

**Levensverhaleninterventie ‘Wie ben ik?’
voor psychiatrische patiënten met een
verstandelijke beperking: Afname van
psychische klachten, verbetering van
positief psychologisch welbevinden en
verschil in verandering tussen
verschillende diagnoses**

Een kwantitatief onderzoek

Milou van Velsen (s1254510)

UNIVERSITEIT TWENTE.

**Masterthese psychologie
Positieve Psychologie & Technologie**

Milou van Velsen
S1254510

Juli 2014

Universiteit Twente
Faculteit Gedragwetenschappen
Opleiding Psychologie

Begeleidingscommissie

Eerste begeleider:	Westerhof, Dr. G.
Tweede begeleider:	Meulenbeek, Dr. P.A.M.
Externe begeleidster:	Beernink- Wissink, Drs. J.
Instelling:	GGNet: specifieke zorg VGGNet, Warnsveld

Inhoudsopgave

Abstract	4
Samenvatting	5
Inleiding	6
<i>Doelgroep</i>	6
<i>Levensverhaal</i>	7
<i>Trauma</i>	8
<i>Depressie</i>	9
<i>Onderzoek</i>	10
Methode	12
<i>Deelnemers</i>	12
<i>Materialen</i>	14
<i>Procedure</i>	15
<i>Analyse</i>	15
Resultaten	17
<i>Hypothese 1</i>	17
<i>Hypothese 2</i>	17
<i>Hypothese 3</i>	18
<i>Hypothese 4</i>	19
<i>Hypothese 5</i>	21
<i>Hypothese 6</i>	21
<i>Hypothese 7</i>	22
<i>Hypothese 8</i>	22
Conclusie & discussie	24
<i>Conclusie</i>	24
<i>Aanbevelingen</i>	26
Referentielijst	28

Abstract

Background: *'Who am I?'* is a life story intervention for psychiatric patients with a mild to moderate mental disability. The life story of the patient is structured, it starts with the past, then with the present and it works to the future. This research will look at the changes of the intervention *'Who am I?'* shows on level of complaints and the positive psychological well-being on psychiatric patients with a mild to moderate mental disability. Further there will be looked at the difference of changes on level of complaints and positive psychological well-being between moderate and mild mental disabled patients, between patients with a mild to moderate mental disability with or without traumatic related complaints and between patients with a mild to moderate mental disability with or without complaints of depression.

Method: To get insight in the change of level of complaints and the positive psychological well-being the following questionnaires were used: the 'Symptom Checklist 90' (SCL- 90), the 'Outcome Questionnaire 45' (OQ- 45), the 'Mental Health Continuum-Short Form' (MHC-SF), the 'Satisfaction With Life Scale' (SWLS), the 'mastery scale' and the 'Purpose in Life scale' (PIL scale). These questionnaires were filled in by 20 patients (N=20) before (T0) and after (T1) participation of the intervention. The SCL- 90 were filled in by 40 patients (N=40), because in later research the other questionnaires were added. From the total of 40 patients 22 are mild mentally disabled, 17 patients have traumatic related complaints and 10 patients have complaints of depression. To see the changes of the level of complaints and the positive psychological well-being after participation of the intervention, the 'Wilcoxon Signed Rank Test' was used to analyse the data. To see if there is a significant difference between mild mental disabled patients and moderate mental disabled patients, between patients with a mental disability with or without traumatic related complaints and between patients with a mental disability with or without complaints of depression, the 'Mann- Whitney U' was used to analyse the data.

Results: There was found a significant decrease in level of complaints and an increase of positive psychological well-being after participation in the life story intervention *'Who am I?'*. Only the PIL scale shows no significant difference. There were no significant differences found between mild and moderate mentally disabled patients on one of the questionnaires. Also there is no significant difference found between patients with a mental disability with or without traumatic related complaints. The MHC- SF shows a significant difference between patients with a mental disability with or without complaints of depression. Patients with a mental disability and complaints of depression shows a larger improvement of the positive psychological functioning then patients with a mental disability without complaints of depression. On the other questionnaires no significant differences were found between these two groups.

Conclusions: *'Who am I?'* reduces psychological complaints and improves the positive psychological well-being, except the experience of a purpose in life. This intervention suits psychiatric patients with a mild to moderate mental disability. *'Who am I?'* suits also psychiatric patients with a mental disability and traumatic related complaints. *'Who am I?'* especially suits patients with a mental disability and complaints of depression.

Samenvatting

Doel: ‘*Wie ben ik?*’ is een levensverhaleninterventie voor psychiatrische patiënten met een licht verstandelijke beperking. Het levensverhaal van de patiënt is voorgestructureerd doordat het verhaal begint met het verleden, dan gekeken wordt naar het heden en het toewerkt naar de toekomst. In dit onderzoek wordt er gekeken of de interventie ‘*Wie ben ik?*’ verandering laat zien bij psychiatrische patiënten met een verstandelijke beperking op klachtenniveau en het positief psychologisch welbevinden. Tevens wordt er gekeken of er verschil in verandering van klachtenafname en het positief psychologisch welbevinden te vinden is tussen zwakbegaafde patiënten en licht verstandelijk beperkte patiënten, tussen patiënten met een verstandelijke beperking met of zonder trauma gerelateerde klachten en tussen patiënten met een verstandelijke beperking met of zonder depressie klachten.

Methodes: Om de verandering van klachtenniveau en het positief psychologisch welbevinden te bepalen is er gebruik gemaakt van de volgende vragenlijsten: de ‘Symptom Checklist 90’ (SCL- 90), de ‘Outcome Questionnaire 45’ (OQ- 45), de ‘Mental Health Continuüm-Short Form’ (MHC-SF), de ‘Satisfaction With Life Scale’ (SWLS), de ‘mastery scale’ en de ‘Purpose in Life scale’ (PIL scale). Deze vragenlijsten zijn voor aanvang (To) en na afloop (T1) van de interventie afgenomen bij 20 patiënten (N=20). De SCL- 90 is afgenomen bij 40 patiënten (N=40), doordat in latere onderzoeken de andere vragenlijsten werden toegevoegd. Van de in totaal 40 patiënten zijn er 22 zwakbegaafd, hebben 17 patiënten last van trauma gerelateerde klachten en hebben 10 patiënten last van depressie klachten. Om de verandering in klachtenniveau en positief psychologisch welbevinden na deelname aan de interventie vast te kunnen stellen is er een ‘Wilcoxon Signed Rank Test’ uitgevoerd. Om te kijken of er significante verschillen tussen zwakbegaafde patiënten en licht verstandelijk beperkte patiënten, tussen patiënten met een verstandelijke beperking met of zonder trauma gerelateerde klachten en tussen patiënten met een verstandelijke beperking met of zonder depressie klachten aanwezig zijn is de ‘Mann- Whitney U’ gebruikt.

Resultaten: Er is sprake van een significante afname van het klachtenniveau en toename van het positief psychologisch welbevinden na deelname aan de levensverhaleninterventie ‘*Wie ben ik?*’. Alleen de PIL scale laat geen significant verschil zien. Er is geen significant verschil gevonden op één van de vragenlijsten tussen zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte patiënten. Tevens is er geen significant verschil gevonden tussen patiënten met een verstandelijke beperking met of zonder trauma gerelateerde klachten. Op de MHC- SF is er een significant verschil gevonden tussen patiënten met een verstandelijke beperking met en zonder depressie klachten. Zo blijken patiënten met een verstandelijke beperking en depressie klachten een grotere toename van het positief psychologisch functioneren te laten zien dan patiënten met een verstandelijke beperking zonder depressie klachten. Op de overige vragenlijsten is er geen significant verschil gevonden tussen deze twee groepen.

Conclusie: ‘*Wie ben ik?*’ reduceert psychische klachten en verbetert het positief psychologisch welbevinden met uitzondering van het ervaren van een doel in het leven. Deze interventie is geschikt voor psychiatrische patiënten met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid. Ook is ‘*Wie ben ik?*’ geschikt voor psychiatrische patiënten met een verstandelijke beperking met trauma gerelateerde klachten. ‘*Wie ben ik?*’ lijkt uitermate geschikt voor patiënten met een verstandelijke beperking en depressie klachten.

Inleiding

Voor u ligt de masterthese van een kwantitatief onderzoek naar de werking van de levensverhaleninterventie ‘*Wie ben ik?*’ Een ontdekkingsreis naar mijzelf” (J. Beernink-Wissink, 2013) bij patiënten. Deze interventie is speciaal ontwikkeld voor mensen met een dubbel- of triple diagnose: een psychiatrische stoornis en een licht verstandelijke beperking en eventueel verslavingsproblematiek (Borthwick-Duffy, 1994). In dit onderzoek wordt gekeken of de verandering van het klachtenniveau en het positief psychologisch welbevinden na deelname aan de interventie verschilt bij patiënten die zwakbegaafd of licht verstandelijk beperkt zijn, patiënten met trauma gerelateerde klachten of patiënten met depressie klachten. Dit is van belang zodat deze interventie aangeboden kan worden aan patiënten die er baat bij kunnen hebben. De interventie baseert zich op life-review in combinatie met narratieve therapie. Patiënten die deelnemen aan de interventie krijgen een persoonlijk werkboek waarin ze hun levensverhaal op kunnen schrijven of uitbeelden d.m.v. foto’s of tekeningen. Het levensverhaal van de patiënt is voorgestructureerd doordat het verhaal begint met het verleden, dan gekeken wordt naar het heden en het toewerkt naar de toekomst. De interventie kan individueel gegeven worden of in een groep. Bij het schrijven van een levensverhaal en het luisteren naar andermans verhalen wordt een zekere mate van reflecterend vermogen gevraagd van de patiënten (Beernink-Wissink, 2013). Kenmerkend voor mensen met een verstandelijke beperking is dat er over het algemeen sprake is van een verminderd reflectievermogen (Gillman, 1969). ‘*Wie ben ik?*’ houdt rekening met het niveau van reflecterend vermogen van patiënten en probeert reflectie te stimuleren.

Doelgroep

De American Psychiatric Association spreekt van een verstandelijke beperking wanneer deze beperking is ontstaan voor het achttiende levensjaar en gepaard gaat met significante beperkingen in het intellectuele functioneren en in het aangepaste gedrag. Er zijn verschillende gradaties te onderscheiden in de mate van verstandelijke beperking. Er is sprake van zwakbegaafdheid wanneer het IQ ligt tussen de 70 en de 85, wanneer het IQ ligt tussen de 50/ 55 en de 70 wordt dit gezien als licht zwakzinnig. Wanneer het cognitief functioneren zich onder een IQ van 50 bevindt spreekt men van matige, ernstige of diepe zwakzinnigheid (American Psychiatric Association, 2000). De doelgroep voor de interventie ‘*Wie ben ik?*’ zijn psychiatrische patiënten met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid. De termen licht verstandelijk beperkt en zwakbegaafd zullen in deze these samengenomen worden en aangeduid als licht verstandelijk beperkt (LVB)¹. Het aantal personen in Nederland met een licht verstandelijke beperking ($50 < IQ > 70$) wordt geschat op 55.000 - 165.000 personen. De groep zwakbegaafden ($70 < IQ > 85$) wordt geschat op 15.000 - 400.000 personen (Woittiez, Ras, & Oudijk, 2012). De zwakbegaafde doelgroep is moeilijk te schatten omdat het grensgebied tussen zwakbegaafd en begaafd vaag is. Een groot deel van deze groep heeft geen zorg vanuit de verstandelijk gehandicapten sector nodig en heeft geen beperkingen in het aanpassingsvermogen (Ras, Woittiez, Kempen, & Sadiraj, 2010).

Psychiatrische stoornissen komen vaker voor bij mensen met een LVB (Emerson, 2003; Bhaumik, Gangadharan, Hiremat & Russel, 2011). De kans op een psychiatrische stoornis bij mensen met een LVB is groter doordat ze eerder in bepaalde levensomstandigheden terecht komen, zoals: werkeloosheid, armoede, tekort aan betekenisvolle vriendschappen, intieme relaties en ondersteuning vanuit het sociale netwerk, stressvolle familie omstandigheden en traumatische gebeurtenissen (Deb, Thomas & Bright, 2001; Hastings, Hatton, Taylor & Maddison, 2004). Ook de Koning en Collin (2007) beamen

¹ LVB: Licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid

dat psychopathologie bij mensen met een LVB vaak multicausaal is bepaald en verschillende factoren kunnen bijdragen tot het ontstaan van gedragsproblemen en/ of psychiatrische stoornissen. Zij adviseren dat behandeling altijd een multidisciplinair karakter moet hebben waarbij biologische factoren, individuele leergeschiedenis, cognitief en sociaal- emotioneel niveau en invloeden vanuit het milieu een belangrijke plaats innemen. Dekker en Koot (2003) zeggen hierover dat Nederlandse jongeren met een LVB drie tot vier maal vaker psychische stoornissen hebben dan jongeren zonder LVB. Er is sprake van een psychiatrische stoornis wanneer er een klinisch bewezen psychisch syndroom bestaat dat samengaat met significant lijden of een verhoogd risico van de dood, pijn, beperking of verlies van vrijheid (Došen et al., 2008). Het heeft lang geduurd voordat er aandacht kwam voor psychiatrische stoornissen bij LVB. Dit komt omdat er lange tijd vanuit is gegaan dat psychische problemen werden veroorzaakt door een onvolledige emotionele ontwikkeling als gevolg van de verstandelijke beperking. Vanuit het inzicht dat LVB ook een psychiatrische stoornis kunnen ontwikkelen is de term dubbeldiagnose ontstaan (Borthwick-Duffy, 1994).

Levensverhaal

In de geestelijke gezondheidszorg komt steeds meer aandacht voor de persoonlijke identiteit en persoonsgerichte ondersteuning. Gangbare benaderingen bieden te weinig ruimte aan het unieke, eigen perspectief van mensen met een LVB (Meininger, 2003). Een manier om hier aandacht voor te hebben is door te werken met het levensverhaal van een patiënt. Swennen (2007) heeft een literatuurstudie gedaan naar de werkzame onderdelen van het werken met levensverhalen in de populatie LVB. Het levensverhaal draagt bij aan het versterken van de identiteit of het zelfbeeld, verleent betekenis aan ingrijpende gebeurtenissen en biedt kansen om inzicht te krijgen in het verleden en hierover na te denken. Persoonlijke behoeften en wensen voor de toekomst komen duidelijk naar voren en patiënten worden zich bewust van de keuzes die ze in hun leven gemaakt hebben en reflecteren hierop.

De levensverhaleninterventie '*Wie ben ik?*' is gebaseerd op life review in combinatie met narratieve therapie. De narratieve therapie hanteert het uitgangspunt dat mensen gebeurtenissen interpreteren vanuit een verhaalstructuur en vorm geven aan hun identiteit via verhalen (Polkinghorne, 1991). Een levensverhaal is een geïnternaliseerd en zich ontwikkeld verhaal over wie we zijn en omvat zowel het verleden, heden als de toekomst en voorziet het leven van samenhang en doelgerichtheid (McAdams, 2008). Life review wordt gezien als een reorganisatieproces waarbij alle belangrijke ervaringen de revue passeren en herwaardeerd worden. Conflicten die in het verleden niet zijn opgelost kunnen opnieuw naar voren komen, worden verwerkt en geïntegreerd in het verhaal (Butler, 1974, genoemd in Westerhof, Bohlmeijer & Webster, 2010). Life review richt zich op het ontwikkelen van nieuwe reconstructies van het eigen leven en is ontstaan vanuit de ouderenzorg. Er wordt teruggeblikt op het verleden en een balans wordt opgemaakt. Deze therapievorm is voornamelijk geschikt voor mensen met een depressieve stoornis doordat er wordt verondersteld dat het ophalen en geven van betekenis aan herinneringen op een manier gebeurt die de depressie veroorzaakt of in stand houdt. Het doel van life review is niet alleen om de negatieve zelfidentiteit te verminderen maar ook om de positieve zelfidentiteit te versterken (Westerhof, Bohlmeijer & Webster, 2010). Het verschil tussen narratieve therapie en life review is dat narratieve therapie werkt met het levensverhaal van een patiënt zonder het doel te hebben deze te veranderen. Life review is gericht op het verwerken van het verleden.

Daarnaast maakt '*Wie ben ik?*' gebruik van *reminiscentie*. *Reminiscentie* is het ophalen van bewuste en vergeten herinneringen van zichzelf uit het verleden. Dit omvat het ophalen van specifieke of algemene episodes van het leven die wel of niet vergeten waren. Dit gaat gepaard met het gevoel dat de herinnerde episode onderdeel is van de huidige ervaringen (Bluck & Levine, 1998: 188 in Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010). Bohlmeijer,

Roemer, Cuijpers en Smit (2007) hebben een meta analyse uitgevoerd naar het effect van reminiscentie en life review op het psychologisch welbevinden van ouderen. Hieruit blijkt dat life review significant grotere verbeteringen in het psychologisch welbevinden laat zien dan wanneer er alleen gebruik wordt gemaakt van reminiscentie. Dit komt doordat life review meer gestructureerd is dan reminiscentie. Het heeft systematisch de focus op grote gebeurtenissen in iemands leven, zowel positief als negatief.

Een verschil tussen life review en de interventie '*Wie ben ik?*' is dat de laatste interventie breder is opgezet en alle levensgebieden aan bod laat komen. Tevens maakt '*Wie ben ik?*' gebruik van visualisatie doordat patiënten foto's in hun boek kunnen plakken. De doelgroep van '*Wie ben ik?*' ervaart vaak problemen op meerdere levensgebieden, daarom is het van belang om bij elk levensgebied stil te staan. Hierdoor zal er extra tijd nodig zijn om patiënten te kunnen begeleiden in hun proces van identiteitsontwikkeling om een realistisch zelfbeeld te ontwikkelen. De therapeut zal meer sturing en richting moeten geven dan in het geval van life review en narratieve therapie (Beernink- Wissink, 2013). Verder is het herinterpreteren van negatieve herinneringen en het stimuleren van het ophalen van positieve ervaringen een belangrijk onderdeel van de interventie. Vaak overheersen de negatieve herinneringen en ervaringen waardoor de positieve ervaringen naar de achtergrond verdwijnen. Patiënten kunnen hun verhalen met elkaar delen waardoor ze gestimuleerd worden om te reflecteren op andermans ervaringen. (Beernink-Wissink, 2013). Beernink-Wissink (2013) beschrijft dat psychiatrische patiënten met een LVB veel in aanraking zijn gekomen met negatieve gebeurtenissen, zoals pesten, faalervaringen, niet kunnen voldoen aan de verwachtingen en niet geaccepteerd worden door de omgeving. Daarnaast komen traumatische gebeurtenissen zoals misbruik en mishandeling veel voor. Het is niet duidelijk voor welke stoornis het werken met '*Wie ben ik?*' afname van klachten en verbetering van het positief psychologisch welbevinden oplevert. Omdat veel patiënten met een LVB te maken hebben gehad in hun leven met een traumatische ervaring of depressieve episode is ervoor gekozen om die stoornissen te onderzoeken in deze these (Didden, 2006).

Trauma

Het is van belang dat er gekeken wordt of psychiatrische patiënten met een LVB en een trauma profijt kunnen hebben van de interventie '*Wie ben ik?*' omdat gebleken is dat mensen met een LVB vaker traumatische ervaringen oplopen dan de 'normale' populatie (Didden, 2006). Exacte cijfers hoeveel vaker trauma bij mensen met een LVB voorkomen ten opzichte van de normale populatie ontbreken. Er zijn verschillende vormen van traumatische gebeurtenissen: fysiek geweld op straat, seksueel misbruik, huiselijk geweld, opgelicht en bestolen worden zijn hier voorbeelden van. Mensen met een verstandelijke beperking hebben een hoger risico op (chronisch) seksueel misbruik. Dit risico wordt vaak verbonden met hun kwetsbaarheid (Belie & Hove, 2003). Er is onderzoek gedaan naar de prevalentie van traumatische gebeurtenissen onder de Nederlandse populatie. De prevalentie van een traumatische gebeurtenis is 80.7%, de prevalentie van een post traumatische stress stoornis (PTSS) is 7.4%. Dit verschil komt doordat niet iedere trauma zich ontwikkelt tot een PTSS. Vrouwen en jongeren laten een verhoogd risico zien op een PTSS (de Vries & Olf, 2009).

Er is een behandeling in opkomst voor mensen met een PTSS die net als '*Wie ben ik?*' werkt met het levensverhaal van patiënten. Dit is de Narratieve Exposure Therapie (NET), ontwikkeld door Schauer, Neuner, & Elbert (2011). Deze therapie is gericht op behandeling van PTSS bij oorlogsslachtoffers en seksueel trauma in de normale populatie. NET bouwt voort op de duale representatie theorie van traumatische herinneringen (Elber & Schauer, 2002). Tijdens een traumatische ervaring slaat het geheugen voornamelijk sensorische en perceptuele informatie op. Deze informatie wordt apart opgeslagen, los van de informatie die te maken heeft met de context (het koude geheugen) en vormt een angstnetwerk. Dit

angstnetwerk wordt het warme geheugen genoemd en omvat de zintuiglijke, cognitieve, fysiologische en emotionele elementen. Bij een PTSS is de verbinding tussen de warme en koude herinneringen verloren gegaan. Een geur, geluid of gedachte (triggers) kan het angstnetwerk activeren waardoor de patiënt dit als een 'flashback' kan ervaren; de patiënt heeft het gevoel weer terug te zijn in de traumatiserende situatie (Jongedijk, 2014).

De bedoeling is om de specifieke associatieve elementen van het angstnetwerk, de zintuigen, affectieve en cognitieve herinneringen van het trauma in kaart te brengen. Dit heeft als doel om het proces van de herinnering van de traumatische gebeurtenis in het leven van de patiënt te begrijpen. Om dit te bereiken construeert de patiënt in samenwerking met de therapeut een chronologisch verhaal van zijn leven met de focus op de traumatische ervaringen. PTSS- patiënten hebben moeite om herinneringen uit het koude autobiografische geheugen op te halen, terwijl het warme geheugen sterk aanwezig is. Dit betekent dat de angst die met de gebeurtenis verbonden is niet in de tijd en ruimte geplaatst kan worden waar die thuis hoort. Door NET zullen de gefragmenteerde gedeelten van de traumatische gebeurtenissen een coherent verhaal gaan vormen (Jongedijk, 2014). De therapeut zal empatisch moeten zijn, actief moeten kunnen luisteren en een congruente en onvoorwaardelijk positieve houding moeten hebben. Dit is van belang voor de vertrouwensrelatie met de patiënt wat de behandeling van de patiënt ten goede komt. De patiënt moet worden aangemoedigd om zijn of haar emoties te ventileren tijdens het vertellen over de gebeurtenis zonder de connectie met het 'hier en nu' te verliezen om tot verwerken te kunnen komen. De therapeut zal de patiënt eraan helpen herinneren dat de gevoelens en fysiologische reacties het resultaat zijn van herinneringen. De therapeut zal de link leggen tussen ervaringen en feiten en deze plaatsen in de tijd. Op deze manier zal verwerking, betekenisgeving en integratie plaats vinden (Jongedijk, 2014). Neuner e.a. (2009) hebben onderzoek gedaan naar de effectiviteit van NET bij volwassen vluchtelingen met meerdere traumatische ervaringen. Zij ontvingen een NET- behandeling of een gangbare behandeling. NET bleek de PTSS- symptomen significant te reduceren en is daarmee effectiever gebleken dan de gangbare behandeling.

Het verschil tussen NET en 'Wie ben ik?' is dat NET de focus legt op de traumatische ervaringen en hierbij doorvraagt naar emoties, cognities, zintuiglijke informatie en fysiologische reacties uit het verleden. Bij 'Wie ben ik?' kan een trauma onderdeel zijn van het levensverhaal en wordt er niet specifiek doorgevraagd op zintuiglijke informatie en fysiologische reacties. Dit komt doordat ook andere aspecten aan bod komen en het levensverhaal niet specifiek gericht is op het verwerken van een trauma. Een overeenkomst is het gestructureerd ophalen van herinneringen. De inbreng komt vanuit de patiënt en de therapeut luistert actief.

Depressie

Depressie is één van de meest voorkomende psychiatrische aandoening bij mensen met een LVB (Nezu et al., 1995). Studies die onderzoek doen naar depressieve symptomen bij LVB laten zien dat 44% van de mensen met een LVB depressieve symptomen ervaren (Marston, Perry & Roy, 1997). Eén op de tien mensen met een LVB krijgt eens in hun leven te maken met een klinische depressie (Lowry, 1998). Er is een zelfhulpinterventie ontwikkeld door Bohlmeijer en Westerhof (2010) dat gebruik maakt van narratieve therapie en life review specifiek voor mensen met depressieve klachten. Deze interventie heet 'Op verhaal komen' (OVK). Deze interventie richt zich op mensen met licht tot matige depressieve klachten van 40 jaar en ouder. In deze cursus wordt getracht de depressieve klachten te reduceren door middel van integratieve reminiscentie (Bohlmeijer, & Westerhof, 2010).

De interventie bevat drie kernelementen. Het eerste is de integratie van moeilijke levensgebeurtenissen vanuit het verleden in het levensverhaal. Het tweede is de ontwikkeling

van alternatieve, meer positieve levensverhalen en het formuleren van nieuwe doelen zodat de patiënt leert beter om te gaan met huidige levensgebeurtenissen. Het derde element is het ophalen van specifieke positieve herinneringen die fungeren als bouwstenen voor alternatieve levensverhalen. De eerste twee elementen hebben als doel om tot een geïntegreerd levensverhaal te komen. Het derde element dat zich richt op specifieke positieve herinneringen heeft als doel om bijna vergeten positieve herinneringen te activeren. Kenmerkend voor mensen met depressieve symptomen is dat negatieve herinneringen overheersen en positieve herinneringen naar de achtergrond verdwijnen. Op deze manier kan de patiënt tot een alternatief verhaal komen (Korte, 2012). De effectiviteit van OVK is gemeten met een randomized controlled trial. Vergeleken met de care-as-usual blijkt life review therapie effectiever in het reduceren van depressieve symptomen in de nameting en in de follow-up na 3 en 9 maanden. OVK blijkt ook effectief in het reduceren van angstsymptomen en in het versterken van de positieve mentale gezondheid (Korte et al., 2012).

Het verschil tussen OVK en *'Wie ben ik?'* is dat OVK zich richt op mensen van 40 jaar en ouder en specifiek is ontwikkeld voor behandeling van depressieve klachten. *'Wie ben ik?'* is geschikt voor volwassenen vanaf 18 jaar met een LVB en geeft geen gerichte tips over bijvoorbeeld fysieke beweging die helpen tegen depressieve symptomen. Dit komt doordat *'Wie ben ik?'* zich niet specifiek richt op depressieve klachten, maar deze kunnen een onderdeel zijn van iemands levensverhaal. Een overeenkomst tussen *'Wie ben ik?'* en OVK is het gestructureerd ophalen van herinneringen. Ook wordt bij beide interventies gekeken naar wat de patiënt wil in de toekomst.

Onderzoek

De meeste reguliere behandelprogramma's binnen de GGZ zijn ontwikkeld voor 'normaal' begaafde mensen en richten zich op klachten reductie. In de praktijk blijken deze programma's niet goed aan te sluiten op het cognitieve- en het sociaal emotionele niveau van mensen met een LVB (Didden, 2006; De Koning & Colling, 2007). *'Wie ben ik?'* is speciaal ontwikkeld voor psychiatrische patiënten met een LVB en biedt hen de gelegenheid om hun eigen unieke levensverhaal te vertellen. Uit eerder onderzoek, in kleine onderzoeksgroepen, naar de levensverhaleninterventie *'Wie ben ik?'* door Latka (2013), Maser (2013) en Kemerink op Schiphorst (2014) laat de interventie een afname van klachten en verbetering van het positief psychologisch welbevinden zien. Positief psychologisch welbevinden is van belang doordat dit een patiënt veerkrachtiger en minder kwetsbaar kan maken. Wanneer een patiënt zichzelf ontplooit en het positief psychologisch welbevinden toeneemt kan dit de klachten verder laten afnemen (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2013). In dit onderzoek zijn alle verzamelde data uit eerdere onderzoeken samengenomen om in een grotere onderzoeksgroep te kunnen kijken of klachten afnemen en het positief psychologisch welbevinden verbetert na deelname aan de interventie *'Wie ben ik?'*. Daarnaast is het belangrijk om te kijken of er verschillen in afname van klachten en verbetering van het positief geestelijk welbevinden bestaan, afhankelijk van de stoornis. Zo wordt er gekeken naar het verschil in verandering tussen licht verstandelijk beperkten en zwakbegaafden, verondersteld wordt dat zwakbegaafden een hoger reflectieniveau hebben dan licht verstandelijk beperkten waardoor zij meer baat kunnen hebben bij *'Wie ben ik?'*. Patiënten met en zonder trauma gerelateerde klachten worden vergeleken met elkaar, hierbij wordt verondersteld dat er geen verschil in verandering te vinden is tussen deze groepen gezien de overeenkomsten tussen *'Wie ben ik?'* en NET. Gezien er ook overeenkomsten zijn tussen *'Wie ben ik?'* en OVK wordt verondersteld dat er geen verschil in verandering te vinden is tussen patiënten met en zonder depressie klachten. Op deze wijze kan er gekeken worden voor welke diagnose de interventie *'Wie ben ik?'* geschikt is. Wetenschappelijk onderzoek naar interventies voor deze doelgroep

is beperkt gedaan. Het is voor de praktijk van belang dat het werken met levensverhalen een meer wetenschappelijke onderbouwing krijgt zodat deze interventie geïmplementeerd kan worden. Hierdoor zouden meer patiënten van deze persoonsgerichte benadering kunnen profiteren. (Swennen, 2007; Bhaumik, et al., 2011). Dit onderzoek probeert hieraan bij te dragen.

Hoofdvraag:

Laat de levensverhaleninterventie ‘*Wie ben ik?*’ een afname van klachten en een verbetering van het positief psychologisch welbevinden bij psychiatrische patiënten met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid zien en zijn er verschillen in verandering tussen verschillende diagnoses?

Deelvragen:

- 1) Laat de interventie ‘*Wie ben ik?*’ een afname van klachten en verbetering van het positief psychologisch welbevinden bij psychiatrische patiënten met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid zien?
- 2) Verschillen zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte patiënten van elkaar in afname van klachten en het verbeteren van het positief psychologisch welbevinden na deelname aan de interventie ‘*Wie ben ik?*’?
- 3) Verschillen patiënten met en zonder trauma gerelateerde klachten van elkaar in afname van klachten en het verbeteren van het positief psychologisch welbevinden na deelname aan de interventie ‘*Wie ben ik?*’?
- 4) Verschillen patiënten met en zonder depressie klachten van elkaar in afname van klachten en het verbeteren van het positief psychologisch welbevinden na deelname aan de interventie ‘*Wie ben ik?*’?

Hypothesen:

- 1) De interventie ‘*Wie ben ik?*’ laat een afname van klachten bij psychiatrische patiënten met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid zien.
- 2) De interventie ‘*Wie ben ik?*’ laat een verbetering van het positief psychologisch functioneren, de ervaren tevredenheid over het leven en het ervaren van controle en een doel in het leven bij psychiatrische patiënten met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid zien.
- 3) Zwakbegaafde patiënten zullen een grotere afname in ervaren klachten laten zien dan licht verstandelijk beperkte patiënten.
- 4) Zwakbegaafde patiënten zullen een grotere verbetering van het positief psychologisch functioneren, de ervaren tevredenheid over het leven en het ervaren van controle en een doel in het leven laten zien dan licht verstandelijk beperkte patiënten.
- 5) Er is geen significant verschil in afname van klachten te zien tussen de groep patiënten met trauma gerelateerde klachten en de overige diagnoses.
- 6) Er is geen significant verschil in verbetering van het positief psychologisch functioneren, de ervaren tevredenheid over het leven en het ervaren van controle en een doel in het leven tussen de groep patiënten met trauma gerelateerde klachten en de overige diagnoses.
- 7) Er is geen significant verschil in afname van klachten te zien tussen de groep patiënten met depressie klachten en de overige diagnoses.
- 8) Er is geen significant verschil in verbetering van het positief psychologisch functioneren, de ervaren tevredenheid over het leven en het ervaren van controle en een doel in het leven tussen de groep patiënten met depressie klachten en de overige diagnoses.

Methodie

Deelnemers

De patiënten die deel hebben genomen aan de levensverhaleninterventie ‘*Wie ben ik?*’ zijn in behandeling bij VGGNet, onderdeel van GGNet. Mensen met psychische klachten kunnen voor behandeling terecht bij GGNet. VGGNet is gespecialiseerd in de behandeling van psychiatrische problematiek bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Alle patiënten die aan de interventie hebben deelgenomen hebben tegelijkertijd een andere vorm van behandeling gevolgd. Voor deelname aan de interventie werd gekeken naar het niveau van de patiënt, vaak is een IQ > 60 nodig om te kunnen reflecteren. Alle patiënten hebben dezelfde interventie gevolgd, hetzij in groepsvorm of individueel. De interventie bestaat uit zeventien sessies en elke sessie duurt gemiddeld anderhalf tot twee uur. De gemiddelde behandelduur is zeventien weken, gezien per week een sessie plaatsvindt. Sommige behandelgroepen weken hier van af doordat de behandelduur varieerde van tien dagen tot acht maanden. De interventie van tien dagen is in Spanje gegeven in een intensievere vorm. De patiënten kregen elke dag de training aangeboden. Dit onderzoek maakt gebruik van alle verzamelde data van patiënten die deel hebben genomen aan deze levensverhaleninterventie. Het eerste onderzoek naar ‘*Wie ben ik?*’ is gestart in 2013. In totaal waren er 41 patiënten die deelnamen, één patiënt is uitgevallen vanwege overplaatsing naar een andere instelling. Bij alle patiënten is een WAIS- III afgenomen om het TIQ te bepalen. De DSM- IV diagnoses zijn gesteld door de psychiater en/ of klinisch psycholoog in de kliniek.

In tabel 1 zijn de demografische gegevens van de patiënten weergegeven. De totale onderzoeksgroep bestaat uit 40 patiënten waarvan 14 mannen en 26 vrouwen. Alle patiënten die deel hebben genomen aan dit onderzoek zijn volwassen. De jongste deelnemer is 20 jaar, de oudste deelnemer is 61 jaar. De gemiddelde leeftijd van de onderzoeksgroep is 38 jaar. De onderzoeksgroep bestaat uit zwakbegaafde patiënten en licht verstandelijk beperkte patiënten. Er is een onderscheid gemaakt tussen de DSM- IV hoofddiagnose en de DSM- IV bijkomende diagnose. Daarnaast is om de hypothesen te kunnen beantwoorden gekeken per patiënt door de behandelaar of er sprake is van trauma gerelateerde klachten of depressie klachten. Een patiënt kan klachten hebben zonder van een stoornis te kunnen spreken. Dit komt doordat de patiënt aan onvoldoende criteria van een stoornis voldoet, terwijl er wel bijbehorende klachten aanwezig zijn. Deze lijst met trauma gerelateerde klachten en depressie klachten is een uitbreiding van de DSM- IV diagnoses.

Tabel 1:

Kenmerken van patiënten met betrekking tot geslacht, TIQ, DSM- IV diagnoses, trauma gerelateerde klachten en depressie klachten (N=40)

Variabele	N	%
<u>Geslacht</u>		
Man	14	35
Vrouw	26	65
<u>TIQ</u>		
Zwakbegaafd	22	55
LVB	18	45
<u>DSM- IV hoofddiagnose</u>		
PTSS	12	30
Depressieve stoornis	7	17.5
Psychotische stoornis NAO	5	12.5
Stoornis in de impulsbeheersing	4	10
Depressieve stoornis met psychotische kenmerken	1	2.5
Bipolaire stoornis NAO	1	2.5
Eetstoornis NAO	1	2.5
Identiteitsproblematiek	1	2.5
FAS	1	2.5
Specifieke fobie	1	2.5
ADHD	1	2.5
Conversiestoornis	1	2.5
Schizofrenie; paranoïde type	1	2.5
Borderline persoonlijkheidsstoornis	1	2.5
Obsessieve compulsieve stoornis	1	2.5
Autistische stoornis	1	2.5
<u>DSM- IV bijkomende</u>		
<u>Diagnose</u>		
PDD- Nos	3	15.8
Misbruik van alcohol	3	15.8
Stoornis in de impulsbeheersing	3	15.8
Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis	2	10.5
Psychotische stoornis NAO	1	5.3
Gegeneraliseerde angststoornis	1	5.3
Angststoornis NAO	1	5.3
Niet gespecificeerde psychische stoornis (niet psychotisch)	1	5.3
Paniekstoornis zonder agorafobie	1	5.3
Persoonlijkheidsstoornis NAO	1	5.3
Misbruik van alcohol en drugs	1	5.3
Cognitieve stoornis NAO	1	5.3
<u>Trauma gerelateerde klachten</u>		
Wel	17	42.5
Niet	23	57.5
<u>Depressie klachten</u>		
Wel	10	25
Niet	30	75

Notes: TIQ: Totale Intelligentie Quotiënt, DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, NAO: Niet anders omschreven.

Materialen

Om de verandering op klachtenniveau en positief psychologisch welbevinden na deelname aan de interventie te kunnen meten zijn er voor en na deelname vragenlijsten afgenomen bij de patiënten. Dit zijn bestaande lijsten die mensen met een verstandelijke beperking over het algemeen goed begrijpen. Er is gebruik gemaakt van Nederlandstalige versies van deze lijsten. De vragenlijsten meten verschillende aspecten, zoals welke klachten men ervaart, in welke mate deze klachten worden ervaren, de levenstevredenheid en de mate van positieve geestelijke gezondheid. Onderstaande lijsten zijn afgenomen:

Symptom Checklist 90 (SCL-90)

De SCL-90 bestaat uit 90 items en is een multidimensionele klachtenlijst. De patiënten beoordelen zelf op een vijf puntsschaal in hoeverre een uitspraak op hen van toepassing was de afgelopen week. De antwoord mogelijkheden bevinden zich in een range van 1 'helemaal niet' tot 5 'heel erg'. De SCL- 90 meet acht dimensies van pathologie: angst, agorafobie, depressie, somatische klachten, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, insufficiënte van denken en handelen, slaapproblemen en hostiliteit. Deze lijst kan ingezet worden als screeningsinstrument en als meetmethode bij de evaluatie van behandelingsresultaten. De psychometrische kwaliteit wordt beschreven als zeer goed (Arrindell & Ettema, 2003). Deze vragenlijst is beoordeeld door de COTAN en de constructie, het materiaal, de handleiding, de betrouwbaarheid, begripsvaliditeit en criteriumvaliditeit werden beoordeeld als goed. De normen werden beoordeeld als voldoende (GGZNederland, 2011). De interne consistentie van de gehele SCL- 90 is vastgesteld aan de hand van Chronbach's Alpha en is zeer sterk, namelijk .887.

Outcome Questionnaire (OQ-45.2)

De OQ- 45.2 bestaat uit 45 items en is een meetinstrument dat geschikt is voor gebruik in de klinische praktijk. De patiënten beoordelen zelf op een vijf puntsschaal in hoeverre een uitspraak op hen van toepassing was de afgelopen week. De antwoord mogelijkheden bevinden zich in een range van 'nooit' tot 'bijna altijd'. De OQ- 45.2 kent drie subschalen: de symptomatische distress, interpersoonlijke relaties en sociale rol. Deze lijst is gevoelig voor verandering en de psychometrische kwaliteit wordt beschreven als goed (Lambert et al., 1999). Deze vragenlijst is beoordeeld door de COTAN en de constructie, het materiaal, de handleiding en de betrouwbaarheid zijn voldoende. De normen, begripsvaliditeit en criteriumvaliditeit zijn niet beoordeeld doordat er te weinig informatie beschikbaar was of het niet beoordeeld kon worden (GGZNederland, 2011). De interne consistentie van de gehele OQ- 45 is vastgesteld aan de hand van Chronbach's Alpha en is voldoende, namelijk .686.

Dutch Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF)

De MHC- SF bestaat uit dertien items en meet drie kern componenten van de positieve psychologie: emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. De patiënten beoordelen zelf op een zes puntsschaal hoe vaak de stelling van toepassing was in de afgelopen maand. De antwoord mogelijkheden bevinden zich in een range van 'nooit' tot 'elke dag'. De MHC- SF is een betrouwbaar en valide instrument om positieve geestelijke gezondheid te meten bij de Nederlandse bevolking (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011). De interne consistentie van de gehele MHC-SF is vastgesteld aan de hand van Chronbach's Alpha en is zeer sterk, namelijk .919. Dit kan komen doordat deze vragenlijst aangepast is in de kliniek voor de doelgroep. Er is één vraag uitgehaald die te moeilijk is gebleken.

Satisfaction With Life Scale (SWLS)

De SWLS bestaat uit vijf items en meet de mate van tevredenheid over het leven. De patiënten beoordelen zelf op een vijf puntsschaal in hoeverre een uitspraak op hen van toepassing is in hun leven als geheel. De antwoord mogelijkheden bevinden zich in een range van 1 'helemaal niet mee eens' tot 5 'helemaal mee eens'. De Nederlandse versie van de SWLS wordt gebruikt om een globale cognitieve beoordeling over de tevredenheid van het

leven te meten (Arrindell, Meeuwesen & Huyse, 1991). Deze lijst wordt als een betrouwbaar en valide meetinstrument beschouwd (van Beuningen, 2012). De interne consistentie van de gehele SWLS is vastgesteld aan de hand van Chronbach's Alpha en is zeer sterk, namelijk .910.

Mastery scale

De mate van controle die mensen ervaren op hun leven is gemeten met de Nederlandse versie van de Mastery Scale. Deze verkorte schaal bestaat uit vijf items, de patiënten beoordelen zelf op een vijf puntsschaal hoe vaak ze deze gedachten hadden. De antwoord mogelijkheden bevinden zich in een range van 'nooit' tot 'altijd'. De psychometrische kwaliteit wordt beschreven als goed (Pearlin & Schooler, 1978). De interne consistentie van de gehele mastery scale is vastgesteld aan de hand van Chronbach's Alpha en is sterk, namelijk .843.

Purpose in life scale

De mate van het ervaren van een doel in het leven is gemeten met de Ryff Scales of Psychological Well-being (Ryff, 1989). Deze schaal bestaat uit vijf items. De patiënten beoordelen zelf op een vijf puntsschaal in hoeverre ze het eens zijn met een uitspraak. De antwoord mogelijkheden bevinden zich in een range van 'helemaal niet eens' tot 'helemaal eens'. De psychometrische kwaliteit wordt beschreven als goed (Ryff & Keyes, 1995). De interne consistentie van de gehele Purpose in life scale is vastgesteld aan de hand van Chronbach's Alpha en is slecht, namelijk .525.

Procedure

Door het behandelteam is gekeken welke patiënten in aanmerking komen voor deelname aan de levensverhaleninterventie. Een vereiste is dat een patiënt in staat is om in enige mate op zichzelf te reflecteren. Vervolgens zijn deze patiënten persoonlijk gevraagd of ze deel willen nemen aan de interventie en aan dit onderzoek. Patiënten die aangaven mee te willen werken aan dit onderzoek hebben een persoonlijk gesprek gehad met de therapeute om het aangepaste informed consent voor deze doelgroep door te spreken en vragen te kunnen stellen. Wanneer patiënten hiermee akkoord waren hebben ze deze ondertekend en hiermee toestemming verleend voor het gebruik van hun gegevens. Wanneer een patiënt een curator heeft is het originele/ onaangepaste versie ondertekend door de curator. Na het ondertekenen van het informed consent zijn de vragenlijsten afgenomen voordat de interventie van start ging. Dezelfde vragenlijsten zijn na afsluiting van de interventie nogmaals afgenomen. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van eerder verzamelde data. In het eerste onderzoek naar de levensverhaleninterventie 'Wie ben ik?' heeft Latka (2013) bij 20 patiënten de SCL- 90 afgenomen. In het onderzoek van Maser (2013), Kemerink op Schiphorst (2014) en in dit onderzoek zijn bij de andere 20 patiënten alle vragenlijsten afgenomen zoals beschreven bij materialen. Dit komt doordat het belang van positief psychologisch welbevinden belangrijk werd geacht en deze vragenlijsten later toegevoegd zijn.

Analyses

In dit onderzoek worden kwantitatieve analyses verricht. De vragenlijsten worden ingezet als een kwantitatieve voor- en nameting. Met het statistische analyseprogramma PASW Statistics 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL) worden de gegevens geanalyseerd om de hypothesen te kunnen beantwoorden. Er wordt gekeken naar de afname van psychische klachten en de verbetering van het positief psychologisch welbevinden in de gehele onderzoeksgroep na deelname aan de interventie. Daarnaast wordt er gekeken of er significante verschillen in het klachtenniveau en het positief psychologisch welbevinden tussen de groepen LVB en zwakbegaafden te vinden zijn. Ook wordt er gekeken naar het verschil in verbetering van psychische klachten en het positief psychologisch welbevinden bij

patiënten met en zonder depressie klachten en bij patiënten met en zonder trauma gerelateerde klachten. Alle 40 patiënten hebben in het SPSS bestand een persoonlijk identificatienummer gekregen waardoor de vragenlijsten anoniem zijn verwerkt. Er is onderscheid gemaakt in hoofddiagnose en bijkomende diagnose geassocieerd volgens de DSM- IV. Daarnaast is er per patiënt gekeken of er sprake is van trauma gerelateerde klachten of depressie klachten.

Uit de 'Kolmogorov- Smirnov' toets is gebleken dat de gegevens niet normaal verdeeld zijn. Daardoor zullen voor de toetsing van de hypothesen analyses worden gemaakt met non- parametrische testen. Om de verandering die optreedt, na deelname aan de levensverhaleninterventie 'Wie ben ik?', in het klachtenniveau en positief psychologisch welbevinden te toetsen zal de 'Wilcoxon Signed Rank Test' worden gebruikt. Om verschillen in verandering tussen zwakbegaafd en LVB, wel of geen trauma gerelateerde klachten en wel of geen depressie klachten te toetsen zal de non- parametrische analysemethode 'Mann-Whitney U' worden gebruikt. Voor de analyses zullen de verschilcores tussen de voormeting (T0) en nameting (T1) worden gebruikt van de afgenomen vragenlijsten. Alle hypothesen zullen tweezijdig worden getoetst. Het significantieniveau is vastgesteld op .05. Bij een lagere overschrijdingskans (p) dan het vastgestelde significantieniveau is er sprake van een significant verschil.

Om de effectmaat te beoordelen, is tevens Cohen's d berekend. Het volgende schema van Baarda, de Goede en van Dijkum (2007) is voor de interpretatie van Cohen's d aangehouden: $d < .20$ is geen effect, $d .20-.40$ is klein, $d .50-.70$ is gematigd en $d .80-2.0$ is groot effect.

Resultaten

In dit hoofdstuk wordt in de onderzoeksgroep van 40 patiënten gekeken naar de verandering op klachtniveau en positief psychologisch welbevinden na deelname aan de levensverhaleninterventie ‘*Wie ben ik?*’. Daarnaast wordt er gekeken of er verschillen zijn te vinden in afname van klachten en het verbeteren van het positief psychologisch welbevinden tussen zwakbegaafde en LVB patiënten, tussen patiënten met trauma gerelateerde klachten en zonder trauma gerelateerde klachten en tussen patiënten met depressie klachten en zonder depressie klachten.

Hypothese 1

De interventie ‘Wie ben ik?’ laat een afname van klachten bij psychiatrische patiënten met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid zien.

Wanneer er wordt gekeken naar het klachtniveau na deelname aan de levensverhaleninterventie ‘*Wie ben ik?*’ is te zien dat het klachtniveau van patiënten afneemt. Er is gekeken naar de verschillen op de voor- (T0) en nameting (T1) op de SCL- 90 en OQ- 45 (zie tabel 2). Het verschil op de SCL- 90 wordt significant bevonden met $Z = -3.004$, $p = .003$. Het verschil op de OQ- 45 wordt eveneens significant bevonden met $Z = -3.246$, $p = .001$. Het significantieniveau is vastgesteld op .05. Er is sprake van een lagere overschrijdingskans (p) dan het vastgestelde significantieniveau op beide vragenlijsten waardoor de verschillen significant bevonden worden. De effectmaat op de SCL- 90 met $d = -0.58$ en op de OQ- 45 met $d = -0.62$ worden gematigd bevonden (zie tabel 2). Hypothese 1 wordt hiermee bevestigd. De interventie ‘*Wie ben ik?*’ vermindert klachten bij psychiatrische patiënten met een LVB of zwakbegaafdheid.

Hypothese 2

De interventie ‘Wie ben ik?’ laat een verbetering van het positief psychologisch functioneren, de ervaren tevredenheid over het leven en het ervaren van controle en een doel in het leven bij psychiatrische patiënten met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid zien.

Om deze hypothese te kunnen toetsen is er gekeken naar de verschillen tussen de voor- (T0) en nameting (T1). Om het positief psychologisch functioneren van de gehele steekproef te toetsen is er gebruik gemaakt van de totaal score van de MHC- SF. Met $Z = -2.895$, $p = .004$ (zie tabel 2) kan er gesproken worden van een significante verbetering van het positief psychologisch functioneren in deze onderzoeksgroep. De ervaren tevredenheid over het leven dat is gemeten met de SWLS is significant toegenomen met $Z = -3.671$, $p = .000$. De ervaren controle in het leven gemeten met de mastery scale is tevens significant toegenomen met $Z = -2.557$, $p = .011$. Het ervaren van een doel in het leven dat gemeten is met de PIL scale blijkt echter niet significant te zijn verbeterd met $Z = -.627$, $p = .530$. De effectmaat op de MHC- SF met $d = 0.5$ en op de SWLS met $d = 0.6$ worden gematigd bevonden (zie tabel 2). De effectmaat op de mastery scale wordt groot gevonden met $d = 0.81$. De PIL scale laat een klein effect zien met $d = 0.24$. Hoewel de interventie ‘*Wie ben ik?*’ het positief psychologisch functioneren, de ervaren tevredenheid over het leven en het ervaren van controle in het leven verbetert voor psychiatrische patiënten met een LVB of zwakbegaafdheid, is deze verandering niet gevonden voor het ervaren van een doel in het leven. Hierdoor wordt hypothese 2 deels bevestigd.

Tabel 2:

Overzicht resultaten patiënten met een LVB tijdens voor- (T0) en nameting (T1) op de vragenlijsten SCL- 90 (N=40), OQ- 45 (N=20), MHC- SF (N=20), SWLS (N=20), Mastery scale (N=20) en PIL scale (N=20) en het effectmaat Cohen's d

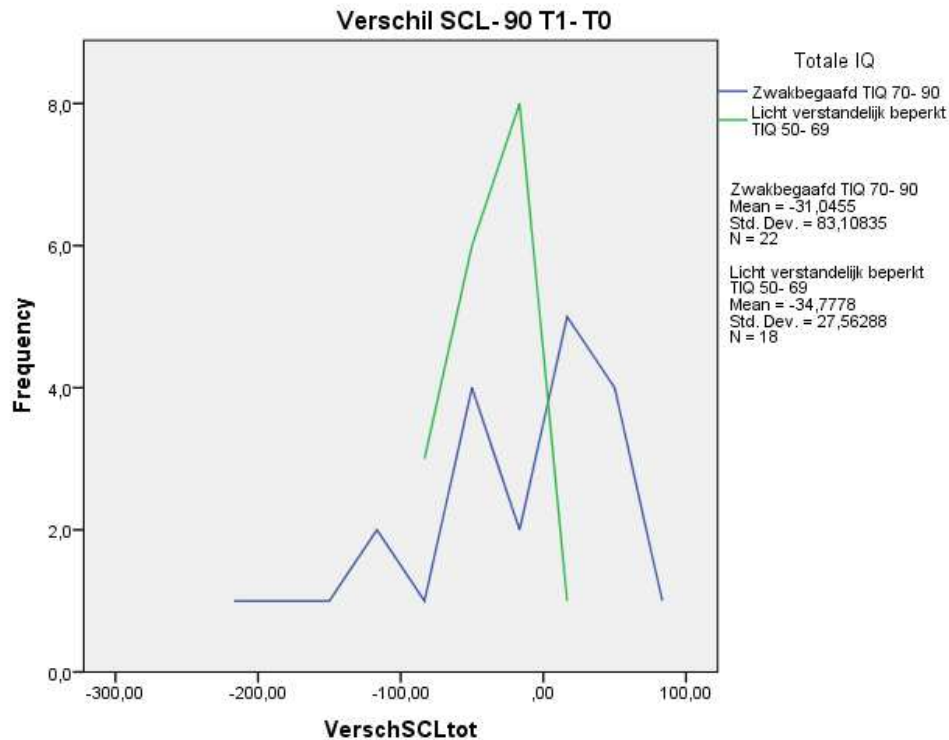
	Q1	Mdn	Q3	Z	p	d
Klachteniveau:						
<u>SCL- 90</u>				-3,004	,003	-0,58
T0	152,5	177	219			
T1	120,3	145,5	183,8			
Klachteniveau:						
<u>OQ- 45</u>				-3,246	,001	-0,62
T0	37	54,5	80,5			
T1	18,5	41	63,3			
Positief psychologisch functioneren:						
<u>MHC- SF</u>				-2,895	,004	0,5
T0	17,5	26,5	46			
T1	29	35	53,8			
Ervaren tevredenheid over het leven:						
<u>SWLS</u>				-3,671	,000	0,6
T0	6,25	12	16,75			
T1	12	15	21			
Ervaren controle in het leven:						
<u>Mastery scale</u>				-2,557	,011	0,81
T0	7	9,5	12			
T1	11,3	12,5	17			
Ervaren van een doel in het leven:						
<u>PIL scale</u>				-,627	,530	0,24
T0	8	11	14			
T1	8,5	12	17			

Notes: SCL- 90: Symptom Checklist 90, OQ- 45: Outcome Questionnaire 45, MHC- SF: Mental Health Continuüm-Short Form, SWLS: Satisfaction With Life Scale, PIL scale: Purpose in Life scale.

Hypothese 3

Zwakbegaafde patiënten zullen een grotere afname in ervaren klachten laten zien dan licht verstandelijk beperkte patiënten.

De verschilcores van de voormeting (T0) en nameting (T1) (zie tabel 3) op de SCL- 90 (zie grafiek 1) en OQ- 45 zijn gebruikt om te kijken of zwakbegaafde patiënten een grotere afname in ervaren klachten laten zien dan licht verstandelijk beperkte patiënten. In tabel 4 is te zien dat er geen significant verschil gevonden wordt op de SCL- 90 tussen deze twee groepen met $Z = -.870$ en $p = .384$. Ook op de OQ- 45 wordt er geen significant verschil gevonden tussen deze twee groepen met $Z = -1.121$ en $p = .262$. Geconcludeerd kan worden dat er geen significant verschil tussen zwakbegaafde patiënten en licht verstandelijk beperkte patiënten gevonden wordt. Zwakbegaafde patiënten laten dus geen grotere afname in ervaren klachten zien dan licht verstandelijk beperkte patiënten. Hypothese 3 wordt niet bevestigd.



Grafiek 1: Verschil scores psychiatrische patiënten met een LVB of zwakbegaafdheid op de SCL- 90

Hypothese 4

Zwakbegaafde patiënten zullen een grotere verbetering van het positief psychologisch functioneren, de ervaren tevredenheid over het leven en het ervaren van controle en een doel in het leven laten zien dan licht verstandelijk beperkte patiënten.

Om te toetsen of zwakbegaafde patiënten een grotere verbetering van het positief psychologisch welbevinden ervaren dan licht verstandelijk beperkte patiënten zijn de verschil scores gebruikt van de voormeting (T0) en de nameting (T1) (zie tabel 3) gebruikt. De MHC- SF is gebruikt om het positief psychologisch functioneren te meten. Er is geen significant verschil gevonden tussen de groepen met $Z = -1.043$ en $p = .297$ (zie tabel 4). De ervaren tevredenheid over het leven is gemeten met de SWLS. Er is geen significant verschil gevonden tussen de groepen met $Z = -1.639$ en $p = .101$. Tevens is er geen significant verschil gevonden in de mate van de ervaren controle in het leven dat gemeten is met de mastery scale, met $Z = -1.045$ en $p = .296$. De PIL scale is gebruikt om het ervaren van een doel in het leven te meten. Er is geen significant verschil gevonden tussen de groepen met $Z = -.388$ en $p = .698$. Geconcludeerd kan worden dat er geen significant verschil tussen zwakbegaafde patiënten en licht verstandelijk beperkte patiënten wordt gevonden. Zwakbegaafde patiënten laten dus geen grotere verbetering van de ervaren tevredenheid over het leven, positief psychologisch functioneren en het ervaren van een doel en controle in het leven zien dan licht verstandelijk beperkte patiënten. Hypothese 4 wordt niet bevestigd.

Tabel 3:

De Q1, mediaan en Q3 van de verschillcores (T1- T0) op de SCL- 90 (N=40), OQ- 45 (N=20), MHC- SF (N=20), SWLS (N=20), Mastery scale (N=20) en PIL scale (N=20)

	Q1	Mdn	Q3
Klachteniveau: <u>SCL- 90</u>	-64,3	-29	12,75
Klachteniveau: <u>OQ- 45</u>	-25,8	-17,5	-2,3
Positief psychologisch functioneren: <u>MHC- SF</u>	3,3	6	17,3
Ervaren tevredenheid over het leven: <u>SWLS</u>	2	3	5,8
Ervaren controle in het leven: <u>Mastery scale</u>	0	4	6,8
Ervaren van een doel in het leven: <u>PIL scale</u>	-2,75	1,5	3

Notes: SCL- 90: Symptom Checklist 90, OQ- 45: Outcome Questionnaire 45, MHC- SF: Mental Health Continuüm-Short Form, SWLS: Satisfaction With Life Scale, PIL scale: Purpose in Life scale.

Tabel 4:

Vergelijking verschillcores zwakbegaafden met licht verstandelijk beperkten op de SCL- 90 (N=40), OQ- 45 (N=20), MHC- SF (N=20), SWLS (N=20), Mastery scale (N=20) en PIL scale (N=20)

	Mean Rank	Z	p
Klachteniveau: <u>SCL- 90</u>		-,870	,384
Zwakbegaafd	21,95		
LVB	18,72		
Klachteniveau: <u>OQ- 45</u>		-1,121	,262
Zwakbegaafd	11,71		
LVB	8,69		
Positief psychologisch functioneren: <u>MHC- SF</u>		-1,043	,297
Zwakbegaafd	9,38		
LVB	12,19		
Ervaren tevredenheid over het leven: <u>SWLS</u>		-1,639	,101
Zwakbegaafd	8,75		
LVB	13,13		
Ervaren controle in het leven: <u>Mastery scale</u>		-1,045	,296
Zwakbegaafd	9,38		
LVB	12,19		
Ervaren van een doel in het leven: <u>PIL scale</u>		-,388	,698
Zwakbegaafd	10,08		
LVB	11,13		

Notes: SCL- 90: Symptom Checklist 90, OQ- 45: Outcome Questionnaire 45, MHC- SF: Mental Health Continuüm-Short Form, SWLS: Satisfaction With Life Scale, PIL scale: Purpose in Life scale.

Hypothese 5

Er is geen significant verschil in afname van klachten te zien tussen de groep patiënten met trauma gerelateerde klachten en de overige diagnoses.

De verschilscores van de voormeting (T0) en nameting (T1) (zie tabel 3) op de SCL- 90 en OQ- 45 zijn gebruikt om te kijken of er geen significant verschil in verbetering van klachten te zien is tussen de groep patiënten met trauma gerelateerde klachten en patiënten met overige diagnoses. In tabel 5 is te zien dat er geen significant verschil gevonden wordt op de SCL- 90 tussen deze twee groepen met $Z = -.732$ en $p = .464$. Ook op de OQ- 45 wordt er geen significant verschil gevonden tussen de groepen met $Z = -.076$ en $p = .940$. Geconcludeerd kan worden dat er geen significant verschil in de verbetering van klachten tussen patiënten met trauma gerelateerde klachten en patiënten met overige diagnoses kan worden gevonden. Hypothese 5 wordt hiermee bevestigd.

Hypothese 6

Er is geen significant verschil in verbetering van het positief psychologisch functioneren, de ervaren tevredenheid over het leven en het ervaren van controle en een doel in het leven tussen de groep patiënten met trauma gerelateerde klachten en de overige diagnoses.

Om te toetsen of er geen significant verschil in verbetering van het positief psychologisch welbevinden te zien is tussen de groep patiënten met trauma gerelateerde klachten en patiënten met overige diagnoses zijn de verschilscores gebruikt van de voormeting (T0) en de nameting (T1) (zie tabel 3). De MHC- SF is gebruikt om het positief psychologisch functioneren te meten. Er is geen significant verschil gevonden tussen de groepen met $Z = -.303$ en $p = .762$ (zie tabel 5). De SWLS is gebruikt om de ervaren tevredenheid over het leven te meten. Er is geen significant verschil gevonden tussen de groepen met $Z = -.038$ en $p = .970$. De mastery scale is gebruikt om de mate van de ervaren controle in het leven te meten. Er is geen significant verschil gevonden tussen de groepen met $Z = -1.403$ en $p = .161$. De PIL scale is gebruikt om het ervaren van een doel in het leven te meten. Er is geen significant verschil gevonden tussen de groepen met $Z = -.685$ en $p = .494$. Geconcludeerd kan worden dat er geen significant verschil in de verbetering van de ervaren tevredenheid over het leven, positief psychologisch functioneren en het ervaren van een doel en controle in het leven tussen patiënten met trauma gerelateerde klachten en patiënten met overige diagnoses gevonden kan worden. Hypothese 6 wordt hiermee bevestigd.

Tabel 5:

Vergelijking vershilscores patiënten met een LVB zonder trauma gerelateerde klachten en met trauma gerelateerde klachten op de SCL- 90 (N=40), OQ- 45 (N=20), MHC- SF (N=20), SWLS (N=20), Mastery scale (N=20) en PIL scale (N=20)

	Mean Rank	Z	p
Klachtenniveau:			
<u>SCL- 90</u>			
Geen trauma	19,4		
Trauma	22,16	-,732	,464
Klachtenniveau:			
<u>OQ- 45</u>			
Geen trauma	10,4		
Trauma	10,6	-,076	,940
Positief psychologisch functioneren:			
<u>MHC- SF</u>			
Geen trauma	10,9		
Trauma	10,1	-,303	,762
Ervaren tevredenheid over het leven:			
<u>SWLS</u>			
Geen trauma	10,55		
Trauma	10,45	-,038	,970
Ervaren controle in het leven:			
<u>Mastery scale</u>			
Geen trauma	8,65		
Trauma	12,35	-1,403	,161
Ervaren van een doel in het leven:			
<u>PIL scale</u>			
Geen trauma	11,4		
Trauma	9,6	-,685	,494

Notes: SCL- 90: Symptom Checklist 90, OQ- 45: Outcome Questionnaire 45, MHC- SF: Mental Health Continuüm-Short Form, SWLS: Satisfaction With Life Scale, PIL scale: Purpose in Life scale.

Hypothese 7

Er is geen significant verschil in afname van klachten te zien tussen de groep patiënten met depressie klachten en de overige diagnoses.

De vershilscores van de voormeting (T0) en nameting (T1) (zie tabel 3) op de SCL- 90 en OQ- 45 zijn gebruikt om te kijken of er geen significant verschil in verbetering van klachten te zien is tussen de groep patiënten met depressie klachten en patiënten met overige diagnoses. In tabel 6 is te zien dat er geen significant verschil wordt gevonden op de SCL- 90 tussen deze twee groepen met $Z = -.141$ en $p = .888$. Ook op de OQ- 45 is er geen significant verschil gevonden tussen deze twee groepen met $Z = -.189$ en $p = .850$. Geconcludeerd kan worden dat er geen significant verschil in de afname van klachten tussen patiënten met depressie klachten en patiënten met overige diagnoses kan worden gevonden. Hypothese 7 wordt hiermee bevestigd.

Hypothese 8

Er is geen significant verschil in verbetering van het positief psychologisch functioneren, de ervaren tevredenheid over het leven en het ervaren van controle en een doel in het leven tussen de groep patiënten met depressie klachten en de overige diagnoses.

Om te toetsen of er geen significant verschil in verbetering van het positief psychologisch functioneren te zien is tussen de groep patiënten met depressie klachten en patiënten met overige diagnoses zijn de vershilscores gebruikt van de voormeting (T0) en de nameting (T1)

(zie tabel 3). De MHC- SF is gebruikt om het positief psychologisch functioneren te meten. Er is een significant verschil gevonden tussen de groepen met $Z = -2.035$ en $p = .042$ (zie tabel 6). Patiënten met depressie klachten laten een grotere verbetering op het positief psychologisch functioneren zien dan patiënten zonder depressie klachten. De SWLS is gebruikt om de ervaren tevredenheid over het leven te meten. Er is geen significant verschil gevonden tussen de groepen met $Z = -.956$ en $p = .339$. De mastery scale is gebruikt om de mate van de ervaren controle in het leven te meten. Er is geen significant verschil gevonden tussen de groepen met $Z = -1.185$ en $p = .236$. De PIL scale is gebruikt om het ervaren van een doel in het leven te meten. Er is geen significant verschil gevonden tussen de groepen met $Z = -1.331$ en $p = .183$. Geconcludeerd kan worden dat patiënten met depressie klachten een significant grotere verbetering laten zien op het positief psychologisch functioneren dan patiënten zonder depressie klachten. De ervaren tevredenheid over het leven en het ervaren van een doel en controle in het leven tussen patiënten met depressie klachten en patiënten met overige diagnoses kan niet worden gevonden. Hypothese 8 wordt deels bevestigd.

Tabel 6:

Vergelijking verschilscores patiënten met een LVB zonder depressie klachten en met depressie klachten op de SCL- 90 (N=40), OQ- 45 (N=20), MHC- SF (N=20), SWLS (N=20), Mastery scale (N=20) en PIL scale (N=20)

	Mean Rank	Z	p
Klachteniveau:			
<u>SCL- 90</u>			
Geen depressie	20,35	-,141	,888
Depressie	20,95		
Klachteniveau:			
<u>OQ- 45</u>			
Geen depressie	10,63	-,189	,850
Depressie	10		
Positief psychologisch functioneren:			
<u>MHC- SF</u>			
Geen depressie	9,16	-2,035	,042
Depressie	15,88		
Ervaren tevredenheid over het leven:			
<u>SWLS</u>			
Geen depressie	9,88	-,956	,339
Depressie	13		
Ervaren controle in het leven:			
<u>Mastery scale</u>			
Geen depressie	11,28	-1,185	,236
Depressie	7,38		
Ervaren van een doel in het leven:			
<u>PIL scale</u>			
Geen depressie	11,38	-1,331	,183
Depressie	7		

Notes: SCL- 90: Symptom Checklist 90, OQ- 45: Outcome Questionnaire 45, MHC- SF: Mental Health Continuüm-Short Form, SWLS: Satisfaction With Life Scale, PIL scale: Purpose in Life scale.

Conclusie & discussie

Conclusie

De probleemstelling geformuleerd voor dit onderzoek is de volgende: ‘Laat de levensverhaleninterventie *‘Wie ben ik?’* een afname van klachten en een verbetering van het positief psychologisch welbevinden bij psychiatrische patiënten met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid zien en zijn er verschillen in verandering tussen verschillende diagnoses?’ Deze probleemstelling is onderzocht aan de hand van geformuleerde deelvragen. Deze deelvragen worden in dit hoofdstuk beantwoordt.

1. *Laat de interventie ‘Wie ben ik?’ een afname van klachten en verbetering van het positief psychologisch welbevinden bij psychiatrische patiënten met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid zien?*

Het antwoord op deze deelvraag is ja. Uit eerdere onderzoeken in kleinere steekproeven naar *‘Wie ben ik?’* (Latka, 2013; Maser, 2013; Kemerink op Schiphorst, 2014) bleek de levensverhaleninterventie al verandering in het verminderen van klachten en het verbeteren van het positief psychologisch welbevinden voor psychiatrische patiënten met een verstandelijke beperking te laten zien. Dit onderzoek bevestigt dat. Tussen de voor- (T0) en nameting (T1) is er sprake van een afname van het klachtenniveau. Tevens is uit de resultaten gebleken dat er een toename is gevonden in het positief psychologisch functioneren, de ervaren tevredenheid over het leven en het ervaren van controle in het leven. Alleen het ervaren van een doel in het leven blijkt geen verbetering te laten zien. Opvallend is dat de vragenlijst die het ervaren van een doel in het leven meet een slechte betrouwbaarheid laat zien voor deze doelgroep en een kleine effectgrootte. Het zou mogelijk kunnen zijn dat deze vragenlijst te moeilijk is voor psychiatrische patiënten met een LVB. De vragenlijst is abstract en bevat ontkenningen waardoor de onderzoeksgroep deze mogelijk niet begrijpt. Tijdens de afname van deze vragenlijst vroegen patiënten ook om extra uitleg bij de vragen. Hierdoor is deze vragenlijst mogelijk niet valide.

Uit de literatuur is gebleken dat narratieve interventies werkzaam zijn voor het verminderen van de ervaren stress (Pennebaker, 1993). Ook blijken narratieve interventies werkzaam voor mensen met een verstandelijke beperking (Swennen, 2007). Uit eerder onderzoek naar de levensverhaleninterventie *‘Wie ben ik?’* van Kemerink op Schiphorst (2014) is gebleken dat het ervaren van controle en een doel in het leven niet verbeteren. De levensverhaleninterventie *‘Wie ben ik?’* vermindert het klachtenniveau en verbetert het positief psychologisch welbevinden bij psychiatrische patiënten met een LVB.

2. *Verschillen zwakbegaafde en licht verstandelijk beperkte patiënten van elkaar in afname van klachten en het verbeteren van het positief psychologisch welbevinden na deelname aan de interventie ‘Wie ben ik?’*

Het antwoord op deze deelvraag is nee, de interventie *‘Wie ben ik?’* laat geen verschil in verandering in afname van klachten en het verbeteren van het positief psychologisch welbevinden zien tussen psychiatrische patiënten met een LVB of zwakbegaafdheid. Er is geen verschil in afname van klachten of toename van het positief psychologisch welbevinden gevonden tussen deze twee groepen. Vanuit de literatuur was dit niet de verwachting. Gillman (1969) beschreef al dat het kenmerkend voor verstandelijk beperkten is dat ze beschikken over een verminderd reflectievermogen. Bij *‘Wie ben ik?’* wordt er juist een beroep gedaan op het reflecterend vermogen van patiënten (Beernink- Wissink, 2013). Došen (2014) beschrijft dat het ontwikkelingsniveau en de communicatieve vaardigheden van belang zijn voor psychodynamische therapie. Hij beschrijft dat dit soort therapieën meer geschikt zijn voor zwakbegaafde mensen dan licht verstandelijk beperkten. De verwachting was dan ook dat de

interventie beter zou werken voor zwakbegaafde patiënten dan voor licht verstandelijk beperkte patiënten. De resultaten in dit onderzoek bevestigen dit niet. Dit zou kunnen komen doordat de levensverhaleninterventie ‘*Wie ben ik?*’ voldoet aan belangrijke kenmerken die een therapie laten slagen (Došen, 2014). Zo is de levensverhaleninterventie gestructureerd, het werkt van het verleden toe naar het heden en dan wordt er gekeken naar de toekomst. Het benadrukt de positieve aspecten in het verhaal van de patiënten. Tevens is ‘*Wie ben ik?*’ speciaal ontwikkeld voor psychiatrische patiënten met een verstandelijke beperking. Het houdt dus al rekening met de cognitieve vermogens van de doelgroep.

3. *Verschillen patiënten met en zonder trauma gerelateerde klachten van elkaar in afname van klachten en het verbeteren van het positief psychologisch welbevinden na deelname aan de interventie ‘Wie ben ik?’*

Het antwoord op deze deelvraag is nee, de interventie ‘*Wie ben ik?*’ laat geen verandering in afname van klachten en het verbeteren van het positief psychologisch welbevinden zien tussen psychiatrische patiënten met een LVB met of zonder trauma gerelateerde klachten. Dit geldt voor zowel het klachtniveau, als het positief psychologisch functioneren, de ervaren tevredenheid over het leven, het ervaren van controle in het leven en het ervaren van een doel in het leven. De verwachting is dat wanneer de steekproefgrootte toeneemt en daarmee de power, er mogelijk wel gesproken kan worden van een verschil in verandering op bepaalde onderdelen van het positief psychologisch welbevinden tussen psychiatrische patiënten met trauma gerelateerde klachten vergeleken met patiënten zonder trauma gerelateerde klachten. Ondanks de kleine steekproefgrootte blijkt ‘*Wie ben ik?*’ al verandering in het reduceren van klachten en in het toenemen van het positief psychologisch welbevinden te laten zien.

Vanuit de literatuur blijkt narratieve exposure therapie (NET), ontwikkeld door Schauer, Neuner, en Elbert (2011), effectief voor mensen met een PTSS. Dit komt doordat NET specifiek gericht is op mensen met PTSS klachten. Er wordt doorgevraagd naar emoties, cognities, zintuigelijke informatie en fysiologische reacties ten tijde van de traumatische gebeurtenis. Dit zijn elementen die niet meegenomen zijn in de levensverhaleninterventie ‘*Wie ben ik?*’ doordat deze interventie niet specifiek gericht is op getraumatiseerde patiënten. Ondanks dat ‘*Wie ben ik?*’ geschikt is voor een bredere doelgroep dan NET lijkt het ook geschikt voor patiënten met een LVB met trauma gerelateerde klachten. Ook Pennebaker (1993) onderschrijft narratieve therapie voor mensen met trauma gerelateerde klachten.

4. *Verschillen patiënten met en zonder depressie klachten van elkaar in afname van klachten en het verbeteren van het positief psychologisch welbevinden na deelname aan de interventie ‘Wie ben ik?’*

Het antwoord op deze deelvraag is deels, de interventie ‘*Wie ben ik?*’ laat op het positief psychologisch functioneren een verschil in verandering zien tussen psychiatrische patiënten met een LVB met of zonder depressie klachten. Zo laat de groep patiënten met een LVB en depressie klachten een grotere verbetering zien in het positief psychologisch functioneren dan de groep patiënten met een LVB zonder depressie klachten. In de afname van klachten en het verbeteren van het ervaren van tevredenheid in het leven, ervaren van controle in het leven en ervaren van een doel in het leven is er geen verschil gevonden tussen deze twee groepen.

Vanuit de literatuur was het ook de verwachting dat narratieve interventies bruikbaar zijn voor mensen met depressie klachten. Zo is gebleken uit een randomized controlled trial dat er significante vermindering van depressie klachten waren bij studenten na het inzetten van een narratieve interventie (Maestas & Rude, 2012). Ook blijkt uit de interventie ‘Op verhaal komen’ (OVK), die net als ‘*Wie ben ik?*’ gebruik maakt van integratieve reminiscentie (Bohlmeijer, & Westerhof, 2010), dat deze effectief is voor het verminderen van depressie klachten en het verbeteren van het positief psychologisch welbevinden. Het

doel van OVK om tot een geïntegreerd levensverhaal te komen en het ophalen van positieve herinneringen komen overeen met *‘Wie ben ik?’* (Korte, 2012).

De onderzoeksvraag *‘Laat de levensverhaleninterventie ‘Wie ben ik?’ een afname van klachten en een verbetering van het positief psychologisch welbevinden bij psychiatrische patiënten met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid zien en zijn er verschillen in verandering tussen verschillende diagnoses?’* kan door middel van de onderzoeksgegevens als volgt worden beantwoordt. De levensverhaleninterventie *‘Wie ben ik?’* lijkt verandering te bewerkstelligen in het verminderen van klachten en het verbeteren van het positief psychologisch welbevinden bij psychiatrische patiënten met een LVB. Er is een afname van het klachtenniveau en toename van het positief psychologisch welbevinden gevonden. Er is geen verschil in verandering op klachtenniveau en positief psychologisch welbevinden na deelname aan de interventie gevonden tussen psychiatrische patiënten met een LVB of zwakbegaafdheid. Tevens is er geen verschil gevonden na deelname aan de interventie in afname van klachten of verbetering van positief psychologisch welbevinden tussen psychiatrische patiënten met een LVB met of zonder trauma gerelateerde klachten. Voor het positief psychologisch functioneren is er een verschil gevonden tussen psychiatrische patiënten met een LVB met of zonder depressie klachten. Zo neemt het positief psychologisch functioneren bij patiënten met een LVB en depressie klachten meer toe dan bij patiënten met een LVB zonder depressie klachten.

In de afname van klachten en het verbeteren van het ervaren van tevredenheid in het leven, ervaren van controle in het leven en ervaren van een doel in het leven is geen verschil gevonden tussen psychiatrische patiënten met een LVB met of zonder depressie klachten. De levensverhaleninterventie *‘Wie ben ik?’* lijkt geschikt voor psychiatrische patiënten met een LVB, zwakbegaafde patiënten, patiënten met trauma gerelateerde klachten en patiënten met depressie klachten.

Aanbevelingen

Aanleiding voor dit onderzoek was om meer wetenschappelijke onderbouwing te krijgen voor het belang van werken met levensverhalen. Wetenschappelijk onderzoek voor psychiatrische patiënten met een LVB is beperkt gedaan. Uit eerdere onderzoeken naar de levensverhaleninterventie *‘Wie ben ik?’* van Latka (2013), Maser (2013) en Kemerink op Schiphorst (2014) blijkt dat *‘Wie ben ik?’* zelfs in kleine steekproeven al verandering laat zien op het klachtenniveau en het positief psychologisch welbevinden. In dit onderzoek zijn alle data samen genomen waaruit wederom de afname van het klachtenniveau en verbetering van het positief psychologisch welbevinden na deelname aan deze levensverhaleninterventie blijkt.

Voor een vervolgonderzoek wordt aanbevolen om een controle groep toe te voegen. Zo kan duidelijk worden of de klachtenafname en de toename van het positief psychologisch welbevinden door deelname aan de interventie komen of wellicht met andere aspecten te maken hebben. Zo ontvingen patiënten tijdens hun deelname ook andere vormen van therapie of medicatie dat invloed op de resultaten zou kunnen hebben.

Het zou goed zijn om verder te onderzoeken welke vragenlijsten geschikt zijn voor psychiatrische patiënten met een verstandelijke beperking. Zo blijkt de vragenlijst die het ervaren van een doel in het leven meet een slechte betrouwbaarheid te hebben. In de praktijk blijkt deze vragenlijst voor deze doelgroep lastig. Een mogelijkheid zou zijn om deze aan te passen voor de doelgroep en de ontkenningen eruit te halen. Verder sluiten de vragenlijsten goed op elkaar aan om een zo’n compleet mogelijk beeld te kunnen krijgen van het klachtenniveau en het positief psychologisch welbevinden van de patiënt.

Opvallend is dat er geen verschillen tussen psychiatrische patiënten met een LVB of zwakbegaafde patiënten gevonden wordt. Ook is er geen verschil tussen psychiatrische patiënten met een LVB met of zonder trauma gerelateerde klachten. Wel is er een verschil gevonden op het positief psychologisch functioneren tussen psychiatrische patiënten met een LVB met of zonder depressie klachten. Een kanttekening hierbij is dat het relatief om een kleine steekproef gaat, waardoor er wanneer de steekproefgrootte toeneemt er eventueel wel significante verschillen op zouden kunnen treden.

Om 'Wie ben ik?' nog geschikter te maken voor deze doelgroep zouden er eventueel werkzame aspecten vanuit de NET (Schauer, Neuner & Elbert, 2011) toegevoegd kunnen worden aan 'Wie ben ik?'. Zo zou er een extra hoofdstuk kunnen komen omtrent het stuk trauma die patiënten mee hebben gemaakt. Nu schrijven deelnemers tweemaal een vervelende herinnering uit hun jeugd op. Deze worden in de groep besproken d.m.v. integratieve reminiscentie. Voor patiënten die een trauma mee hebben gemaakt, zou er ook doorgevraagd kunnen worden naar emoties, cognities, zintuigelijke informatie en fysiologische reacties ten tijde van de traumatische gebeurtenis. De therapeut zal de link leggen tussen ervaringen en de feiten geplaatst in de tijd en de plaats. Op deze manier zal verwerking, betekenisgeving en integratie plaatsvinden (Jongedijk, 2014). Het is aan te bevelen om dit extra hoofdstuk individueel met een patiënt te behandelen of een speciale groep te maken met alleen patiënten met trauma gerelateerde klachten. Gezien deze doelgroep vaker traumatische ervaringen opdoen dan mensen in de normale populatie (Didden, 2006), is dit iets wat de therapeut regelmatig tegen komt tijdens de training. Binnen deze onderzoeksgroep hebben bijna de helft (17) van alle patiënten (40) te maken met trauma gerelateerde klachten. Daarom is het van belang om te blijven kijken of de interventie aan blijft sluiten bij deze groep patiënten.

Om 'Wie ben ik?' geschikter te maken voor psychiatrische patiënten met een LVB en depressie klachten zouden er aspecten vanuit OVK toegevoegd kunnen worden. Zo kunnen er gerichte tips gegeven worden tegen depressie klachten door bijvoorbeeld fysieke beweging of het geven van oefeningen om te bewegen.

Sterkte punten in dit onderzoek zijn de veranderingen die de interventie laat zien op het klachtenniveau en het positief psychologisch welbevinden. Een ander sterk punt is dat het positief psychologisch welbevinden wordt meegenomen in het onderzoek en er niet slechts wordt gekeken naar klachtafname. Alle groepstrainingen zijn gegeven door dezelfde GZ-psychologe die deze interventie tevens heeft ontwikkeld. Dit zorgt ervoor dat de interventie steeds op dezelfde manier is gegeven en er geen grote verschillen zijn in de manier waarop deze is gegeven.

Tot slot laat dit onderzoek het belang van narratieve interventies zien in de geestelijke gezondheidszorg. De levensverhaleninterventie 'Wie ben ik?' is van toegevoegde waarde voor psychiatrische patiënten met een LVB. De resultaten van dit onderzoek kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de doorontwikkeling van 'Wie ben ik?'.

Referentielijst

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Arrindell, W.A. & Ettema, H. (2003). *SCL- 90. Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Arrindell, W.A., Meeuwesen, L., & Huyse, F. J. (1991). The Satisfaction With Life Scale (SWLS): Psychometric properties in a non-psychiatric medical outpatients sample. *Personality and Individual Differences*, 12, 117-123.
- Baarda, D.B. Goede, M.P.M., de, & Dijkum, C.J., van. (2007). *Basisboek statistiek met SPSS*. Groningen/ Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Beernink-Wissink, J. (2013). *Wie ben ik? Een ontdekkingsreis naar mijzelf. Een specialistisch behandelprogramma voor patiënten met psychiatrische problemen en een lichte verstandelijke beperking. Handleiding voor therapeuten*. Interne handleiding. Warnsveld: VGGNet.
- Belie, de, E., Hove, van, G. (2003). Kwetsbaarheid en veerkracht van mensen met een verstandelijke beperking. Reflecties met betrekking tot preventie van en hulpverlening bij seksueel misbruik. *TOKK*, 28, 2-17.
- Beuningen, van, J. (2012). *The Satisfaction With Life Scale Examining Construct Validity*. The Hague/Heerlen: Statistics Netherlands.
- Bhaumik, S., Gangadharan, S., Hiremat, A. & Russel, P.S.S. (2011). Psychological treatments in intellectual disability: the challenges of building a good evidence base. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 428-430.
- Bohlmeijer, E.T., & Hulsbergen, M.L. (2013). *Dit is jouw leven. Ervaar de effecten van de positieve psychologie*. Amsterdam, Nederland: Boom.
- Bohlmeijer, E.T., Roemer, M., Cuijpers, P., & Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental health*, 11, 291-300.
- Bohlmeijer, E.T., & Westerhof, G. (2010). *Op verhaal komen; je autobiografie als bron van wijsheid*. Amsterdam, Nederland: Boom.
- Borthwick- Duffy, S.A. (1994). Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1.
- Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. I: Prevalence of functional psychiatric illness among a community- based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 495- 505.
- Dekker, M.C. & Koot, H.M. (2003). DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. I. Prevalence and impact. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 915-922
- Didden, R. (2006). *In perspectief. Gedragsproblemen, psychische stoornissen en lichte verstandelijke beperking*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Došen, A. (2014). *Psychische stoornissen, probleemgedrag en verstandelijke beperking. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Došen, A., Gardner, W.I., Griffiths, D.M., King, R. en Lapointe, A. (2008). *Richtlijnen en principes voor de praktijk. Beoordeling, diagnose, behandeling en bijbehorende ondersteuning voor mensen met verstandelijke beperkingen en probleemgedrag*. Nederlandse bewerking: Ad van Gennep. Utrecht: Vilans / LKNG.
- Elbert, T., & Schauer, M. (2002). Burnt into memory. *Nature*, 419 (6910), 883.

- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 51-58.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage.
- GGZNederland (2011). *Checklist ROM-instrumentarium voor de doelgroep Volwassenen kortdurend*. Gedownload op 18-04-2014, van <http://ggznederland.yardinternet.nl/index.php?p=902741>.
- Gillmann, G.B. (1969). *The relationship between self-concept, intellectual ability, achievement and manifest anxiety among select groups of Spanish-Surname migrant students in New Mexico*. University of New Mexico.
- Hastings, R.P., Hatton, C., Taylor, J.L., & Maddison, C. (2004). Life events and psychiatric symptoms in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48, 42-46.
- Jongedijk, R. (2014). *Levensverhalen en psychotrauma. Narratieve Exposure Therapie in theorie en praktijk*. Amsterdam, Nederland: Boom.
- Kemerink op Schiphorst, L. (2014). *Tot hier en nu verder. Een gecombineerd kwantitatief en kwalitatief onderzoek naar de effectiviteit van de Levensverhaalinterventie 'Wie ben ik?'*. Ongepubliceerde master thesis, Universiteit Twente, Enschede, Nederland.
- Koning, N.D, de, Collin, P.J.L. (2007). Behandeling van jeugdigen met een psychiatrische stoornis en een verstandelijke beperking. *Kind en adolescent*, 28, 138-147.
- Korte, J. (2012). *The stories we live by. The adaptive role of reminiscence in later life*. Enschede, The Netherlands: University of Twente.
- Korte, J., Bohlmeijer, E.T., Cappeliez, P., Smit, F., & Westerhof, G.J. (2012). Life review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: a pragmatic randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42, 1163- 1173.
- Lambert, M.J. , Burlingame, G.M., Umphress, V., Hansen, N.B., Vermeersch, D.A., Clouse, G.C., Yanchar, S.C. (1999). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 249-258.
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., ten Klooster, P.M., & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67, 99-110.
- Latka, M. (2013). *Een exploratieve studie naar de werking van en ervaringen van de levensverhaalinterventie Wie ben ik? Ontwikkeld voor mensen met psychiatrische problematiek en een verstandelijke beperking*. Ongepubliceerde master thesis, Universiteit Twente, Enschede, Nederland.
- Lowry, M.A. (1998). Assessment and treatment of mood disorders in persons with developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 10, 387- 406.
- Maestas, K.L., & Rude, S.S. (2012). The benefits of expressive writing on autobiographical memory specificity: a randomized controlled trial. *Cognitive therapy research*, 36, 234- 246.
- Marston, G.M., Perry, D.W., & Roy, A. (1997). Manifestations of depression in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 476- 480.
- Maser, D. (2013). *A quantitative and qualitative evaluation of a reminiscence- based treatment for psychiatric patients with an intellectual disability..* Ongepubliceerde master thesis, Universiteit Twente, Enschede, Nederland.
- McAdams, D.P. (2008). American identity: the redemptive self. *The General Psychologist*, 43, 20-27.
- Meininger, H.P. (2003). Werken met levensverhalen: een narratief-ethische verkenning. *Nederlands Tijdschrift voor de zorg aan verstandelijk gehandicapten*, 28, 102-119.

- Neuner, F., Kurreck, S., Ruf, M., Odenwald, M., Elbert, T., & Schauer, M. (2009). Can asylum- seekers with posttraumatic stress disorder be successfully treated? A randomized controlled pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39, 81-91.
- Nezu, C.M., Nezu, A.M., Rothenberg, J., Dellcarpini, L., & Groag, I. (1995). Depression in adults with mild mental retardation: are cognitive variables involved? *Cognitive Therapy and Research*, 19, 227-239.
- Pearlin, L.I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behaviour*, 19, 2-21.
- Pennebaker, J.W. (1993). Putting stress into words: health, linguistic and therapeutic implications. *Behaviour research and therapy*, 31, 539- 548.
- Polkinghorne, D.E. (1991). Narrative and self- concept. *Journal of narrative and life history*, 1, 135-153.
- Ras, M., Woittiez, I., Kempen, van, H., Sadiraj, K. (2010). *Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Ryff, C.D., & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well- being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69, 719-727.
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert T. (2011). *Narrative Exposure Therapy: A short Term Treatment For Traumatic Stress Disorders* (2nd edition). Cambridge, MA: Hogrefe Publishing
- Swennen, M.C. (2007). Werken met Levensverhalen. Resultaten van een literatuurstudie. *Nederlands Tijdschrift voor de zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 33, 1.
- Taylor, J.L., Hatton, C., Dixon, L., & Douglas, C. (2004). Screening for psychiatric symptoms: PASS- ADD Checklist norms for adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48, 37-41.
- Vries, de, G.J., & Olf, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and Post Traumatic Stress Disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*. 22, 259-267.
- Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., & Webster, J.D. (2010). Reminiscence and mental health: A review of recent progress in theory, research, and intervention. *Ageing and Society*, 30, 697-721.
- Woittiez, I., Ras, M., & Oudijk, D. (2012). *IQ met beperkingen. De mate van verstandelijke handicap van zorgvragers in kaart gebracht*. Sociaal en Cultureel Planbureau: Den Haag.