd (c) van cliënten het verschil vormt en dat jongere mensen hoopvoller binnenkomen. *“Bij jonge mensen is de problematiek nog niet zo ingeroest, dus die zijn vaak hoopvoller”* (resp. 3).

Ervaringen behandelaren met hoop. Door negen behandelaren wordt hoop als belangrijk onderdeel van de therapie gezien (a), voornamelijk omdat hoop een belangrijke rol speelt in de motivatie van cliënten. Wel geven sommigen hierbij aan het niet als direct thema in de behandeling te zien, maar dat het meer indirect een rol speelt. Zes mensen zijn bewust bezig met hoop en het versterken hiervan tijdens de behandeling, vijf behandelaren geven echter aan hier (tot nu toe) niet bewust mee bezig te zijn (b). Opvallend is dat geen enkele hulpverlener die hier naar gevraagd wordt, aangeeft het woord hoop letterlijk te gebruiken (c). Dit komt onder andere omdat ze hoop een *“ongrijpbaar”* begrip vinden (resp. 11), wat *“heel persoonlijk is en voor iedereen een andere betekenis heeft”* (resp. 10). Een ander vindt het woord hoop te specifiek: *“Dan ga je het weer op dat woordje hoop toespitsen, maar ik wil het wat breder trekken, misschien is dat dan wel het uiteindelijke..., maar ik denk sowieso dat toekomstbeeld opbouwen, verwachtingen en vertrouwen dat het goed gaat, dat is toch waar je de behandeling voor doet”* (resp. 2). Alternatieven in woordgebruik zijn onder andere ‘vertrouwen’ en ‘richten op de toekomst en mogelijkheden’. Acht mensen zeggen dat ze zonder eigen mate van ervaren hoop hun werk niet zouden kunnen doen, hoop is een belangrijke motivatie voor het volhouden van hun werkzaamheden (d). Van de 13 bevroegden zijn tien mensen van mening dat hun eigen hoop overdraagbaar is op de cliënten (e). *“Ja, heel simpel, ik denk als je een uitstraling hebt van wat is niet wat en dat wordt niet wat, dat je dan iemand behoorlijk verder de put in kan helpen ten opzichte van dat je vertrouwen wel uitstraalt en overbrengt”* (resp. 6).

Mate van hoop tijdens behandeling. Alle behandelaren zijn van mening dat cliënten meer hoop ontwikkelen tijdens behandeling (e). De meeste therapeuten denken dat dit volgens het volgende proces gaat: Voorafgaand aan behandeling zijn mensen hopeloos (a), ze hebben vaak al een lang hulpverleningstraject gehad en de Bremmele is voor velen “de laatste strohalm.” Wanneer ze de stap hebben gezet om in dagbehandeling te gaan, worden de meeste mensen hoopvoller (b), hoewel dit ook vaak een onrealistische hoop wordt genoemd (“nu gaat het helemaal goed komen”). De hoop daalt vervolgens in de eerste helft van de behandeling (c), maar stijgt in de tweede helft van de behandeling weer (d) en is nu volgens vijf respondenten “gegronder en realistischer” (h). Richting het einde kan er een moeilijk moment zijn vanwege het naderende afscheid, maar bij het afscheid is de hoop over het algemeen toegenomen (e). Na afloop van de behandeling neemt de hoop echter weer af (f). Eén behandelaar denk dat hoop daalt aan het eind van behandeling, omdat het *“eng is om de behandeling te gaan verlaten”* (resp. 4). De overige behandelaren erkennen dit, maar zien echter dat hoop hierdoor richting het einde wat kan dalen maar voor het einde wel weer toeneemt, omdat cliënten dan inzien wat zij hebben geleerd. Hoewel iedereen van mening is dat er schommelingen te vinden zijn in de mate van hoop van cliënten tijdens de behandeling, geven drie behandelaren aan dat cliënten wel snel een soort basis hoop ontwikkelen, waardoor zij niet helemaal terugvallen in de hopeloosheid van voor de behandeling (g).

Hopeloosheid. Er wordt in het interview niet expliciet gevraagd naar hopeloosheid, desondanks komt het in vier interviews nadrukkelijk naar voren. De behandelaren die dit noemen geven aan dat hopeloosheid een gevoel is (a), wat wordt benoemd in therapie als interventie om steun en begrip te geven, maar ook om de cliënt erop te wijzen dat ze zelf iets aan dit probleem kunnen doen en dat hopeloze gevoel om kunnen zetten in actie en hoop (b). Zo vertelt respondent 1: *“Soms maak je mee dat een cliënt wanhopig is. Dan moet je daar iets tegenoverstellen, ik denk dat dat dit werk is, dan ben ik bezig weer uitzicht te geven over waarom er toch mogelijkheden zijn en dat iets niet totaal hopeloos is. Ik geloof niet in absolute hopeloosheid. Hopeloosheid is een gevoel, ik bevestig de gemoedstoestand wel, maar hopeloosheid is niet het eindantwoord.”*

Hoopverhogende elementen. Het meest frequent wordt het contact met de groep genoemd (door elf behandelaren) als een hoopverhogend element van de behandeling (a). Hierbij komt zowel het groepsgevoel, *“de steun die groepsleden elkaar kunnen geven”* (resp. 11) en *“alles wordt gedeeld met elkaar, er is herkenning en je blijft elkaar goed vinden ondanks je verhaal”* (resp. 1), als de vergelijking met groepsleden veelvuldig naar voren. *“Oh kijk, zij hebben ook gestaan waar ik stond en zij zijn nu heel ergens anders, dat geeft hoop”* (resp. 4). Ook zien negen respondenten hoopverhogende elementen in het doorlopen behandelproces van de cliënt (c). Het meeste wordt in dit opzicht het oefenen met nieuw gedrag en het opdoen van succeservaringen genoemd (acht keer). *“Als ze merken dat ze zich steviger voelen, meer durven, maar ook ze krijgen oefeningen mee voor thuis, en*

als dat lukt dan krijgen ze stapje voor stapje meer hoop dat het goed komt” (resp. 2). Vijf keer komt het inzicht in de problematiek en eigen gedrag naar voren. *”Het meer inzicht krijgen in hoe je functioneert en hoe je dingen anders kunt doen” (resp. 2).* Zeven behandelaren noemen minimaal één doelbewuste techniek als hoopverhogend element (d). Hierbij wordt het toekomst- en doelgericht werken in zes gevallen als hoopbevorderend gezien, zo zegt respondent vijf: *“Dat je vaak de toekomst introduceert. Wat wil je met de toekomst? Dus dan zet je in op perspectieven.”* Ook komen hier een positieve bekrachtiging (drie keer) en het evalueren van behandeling naar voren (twee keer). *Als iemand iets hoopvols doet, dat uitvergroten, dat straalt dan op de rest af. De succeservaring oogsten” (resp. 1).* Het benadrukken van de eigen inzet van de cliënt wordt door drie therapeuten als hoopverhogend gezien. Respondent één vertelt hoe dat gaat: *“Het is ernstig, maar wij veranderen hier niks aan, dat moet jij zelf doen. Maar dat kan wel als je dat zelf doet, jij kan het verschil maken.”* Als laatste wordt de relatie tussen cliënt en behandelaar of het behandelteam door zes respondenten benoemd (b). Hierbij worden begrippen als vertrouwen, erkenning, begrip, betrokkenheid en het overdragen van eigen hoop genoemd *“Uiteindelijk gaat het erom dat de cliënten jou als hulpverlener gaan vertrouwen, dat kan ook hoop geven” (resp. 11)* en *“erkenning van hun problematiek van mijn positie naar de cliënten toe, dus dat ze zich ergens veilig voelen, het mag er zijn, ik ben niet zo verschrikkelijk” (resp. 3).*

Hoopverlagende elementen. De behandelaren noemen meer hoopverhogende dan hoopverlagende elementen, respectievelijk 33 en 21. Eén respondent is van mening dat de behandeling geen hoopverlagende elementen kent. Factoren in het proces van de cliënten worden het meest (elf keer) genoemd als hoopverlagend (c). Hieronder vallen onrealistische verwachtingen, confrontatie met eigen beperkingen en het opdoen van negatieve ervaringen. Een verstoord contact met de therapeuten wordt zes keer genoemd (b). Al deze therapeuten benoemen hierbij het uitvallen van therapiesessies waardoor discontinuïteit in de behandeling en het contact met behandelaren ontstaat. Opvallend is dat alle sociotherapeuten dit noemen, en slechts één psycholoog en één vaktherapeut. Eén behandelaar noemt in dit opzicht tevens het nalaten van of het plegen van verkeerde interventies door behandelaren, *“niet al je werkenergie erin steken”* of *“de crisis steunen, in plaats van te kijken naar mogelijkheden” (resp. 1).* Het contact met de groep wordt vier keer als hoopverlagend gezien (a), waarbij onder andere wordt gedacht aan het voortijdig beëindigen van behandeling van groepsgenoten. *“Cliënten die afhaken, maar ook cliënten die met ontslag moeten als zichtbaar is dat ze nog niet voldoende stevigheid hebben” (resp. 6).*

Er zijn een aantal elementen die zowel als hoopverhogend als hoopverlagend gezien worden. Vooral het deelnemen in een groep wordt door veel behandelaren als beide gezien. Door de open groep kunnen mensen zien wat anderen al hebben bereikt en daar hoop uit putten, maar ze kunnen tevens zien wat anderen niet hebben bereikt of waar ze nog moeite mee hebben, wat hoopverlagend kan

werken. Verder kunnen cliënten nieuwe en positieve ervaringen opdoen in het contact met anderen wat hoop verhoogt, maar tegelijk kan de groep hoopverlagend werken als er problemen zijn binnen de groep en mensen hier negatieve ervaringen opdoen en het “gaat zoals het altijd al gaat”.

Visie op Snyder. Elf van de 13 mensen zeggen zich, op het eerste oog, in de theorie van Snyder te kunnen vinden (a). Elf behandelaars zijn van mening dat deze theorie en de genoemde hoopverhogende interventies overeenkomen met de werkwijze die wordt toegepast binnen de Bremmele (c). Eén geïnterviewde zegt echter zelf meer procesmatig en inzichtgevend te werken en niet zo doelgericht als deze theorie. Vier behandelaars noemen dit een concreet en toepasbare theorie (b), wat blijkt uit de volgende opmerking: *“Het is heel concreet en heel begrijpelijk (...). het geeft houvast. Zo wordt hoop heel concreet gemaakt hier en kan je het er op deze manier ook met cliënten over hebben” (resp. 10).* Eén respondent vindt het echter een zweverige theorie, die niet specifiek op hoop toepasbaar is. *“Er had van alles boven kunnen staan, wat hier staat is gewoon de weg naar herstel, de weg naar succes (...) Ja, die stappen die herken ik, daar werken we mee, maar het zijn wel hele vage stappen, want om nou te zeggen het zijn kernbegrippen om tot een hogere mate van hoop te komen? Het is een bij elkaar geraapt stappenplan, wat overal over zou kunnen gaan”(resp. 9).* Hiernaast hebben nog zes behandelaars commentaar op Snyders theorie (d). Zij zijn het allen eens met de stelling dat hoop niet alleen cognitief en actief (gericht op het ‘doen’) is, maar dat het ook emotioneel en passief (gericht op het ‘zijn’) kan zijn. Dit laatste missen zij in Snyders omschrijving van hoop. *“Ik kan me voorstellen dat hoop bij mensen vaak iets is wat nog meer vanuit je onderbuik komt, dan alleen maar vanuit de mogelijkheden en motivatie” (resp. 7).* Tenslotte vraagt respondent twee zich tevens af: *“Wat is het nieuwe aan deze theorie?”*

Tabel 4: Frequentie subthema's (n = 13)

Hoofdtthema	Subthema's	Aantal behandelaren
1. Definitie hoop	a. Vertrouwen	6
	b. Positief	13
	c. Geloof	1
	d. Actief	1
	e. Realiteit	4
	f. Ongrijpbaar begrip	5
	g. Moeite met geven van definitie	6
2. Rol hoop in behandeling	a. Start behandeling	4
	b. 'Adherence' behandeling	9
	c. Effectiviteit behandeling	4
	d. Overstijgend	13
3. Verschil groepen	a. Tijdsduur	5
	b. Problematiek	6
	c. Leeftijd	2
4. Ervaring behandelaren *	a. Belangrijk (wel / niet)	9 / 0
	b. Bewust (wel / niet)	6 / 5
	c. Gebruik woord (wel / niet)	0 / 7
	d. Eigen hoop motivatie	8
	e. Overdraagbaarheid	10
5. Mate van hoop *	a. Vooraf (hoopvol / hopeloos)	0 / 3
	b. Na aanmelding/start (stijging / daling)	9 / 2
	c. Eerste helft (stijging / daling)	2 / 8
	d. Tweede helft (stijging / daling)	5 / 2
	e. Eind (hoopvol / hopeloos)	12 / 1
	f. Na afloop (stijging / daling)	0 / 5
	g. Basisgevoel hoop	3
	h. Realistischer	5
6. Hopeloosheid	a. Gevoel	4
	b. Interventie	3
7. Hoopverhogende elementen **	a. Contact met groep	11
	1. groepsgevoel	9
	2. vergelijking	7
	b. Relatie therapeut/team	6
	c. Proces cliënt	9
	1. Inzicht	5
	2. Oefenen nieuw gedrag	8
	d. Doelbewuste techniek	7
	1. Positieve bekrachtiging	3
	2. Evaluatie	2
	3. Toekomst en doelen	6
	4. Verantwoording bij cliënt	3
8. Hoopverlagende elementen	a. Contact groep	4
	b. Contact therapeut	6
	c. Proces cliënt	11
9. Visie Snyder	a. Kan zich erin vinden	11
	b. Concreet en toepasbaar (eens / oneens)	4 / 1
	c. Overeenkomst werkwijze (wel / niet)	11 / 1
	d. Commentaar	7

* Het totaal kan afwijken van 13, omdat de subthema's niet in elk interview terug kwamen

** Het gaat hier om het aantal respondenten dat één van de elementen heeft genoemd, niet het totaal aantal genoemde elementen

3.2 Kwantitatief onderzoek

Aan dit deel van het onderzoek hebben 46 cliënten meegewerkt. In tabel 5 zijn karakteristieken van de respondenten beschreven. Tevens wordt vermeld hoeveel respondenten de verschillende vragenlijsten hebben ingevuld en, voor de VPDa, op welk moment van de behandeling zij dit deden.

Tabel 5: Karakteristieken respondenten (n=46) en aantal ingevulde vragenlijsten		n (%)
Man / Vrouw		16 (35) / 30 (65)
Gemiddelde leeftijd (SD)		31 Range 19-52
Behandelgroep		
2: resocialiserend		9 (20)
3: structurerend jong volwassenen		9 (20)
5: structurerend jong volwassenen		8 (17)
8: structurerend volwassenen		9 (20)
9: structurerend volwassenen		11 (24)
Vragenlijsten		
<i>Voor aanvang behandeling:</i>		
SCL-90		46 (100)
VPD		46 (100)
VPDa		44 (98)
<i>Tijdens behandeling:</i>		
VPDa 1		46 (100)
VPDa 2		22 (49)
VPDa 3		2 (4)
Moment behandeling VPDa (*)		
Vooraf		44
Start		10
Eerste helft		19
Tweede helft		28
Eind		13

* Noot: De n is opgeteld meer dan het totaal aantal respondenten omdat sommige respondenten de lijsten meerdere keren hebben ingevuld.

Allereerst is gekeken naar de gemiddelde scores van de respondenten, verdeeld in geslacht, leeftijd en behandelgroep, op de VPD en de VPDa gemeten voor aanvang van de behandeling. Hierbij worden zowel de totaalscore op hoop, als de score op de hoopcomponenten 'agency' en 'pathways' meegenomen. De resultaten zijn beschreven in tabel 6. We zien een groot verschil op de 'trait' hoop scores (de VPD) van de twee leeftijdsgroepen. Waar de scores op 'state' hoop gelijk zijn, scoren de jongvolwassenen op hoop als karaktertrek bijna vier punten hoger dan de volwassenen (respectievelijk 32.7 en 28.9). Dit verschil zien we terug in de beide hoopcomponenten.

Tabel 6: Gemiddelde scores op VPD en VPDa schalen (T0), ingedeeld naar geslacht, leeftijd en behandelgroep		VPD			VPDa		
Karakteristieken (n*)		Hoop	Path.	Ag.	Hoop	Path.	Ag.
Geslacht	Man (16)	31.4	16.3	15.1	18.9	9.7	9.1
	Vrouw (30)	30.2	16.3	13.9	19.8	10.9	8.9
Leeftijd	Jongvolwassen (21)	32.7	17.5	15.2	19.3	10.4	8.9
	Volwassen (25)	28.9	15.3	13.6	19.7	10.6	9.1
Behandelgroep	Resocialisatie (9)	32.3	16.7	15.7	16.5	9.1	7.4
	Structuur (37)	30.2	16.2	14.0	20.2	10.8	9.4

* Het aantal respondenten van de VPDa is n-1

Noot: VPD hoop range 8-64, 'pathways' & 'agency' range 4-32; VPDa hoop range 6-48, 'pathways' & 'agency'; 3-24

Een Mann-Whitney U-test laat zien dat dit verschil significant is ($U=184$, $p=.08$). Dit verband is negatief; naarmate iemand ouder wordt, verlaagt de mate van ‘trait’ hoop. Geslacht en behandelgroep blijken geen significante verschillen te geven. Wel valt bij het onderscheid tussen de resocialiserende en de structurerende behandelgroepen op, dat de ‘trait’ hoop bij resocialiserende groep iets hoger is, terwijl deze groep op de ‘state’ hoop bijna vier punten lager scoort dan de structurerende groep.

Hierna is gekeken naar het verband tussen de schalen van de SCL-90 enerzijds en de schalen van de VPD en VPDa anderzijds. De lijsten zijn allen afgenomen tijdens de voormeting. De gemiddelde score op de SCL-90 is 240.3. Dit is in vergelijking met de normale populatie uit de normtabellen van de SCL-90 een zeer hoge score. Ten opzichte van de psychiatrische populatie is dit een bovengemiddelde score. Hiermee geven de cliënten aan zeer veel last te ondervinden van hun klachten. De Spearman correlatie is gebruikt om de sterkte van de verbanden te bepalen. De resultaten van deze analyse staan beschreven in tabel 7.

Tabel 7: Correlatie (Spearman’s Rho) tussen SCL-90-schalen en VPD- en VPDa-schalen (T0) (n = 46)

	VPD			VPDa		
	Hoop	Path.	Ag.	Hoop	Path.	Ag.
SCL Totaal	-.48**	-.49**	-.36*	-.16	-.20	-.14
SCL Angst	-.46**	-.44**	-.38**	-.05	-.09	-.05
SCL Agorafobie	-.29*	-.33*	-.17	-.12	-.11	-.16
SCL Depressie	-.52**	-.53**	-.39**	-.16	-.17	-.15
SCL Somatiek	-.27	-.25	-.24	-.03	-.16	.04
SCL Insufficiëntie	-.45**	-.43**	-.32*	-.19	-.21	-.16
SCL Sensitiviteit	-.48**	-.50**	-.36*	-.17	-.15	-.21
SCL Hostiliteit	-.27	-.27	-.20	-.21	-.22	-.15
SCL Slaapproblemen	-.16	-.09	-.28	.08	-.04	.13

* Correlatie is significant op 0.05 (2-tailed)

** Correlatie is significant op 0.01 (2-tailed)

We zien dat de klachten en de mate van hoop negatief correleren; hoe meer klachten een cliënt heeft, hoe minder hoopvol hij of zij is. Dit is in lijn met de verwachtingen. Opvallend is echter wel dat de relatie tussen de klachten en de mate van ‘trait’ hoop sterker is, dan de relatie met ‘state’ hoop. Tevens lijkt er een sterkere correlatie te bestaan tussen de klachten en de ‘pathways’, dan tussen de klachten en de ‘agency’ component. De subschaal depressieve klachten blijkt het meest samen te hangen met een lage score op ‘trait’ hoop, ook angstklachten, sensitiviteit, gevoelens van insufficiëntie en de totaalscore op de SCL-90 correleren vrij sterk met de schalen van de VPD. Slaapproblemen, hostiliteit en somatiek hangen niet significant samen met de hoopcores.

Om te kijken hoe de mate van hoop tijdens de behandeling fluctueert, zijn de gemiddelden en standaarddeviaties van de VPD en de VPDa’s tijdens de verschillende fasen van behandeling berekend. Deze worden in tabel 8 weergegeven.

Tabel 8: Resultaten van de VPD- en VPDa-schalen van de voormeting en tijdens behandeling

	n	Gemiddelde (<i>Path.-Ag</i>)	Range	SD
VPD Hoop	46	30.6 (16.3 - 14.3)	14 - 48	8.7
VPDa Vooraf (t=0)	44	19.5 (10.5 - 9.0)	6 - 39	8.1
VPDa Start	10	23.8 (11.9 - 11.9)	12 - 34	6.5
VPDa Eerste helft	19	22.8 (11.6 - 11.2)	10 - 38	8.3
VPDa Tweede helft	28	27.0 (13.6 - 13.3)	11 - 47	9.3
VPDa Eind	13	33.3 (16.7 - 16.6)	12 - 46	11.9

Noot: VPD hoop range 8-64, VPDa hoop range 6-48

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat de gemiddelde hoop tijdens de start van behandeling is toegenomen in vergelijking met de score voorafgaand aan behandeling. De hoop blijft grotendeels gelijk wanneer men van de start naar de eerste helft van behandeling gaat. Daarna vindt er tot het eind van de behandeling een redelijk sterke stijging plaats. De gemiddelde scores op 'pathways' en 'agency' blijken alleen voorafgaand aan de behandeling iets te verschillen, de 'agency' is hier iets lager en laat wanneer men naar de start van de behandeling gaat, een grotere stijging zien. In de latere fasen van behandeling verhogen beide componenten in gelijke mate. Door het kleine aantal respondenten, de kleine zichtbare verschuivingen in de mate van hoop en de wisselende respons (zie range) is hier echter alleen te spreken van een mogelijke trend. De scores zijn wel normaal verdeeld en bevatten geen outliers.

Om een zo groot mogelijk groep van respondenten onderling te kunnen vergelijken op hun scores, is de behandeling hierna opgedeeld in twee fasen (eerste helft en tweede helft). Er zijn 17 respondenten die de vragenlijst zowel in de eerste helft als in de tweede helft van hun behandeling hebben ingevuld. De gemiddelden in beide fasen zijn respectievelijk 25.5 en 27.6. Een analyse met een Mann-Whitney U-test laat zien dat dit geen significant verschil is ($p=.43$). Het gemiddelde verschil is 2.1 wat een kleine stijging te noemen is. De verschilsscores van hoop in de eerste en tweede helft van behandeling (hoopscore T2 minus hoopscore T1) zijn niet normaal verdeeld. Bij twee respondenten is de mate van hoop tijdens behandeling sterk (met 13 en 25 punten) afgenomen, negen respondenten laten kleine verschillen zien met scores rond het nulpunt (-1 tot 3 punten) en zes aantal mensen laten grote positieve (9 tot 14 punten) verschillen zien. Hierna werd onderzocht welke factoren van invloed zouden kunnen zijn op de mate van hoop tijdens de behandeling. Met behulp van Mann-Whitney U-test is gekeken of de gemiddelden van de verschilsscores op hoop van de groepen, ingedeeld naar geslacht, leeftijd en behandelgroep, significant verschillen. Met een Spearman's Rho zijn correlaties berekend tussen de verschilscore in hoop tijdens behandeling enerzijds, en klachten (gemeten met de SCL-90) en de 'trait' en 'state' hoop gemeten voorafgaand aan behandeling, anderzijds. De resultaten zijn beschreven in tabel 9.

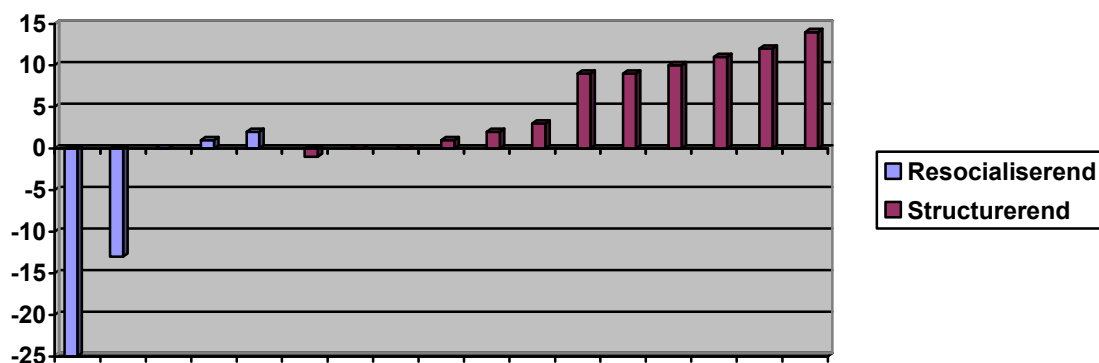
Tabel 9: Correlatie (Mann-Whitney en Spearman) tussen verschil in hoop score en overige factoren (n=17)

	Vershil hoop (Mann-Whitney U-test)	Vershil hoop (Spearman's Rho)
Geslacht	31.0	
Leeftijd	30.5	
Behandelgroep	10.0*	
VPDa, T0 **		.03
VPD, T0		-.14
SCL-90, T0		.17

* Correlatie is significant op 0.05 (2-tailed)

** Voor VPDa geldt: n=16

In de bovenstaande tabel zien we dat de twee behandelgroepen significant verschillen wat betreft de verschillscore op hoop ($p=.03$). De mensen uit de resocialiserende behandelgroep ($n=5$) laten een groot negatief tot klein positief verschil op de hoopscores zien (zie figuur 1). Het gemiddelde verschil van deze groep is -7. Dit terwijl de respondenten uit de overige groepen ($n=12$), met uitzondering van één licht negatief verschil, allen een positief verschil laten zien. Hier is het gemiddelde 5.8. Door de kleine respondentengroep is echter alleen te spreken van een trend. Er zijn geen significante verschillen gevonden voor de gemiddelde verschillscores op hoop van mannen (-1) en vrouwen (4.8) of voor de gemiddelden van jongvolwassenen (1.7) en volwassenen (2.8). Ook zijn er geen verbanden gevonden tussen de verschillscores op hoop en de scores op de SCL-90, de VPD of de VPDa tijdens de voormeting.

Figuur 1: Spreiding in het verschil op hoop tijdens behandeling, ingedeeld naar behandelgroep

4 Conclusie & discussie

Hoop is een relatief jong onderzoeksgebied, waardoor er weinig onderzoek naar is gedaan. Hoewel relatief veel onderzoek is gericht op het komen tot een juiste definitie van hoop, blijft een eenduidige definitie achterwege, wat het onderzoek naar hoop bemoeilijkt. Hoop lijkt een belangrijke rol te spelen in psychotherapie. De beschreven theorieën hierover zijn echter vaak meer gebaseerd op intuïtief denken, dan op empirisch onderzoek (Sprenkle & Blow, 2004). Dit onderzoek gaat in op de rol die hoop speelt in psychotherapie en probeert hooptheorieën aan de klinische praktijk te koppelen. In het kwalitatieve deel werden behandelaren aan het woord gelaten, om een antwoord te vinden op de vraag: *Wat is de visie van behandelaren op de rol van hoop in deeltijdbehandeling en welke factoren in het therapieproces zijn volgens behandelaren mogelijk van invloed op de mate van hoop?* Het kwantitatieve deel geeft antwoord op de vraag: *In hoeverre varieert de mate van hoop bij cliënten tijdens behandeling en houdt dit verband met andere variabelen?* De resultaten hiervan worden gebruikt ter toetsing van de hooptheorie van Snyder en de bevindingen uit het kwalitatieve deel van dit onderzoek.

4.1 Kwalitatief onderzoek

4.1.1 Conclusie

De therapeuten blijken hoop een lastig te omschrijven, “ongrijpbaar”, begrip te vinden. Uit de gegeven omschrijvingen komen gemeenschappelijke kenmerken naar voren, zoals de *verwachting van iets goeds* en *vertrouwen*. Hoop als term vormt geen onderdeel van het vakjargon en wordt veelal niet bewust als thema ingezet. Desondanks wordt hoop, wanneer er tijdens de interviews over wordt nagedacht, wel als belangrijk onderdeel van de therapie gezien. Er is consensus onder de behandelaren dat hoop een overstijgend concept is, dat een rol speelt in het aanmelden voor en motivatie tijdens behandeling en tevens zorgt voor een betere uitkomst van behandeling.

De behandelaren zijn van mening dat de hoop van cliënten van de Bremmele tijdens therapie vergroot, dit proces laat echter wel schommelingen zien waarin de hoop verlaagt en cliënten zich mogelijk zelfs hopeloos voelen. De perceptie van de behandelaren is dat cliënten bij aanmelding hopeloos zijn, maar dat bij de start van behandeling hoop al is toegenomen. De eerste helft verlaagt het weer om dan vervolgens toe te nemen tot aan het eind van behandeling, na afloop daalt de hoop echter weer. De mate van hoop van de cliënten en de rol die hoop speelt, verschilt mogelijk wel per therapiegroep. Dit komt door het verschil in problematiek (hoe ernstiger de problematiek, hoe minder hoopvol mensen zijn en hoe minder ze bereiken in therapie) en leeftijd van de cliënten (hoe jonger de cliënten, hoe hoopvoller ze zijn) en door de tijdsduur van de therapie (hoe langer een behandeling duurt, hoe meer hoop aan bod komt en een rol speelt).

Een thema dat veel naar voren komt is *onrealistische, valse hoop*. Behandelaren benadrukken de nadelige gevolgen van het hebben van valse hoop. Onrealistische verwachtingen over de therapie maken in hun ogen dat cliënten mogelijk gedesillusioneerd raken tijdens therapie en de hoop wat verliezen.

De behandelaren noemen meer hoopverhogende dan hoopverlagende elementen van behandeling. De hoopverhogende factoren kunnen worden onderverdeeld in: de relatie met de groep, de relatie met de behandelaren, doelbewust toegepaste technieken en het proces van de cliënt. De relatie met de groep wordt het meest genoemd, hierbij valt te denken aan het krijgen van steun en begrip van de groep en de vergelijking met groepsleden (zien wat anderen al hebben bereikt). De meeste behandelaren zien hun relatie met de cliënt tevens als element dat hoopverhogend kan werken, onder andere door de overdraagbaarheid van eigen hoop op de cliënt. De doelbewuste technieken die aan bod kwamen zijn: het toekomst en doelgericht werken (richten op mogelijkheden), het evalueren van behandeling en positieve bekrachtiging en het benadrukken van eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. Hoopverhogende factoren in het proces van de cliënt zijn inzicht in eigen gedrag en het oefenen met nieuw gedrag. Hoop lijkt vooral naar beneden te gaan door confrontatie van cliënten met hun beperkingen of onrealistische verwachtingen van therapie. Ook de relatie met de groep en met de therapeut worden in dit opzicht genoemd, hierbij worden respectievelijk ‘drop-outs’ en de uitval van therapieën genoemd. Dit laatste wordt vooral genoemd door sociotherapeuten.

De hooptheorie en hoopverhogende interventies van Snyder worden gezien als toepasbaar en concreet, en sluiten aan bij de werkwijze die de Bremmele hanteert. Belangrijkste kritiek is dat de emotionele component van hoop wordt gemist in de hooptheorie van Snyder, die hoop primair als cognitie benadert. Tevens wordt door de behandelaren naast Snyders actieve, gedragsmatige component, ook een passievere vorm van hoop geplaatst, welke niet doelgericht is of wordt uitgedaagd.

4.1.2 Discussie

De “verwachting van iets goeds”, door iedereen genoemd, komt overeen met de definitie van hoop uit de Dikke van Dale. Het woord vertrouwen wordt door een aantal behandelaren, net als in de ontwikkelingstheorie van Erikson (1959), gekoppeld aan hoop. De gegeven omschrijvingen komen weinig overeen met Snyders definitie van hoop, zo spreekt slechts één behandelaar over doelen en het actief ergens naar toe werken. Mogelijk is de genoemde “ongrijpbaarheid” van hoop een reden dat hoop geen deel lijkt uit te maken van het vakjargon of bewust als thema wordt ingezet. Over het algemeen sluit de rol die hoop door behandelaren toebedeeld wordt in de therapie wel aan bij eerder onderzoek. Zo zien zij hoop als niet specifieke factor, net als onder andere Lambert (1992), en zijn zij van mening dat hoop een grote rol speelt in de aanmelding voor, het volmaken van, en de effectiviteit van therapie. Dit is in lijn met opvattingen van therapeuten als Hanna (2002), Hines (1998) en Cooper

(2003) en resultaten uit verschillende onderzoeken van Snyder. Opvallend is dat de behandelaren stellen dat cliënten zich niet zullen aanmelden als zij geen hoop koesteren, en tegelijk aangeven dat cliënten hopeloos binnenkomen bij de behandeling. Dit lijkt tegenstrijdig. Mogelijk hebben deze cliënten wel een gebrek aan hoop, maar is de hoop niet helemaal verdwenen. Zij zouden bijvoorbeeld wel hoop kunnen koesteren dat de behandeling een positieve werking zal hebben. Tevens is het zo dat niet alle cliënten uit zichzelf naar de dagbehandeling komen, sommigen worden doorverwezen door anderen en zijn mogelijk zelf niet hoopvol over de behandeling. Bij het veralgemeniseren door behandelaren om antwoord te kunnen geven op een vraag, worden deze individuele verschillen achterwege gelaten, waardoor tegenstrijdige antwoorden kunnen ontstaan.

Het begrip valse hoop komt herhaaldelijk en soms nadrukkelijk naar voren tijdens de interviews. Behandelaren stellen dat hoop alleen bijdraagt aan een positief behandelproces als het realistisch is. Dit weinig onderzochte begrip brengt verdeelde reacties teweeg onder onderzoekers en behandelaren, er is geen consensus over het bestaan van valse hoop en de gevolgen hiervan. Kwon (2000) nam dit fenomeen mee in zijn onderzoek naar de invloed van hoop en verdedigingsmechanismen op aanpassingsvermogen en stemming. Hij redeneerde dat er sprake is van valse hoop bij een combinatie van een hoge hoop en onvolwassen verdedigingsmechanismen (realiteitsvervorming en een niet constructieve respons). Wanneer valse hoop negatieve implicaties heeft, zou deze combinatie moeten leiden tot dysforie en slechte aanpassing. Dit verband werd niet gevonden, hij vond dat hoge hoop altijd geassocieerd is met betere aanpassing, ongeacht het gebruikte verdedigingsmechanisme. Hiermee weerlegt hij de negatieve implicaties van valse hoop. Snyder haalt het onderzoek van Kwon aan, en stelt dat valse hoop niet bestaat (Snyder, 2002). Zelf heeft hij hier geen empirisch onderzoek naar gedaan. Hij gaat er echter in zijn theorie van uit dat hoop bestaat uit op *realiteit* gebaseerde ‘agency’ en ‘pathways’, dus dat de hoop gemeten volgens zijn vragenlijsten nooit vals is. Vervolgonderzoek is nodig om uit te wijzen of men kan spreken van valse hoop en welke rol dit fenomeen mogelijk in therapie speelt.

De meeste hoopverhogende elementen die worden genoemd zijn te plaatsen binnen Snyders hooptheorie. Zo komen de factoren in het proces van de cliënt, zoals inzicht in eigen gedrag, en de doelbewuste technieken, zoals toekomst- en doelgericht werken, overeen. Ook de relatie met de therapeut wordt door Snyder genoemd, hij ziet de hoop van de therapeut als één van de belangrijkste therapiefactoren (Snyder et al, 1999). De cliëntfactoren en de therapeutische technieken en relatie komen tevens terug als niet-specifieke factoren in de theorie van Lambert (1992). Een factor die in beide theorieën echter niet terugkomt, is de *groep* waarin cliënten deelnemen aan behandeling. De behandelaren vinden de groep een zeer belangrijke factor, met zowel een hoopverhogende als hoopverlagende werking. Tot nu toe werd onderzoek naar hoopinterventies, ook dat van Snyder, hoofdzakelijk gericht op individuen (Ward, 2006). Het meenemen van de rol van de groep zou hier

een aanvulling op kunnen zijn. Nader onderzoek zou moeten uitwijzen welke groepsprocessen hoop verhogen en welke hoop verlagen, zodat behandelaren deze processen eerder kunnen herkennen en deze mogelijk bespreekbaar kunnen maken in de groep of kunnen inzetten in behandeling. Bijvoorbeeld door bij de indeling van de groepen, mensen met lage hoop in een succesvolle groep te zetten.

Uit de antwoorden van behandelaren tijdens de interviews valt op dat hoop, met name de hoop geconceptualiseerd volgens Snyder, verbonden lijkt te zijn aan een aantal andere concepten en theorieën. Er worden bijvoorbeeld hoopbeïnvloedende elementen genoemd die aansluiten bij bestaande theorieën, zo zou het vergelijken met groepsleden te plaatsen zijn in de ‘social cognitive theory’ van Bandura (1982). Tevens toont de hooptheorie overeenkomsten met andere motivatietheorieën als optimisme (Scheier & Carver, 1985), ‘self-regulation theory’ (Maes & Karoly, 2005) en ‘implementation intention’ (Gollwitzer, 1993 in: [Conner & Norman, 2005]). Hierdoor valt te twijfelen aan de toegevoegde waarde van hoop. De hierboven genoemde theorieën zijn alle echter vooral gericht op één van de twee componenten; optimisme en ‘self-regulation theory’ op ‘agency’, en de ‘implementation intention’ op ‘pathways’. De hooptheorie van Snyder onderscheidt zich hier door het benadrukken van *beide* componenten. Ook worden bovengenoemde begrippen gezien als óf een ‘state’ (‘self-regulation theory’), óf een ‘trait’ (optimisme), waar de hoop van Snyder tevens als beide gezien wordt. Deze theorie combineert hiermee een aantal andere begrippen en kan een aantal concepten in zich verenigen. Hierdoor kan een te minimalistische blik worden voorkomen. Het nadeel is dat het begrip ‘hoop’ de visie op deze theorie kan vertroebelen, omdat er geen overeenstemming is over de inhoud van hoop. Ook in dit onderzoek struikelden een aantal behandelaren over het woord hoop, met name bij Snyders theorie. Zij gaven aan de inhoud van Snyders theorie wel toepasbaar te vinden, maar dat het woord hoop naar hun mening meer inhoudt dan enkel de cognitieve en doelgerichte hoop van Snyder. Zij spraken tevens van een niet-doelgerichte hoop, waarin twijfel en onzekerheid een rol spelen. Deze dimensies komen naar voren in andere theorieën over hoop als van Farran, Herth, en Popovich (1995), Dufault & Martocchio (1985) en Baneke (2006).

De functie van de behandelaar lijkt weinig invloed te hebben op de gegeven antwoorden, slechts op één punt lijken de antwoorden van de verschillende therapeuten niet overeen te komen. Zo noemen de sociotherapeuten de discontinuïteit in het contact met behandelaren vaker als hoopverlagend element. Mogelijk komt dit doordat de sociotherapeuten het meest intensief contact met de cliënten hebben. Hierdoor kan het zo zijn dat de gevolgen van de discontinuïteit van behandeling voor de cliënten bij de sociotherapeuten meer zichtbaar wordt, omdat cliënten zich wellicht sneller bij hen beklagen over het uitvallen van therapieën. Uit dit onderzoek kan niet worden afgeleid dat er verschil is tussen de verschillende behandel functies en de visie op hoop, waardoor het niet nodig lijkt deze variabele mee te nemen in vervolgonderzoek.

Een kanttekening bij dit deel van het onderzoek is, dat de interviews slechts op één moment plaatsvonden. Omdat de behandelaren moeite leken te hebben met sommige vragen, zouden ze mogelijk in een tweede gesprek met andere of aanvullende punten kunnen komen. Ook hadden ze weinig tijd om de theorie van Snyder echt in zich op te nemen. Dit heeft echter wel als voordeel dat het een adequaat beeld geeft van hoe behandelaren *op dit moment* over hoop denken zonder beïnvloed te worden door bestaande theorieën. Tevens was de onderzoeker, vanwege een op de Bremmele gelopen stage, bekend met de behandelaren waardoor er mogelijk sprake was van subjectiviteit. Er is echter veel aandacht besteed aan het zo objectief en betrouwbaar mogelijk laten verlopen van het coderen. Als laatste dient te worden opgemerkt dat, aangezien dit onderzoek enkel therapeuten van hetzelfde dagbehandelingcentrum betrof, de generaliseerbaarheid beperkt is. Wellicht wordt de visie op hoop beïnvloed door de werkwijze en cultuur binnen de Bremmele en zouden interviews met behandelaren van andere centra tot andere bevindingen leiden.

Dit onderzoek heeft een exploratief karakter, er is meer onderzoek nodig om de gevonden bevindingen en resultaten te ondersteunen en verdiepen. Het meeste onderzoek naar hoop is gedaan onder Engelstalige mensen (Farran, Herth & Popovich, 1995). Het is aan te raden meer onderzoek te doen onder Nederlandstalige mensen om te onderzoeken of het Engelse woord 'hope' letterlijk vertaald kan worden naar het Nederlandse 'hoop', of dat er in deze concepten een andere definitie besloten ligt. Verder zouden er meerdere GGZ centra en behandelaren betrokken moeten worden bij onderzoek naar hoop. Voor een verdieping zouden de interviews verspreid kunnen worden over meerdere dagen zodat behandelaren tijdens hun werkzaamheden over het concept hoop kunnen nadenken. In de toekomst zou het tevens interessant zijn om interviews met cliënten te houden, om te kijken wat hun visie op de rol van hoop is en hoe hun beleving is van hoop tijdens de therapie. Zij kunnen mogelijk meer licht werpen op de vraag welke elementen hoopverhogend of hoopverlagend zijn. In de praktijk blijkt dat behandelaren in zeer beperkte mate bewust met hoop bezig zijn. Wanneer behandelaren zich meer bewust worden van hoopbeïnvloedende factoren, zouden ze de hoopverhogende elementen vaker kunnen inzetten tijdens behandeling en de hoopverlagende elementen tegen proberen te gaan. Vooral in de eerste fase van therapie is het belangrijk om hoop te bewerkstelligen om zo therapietrouw te bevorderen. Dit kan door een duidelijke rationale te geven over het hoe en waarom van het te volgen therapiemodel; waarom het nodig is voor de cliënt om in therapie te gaan en hoe deze behandelvorm kan bijdragen aan het wegnemen van, of het leren omgaan met, de problematiek. Tevens lijkt het in dit opzicht belangrijk, hun eigen hoop voor de cliënt uit te spreken en een juist beeld van therapie te geven en de verwachtingen van de cliënt hieraan te toetsen, zodat cliënten geen onrealistische hoop koesteren.

4.2 Kwantitatief onderzoek

4.2.1 Conclusie

Uit dit onderzoek blijkt dat de hoop van cliënten flink stijgt tijdens de behandeling. Tijdens de start van de behandeling lijkt de hoop iets te zijn toegenomen in vergelijking met de score voorafgaand aan behandeling. De ‘agency’ score verhoogt hierbij, de ‘pathways’ score blijft gelijk. Van de start naar de eerste helft van behandeling blijft de hoop gelijk. Naar het eind van de behandeling toe, vindt er een redelijk sterke stijging van de hoopcores plaats. De cliënten verlaten de behandeling een stuk hoopvoller dan dat ze binnenkwamen. De beide componenten van hoop laten hierbij een even grote stijging zien. Er is hier echter alleen sprake van een trend.

Er is een significant negatief verband gevonden tussen leeftijd en de score op ‘trait’ hoop. De jongvolwassenengroep scoort hoger op ‘trait’ hoop dan de volwassenengroep. De subschalen van de SCL-90 hangen negatief samen met de mate van hoop; hoe meer klachten een cliënt heeft, hoe minder hoopvol hij of zij is. De gemiddelde score van de cliënten op de klachtenlijst geeft aan dat ze zeer veel klachten ervaren. De klachten lijken een sterkere relatie te hebben met ‘trait’ hoop dan met ‘state’ hoop, en met ‘pathways’ dan met ‘agency’. Depressieve klachten lijken het sterkst samen te hangen met lage hoop. Andere verbanden zijn gevonden met angst- en agorafobische klachten, sensitiviteit, gevoelens van insufficiëntie en de totaalscore op de SCL-90.

Er is gemiddeld sprake van een kleine stijging in de mate van hoop wanneer men van de eerste naar de tweede helft van behandeling gaat, dit verschil is echter niet significant. De verschillcores lopen flink uiteen, van -25 naar 14, en zijn niet normaal verdeeld. De behandelgroep laat een significant verband zien met deze verschillcores. Bij de cliënten van de resocialiserende groep daalt de hoop, bij cliënten uit de structurerende groepen stijgt de hoop.

4.2.2 Discussie

Met betrekking tot de mate van hoop tijdens psychotherapie komen de resultaten uit dit onderzoek deels overeen met resultaten uit onderzoek van Snyder en collega's (Irving, 2004). Zo is bij beiden een stijging van hoop gevonden tijdens behandeling. Overeenkomstig is ook de stijging van ‘agency’ in de eerste fase van behandeling. Een reden hiervan is mogelijk de gedachte van de cliënt dat de therapie zal helpen bij het oplossen van problemen. Een verschil is dat het onderzoek van Irving (2004) een grotere stijging van ‘pathways’ dan van ‘agency’ liet zien in de tweede fase van therapie. Hoewel de hoop in dit onderzoek wel stijgt, is er geen verschil te vinden tussen ‘pathways’ en ‘agency’ scores. Mogelijk vinden er in deze dagbehandeling tijdens latere fasen evenveel ‘agency’ als ‘pathways’ verhogende interventies plaats en blijft de focus, naast het vinden van wegen naar het doel, net zo zeer gericht op de eigen motivatie van de cliënt. Een ander verschil is dat in dit onderzoek de hoop tijdens de eerste helft van de behandeling grotendeels gelijk bleef, terwijl Snyder spreekt van een constante

stijging. De behandelaren denken dat het niet vergroten van hoop komt doordat cliënten een onrealistische verwachting van behandeling hebben, een valse hoop dat “alles nu goed gaat komen.” In de eerste helft van de behandeling blijkt het mogelijk moeilijker dan verwacht om te veranderen, de confrontatie hiermee zou kunnen leiden tot een verminderde toename van hoop. Bij deze bevindingen dient echter opgemerkt te worden dat het hier een kleine respondentengroep betreft en er gebruik is gemaakt van een weinig krachtige ‘between subjects’ analyse, waardoor met voorzichtigheid naar de resultaten moet worden gekeken en deze mogelijk niet generaliseerbaar zijn. Er is gekozen om middels deze analyse toch de vier fasen mee te nemen in de vergelijking, omdat deze in de interviews veelvuldig werden genoemd als zijnde van invloed op mate van hoop van cliënten.

Overeenkomstig de mening van de behandelaren laten jongvolwassenen een significant hogere mate van hoop als karaktertrek zien dan volwassenen. Reden hiervoor is mogelijk dat jongvolwassenen een positievere houding hebben ten opzichte van de toekomst, terwijl volwassenen ontmoedigd zijn geraakt door de aanhoudende klachten en de problemen die ze hierdoor ervaren op verschillende levensgebieden.

Het gevonden negatieve verband tussen psychische klachten en lage hoop is in lijn met de mening van behandelaren dat de hoop lager wordt, naarmate de problematiek ernstiger wordt. Tevens komt dit overeen met resultaten van eerder onderzoek van Snyder (1997). De schalen van de SCL-90 laten een groter verband zien met ‘trait’, dan met ‘state’ hoop. Dit is opmerkelijk, aangezien de ‘state’ hoop net als de klachtenlijst tijdsgebonden is. Zij laten zien hoe de respondenten zich *de laatste tijd* voelen. Verwacht werd dat de klachten hierdoor sterker verband zouden hebben met de mate van ‘state’ hoop. Mogelijk wordt de ‘trait’ hoop echter meer door de klachten beïnvloed, omdat mensen vaak al lange tijd last hebben van hun klachten. Er is veelal sprake van persoonlijkheidsproblematiek, dit betreft klachten die al op jonge leeftijd beginnen en moeilijk te veranderen zijn. Omdat de klachten al langere tijd het leven van cliënten beïnvloeden en dit het bereiken van doelen moeilijker maakt, is mogelijk de hoop als karaktertrek laag. De ‘state’ hoop kan wel weer hoger zijn door de gedachten van de cliënten dat ze door middel van therapie iets aan de problemen gaan doen. Een andere verklaring voor de sterke correlatie tussen klachten en ‘trait’ hoop, is dat door de lage karakterhoop, mensen sneller en in hogere mate last hebben van klachten. Nader onderzoek zou hier moeten uitwijzen wat de oorzaak en wat het gevolg is. Met betrekking tot de componenten van hoop zijn de sterkste correlaties te vinden met ‘pathways’, het vinden van wegen naar het doel lijkt meer beïnvloed te worden door de klachten dan de ‘agency’. Mogelijk is het hierdoor in behandeling zinvoller om meer in te gaan op het bedenken van wegen naar het doel om de ‘pathways’ te vergroten dan op de ‘agency’.

Bij het vergelijken van de scores op hoop van respondenten in de eerste helft en de tweede helft van behandeling, valt op dat de individuele verschillen groot zijn en uiteen lopen van een zeer grote daling

van hoop (25 punten) tot een grote stijging (14 punten). De mensen uit de resocialiserende groep laten gemiddeld een daling van hoop zien, waar bij de cliënten uit de structurende groep de gemiddelde hoop vergroot. Mogelijk is de behandeling voor mensen uit de resocialiserende groepen meer confronterend en lopen ze meer tegen eigen beperking aan, waardoor hun mate van hoop verlaagt. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat ze hun problemen onderschatten voor aanvang van behandeling. Ook zouden ze, omdat ze allen in dezelfde therapiegroep zitten, elkaar mee kunnen nemen in hun hopeloosheid. Tevens laat de korte behandelduur mogelijk weinig tijd om hoop bespreekbaar te maken of te verhogen.

Een kanttekening bij dit deel van het onderzoek is, zoals eerder benoemd, de kleine respondentengroep. Ook is het aantal meetmomenten tijdens behandeling beperkt, sommige cliënten hebben maar één keer tijdens hun behandeling de lijst in kunnen vullen. Tevens zijn de vragenlijsten op vaste momenten tijdens het onderzoek uitgedeeld, terwijl de behandeling in een open groep plaatsvindt en de cliënten tijdens het invullen in andere fasen van hun behandeling zitten. Door bovengenoemde punten kon alleen gebruik worden gemaakt van minder krachtige analyses en zijn gevolgtrekkingen moeilijk te maken. Een laatste tekortkoming is dat er geen controlegroep is, waardoor het onduidelijk is of de reden van het veranderen van de mate van hoop tijdens de behandeling, echt ligt bij de behandeling.

Vervolgonderzoek zou grotere groepen cliënten moeten meenemen, mogelijk verdeeld over meerdere centra voor geestelijke gezondheidszorg. Idealiter zou, bij een open groep, elke cliënt persoonlijk moeten worden gevolgd om op verscheidene momenten voor, tijdens en na de behandeling een vragenlijst in te kunnen vullen. Hierdoor zouden mogelijke schommelingen van hoop tijdens en na de behandeling beter in kaart kunnen worden gebracht. Tevens zou het effect van behandeling op aangegeven klachten mee kunnen worden genomen, bijvoorbeeld door de cliënten na afloop van behandeling de SCL-90 nogmaals te laten invullen, om te kijken wat de relatie is met de mate van ervaren hoop. Snyder geeft aan dat hoopvolle mensen meer behalen in behandeling, ook de behandelaren denken dat hoop van invloed is op de effectiviteit van behandeling. Vervolgonderzoek zou dit uit kunnen wijzen. Hierbij zou tevens onderzocht kunnen worden of er een verband bestaat tussen hoop scores en het aanvragen van een verlenging, het niet starten of later afbreken van behandeling. Mogelijk blijkt dat de mate van hoop tijdens het psychologisch onderzoek een voorspellende waarde heeft voor het verdere verloop en de effectiviteit van therapie, wat waardevolle informatie voor behandelaren kan opleveren tijdens intakegesprekken. Waarschijnlijk zijn er naast de in dit onderzoek meegenomen variabelen, ook andere factoren die de rol van hoop in therapie beïnvloeden. Zo blijkt uit het eerder genoemde onderzoek van Kwon (2006) dat copingmechanismen samen met hoop van invloed zijn op het gedrag. Het lijkt de moeite waard om hier meer onderzoek naar te doen.

Samenvattend blijkt ook in dit onderzoek hoop moeilijk te definiëren. Mogelijk is dit de reden dat het woord hoop door de ondervraagde behandelaren niet wordt gebruikt in therapie en de meeste therapeuten hier niet bewust mee bezig zijn. Wel vinden ze het, wanneer ze erover nadenken, een belangrijk onderdeel en zijn ze van mening dat hoop een belangrijke voorwaarde is voor behandeling en deze effectiever maakt. Het beeld van de behandelaren van de mate van hoop van cliënten tijdens behandeling en de hieraan gerelateerde factoren, komt redelijk overeen met de resultaten uit het kwantitatieve deel van dit onderzoek. Hoewel het dus lastig is concrete antwoorden te geven op bepaalde vragen lijken ze intuïtief redelijk te weten hoe hoop een rol speelt in behandeling. De visie van behandelaren sluit redelijk aan bij Snyders theorie, er zijn echter wel enkele aanvullingen te maken. Zo lijkt de groep een belangrijke rol te spelen in de mate van hoop van cliënten, terwijl tot nu toe vrijwel alleen onderzoek werd gedaan naar individuele hoopinterventies. Ook verdient het aanbeveling het fenomeen ‘valse’ hoop beter te onderzoeken. Als laatste blijkt dat enkele behandelaren hoop niet enkel doelgericht en cognitief zien, zij spraken tevens vaak van een emotionele dimensie van hoop. Deze emotionele kant is mogelijk minder beïnvloedbaar en geeft wellicht minder aangrijpingspunten binnen therapie dan de cognitieve kant van hoop. Behandelaren gaven aan de hooptheorie van Snyder binnen hun werkzaamheden wel concreet en toepasbaar te vinden. Mogelijk is Snyders theorie goed te gebruiken binnen therapie, maar is het niet te omvatten in het woord ‘hoop’. Het belang dat behandelaren aan hoop hechten en de rol die het lijkt te spelen in therapie maakt het in ieder geval de moeite waard hier verder onderzoek naar te doen.

5 Literatuur

Arrindel, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). *Handleiding bij de multidimensionale psychopathologie-indicator*, Swets en Zeitlinger, Lisse.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.

Baneke, J.J. (2001). Vragenlijst voor actuele persoonlijke doelen en ervaringen (Nederlandse vertaling Adult state hope scale, Snyder), Enschede.

Baneke, J.J. (2001). Vragenlijst voor persoonlijke doelen en ervaringen (Nederlandse vertaling Adult hope dispositional hope scale: The goals scale, Snyder), Enschede.

Baneke, J.J. (2006). *Gezondheid en hoop, een levensloopperspectief*. In: Verheugt-Pleiter, J.E. (2006). *Psychoanalyse anno nu*. Assen: Van Gorcum, p.121-131.

Chang, E.C. (1998). Hope, problem-solving ability, and coping in a college student population: Some implications for theory and practice. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 953-962.

Cheavens, J.S., Feldman, D.B., Gum, A., Michael, S.T. & Snyder, C.R. (2006). Hope therapy in a community sample: A pilot investigation. *Social indicators Research*, 77, 61-78.

Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37 – 46.

Conner, M. & Norman, P. (eds) (2005) *Predicting Health Behavior* Maidenhead England: Open University Press (pp. 13-14)

Cooper, S., Darmody, M. & Dola, Y. (2003). Impressions of hope and its influence: An international e-mail dialogue. *Journal of Systematic Therapies*, 22, 67-78.

Dikke van Dale, verkregen op 13 maart 2008, via
<http://www.vandale.nl/vandale/opzoeken/woordenboek/?zoekwoord=hoop>

Dufault, K. & Martocchio, B.C. (1985). Hope: Its spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 20, 379-391.

- Edey, W. & Jevne, R. (2003). Hope, illness, and counselling practice: Making hope visible. *Canadian Journal of Counselling / Revue canadienne de counseling*, 37, 44-51.
- Farran C.J., Herth, K.A., & Popovich, J.M. (1995). Hope and hopelessness: Critical clinical constructs. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gable, S.L. & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, 9, 103-110.
- Hanna, F. J. (2002). Therapy with difficult clients. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Hines, P. M. (1998). Climbing up the rough side of the mountain: Hope, culture, and therapy. In M. McGoldrick (Ed.), *Re-visioning family therapy* (pp.78–89). New York: Guilford Press.
- Hutschemaekers, G. (2000). Wordt Nederland steeds zieker? Kerngetallen en achtergrondanalyses. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 55, 314-335.
- Irving, L.M., Snyder, C.R., Cheavens, J., Gravel, L., Hanke, J., Hilberg, P. & Nelson, N. (2004). The relationships between hope and outcomes at the pre-treatment, beginning, and late phases of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy integration*, 14, 419-443.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94–129). New York: Basic Books.
- Maes, S. & Karoly, P. (2005). Self-regulation assessment and intervention in physical health and illness: A review. *Applied psychology: An international review*, 54, 267-299.
- Rodriquez-Hanley, A. & Snyder, C.R. (2000). The demise of hope: On losing positive thinking. In C.R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, measures, and applications* (pp. 3-21). San Diego, CA: Academic Press.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Snyder, C.R. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling and*

Development, 73, 355-361.

Snyder, C.R. (2000). Hypothesis: There is hope. In C.R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, measures, and applications* (pp. 3-21). San Diego, CA: Academic Press.

Snyder, C.R., Cook, D.L., Curry, L.A., Ruby, B.C. & Rehn, M. (1997). Role of hope in academic and sport achievement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1257-1267.

Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J.R., Holleran, S.A., Irving, L.M., Sigmon, S.T. et al. (1991). The Will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585.

Snyder, C.R., Lehman, K.A., Kluck, B. & Monsson, Y. (2006). Hope for rehabilitation and vice versa. *Rehabilitation Psychology*, 51, 89-112.

Snyder, C. R., Michael, S. T., & Cheavens, J. S. (1999). Hope as a psychotherapeutic foundation of common factors, placebos, and expectancies. In M.A. Hubble, B.L. Duncan & S.D. Miller (Eds.) *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 179–200). Washington, DC: American Psychological Association.

Snyder, C.R., Rand, K.L., King E.A., Feldman, D.B., & Woodward, J.T. (2002). “False” hope. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1001-1022

Snyder, C. R., & Taylor, J. D. (2000). Hope as a common factor across psychotherapy approaches: A lesson from the dodo’s verdict. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, measures, and applications* (pp. 89–108). San Diego: Academic.

Sprenkle, D. H., & Blow, A. J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 113–129.

Strauss, A., Corbin, J. (1998). Basics of qualitative research, techniques and procedures for developing grounded theory. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.

Ward, D.B. (2006) Moving up the continuum of hope: A qualitative study of hope and its influence in couples therapy. Dissertation in marriage and family therapy (*ovid login*).

Wikipedia, verkregen op 10 okt. 2007, via <http://nl.wikipedia.org/wiki/Pandora> (mythologie)

I Interviewschema

Ik zou je graag willen interviewen in het kader van mijn afstudeeronderzoek dat ik hier binnen de Bremmele uitvoer naar hoop. Ik heb bij het lezen van de literatuur gemerkt dat er veel theorieën zijn over het concept hoop (over een juiste definitie en de gevolgen van hoopvol of juist hopeloos zijn etc), maar dat er weinig is onderzocht of is geschreven over hoe deze theorieën toepasbaar zijn in de klinische praktijk of hoe er in praktijk over hoop wordt gedacht. Er lijkt dan ook een kloof te bestaan tussen de theorie en praktijk, ik wil een poging doen deze kloof te overbruggen. Vandaar dat ik deze interviews houd.

Het interview zal ongeveer 45 minuten duren. Ik wil het interview opnemen met een voicerecorder, vind je dit goed? Heb je voordat we beginnen met het interview nog vragen?

Voordat we beginnen met de vragen over hoop, heb ik eerst nog wat vragen over je werkzaamheden hier binnen de Bremmele (Functie? Aantal uren/jaren werkzaam? Met welke behandelgroepen werkzaam?)

Vragen deel 1

In het eerste deel wil ik ingaan op wat jij als behandelaar denkt over het concept hoop. In het tweede deel wil ik een gangbare, veel omschreven theorie over hoop bespreken.

Als eerste zou ik graag willen weten wat jij onder hoop verstaat?

- Wat versta je onder hoopvol of hopeloos zijn?
- Wat voelt, denkt, doet een hoopvol/hopeloos iemand?

Sommige onderzoekers zien de mate van ervaren hoop bij cliënten als één van de werkende delen van een behandeling. Zij zien in hoop een overstijgend concept dat in alle behandelvormen (in de psychoanalyse, gedragstherapie, cognitieve therapie etc) een bepalende rol in de uitkomst van de behandeling speelt. Ben je het hier mee eens, hoe denk jij hierover?

Hoe denk je dat hoop van invloed is op het behandelproces van cliënten binnen de Bremmele?

- Denk je dat er verschil is in het behandelproces en het eindresultaat van iemand die hoopvol is of iemand die zich hopeloos voelt?
- Er zijn onderzoekers die denken dat hoopvolle cliënten meer behalen in behandeling. Ben je het hier mee eens?

Hoe denk je dat het doorlopen van de dagbehandeling hier op de Bremmele de mate van hoop bij cliënten beïnvloedt?

- Wat denk je, wordt iemand naarmate de behandeling vordert hoopvoller of krijgt iemand minder hoop? Hoe verloopt dat proces?
- Denk je dat er verschil is tussen de verscheidene behandelgroepen binnen de Bremmele en de mate van ervaren hoop van de cliënten?

Hoe belangrijk vind je het bevorderen van hoop bij de cliënten? Ben je hier bewust mee bezig?

Gebruik je het woord hoop in therapie?

Welke elementen of onderdelen van de behandeling verhogen naar jouw mening de mate van hoop bij cliënten?

- Je kunt hierbij denken aan therapieonderdelen zoals het thema-uur, de non-verbale vaktherapieën of psychotherapie of aan meer overstijgende elementen zoals sociale steun, je verhaal kunnen vertellen of contact met behandelaren.

Welke elementen zijn specifiek voor jouw behandelonderdelen te noemen? Wat onderscheidt jouw behandelonderde(e)l(en) ten opzichte van de andere met betrekking tot hoop?

Zijn er naar jouw mening ook onderdelen of elementen in de behandeling die de mate van hoop bij cliënten verlagen?

Kun je hierbij specifieke elementen voor jouw behandelonderdeel noemen?

Kun je iets zeggen over je eigen hoop tijdens jouw werkzaamheden in het algemeen hier op de dagbehandeling?

- Ben je over het algemeen hoopvol gestemd tijdens je werkzaamheden?
- Waarom wel / niet?

Denk je dat de ervaren hoop van de behandelaren van invloed kan zijn op het behandelproces van de cliënten?

- Het zou zo kunnen zijn dat hoop uitwisselbaar is, en dat cliënten dus ook de hoop van de behandelaar over kunnen nemen. De hoop van de behandelaar is hiermee dan ook vrij bepalend voor de hoop van de cliënt en de uitkomst van de therapie. Wat denk jij hiervan?

Vragen deel 2

In het tweede deel van dit interview wil ik ingaan op een theorie die momenteel veel invloed heeft binnen het onderzoek naar hoop, van de Amerikaanse psycholoog Snyder. Hij is tijdens zijn onderzoek gekomen tot een hoop theorie, waarin hij het volgende stelt:

Er zijn drie elementen bepalend voor hoop:

1. doelen (goals)
2. wegen naar dat doel (pathways)
3. doelgerichte energie of motivatie (agency) (het idee dat je hebt over eigen capaciteiten om doelen te bereiken)

De pathways en agency vullen elkaar aan en zijn samen bepalend voor de mate van hoop van een persoon. Dus hoe meer wegen naar een doel iemand kent en hoe meer energie hij heeft om deze wegen te bewandelen, hoe hoopvoller hij is.

Ben je bekend met deze hooptheorie van Snyder?

Kun je je vinden in deze definitie van hoop of heb je hier ideeën bij?

In het vorige deel hebben we het gehad over bepaalde elementen of behandelonderdelen die mogelijk hoop bevorderend werken, daarop gaf jij jouw eigen visie en je hebt toen de volgende onderdelen genoemd:

Erna heb ik uitleg gegeven over de theorie van Snyder. *Vindt je hier herkenning in?*

- a. Wat zijn overeenkomsten/verschillen?
- b. Heb je iets genoemd wat je niet binnen de theorie van Snyder kan plaatsen, is er iets wat je mist in deze hooptheorie?

Nu je over deze theorie hebt gehoord, wat zijn dan interventies of elementen van behandeling die hoopverhogend werken? Kun je deze indelen op agency of pathways?

Worden Snyders interventies (zie kaart) toegepast binnen de Bremmele? Welke wel / niet? Zo nee, zou dit wel kunnen en zou dit in jouw ogen toevoegde waarde hebben?

Tot zover de vragen over deze specifieke hooptheorie. We hebben het nu in het eerste deel van het interview gehad over jouw eigen ideeën met betrekking tot het concept hoop, en hierna zijn we ingegaan op de hooptheorie van Snyder. Dit komt wel / niet overeen met elkaar. Zo niet, hoe denk je dat dit komt?

Ik vind zelf namelijk dat de theorie van Snyder een cognitieve theorie is met weinig oog voor emotie, hoe denk jij daarover?

II Informatiekaarten interview

a. De hooptheorie van Snyder

Er zijn drie elementen bepalend voor hoop:

1. doelen (goals)
2. wegen naar dat doel (pathways)
3. doelgerichte energie of motivatie (agency)

Pathways + Agency = **HOOP**

b. Interventies uit hooptherapie van Snyder

Algemeen

- Kies doelen die van waarde zijn voor de cliënt
- Zorg dat de doelen van uitdagend niveau zijn
- Specificeer subdoelen

Wegen naar het doel

- Visualiseer de wegen naar het doel
- Bedenk verschillende manieren om je doel te bereiken

Doelgerichte energie en motivatie

- Stimuleer het gebruik van positive self-talk bij cliënten
- Evalueer het proces van de cliënt met betrekking tot het behalen van de doelen

III Brief cliënten

Aan de cliënten van de Bremmele,

Mijn naam is Aniek Dijkhof en ik ben een student psychologie aan de Universiteit Twente. Naast de stage die ik momenteel loop bij de Bremmele, zal ik hier tevens een afstudeeronderzoek uitvoeren. Dit onderzoek zal gaan over het vertrouwen in de toekomst van de cliënten van dagbehandeling en de invloed van de behandeling hierop. Mijn vraag is of jullie daaraan mee willen werken middels het invullen van de bijgevoegde vragenlijst. Het invullen zal slechts enkele minuten in beslag nemen. Omdat ik ook het effect van de behandeling op het vertrouwen in de toekomst wil onderzoeken, zal ik deze vragenlijst gedurende de komende periode vaker uitdelen.

Ik koppel de gegevens van deze vragenlijst aan de vragenlijsten die zijn afgenomen tijdens het psychologisch onderzoek voor aanvang van de behandeling, mits jullie destijds toestemming hebben gegeven voor het gebruik van jullie gegevens voor wetenschappelijk onderzoek. Hiervoor heb ik jullie naam nodig. Nadat ik de gegevens bij elkaar heb gevoegd, worden alle namen verwijderd en worden de gegevens anoniem verwerkt.

Mocht je informatie willen over de uitkomst van het onderzoek dan kan je je mailadres onderaan de vragenlijst zetten, dan stuur ik te zijner tijd een samenvatting op.

Na het invullen van de vragenlijst kun je hem in de bijgaande enveloppe stoppen. Deze zal ik straks weer op komen halen.

Alvast bedankt.

Met vriendelijke groet,

Aniek Dijkhof

IV Vragenlijst voor *actuele* persoonlijke doelen en ervaringen

C.R. Snyder / Nederlandse Vertaling: J.J. Baneke 2001

Hieronder vindt u een aantal uitspraken over uw huidige persoonlijke doelen en ervaringen. Wilt u op de onderstaande schaal aangeven welk cijfer het beste aangeeft of die uitspraak op u, zoals u de laatste tijd bent, betrekking heeft door een rondje te zetten om dat cijfer achter die uitspraak.

Een 5 geeft bijvoorbeeld aan dat u het slechts in lichte mate eens bent met die uitspraak; een 2 dat u het er behoorlijk niet mee eens bent, maar niet absoluut oneens.

Naam:.....

Leeftijd:..... V/M:.....

Datum:.....

Therapiegroep:.....

Startdatum behandeling:.....

Geplande einddatum behandeling:.....

	Absoluut niet mee eens						Absoluut mee eens	
	1	2	3	4	5	6	7	8
01. Als ik nu in moeilijkheden zou zitten, zou ik veel manieren kunnen bedenken om er uit te komen * (P)	1	2	3	4	5	6	7	8
02. De laatste tijd volg ik mijn doelen met veel energie (A)	1	2	3	4	5	6	7	8
03. Er bestaan talloze mogelijkheden op problemen die ik momenteel ervaar op te lossen (P)	1	2	3	4	5	6	7	8
04. Op dit moment zie ik mezelf als behoorlijk succesvol (A)	1	2	3	4	5	6	7	8
05. Ik kan veel manieren bedenken om mijn huidige doelen te bereiken (P)	1	2	3	4	5	6	7	8
06. Op dit moment bereik ik de doelen die ik mezelf gesteld heb (A)	1	2	3	4	5	6	7	8
07. Ik heb er op dit moment alle vertrouwen in dat alles goed komt (F)	1	2	3	4	5	6	7	8
08. Momenteel ben ik behoorlijk positief gestemd (F)	1	2	3	4	5	6	7	8

* Hier is voor de duidelijkheid toegevoegd op welk component de vraag betrekking heeft (P=pathways; A=agency; F=filler), deze toevoegingen stonden niet in de uitgedeelde lijst.

V Vragenlijst voor persoonlijke doelen en ervaringen

C.R. Snyder / Nederlandse Vertaling: J.J. Baneke 2001

Hieronder vind je een aantal uitspraken over persoonlijke doelen en ervaringen. Door een cirkel te zetten om een bepaald cijfer kun je aangeven in welke mate die uitspraak in het algemeen op jou betrekking heeft. Een 5 geeft bijvoorbeeld aan dat je het slechts in lichte mate eens bent met die uitspraak; een 2 dat je het er behoorlijk niet mee eens bent, maar niet absoluut oneens.

Naam:

Leeftijd: V/M:

Datum:

Functie:

	Absoluut niet mee eens							Absoluut mee eens
	1	2	3	4	5	6	7	8
01. Als ik in moeilijkheden zit, weet ik altijd wel een manier om er uit te komen* (P)	1	2	3	4	5	6	7	8
02. Mijn doelen volg ik meestal met veel energie (A)	1	2	3	4	5	6	7	8
03. Ik voel me vaak moe (F)	1	2	3	4	5	6	7	8
04. Er bestaan talloze mogelijkheden om een probleem op te lossen (P)	1	2	3	4	5	6	7	8
05. In een discussie voel ik me meestal snel in een hoe gedreven (F)	1	2	3	4	5	6	7	8
06. Ik kan allerlei manieren bedenken om de dingen die in het leven het belangrijkste voor me zijn te bereiken (P)	1	2	3	4	5	6	7	8
07. Ik maak me dikwijls zorgen over mijn gezondheid (F)	1	2	3	4	5	6	7	8
08. Zelfs als anderen ontmoedigd raken, weet ik altijd wel een oplossing te vinden voor een probleem (P)	1	2	3	4	5	6	7	8
09. Mijn ervaringen uit het verleden hebben me goed voorbereid op de toekomst (A)	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Ik heb in mijn leven behoorlijk veel succes gehad (A)	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Ik maak me best vaak zorgen (F)	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Ik bereik de doelen die ik mezelf gesteld heb** (A)	1	2	3	4	5	6	7	8

* Hier is voor de duidelijkheid toegevoegd op welk component de vraag betrekking heeft (P=pathways; A=agency; F=filler), deze toevoegingen stonden niet in de uitgedeelde lijst.

** De uitgedeelde lijst bestaat uit 56 items, de overige items zijn echter niet in dit onderzoek gebruikt en worden hier weggelaten om het overzichtelijk te houden.