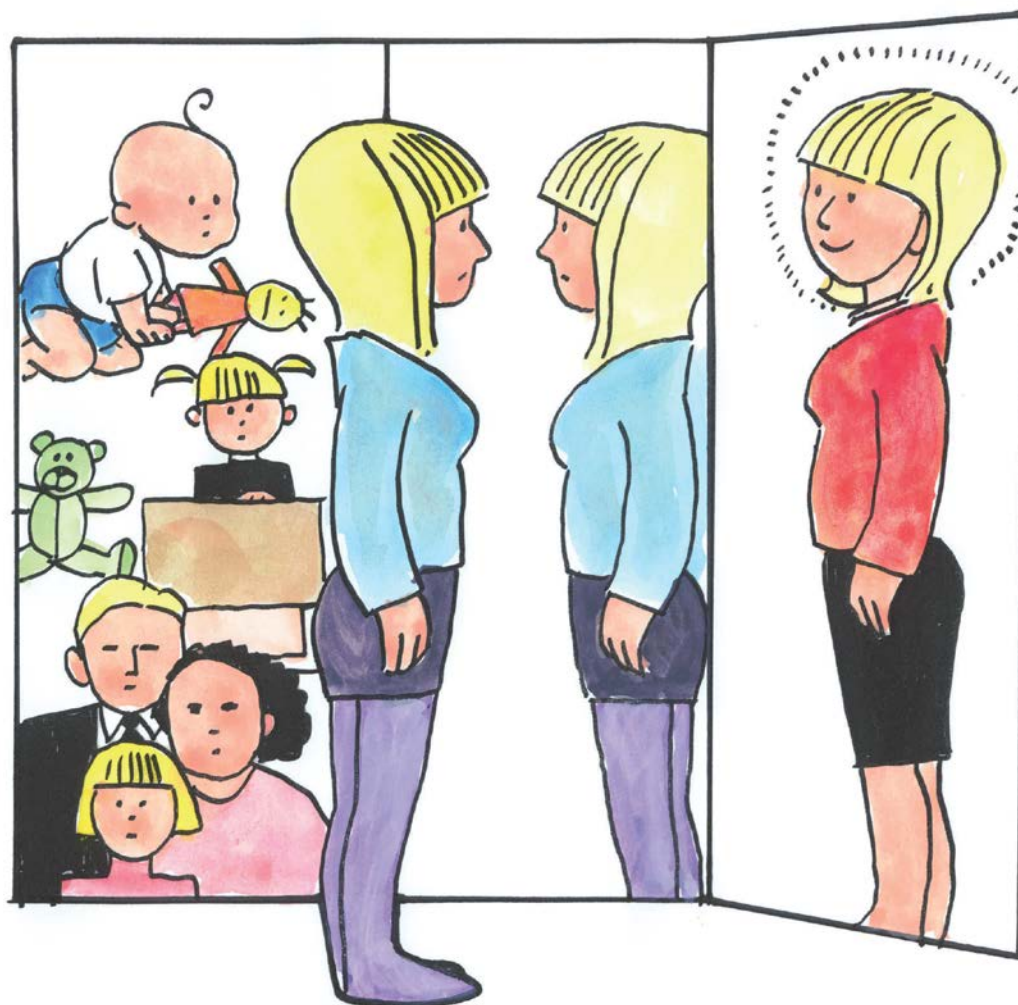


# Wie ben ik?

## Ontdekkingsreis naar mezelf



Werkblad, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstellingen:



Nederlands  
Jeugdinstituut



**NCJ** Nederlands  
Centrum  
Jeugdgezondheid

**Trimbos**  
instituut



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

**kenniscentrum**  
sport

  
Vilans

## Colofon

### Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam: J. Beernink-Wissink  
Naam organisatie: GGNet, afdeling kliniek VGGNet  
Vordenseweg 12  
7231 PA Warnsveld  
E-mail: j.beernink@ggnet.nl  
Telefoon: 088 9331582

**Website:** [www.vggnet.nl](http://www.vggnet.nl)

### Contactpersoon

Naam: J. Beernink-Wissink, dr.

### Referentie in verband met publicatie

Naam auteur: J. Beernink-Wissink, A. Sools & G. Westerhof  
Titel interventie: *Wie ben ik?* Ontdekkingsreis naar mezelf.  
Databank: GGZ Trimbos Instituut en Vilans  
Plaats, instituut: Utrecht, Trimbos Instituut en Vilans  
Datum: September 2017

# Inhoud

<b>Colofon</b> .....	<b>2</b>
<b>Inhoud</b> .....	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Uitgebreide beschrijving</b> .....	<b>5</b>
1.1 Doelgroep .....	5
1.2 Doel .....	7
1.3 Aanpak .....	7
<b>2. Uitvoering</b> .....	<b>12</b>
<b>3. Onderbouwing</b> .....	<b>18</b>
4 Onderzoek .....	26
4.1 Onderzoek naar de uitvoering .....	26
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten .....	28
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen</b> .....	<b>31</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur</b> .....	<b>32</b>
<b>Bijlage 1 Concept implementatie plan</b> .....	<b>43</b>
<b>Bijlage 2 Evaluatieformulier deelnemers</b> .....	<b>46</b>
<b>Bijlage 3 Evaluatieformulier uitvoerders</b> .....	<b>48</b>
<b>Bijlage 4 Vragenlijsten</b> .....	<b>49</b>

# Samenvatting

## Doelgroep

*Wie ben ik?* is een levensverhaleninterventie die in groepsverband of individueel kan worden aangeboden aan volwassenen met een verstandelijke beperking dan wel zwakbegaafdheid en met depressieve- of trauma-gerelateerde klachten.

## Doel

De interventie heeft als hoofddoel een afname van depressieve- of trauma-gerelateerde klachten en een toename van welbevinden. Subdoelen zijn een toename van levenstevredenheid, controle en doelen in het leven.

## Aanpak

*Wie ben ik?* is een 17-weekse interventie die aspecten van life-review therapie combineert met narratieve therapie. Uitgangspunt binnen *Wie ben ik?* is dat ieder mens een uniek verhaal heeft. Deelnemers worden aan de hand van het werkboek, uitgenodigd hun verhaal te vertellen en op te schrijven om enerzijds los te komen van pijnlijke verhalen en anderzijds andere rijke verhaallijnen te ontwikkelen die hen sterker en veerkrachtiger maken. De interventie wordt zo een persoonlijke ontdekkingsreis, waarbij een relatie wordt gelegd tussen verleden (9 sessies), heden (6 sessies) en toekomst (2 sessies).

## Materiaal

De interventie bestaat uit een voor-gestructureerd werkboek voor deelnemers, en een uitgebreide handleiding, een train de trainer cursus en jaarlijkse intervisiebijeenkomsten voor uitvoerders.

## Onderbouwing

Verhalen van mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid en met depressieve- of trauma-gerelateerde klachten zijn vaak verzadigd van pijnlijke gebeurtenissen en er is weinig aandacht voor hun krachten. Dit heeft zijn weerslag op de gemoedstoestand, de identiteit en het zelfbeeld van de persoon en draagt bij aan het in stand houden van klachten. De interventie richt zich daarom op zowel het behandelen van de depressieve- of trauma-gerelateerde klachten als op het versterken van het welbevinden, middels het integreren van levensgebeurtenissen in de levenslijn.

In het proces van reflecteren op het eigen leven is aandacht voor de deconstructie en de reconstructie van persoonlijke verhalen uit de narratieve therapie en voor de herinneringen, evaluatie, herwaardering en integratie van verhalen uit het verleden uit de life-review therapie. De evaluatie begint bij de kindertijd en doorloopt vervolgens het verleden, heden en eindigt met de toekomst. Er wordt stil gestaan bij zowel de pijnlijke herinneringen als de fijne herinneringen. Erkenning en bevestiging van beiden verhaallijnen hebben invloed op de geestelijke gezondheid, het welbevinden en de identiteit.

## Onderzoek

Uit kwalitatief onderzoek komt naar voren dat zowel deelnemers als uitvoerders de interventie positief waarderen. Uit kwantitatief onderzoek komt naar voren dat de interventie significant bijdraagt aan een afname van depressieve- of trauma-gerelateerde klachten en een toename van welbevinden, levenstevredenheid, ervaren controle in het leven.

# 1. Uitgebreide beschrijving

## 1.1 Doelgroep

### **Uiteindelijke doelgroep**

De levensverhaleninterventie *Wie ben ik?* is primair ontwikkeld voor volwassenen met een verstandelijke beperking dan wel zwakbegaafdheid en met depressieve- of trauma-gerelateerde klachten. De interventie kan worden aangeboden ongeacht geslacht, sociaal economische status, woonsituatie en etnische/culturele/religieuze achtergrond.

#### *Inclusiecriteria:*

- leeftijd van 18 jaar en ouder en
- minimaal verbaal IQ 60 en een bovengrens van een totaal IQ 85 en
- depressieve klachten of trauma-gerelateerde klachten en
- de bereidheid om na te denken over het verleden en persoonlijke ervaringen te delen en
- de bereidheid om een relatie met de therapeut aan te gaan en
- de bereidheid om elke sessie aanwezig te zijn en
- de bereidheid om thuisopdrachten te maken.

#### *Exclusiecriteria:*

- ernstige klachten die eerst dienen te worden behandeld, bijvoorbeeld als het gaat om ernstige depressie met actieve suïcidaliteit, trauma met te veel en te heftige herbelevingen, acute psychische crisis, sterke emotie-regulatieproblemen, floride psychose waarbij de deelnemer zich onvoldoende in het hier en nu bevindt of
- cognitief verval na een doorgemaakte depressieve episode, psychose of hersenletsel verkregen op latere leeftijd.

Een psychose op zich is geen contra-indicatie voor deelname. In een later stadium van het behandeltraject kan de deelnemer zich opnieuw aanmelden. Co-morbiditeit van andere symptomen is geen uitsluitingscriteria.

#### *Toelatingscriteria voor een groepsinterventie:*

- de bereidheid om een relatie met andere deelnemers aan te gaan en
- de bereidheid om persoonlijke verhalen te delen met anderen en
- de bereidheid om groepsregels te accepteren.

#### *Toelatingscriteria voor een individuele interventie:*

- persé niet willen deelnemen in een groep,
- persoonlijke verhalen niet kunnen delen in een groep omdat deze emotioneel te belastend zijn of kunnen leiden tot her-traumatisering van andere deelnemers,
- zich te veel aantrekken van persoonlijke verhalen van andere deelnemers en daar een te grote last door ervaren.

### **Intermediaire doelgroep**

Indien mogelijk, worden familieleden en woonondersteuners betrokken bij de interventie om de verkregen inzichten te integreren in het dagelijks leven en mogelijk voort te zetten omdat generalisatie niet vanzelf gaat. Daarnaast kunnen zij desgevraagd ondersteuning bieden bij het maken van thuisopdrachten en het ophalen en delen van herinneringen. Aan het eind van de interventie kunnen betrokkenen luisteren naar rijke, kostbare verhaallijnen die deelnemers<sup>1</sup> tijdens hun reis hebben ontdekt, die hen sterker hebben gemaakt en die de samenhang van hun verhaal weergeven. Dit geeft erkenning en draagt bij aan de duurzaamheid van de effecten van de interventie.

### **Selectie van doelgroepen**

Selectie vindt plaats op basis van een indicatiegesprek met één van de uitvoerders. In dat gesprek wordt diagnostiek gedaan waarbij zowel de criteria waarvoor de interventie is geïndiceerd als de exclusiecriteria worden besproken, om vast te stellen of deelnemers in aanmerking komen voor de interventie. Vooraf aan het gesprek wordt door de uitvoerder de behandelgeschiedenis geïnventariseerd. Tevens wordt stilgestaan bij de toelatingscriteria voor een groeps- of individueel traject om te komen tot een goede afweging voor het te volgen traject.

### **Betrokkenheid doelgroep**

Het idee van de levensverhaleninterventie *Wie ben ik?* is acht jaar geleden ontstaan vanuit de praktijk en is doorontwikkeld met ondersteuning vanuit deelnemers. De interventie is in de afgelopen jaren in de praktijk toegepast en telkens bijgesteld op basis van evaluatieformulieren (bijlage 1 en 2), ingevuld door deelnemers, en in een later stadium door uitvoerders. Daarbij staan de ervaringen van deelnemers en uitvoerders met de interventie centraal. Zij hebben reacties gegeven op de interventie: wat zij als belangrijk hebben ervaren, waardering, tevredenheid, toepasbaarheid, aanvullingen en opmerkingen. De resultaten uit de evaluaties van deelnemers en uitvoerders zijn gebruikt om de interventie verder te verbeteren en te verfijnen. Ze zijn verwerkt in het werkboek, de handleiding en de train de trainer cursus. Het blijven evalueren zorgt er voor dat de invloed van de deelnemers en de uitvoerders blijft gewaarborgd.

---

<sup>1</sup> In de interventie wordt gesproken van deelnemers om aan te geven dat het gaat om personen die de interventie ondergaan.

## 1.2 Doel

### Hoofddoel

De levensverhaleninterventie kent twee hoofddoelen:

1. een afname van depressieve- of trauma-gerelateerde klachten door los te komen van pijnlijke verhalen, die zich voor kunnen doen op alle levensgebieden en invloed hebben op de gemoedstoestand, identiteit en zelfbeeld,
2. een toename van het welbevinden door andere rijke sterke en veerkrachtige verhaallijnen te ontwikkelen met aandacht voor kwaliteiten, vaardigheden, waarden, talenten, wensen en dromen die invloed hebben op zingeving, mechanismen en patronen, levenstevredenheid en doel in het leven (zie tabel 2).

### Subdoelen

1. een toename van levenstevredenheid door de aandacht te richten op fijne verhalen, herwaardering van pijnlijke verhalen, op waarden en talenten waardoor rijke verhaallijnen ontstaan, die van invloed zijn op levensvreugde,
2. een toename van ervaren controle door aandacht voor kwaliteiten, opstellen van een plan van aanpak en geven van een presentatie waardoor meer zelfvertrouwen ontstaat,
3. een toename van doelen door aandacht te hebben voor het levensmotto, levensdoel, wensen en mogelijkheden, en plan van aanpak met concrete doelen waardoor meer richting aan het leven wordt gegeven en doelen ontstaan.

## 1.3 Aanpak

### Opzet van de interventie

De interventie bestaat uit 17 sessies van 2 uur. De sessies vinden 1x per week plaats gedurende vier maanden. De interventie kan gezien worden als een persoonlijke ontdekkingsreis, waarbij een relatie wordt gelegd tussen verleden (9 sessies), heden (6 sessies) en toekomst (2 sessies). Oftewel: waar kom ik vandaan, waar sta ik nu en waar zou ik naar toe willen (en wat heb ik daarvoor nodig). Zie tabel 1 voor een schematische weergave.

Voor de interventie wordt gebruik gemaakt van een voor-gestructureerd werkboek met oefeningen voor deelnemers en een uitgebreide handleiding voor uitvoerders. Elke sessie heeft een duidelijke structuur, waarin theorie en praktijk elkaar afwisselen, en verloopt volgens een vast patroon: welkom, terugblik op de vorige sessie, bespreken van thuisopdrachten, bespreken van één onderwerp dat bestaat uit een theoretisch en praktisch deel, bespreken van de nieuwe thuisopdracht en het uitwisselen van ervaringen over de sessie. Thuisopdrachten worden ingezet om deelnemers op een rustige manier hun herinneringen te laten ophalen, hun gedachten te ordenen en te structureren en als voorbereiding op de volgende sessie. Wanneer deelnemers moeite hebben met het schrijven van thuisopdrachten kan een beroep worden gedaan op hun netwerk.

De interventie kan zowel in groepsverband als individueel worden gegeven. Uit onderzoek komt naar voren dat, in het algemeen, zowel groepstherapie (o.a. Korte, Drossaert, Westerhof & Bohlmeijer, 2014; Loumildis & Hill, 2010; Ready, Vega, Worley & Bradley, 2012; Willner et al., 2013) als individuele therapie

(o.a. Fredman, 2014; Peterson et al., 2010; Ready et al., 2012; Remmerswaal, 2015; Willner et al., 2013) bewezen effectief zijn (zie ook Pinguart & Forstmeier, 2012). Er is geen verschil in het volgen van de handleiding tussen groepstherapie en individuele therapie. De individuele sessies verlopen hetzelfde als de groepsessies en de uitvoerder neemt de rol van groep op zich.

Groepstherapie is aan te bevelen en kent een aantal voordelen. Verhalen vertellen in een groep heeft een bindende en helende kracht, waardoor meer ruimte voor diepgang ontstaat. Het roept betrokkenheid op, leidt tot begrip, erkenning en steun, mededogen en respect en maakt dat een persoon uit zijn isolement kan raken (Korte et al., 2014; Taylor, Lindsay & Willner, 2008; Wilner et al., 2013). Het bewust herkennen, erkennen en delen van doorleefde ervaringen kan steunend en helpend zijn binnen het eigen proces en het proces van de ander. Dit delen kan er ook voor zorgen dat andere deelnemers vergelijkbare herinneringen kunnen ophalen en vertellen, hun kwetsbaarheden durven laten zien en hun gevoel van schaamte kunnen doorbreken (Klein & Schermer, 2000). Deelnemers krijgen het idee er niet alleen voor te staan en niet de enige te zijn met een pijnlijk verhaal, dit leidt tot wederzijdse erkenning, begrip en zich geaccepteerd voelen. Er ontstaat lotsverbondenheid en onderlinge stimulans vanuit ervaringsdeskundigheid. Bovendien geeft een groepsgewijze behandeling sociale bekrachtiging en maakt oefenen met anderen tijdens de sessies mogelijk. Dit heeft invloed op de draagkracht en therapietrouw van de deelnemers.

Een voordeel van individuele therapie is dat de uitvoerder meer tijd heeft om aandacht te besteden aan de individuele levensgebeurtenissen en dit kan beter worden gedoseerd dan in een groep waardoor verwerking op eigen tempo verloopt (Haight, Coleman & Lord, 1995; Pinguart & Forstmeier, 2012). Het heeft als nadeel dat oefenen met anderen niet mogelijk is, ervaringen niet kunnen worden besproken en gedeeld met lotgenoten waardoor minder herkenning en erkenning ontstaat. Individuele behandeling is mogelijk indien een deelnemer per se niet wil deelnemen in een groep. Daarnaast kan een deelnemer getraumatiseerd zijn waardoor gebeurtenissen niet in een groep kunnen worden verteld of gedeeld, omdat deze emotioneel te belastend zijn voor groepsgenoten of leidt tot her-traumatisering van andere deelnemers. Tot slot kunnen deelnemers zich het verhaal van anderen te veel aantrekken en daardoor te veel last ervaren waardoor een groepsinterventie niet mogelijk is.

Een groep bestaat uit maximaal 8 deelnemers en wordt begeleid door twee uitvoerders, waarvan één GZ-psycholoog of klinisch psycholoog<sup>2</sup>. De individuele variant wordt begeleid door een GZ-psycholoog of klinisch psycholoog. Het werken met twee uitvoerders heeft als voordeel dat één uitvoerder zich kan richten op het hanteren van de handleiding en de ander het groepsproces kan bewaken. Dit leidt tot enige afstand om vanuit de 'helicopterview' naar de groep te kijken waardoor nieuwe inzichten kunnen ontstaan en te interveniëren wanneer nodig. Een ander voordeel is dat de uitvoerders elkaar respons kunnen geven over het proces en de dynamiek binnen een groep kunnen geven en de invloed die verhalen kunnen hebben op de uitvoerder met elkaar kunnen bespreken (Nicolai, 2016; Kunneman, 2009; Sheppard, 2003). Naast dat groepstherapie werkzaam is, is het eveneens kostenbesparend. Vanuit kostenoverweging kan worden gekozen voor groepsbehandeling boven individuele behandeling.

---

<sup>2</sup> GezondheidsZorg-Psycholoog en Klinisch psycholoog beschikken beiden over een BIG registratie.



## Inhoud van de interventie

Uitgangspunt binnen *Wie ben ik?* is dat ieder mens een uniek verhaal heeft. Deelnemers worden aan de hand van het werkboek, uitgenodigd hun verhaal te vertellen en op te schrijven over hun verleden, heden en toekomst waardoor ze antwoord gaan geven op de vragen: 'wie ben ik', 'waar kom ik vandaan', 'waar sta ik nu' en 'waar wil ik naar toe (en wat heb ik daarvoor nodig)?' Zij scheppen daarmee een narratieve identiteit. Met het vertellen van verhalen over concrete situaties laten deelnemers zien welke waarden voor hen belangrijk zijn, hoe ze er in het alledaags leven mee om zijn gegaan, welke problemen of pijnlijkheden ze zijn tegengekomen en hoe zij zich er toe verhouden. Er is dan ook aandacht voor de erkenning van zowel de pijnlijke als de fijne verhalen en de daarmee gepaard gaande emoties, die in het heden doorwerken en het leven kunnen belemmeren of bezielen. Er wordt gezocht naar betekenis en herwaardering om het verhaal te herschrijven. Er wordt gebruik gemaakt van thema's en metaforen om de pijnlijke gebeurtenissen los te koppelen van de persoon en daardoor kunnen deelnemers op afstand en op een veilige manier over hun probleem of situatie praten en komen tot een ander oordeel en identiteit. Krachten, waarden, vaardigheden en kostbaarheden worden (her)ontdekt. Deelnemers ontwikkelen een beter inzicht en meer zelfvertrouwen wat invloed heeft op het psychologisch en emotioneel welbevinden en op de depressieve- en trauma-gerelateerde klachten. Het verleden wordt op rituele wijze afgesloten met een fijne en een vervelende herinneringen doosje om zich te verenigen met het eigen leven of als een bevestiging van het is zoals het is. Hierdoor ontstaat acceptatie en meer levenstevredenheid. Op deze wijze worden de gebeurtenissen binnen de context van de eigen verhaallijn geplaatst waardoor depressieve- en trauma-gerelateerde klachten verminderen en welbevinden bevordert.

Op het eind van de interventie geven deelnemers een presentatie van zichzelf. Zij kunnen op deze wijze opnieuw tevoorschijn komen voor de ogen van leden van het sociale netwerk, in het licht van hun eigen interpretatie. Dit geeft erkenning en draagt bij aan de duurzaamheid en tot een toename aan sociaal welbevinden. Het delen van verhalen nodigt anderen uit om ook hun verhalen te delen. Dit leidt tot wederzijdse erkenning, zich geaccepteerd voelen, het vinden van herkenning bij elkaar en lotsverbondenheid waardoor klachten verminderen. Deelnemers maken met behulp van het werkboek een visueel chronologisch overzicht van het geleefde leven, wat gezien kan worden als een getuigenisdocument.

Verkregen inzichten kunnen worden geïntegreerd in het dagelijks leven met ondersteuning vanuit het sociale netwerk waardoor deelnemers met hernieuwde krachten weer controle over hun leven krijgen. De weg wordt vrijgemaakt om het groeiproces door te zetten naar een florerend leven. Mensen worden geholpen op verhaal te komen, maar dan op verhalen die hen sterker en veerkrachtiger maken en hen terug in hun waarde plaatsen.

Hieronder wordt beschreven welke onderwerpen in elk deel aan bod komen.

**Verleden:      *Waar kom ik vandaan?***

In het onderdeel verleden komen de volgende onderwerpen aan bod:

- kindkenmerken
- ontwikkeling, levensfasen en schoolperiode
- opvoeding, opvoedingsstijlen, eigen ervaring en beleving, en de relatie tussen opvoedingsstijl en kindkenmerken
- levensgebeurtenissen zowel fijne als pijnlijke, eigen ervaring en beleving, en de relatie tussen levensgebeurtenissen en kindkenmerken
- afsluitingsritueel van het verleden met een fijne en vervelende herinneringen doosje

**Heden:          *Waar sta ik nu?***

In het onderdeel heden komen de volgende onderwerpen aan bod:

- woonsituatie, werksituatie, vrije tijdsbesteding, hulpverlening, relaties en sociaal netwerk
- persoonlijke thema's en patronen die de thema's in stand houden, leerpunten
- zelfbeeld, eigenschappen, talenten, waarden en normen, kwaliteiten en valkuilen

**Toekomst:      *Waar wil ik naar toe?***

In het derde onderdeel toekomst komen de volgende onderwerpen aan bod:

- toekomstperspectief; wensen, dromen, mogelijkheden en belemmeringen
- persoonlijk plan en plan van aanpak
- levensmotto en levensdoel
- metafoor en titel
- presentatie
- afscheid nemen
- certificaat

De gehanteerde theorie, de onderwerpen, de oefeningen, de opdrachten, het spelmateriaal en de thuisopdrachten staat uitgebreid per sessie beschreven in de handleiding (tabel 1 geeft een schematische weergave van de sessies, onderwerpen en oefeningen) en de daarbij behorende werkbladen staan in het werkboek, alwaar deelnemers hun ervaringen en belevingen op kunnen schrijven (al dan niet met ondersteuning).

Tabel 1: Schematische weergave van de interventie *Wie ben ik?*

Sessies	Onderwerpen	Oefeningen
<b>Verleden</b>		
Sessie 1	Kennismaken Uitleg interventie Verwachtingen	Namenspel Persoonlijke informatie, doelen en verwachtingen Betekenis van mijn naam
Sessie 2	Geboorte Gezin	Uitwisselen geboortekaartje Geleide fantasie over het huis en de omgeving waar ik ben opgegroeid Een fijn verhaal over mijn gezin en ik
Sessie 3	Familie Kindertijd	Een fijn verhaal over mijn familie en ik Het analyseren van een jeugdfoto
Sessie 4	School	Het analyseren van een schoolfoto Een verhaal over kattenkwaad Een fijn verhaal over mijn puberteit
Sessie 5	Puberteit Kind factoren Omgevingsfactoren	Invuloefening door verwanten
Sessie 6	Opvoeding Opvoedingsstijlen	Een fijn verhaal over mijn opvoeding
Sessie 7	Levensgebeurtenissen	Twee verhalen over mijn fijne herinneringen Metafoor en thema Ontspanningsoefening
Sessie 8	Levensgebeurtenissen	Twee verhalen over mijn pijnlijke herinneringen Metafoor en thema Ontspanningsoefening
Sessie 9	Rituele afsluiting van het verleden	Luisteroefening Fijne en vervelende herinneringen doosje
<b>Heden</b>		
Sessie 10	Huidige situatie  Sociaal netwerk	Uitwisselen foto huidig gezin Een leuk verhaal over mijn dag invulling Contact cirkel
Sessie 11	Levensfasen	Ontspanningsoefening
Sessie 12	Actuele thema's Zelfbeeld	Metaforen
Sessie 13	Instandhoudende patronen	Cirkel van het thema Leerpunten
Sessie 14	Wie ben ik? Eigenschappen Kwaliteiten Talenten	Inzicht in jezelf Positief roddelen Kwaliteitenspel Een brief aan mijn talent
Sessie 15	Waar ben ik goed in? Waarden en normen Persoonlijke kwaliteiten	Kwaliteitenspel Waarden en normen spel Kwaliteiten kwadrant
<b>Toekomst</b>		
Sessie 16	Waar wil ik naar toe? Toekomstperspectief Wat ga ik oppakken?	Levensmotto en levensdoel Persoonlijk plan met specifieke doelstellingen Plan van aanpak
Sessie 17	Presentatie Evaluatie Afscheid	Groepspresentatie Evaluatieformulier Wat neem ik mee naar huis en wat laat ik achter? Geven en ontvangen van complimenten Het geven van een titel aan het verhaal Certificaat

## 2. Uitvoering

### Materialen

#### **Materialen voor de uitvoering**

De interventie bestaat uit een werkboek voor deelnemers en een handleiding en een train de trainer met jaarlijkse intervisiebijeenkomsten voor uitvoerders.

#### *Werkboek*

Het werkboek is dusdanig voor-gestructureerd dat deelnemers enerzijds hun verhaal beter kunnen vertellen en ordenen en zij anderzijds iets tastbaars mee naar huis nemen, als getuigendocument.

Het werkboek is voorzien van een kleurenindeling. De kleuren komen overeen met de driedeling binnen de interventie: verleden (groen), heden (blauw) en toekomst (roze). Het is geschreven in begrijpelijke taal en er wordt gebruik gemaakt van korte zinnen. Op de linker pagina's van het werkboek is ruimte voor foto's en tekeningen om herinneringen beter en actiever op te kunnen halen. De rechterpagina is ingericht om het verhaal te schrijven, in detail, in geschiedenis, in vaardigheden, in kwaliteiten en in kostbaarheden. Deze opzet wordt consequent doorgevoerd. Dit biedt duidelijkheid en overzicht waardoor het verhaal van de deelnemer beter kan worden verwoord.

#### *Handleiding*

De handleiding dient als protocol (=uniform) voor uitvoerders, die concreet met de interventie aan de slag gaan. Het biedt ondersteuning om vanuit een narratieve bril te werk te gaan. In de handleiding staan doelen, doelgroep, inclusie- en exclusiecriteria, werving, werkvorm, groepsgrootte en benodigde materialen beschreven, naast een uitgebreide beschrijving van elke sessie, onderwerpen, opdrachten en thuisopdrachten.

#### *Train de trainer*

Er is een train de trainer cursus ontworpen die bestaat uit een tweedaagse training en een reflectiedag. Gevolgd door jaarlijkse intervisiebijeenkomsten. Cursisten leren op welke wijze de psychische gezondheid van mensen kan worden versterkt op basis van de principes uit de positieve psychologie zoals toegepast in narratieve en life-review therapie. Zij ontwikkelen vaardigheden 1) in een verhalende manier van spreken en vragen stellen, 2) in het op een veilige manier spreken over pijnlijke en moeilijke situaties, 3) in groepsdynamica. Voor deze cursus is een draaiboek ontwikkeld, welke de uitvoerders aan de train de trainer krijgen aangeboden.

De intervisiebijeenkomsten dienen als vraagbaak voor de uitvoerders over wat zij in de praktijk tegen komen, het delen van ervaringen en om reacties te krijgen op hun handelen.

#### **Materialen voor werving**

Er zijn folders, flyers en posters beschikbaar. Ook zijn er PowerPoint presentaties over de principes, de werkwijze en de opbrengsten van de interventie. Deze zijn te gebruiken bij workshops, voorlichtingsbijeenkomsten en andere informatiebijeenkomsten. Dit materiaal is nog niet vrij toegankelijk.

## *Handboeken*

Er zijn een aantal boeken en publicaties beschikbaar waarin narratieve therapie, life-review therapie en een combinatie van beiden staan beschreven (bijv. Fredman, 2014; Korte, Bohlmeijer, Cappeliez, Smit & Westerhof, 2012; Pinquart & Forstmeier, 2012; Scogin, Welsh, Hanson, Stump & Coates, 2005; Westerhof & Bohlmeijer, 2012, 2014), een handboek over positieve psychologie (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg, 2014) en een handboek over narratieve therapie in de praktijk (White, 2008).

## **Locatie en type organisatie**

### *Type organisatie*

De interventie wordt toegepast in een ambulante-, poliklinische-, deeltijd- of klinische behandelsetting binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en in leefstijlpraktijken binnen de Verstandelijk Gehandicapten sector (VG). De interventie kan ook worden uitgevoerd in andere organisaties zoals Verslavingszorg, Revalidatiezorg, Forensisch psychiatrische zorg.

### *Locatie*

De groepsbijeenkomsten vinden plaats in een afzonderlijke groepsruimte met een grote tafel en voldoende stoelen. White-bord, flip-over en stiften dienen aanwezig te zijn. En koffie of thee moet zijn te verkrijgen. De individuele interventie kan op de werkkamer van de uitvoerder plaatsvinden.

## **Opleiding en competenties van de uitvoerders**

De groepsinterventie wordt uitgevoerd door twee uitvoerders waarvan één GZ-psycholoog of klinisch psycholoog. De tweede uitvoerder kan bijvoorbeeld een gespecialiseerd maatschappelijk werker, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, verpleegkundig specialist, verpleegkundige of agoog zijn. De individuele interventie wordt uitgevoerd door een GZ-psycholoog of klinisch psycholoog.

Om de levensverhaleninterventie uit te kunnen voeren moet de aan de interventie gekoppelde train de trainer cursus succesvol zijn afgerond en dient men deel te nemen aan jaarlijkse intervisiebijeenkomsten.

### *Hoofduitvoerder:*

- De train de trainer voor de interventie hebben gevolgd, inclusief het oefenen met het geven van een volledige interventie als hoofduitvoerder in de eigen praktijk.
- GZ-psycholoog of klinisch psycholoog.
- Specifieke kennis van verstandelijke beperkingen en depressieve- en trauma-gerelateerde klachten.
- Ervaring in het protocollair werken.
- Twee jaar ervaring in het werken met groepsgerichte trainingen.

### *Co-uitvoerder:*

- De train de trainer voor de interventie hebben gevolgd, inclusief het oefenen met het geven van een volledige interventie als co-therapeut in de eigen praktijk.
- Diverse disciplines kunnen fungeren als co-therapeut.  
MBO, HBO of universitaire opleiding: orthopedagoog, verpleegkundige, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, verpleegkundig specialist, maatschappelijk werker, agogen, woonbegeleiders.
- Specifieke kennis van verstandelijke beperkingen en depressieve- en trauma-gerelateerde klachten.

- Twee jaar ervaring in het werken met groepsgerichte trainingen.

### ***Algemene vaardigheden, houding en eigenschappen***

- Er is sprake van een respectvolle basishouding gericht op echtheid. 'Echt' in het contact naar de deelnemer vanuit gelijkwaardigheid: van mens tot mens. De vaardigheden 'echt' luisteren naar het verhaal van de deelnemer, verschillende betekenissen van verhalen te herkennen en te verwoorden naar begrijpelijke taal en samen te vatten. En te luisteren naar wat niet wordt verteld.
- Om diepgang in een verhaal te bereiken is de vaardigheid om nieuwsgierig te zijn nodig, zich te verwonderen, verandertaal uit te lokken en durven door te vragen gericht op verheldering vanuit de positie van niet-weten en niet-oordelen. Zich verplaatsen in de deelnemer en reageren vanuit diens referentiekader en diens belevingswereld waardoor recht wordt gedaan aan de geleefde werkelijkheid van de deelnemer.
- Vaardigheden op het gebied van het centraal stellen van de deelnemer en diens persoonlijke verhaal. Aan te sluiten bij wat deelnemers belangrijk en kostbaar vinden, wat zij kunnen en waar zij naar toe willen leven. Het voeren van helpende gesprekken met aandacht voor kwaliteiten, vaardigheden, waarden en hoop. Gesprekken die hen sterker maken en hen leren vertrouwen in eigen mogelijkheden.
- Ondersteuning bieden bij het vertellen van verhalen en het uiten van emoties, wees nabij maar ga niet redderen.
- De deelnemer is de deskundige en vertelt zijn verhaal in zijn eigen tempo. Dit betekent dat de uitvoerder een bescheiden rol heeft, meer achterover leunt, volgend is en vertrouwd op het proces.
- Voor de groep deelnemers met beperkingen geldt specifiek dat de uitvoerder alert dient te zijn op non-verbale signalen, deze signalen te verstaan en om te zetten in woorden.
- Leggen van verbanden tussen ervaringen, er niet vanuit gaan dat de deelnemer dit vanzelf doet.
- Maak gebruik van concrete voorbeelden, herhaling en bevestiging bij het bespreken van een onderwerp. Geef de deelnemer de tijd om een vraag te stellen en navragen of de vraag goed is begrepen.
- Een ander belangrijk aspect is dat uitvoerders nadenken over de invloed van het contact met de deelnemer: het gaat om tweerichtingsverhaal, de uitvoerder wordt ook beïnvloed door het verhaal van de deelnemer. Hiervoor dient de uitvoerder in contact te staan met zijn eigen innerlijke belevingsproces.

Het is daarom aan te bevelen met twee uitvoerders te werken gezien de verhalen van deelnemers ook een invloed hebben op de uitvoerders (Nicolai, 2016; Kunneman, 2009; Sheppard, 2003). Intervisie is een middel om te reflecteren op het proces, stil te staan bij het eigen proces, de eigen rol en de eigen beleving.

### ***Handvatten voor het werken met groepen en groepsdynamica***

- Afspraken maken met elkaar en omgangsvormen bespreken.
- Verdelen van aandacht voor zowel de individuele als de groepsontwikkeling.
- Tijd nemen voor toenadering door het doen van oefeningen in kennismaking.
- Persoonlijke doelen en verwachtingen bespreken.
- Bieden van veiligheid door deelnemers serieus te nemen, waardering uit te spreken, erkenning te geven van krachten, benoemen wat ze kunnen of hebben geleerd. Integriteit

te tonen, authentiek en echt te zijn.

- Oordelen en afwijzen is een valkuil bij het werken met groepen.
- Tijd en rust nemen voor wat zich afspeelt in de individuele deelnemer, in gedachten en in gevoelens. Benoem de gevoelens die je waarneemt bij de deelnemer. Bespreek deze met de groep, doorvragen naar individuele ervaringen en ruimte voor het uiten van gevoelservaringen. Dit zorgt voor herkenning en erkenning.
- Bevorderen van open communicatie tussen deelnemers door de groep te stimuleren om te reageren op elkaar, mee te denken en tips te geven. Geef erkenning voor de bijdragen. Deelnemers krijgen daardoor ook een gevoel iets te betekenen voor een ander.
- Ruimte bieden aan het voeren van dialoog. Initiatieven uit de groep laten komen.
- Verschillende werkvormen inzetten om bepaalde dynamieken te doorbreken.
- Maak situaties of waarnemingen bespreekbaar, ga deze niet uit de weg.
- Positieve benadering en aandacht tonen naar alle deelnemers. Wees persoonsgericht.
- Positief formuleren wat behoeften en verlangens zijn en deelnemers niet te overtuigen of te snel met oplossingen te komen.
- Houd oog voor het energieniveau van de deelnemers en van jezelf. Ga niet over grenzen, stop op tijd.
- Let op lichaamssignalen, bij jezelf en bij deelnemers. Deze signalen kunnen het proces van interactie beïnvloeden.
- Adequaaf inzetten van gespreksvaardigheden, zoals luisteren, open vragen stellen, bevestiging geven en samenvatten.

### **Kwaliteitsbewaking**

Het is essentieel dat de interventie wordt uitgevoerd zoals bedoeld omdat een goede behandelintegriteit wordt geassocieerd met betere behandelresultaten (Frylling, Wallace & Yassine, 2013; Goense, 2016; Manders et al., 2011). Om de behandelintegriteit te verhogen en daarmee de kracht van de levensverhaleninterventie te verhogen, zijn een train de trainer, intervisiebijeenkomsten, een werkboek en een handleiding beschikbaar om de uitvoering zo uniform mogelijk te maken. Tijdens de train de trainer leren uitvoerders te kijken vanuit een narratieve bril en oefenen uitvoerders in het toepassen van de handleiding. Vervolgens voeren uitvoerders zelfstandig een volledige interventie uit op de eigen werkplek. Zij maken een filmopname van een sessie en houden een registratielogboek per sessie bij, om na te gaan of de handleiding op de juiste wijze wordt gehanteerd. De filmopnamen en de registraties in het logboek worden besproken op de derde cursusdag. Het succesvol afsluiten van de cursus is voorwaarde om de interventie te geven. Jaarlijkse intervisiebijeenkomsten voor uitvoerders zullen bijdragen aan het vergroten en het behouden van de kwaliteit. De train de trainer cursus en de intervisiebijeenkomsten vinden vooralsnog plaats onder verantwoordelijkheid van de ontwikkelaar.

Naast het borgen van behandelintegriteit, wordt de kwaliteit van de interventie ook bewaakt middels de uitvoer van onderzoek. VGGNet heeft een nauwe samenwerking met de Universiteit van Twente: Vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie. Tevens is de interventie ondergebracht bij het StoryLab: Expertisecentrum op het gebied van narratieve psychologie en technologie.

## Randvoorwaarden

Er is draagvlak nodig vanuit uitvoerende professionals en management om de interventie te kunnen implementeren en te waarborgen binnen een organisatie. De interventie kan binnen de GGZ, de Revalidatiezorg en de Verslavingszorg worden geborgd door deze onder te brengen bij de zorgpaden Depressie en Trauma (PTSS). Binnen de VG-sector door de interventie toe te voegen aan het behandelaanbod.

De organisatie dient uitvoerders voldoende, geormerkte tijd en financiële middelen beschikbaar te stellen voor de uitvoering en voorbereiding van de interventie en de mogelijkheden aan te bieden tot het volgen van de train de trainer (drie dagen) en deel te nemen aan de intervisiebijeenkomsten (1 dag per jaar). Als ook tijd en aandacht te hebben om het systeem uitleg te geven over de interventie omdat zij ondersteuning bieden, en deelnemers kunnen motiveren en stimuleren om door te gaan met de interventie. Ten slotte dient de organisatie financiële middelen ter beschikking te stellen aan uitvoerders om de werkboeken en de bij de interventie behorende materialen aan te schaffen.

## Implementatie

Op dit moment maakt de interventie deel uit van het behandelaanbod binnen VGGNet en Leefstijlpraktijk Salland. Er wordt stapsgewijs gewerkt aan het verder uitrollen van de interventie.

*Daarvoor is beschikbaar:*

- Voorlichtingsmateriaal zowel passief (folders, flyers en posters) als actief (PowerPoint presentatie voor workshops, voorlichtingsmateriaal en presentaties).
- De interventie wordt beschreven op de website van VGGNet, Story Lab en Quality of Life Centre om toekomstige gebruikers bekend te maken met de interventie.
- Een uitgebreide handleiding voor uitvoerders waarin de sessies uitgebreid staan beschreven en concrete aanwijzingen geeft aan het handelen van uitvoerders.
- Een voor-gestructureerd werkboek voor deelnemers.
- Een train de trainer cursus en jaarlijkse intervisiebijeenkomsten voor uitvoerders waarin zij kunnen oefenen met de interventie en vaardigheden leren om met de interventie te werken en ervaringen kunnen uitwisselen.
- Er zijn vragenlijsten en een evaluatieformulier beschikbaar om de resultaten van de interventie te meten.

*Als vervolg op deze resultaten:*

- De train de trainer cursus en de jaarlijkse intervisiebijeenkomsten worden ondergebracht bij Quality of Life Centre en zal in Wijhe en Utrecht worden gegeven. Inclusief een 'Learning Space' omgeving dat leren en kennis delen stimuleert en als vraagbaak fungeert (2018).
- Vervolgbesprekingen met de uitgeverij (2018).
- Geven van workshops en presentaties (nationaal en internationaal) om de interventie breed onder de aandacht te brengen.
- De interventie wordt op de website van o.a. Jouw Omgeving, DSiN en Vilans geplaatst voor verdere bekendmaking.
- Lopend case studie onderzoek afronden (2018).



- Mini symposium organiseren om de resultaten van de onderzoeken te presenteren en de vervolgstappen te bespreken, voor zowel deelnemers als behandelaren als belangstellenden (2018).
- Een demo opname van een sessie als instructie- en voorlichtingsmateriaal voor de train de trainer cursus (2018).
- Interventie twee jaarlijks evalueren en bijstellen op basis van evaluatieformulieren van deelnemers en intervisiebijeenkomsten van uitvoerders (2020).

GGZ-professionals die belangstelling hebben om zich te bekwamen in de levensverhaleninterventie en voldoen aan de gestelde criteria kunnen zich aanmelden bij VGGNet, J. Beernink.

Een formeel plan voor landelijke implementatie moet nog worden gemaakt. Er ligt wel een concept plan aan welke punten het moet voldoen (Zie bijlage 1).

### **Kosten**

De kosten voor deelname aan de train de trainer cursus bedragen vooralsnog 750,00 euro, per persoon. Voor een train de trainer cursus op locatie geldt een aangepast tarief.

Wat betreft personele inzet kost de interventie:

- 1 uur directe tijd voor een intakegesprek, per deelnemer
- 2 uur voorbereidingstijd, dossierbestudering en verslaglegging van het intakegesprek, per deelnemer
- 1 uur uitleg aan verwanten en/of woonbegeleiders vooraf aan de interventie, per deelnemer
- 17 x 2 uur directe tijd voor de wekelijkse sessies, per groep
- 17 x 2 uur indirecte tijd voor voorbereiding, nabespreking en verslaglegging per sessie, per groep
- 1 uur directe tijd voor de evaluatie, per deelnemer
- 1,5 uur directe tijd voor het invullen van de vragenlijsten, per deelnemer, drie meetmomenten

Wat betreft de materiele kosten:

- Handleiding 30,00 euro
- Werkboek 30,00 euro
- Te gebruiken materialen:  
Kwaliteitspel: 29,95 euro. Auteur: P. Gerrickens.  
Waarden en normen spel: 32,95 euro. Auteurs: P. Gerrickens, M. Verstege, Z. van Dun.  
Eigenwijsjes. Coachingskaartjes: 9,95 euro. Dubbelzes Uitgeverij.
- Vragenlijsten zijn vrij toegankelijk

### 3. Onderbouwing

#### Probleem

##### *Aard*

Inmiddels is bekend dat het percentage mensen met psychiatrische stoornissen onder mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid (IQ 60-85) drie tot vier keer zo hoog als in de algemene bevolking (o.a. Allen, Lowe, Matthews & Anness, 2012; Barron, Molosankwe, Romeo & Hassiotis, 2013; Dosen, 2014; Koch, 2015; Mileviciute & Hartley, 2013; To, Neiryck, Vanderplasschen, Vanheule & Vandevelde, 2014; Wieland, Aldenkamp & van den Brink, 2017; van Wijngaarden et al., 2014). Depressieve- en trauma-gerelateerde klachten komen het meest voor (Katee, Troost, Jumelet & Lindauer, 2016; Lakeman, Bodden & Tromp, 2017; Wieland, Kapitein, Otter & Baars, 2014; Wigham, Taylor & Hatton, 2014). Ondanks de veelomvattende groep mensen is er vooralsnog een beperkt behandelaanbod, is wetenschappelijk onderzoek nog beperkt gebleven en zijn welomschreven en bewezen effectieve interventies schaars (o.a. Beail, 2017; Campbell, Robertson, Jahoda, 2014; Sheppard & Beail, 2017; Vliissides, Beail, Jackson, Williams & Colding, 2017; Wieland, 2016).

Een toevoeging is dat het gaat om een dubbele problematiek binnen twee sectoren: de GGZ en de VG sector. Juist op dit snijvlak doen zich een aantal problemen voor. Binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg is nog weinig ervaring in het behandelen van psychische klachten (Costello, Bouros & Davis, 2007; Stenford & Rose, 2011). In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is nog onvoldoende kennis van verstandelijke beperkingen en de daarbij horende specifieke behoeften (Stenford & Rose, 2011; Wieland, 2016). Binnen de GGZ zijn, in het algemeen, behandelmethoden ontwikkeld voor 'normaal' begaafde personen. In de praktijk blijken deze programma's veelal niet geschikt voor mensen met een verstandelijke beperking omdat ze niet goed aansluiten op het cognitieve- en het sociaal emotionele niveau (Brown, West, Loverich & Biegel, 2011; Chinn, Abraham, Burke & Davies, 2014; Evenhuis, 2011; Jennings & Hewitt, 2015; Wieland et al., 2017). Huidige therapieën berusten vooral op de kerngedachten uit de cognitieve gedragstherapie en op protocollen. Over de effectiviteit van cognitieve gedragstherapieën wordt verschillend gedacht (o.a. Beail, 2017; Unwin, Tsimopoulou, Kroese & Azmi 2016; Vereenoghe & Langdon 2013). Mensen met verstandelijke beperkingen hebben moeite met het maken van onderscheid tussen gedachten, gevoelens en gedrag waardoor zij onvoldoende kunnen profiteren van deze vormen van therapie. Mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid worden regelmatig uitgesloten van behandeling (bv. Exclusiecriteria TIQ 80/85; Jongedijk, 2014; Vanderplasschen, Lievens & Roets, 2006). Als reactie hierop is een aantal bestaande programma's toegeschreven op mensen met psychische klachten en een verstandelijke beperking (Kerr, Lawrence, Darbyshire, Middleton & Fitzsimmons, 2013; Whitehouse, Tudway, Look & Kroese, 2006). Zo hebben Jahoda en anderen (2006) een behandelmethodode voor depressie aangepast, Dagnan en Jahoda (2006) voor angststoornissen en van der Nagel en Kiewik (2016) een cognitief gedragstherapeutische behandelmethodode voor problematisch middelengebruik. Dit is echter niet toereikend.

##### *Ernst en spreiding*

Het aantal personen in Nederland met een lichte verstandelijke beperking ((IQ-range 50/55- 70) wordt geschat op 74.000 personen. Personen die op zwakbegaafd niveau functioneren (IQ-range 70-85) wordt geschat op 1,4 miljoen personen (Woittiez, Putman, Eggink & Ras, 2014). De

Wereldgezondheidsorganisatie (2013) schat dat 1 tot 3% van de bevolking een verstandelijke beperking heeft en 10 tot 13% zwakbegaafd is. Bij mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid kunnen alle psychiatrische stoornissen voorkomen. Depressie is één van de meest voorkomende stoornissen. Tussen 2,2 en 8,9% van de mensen met een verstandelijke beperking heeft te kampen met depressieve klachten (Reid, Smiley & Cooper, 2011; Tsiouris Kim, Brown & Cohen, 2011). Mogelijk hangt deze hoge prevalentie samen met de veelheid van negatief ervaren levensgebeurtenissen (Cooper et al., 2007b; Gentile & Gilling, 2012; Wigham et al., 2014). Negatieve levensgebeurtenissen zijn eveneens een risico factor voor het ontwikkelen van een post-traumatische stressstoornis (PTSS). Deze stoornis komt eveneens veelvuldig voor, echter niet iedere negatieve levensgebeurtenis ontwikkelt zich tot een PTSS (Katee et al., 2016; Wieland et al., 2014; Wieland et al., 2017; Wigham et al., 2014), daarom wordt gesproken over trauma-gerelateerde klachten. Mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid zijn drie tot vier keer vaker slachtoffer van seksueel misbruik dan andere mensen in de samenleving (van Berlo et al., 2011; Coppus & Lagro, 2017; Kasius & van Amelsvoort, 2018; Marschall & Tilley, 2013; Schaafsma, Kok, Stoffelen & Curfs, 2015; Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser & Bakermans, 2011; Wissink, van Vugt, Moonen, Stams & Hendriks, 2015), daarnaast hebben 61% vrouwen en 23% mannen seksueel geweld meegemaakt (van Berlo et al., 2011), het misbruik duurt langer (Reiter, Bryen & Shachar, 2007) en wordt veelal gepleegd door bekenden van het slachtoffer (van Berlo et al., 2011). Uit onderzoek komt tevens naar voren dat seksueel misbruik ook samenhangt met depressieve klachten (van Deth, 2017; Peckham, 2007; Wieland et al., 2017; Wigham et al., 2014).

### *Gevolgen*

Mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid en met psychische klachten worden onvoldoende effectief en efficiënt behandeld met kans op verergering van klachten en zelfs tot chroniciteit. De gezondheidsschade en kosten zullen daardoor toenemen.

De psychische klachten van mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid hebben aanzienlijke (negatieve) gevolgen op het functioneren op diverse levensgebieden (Barendregt et al., 2011; de Beer, 2011; Brown, West, Loverich & Biegel, 2013; Koch, 2015; Schalock et al., 2010) zoals op het gebied gezondheid, wonen en werken, vrije tijd, sociale relaties en netwerk.

### **Oorzaken**

Mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid hebben beperkingen in het cognitief functioneren, in het sociaal aanpassingsvermogen en in de redzaamheid. Dit heeft tot gevolg dat deze mensen problemen kunnen hebben in bijvoorbeeld het omgaan met stress en moeilijke situaties, het stellen van grenzen, het omgaan met problemen, het plannen, het abstract redeneren, het terughalen en analyseren van situaties en het reflecteren op moeilijke situaties (de Beer, 2011; Grove, 2015; Razza, Tomasulo & Sobsey, 2011). Als gevolg van dit alles hebben zij doorgaans vaak faalervaringen (Didden, 2015; Diepenhorst & Hollander, 2011; Wieland et al., 2017), verlieservaringen (Dodd, Joyce, Nixon, Jennison & Heneage, 2011) of anderszins vervelende ervaringen opgedaan zoals gepest zijn, buitengesloten zijn van het regulier onderwijs, aangewezen zijn op speciale voorzieningen, uithuisplaatsing, niet geaccepteerd zijn door de samenleving, de eigen beperkingen niet accepteren en het ervaren van afhankelijkheid, niet kunnen voldoen aan verwachtingen van zichzelf en van anderen, geen reguliere baan

kunnen hebben, het doorleven van trauma's zoals misbruik of mishandeling (Van Hove et al, 2012; Marshall & Tilley, 2013; Welsby & Horsfall, 2011; Wigham et al., 2014).

Deze persoonsgerichte en omgevingsgerichte factoren hebben hun weerslag op de gemoedstoestand, de (negatieve, gehavende) identiteit en het zelfbeeld van de persoon en dragen bij aan een verhoogd risico op het ontwikkelen en in stand houden van depressieve- of trauma-gerelateerde klachten. Verhalen van mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid en met depressieve- of trauma-gerelateerde klachten zijn daarom vaak verzadigd van pijnlijke gebeurtenissen. Mede daardoor kunnen zij een isolement ervaren en wordt leven tot overleven (Gabel, Cohen, Kotel & Pearson, 2013; Marshall & Tilley, 2013). Helaas dringt zich op dat punt het eerder genoemde probleem aan dat de GGZ nog onvoldoende is toegerust om deze doelgroep goed te kunnen ondersteunen, met chronische psychische problematiek mogelijk tot gevolg.

### **Aan te pakken factoren**

De levensverhaleninterventie *Wie ben ik?* is gebaseerd op concepten uit de positieve psychologie, met name uit de narratieve therapie (Olthof, 2012; White & Epston, 1990) en de life-review therapie (Butler, 1963, 1974; Westerhof, Bohlmeijer & Webster, 2010). Deze concepten veronderstellen dat mensen verhalenvertellers zijn en dat levensverhalen een zingevende functie hebben. In de persoonlijke verhalen van mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid en met depressieve- of trauma-gerelateerde klachten komen de dominante verhalen naar voren die zich kenmerken door een negatieve toon, het ontbreken van een duidelijke zin en richting en een beperkt gevoel van controle in het leven (Marshall & Tilley, 2013; Wigham et al., 2014). Zowel het verhaal als de interpretatie ervan staan centraal om de betekenis ervan zichtbaar te maken.

De interventie *Wie ben ik?* richt zich daarom primair op het (opnieuw) integreren van gebeurtenissen in de eigen levenslijn. Door enerzijds los te komen van bestaande pijnlijke verhalen en anderzijds andere rijke verhaallijnen te ontwikkelen, poogt de interventie een bijdrage te leveren tot zowel een afname in depressieve- of trauma-gerelateerde klachten (hoofddoel 1) als een toename in welbevinden (hoofddoel 2). In dit gehele proces ontwikkelen deelnemers een beter inzicht in zichzelf en meer eigenwaarde wat het zelfbeeld vergroot: zij groeien in hun krachten en vaardigheden en in een 'gezonde' identiteit. Dit leidt idealiter tot een toename van welbevinden (hoofddoel 2), tevredenheid, controle en doelen (subdoelen 1 t/m 3). Er ontstaat een ander perspectief, door inzicht is uitzicht gekomen.

### **Verantwoording**

Het belang van het werken met levensverhalen krijgt steeds meer belangstelling en wordt in zowel nationale (o.a. Bohlmeijer, Steunenbergh & Westerhof, 2011; Brandt & Huizinga, 2014; Fontaine, 2016; Jongedijk, 2014; Kruizinga, 2017) als internationale literatuur (o.a. Biggs & Hinton, 2008; Grove, 2014) veelvuldig bepleit. Er bestaan verschillende toepassingen zoals de narratieve therapie en de life-review therapie. Verhalende interventies kunnen worden ingezet om de zorg te verbeteren, bij te dragen aan welbevinden en het vergroten van eigen kracht en capaciteiten, maar ook in de behandeling van psychische klachten (Bohlmeijer et al., 2013; Cloitre & Beck, 2017; Franssen, 2005; Goncalves, Machado, Martins, Hoek & Machado, 2016; Jongedijk, 2014; Westerhof & Bohlmeijer, 2012; Woods, 2012). De interventie *Wie ben ik?* heeft specifiek aandacht voor het unieke, eigen perspectief van mensen en houdt rekening met zowel de depressieve- of trauma-gerelateerde klachten als de krachten. Voor de therapeutische benadering is gebruik

gemaakt van kennis over het werken met levensverhalen uit de GGZ (narratieve therapie; Olthof, 2012; White & Epston, 1990) en de ouderenzorg (life-review therapie: Westerhof, Bohlmeijer & Webster, 2010).

### *Narratieve therapie*

*Narratieve therapie*<sup>3</sup> is ontstaan uit het werk van Michael White en David Epston (1990). De therapie bestaat uit twee processen: de deconstructie van een dominant verhaal en de reconstructie van een alternatief verhaal. Een sterke identificatie met het probleem heeft een negatieve invloed op het welbevinden van de persoon: de persoon valt samen met het probleem (Westerhof & Bohlmeijer, 2012). Door het probleem of de gebeurtenis te externaliseren wordt de persoon losgekoppeld van het probleem. Het probleem krijgt een eigen bestaan, een eigen werkelijkheid en wordt daarmee als het ware buiten de persoon gelegd. De gedachte is dat we niet het probleem zijn maar dat we een relatie hebben tot het probleem. Daarmee wordt het dominante verhaal gedeconstrueerd. Er wordt gezocht naar unieke innovatieve momenten, dat wil zeggen naar gebeurtenissen die afwijken van het dominante verhaal. Deze vormen de bouwstenen van een alternatief verhaal dat vervolgens wordt 'verdikt'. In deze reconstructie van het verhaal worden mogelijkheden en kansen, waarden, vaardigheden, talenten en kwaliteiten onderzocht. Daardoor ontstaat een verhaal met een ander oordeel, dat rijker en preciezer is, en minder internaliserend. Hierdoor wordt een verhalenrijkdom bevorderd die mensen uitnodigt tot een positie van invloed en controle uitoefenen op het leven waardoor de depressieve- of trauma-gerelateerde klachten af en het welbevinden toeneemt. Uit onderzoek blijkt evidentie voor de therapeutische processen, het versterken van de identiteit en de sociale relaties (Fredman, 2014; Matos, Santos, Goncalves & Martins, 2009). Daarnaast blijkt narratieve therapie bewezen effectief voor de behandeling van depressieve klachten (Meastes & Rude, 2012) en post traumatische klachten (Jongedijk, 2014). Een voorbeeld is Narratieve Exposure Therapie (NET: Maurits et al., 2016; Schauer, Stenmark, Catani, Neuner, Elbert & Holen, 2013). Een meta-analyse van zeven studies over NET heeft laten zien dat deze middelgrote effecten heeft (Gwozdziwycz & Mehl-Madrona, 2013).

### *Life-review therapie*

*Life-review therapie* is ontwikkeld door psychiater en gerontoloog Butler (1963, 1974). Het is een mentaal proces van reflecteren op het eigen leven waarbij een reorganisatieproces plaatsvindt dat zich richt op het verwerken van gebeurtenissen uit het verleden en deze te integreren in de levensloop, en het versterken van de identiteit (McAdams en McLean, 2013; Jongedijk, 2014; Westerhof & Bohlmeijer, 2014). De evaluatie begint bij de kindertijd en doorloopt vervolgens het verleden, heden en eindigt met de toekomst. Er wordt zowel stilgestaan bij het ophalen en herbeleven van dierbare herinneringen als bij de interpretatie en betekenis van pijnlijke herinneringen. Door zich gebeurtenissen te herinneren en over de herinnering te vertellen, vindt opnieuw een reconstructie van de gebeurtenissen plaats. Er wordt opnieuw betekenis gegeven. Dit is mogelijk omdat een herinnering bestaat uit elementen uit de oorspronkelijke gebeurtenis waar nieuwe elementen aan zijn toegevoegd of elementen uit zijn weggelaten. Life-review therapie ondersteunt bijvoorbeeld om conflicten uit het verleden te verwerken en te integreren binnen het perspectief

---

<sup>3</sup> Het woord 'narratief' stamt af van het Latijnse woord 'narrare' hetgeen vertellen betekent. Het daaraan gerelateerde begrip 'narratio' betekent 'verhaal' of 'verhalend'.

van de verhaallijn, om verlies van dierbaren te verwerken, het geleefde leven te evalueren, als ook om verhalen te voorzien van nieuwe versterkende perspectieven.

Life-review interventies dragen bij aan het vinden van psychologische hulpbronnen, zoals een gevoel van tevredenheid, controle en doel in het leven en helpen zo om zowel psychische klachten te verminderen als ook het welbevinden te bevorderen (Bolier et al., 2013; Csikszentmihalyi, 2014; Pot et al., 2010; Schotanus-Dijkstra, Drossaert, Pieterse, Walburg & Bohlmeijer, 2017; Westerhof, 2017; Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Uit diverse meta-analyses blijkt dat life-review therapie bewezen effectief is in het verminderen van depressieve klachten en het verbeteren van welbevinden (Bohlmeijer et al., 2003, 2007; Pinquart & Forstmeier, 2012). Voorbeelden uit de databank van Vilans die als effectief bewezen zijn erkend, zijn *Op verhaal komen* (Bohlmeijer & Westerhof, 2015; effectief volgens goede aanwijzingen), *Dierbare herinneringen* (Bohlmeijer et al., 2010; effectief volgens eerste aanwijzingen).

#### *De combinatie van narratieve- en life-review therapie*

Beide therapieën richten zich op een sterker verhaal over het eigen leven waarbij life-review therapie zich specifiek richt op een evaluatie van het verhaal en levensgebeurtenissen worden gaandeweg opgelost binnen de context van het verhaal. Narratieve therapie daarentegen begint bij het probleem en grijpt terug naar het verleden. Er is alleen aandacht voor herinneringen die bij kunnen dragen aan een alternatief verhaal. Kenmerkend voor beide vormen van therapie is de aandacht voor zowel moeilijke als krachtige verhaallijnen. Bevestiging en erkenning van deze beide verhaallijnen hebben invloed op de identiteit, op het welbevinden en op de geestelijke gezondheid (Jongedijk, 2014; Westerhof & Bohlmeijer, 2012). Doordat deelnemers verbindingen leren te leggen tussen verleden, heden en toekomst volgens bepaalde thema's, ontdekken zij wat en wie kostbaar is, ontstaan er rijke verhaallijnen en ontstaat er ruimte voor meerdere identiteiten waardoor de levenstevredenheid en het welbevinden toeneemt (McAdams & McLean, 2014). Daarnaast blijkt uit onderzoek dat een combinatie van life-review en narratieve therapie effect heeft op het verminderen van depressieve klachten en het verbeteren van welbevinden bij volwassenen (Korte et al., 2012; Lamers, Bohlmeijer, Korte & Westerhof, 2015; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2015; Westerhof, Lamers, Postel & Bohlmeijer, 2017). Korte en anderen (2014) tonen aan dat een groepsgerichte benadering ook bijdraagt in het delen en herkennen van elkaars herinneringen.

#### *Narratieve- en life-review therapie bij mensen met verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid*

De laatste jaren komt er meer aandacht voor het werken met levensverhalen bij mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid (o.a. Grove, 2014; Grove & Harwood, 2013; Van Hove et al., 2012; McParland, 2015; Koslowski et al., 2016). Er bestaan verschillende toepassingen zoals narratieve- en life-review interventies.

Verhalende interventies worden vaak gebruikt om een beter inzicht in het leven van mensen met een verstandelijke beperking te verkrijgen (Gabel et al., 2013). De talloze problemen die zij tegenkomen in hun leven, met inbegrip van werk en vrije tijd, institutionele veranderingen, moeilijke sociale relaties, pesten, stigmatisering, en misbruik worden voor het voetlicht gebracht (o.a. Van Hove et al., 2012; Marshall & Tilley, 2013; Welsby & Horsfall, 2011; Wigham et al., 2014).

Uit onderzoek komt naar voren dat narratieve therapie invloed heeft op probleemgedrag, obsessief gedrag, sociale angst (McParland, 2015), depressieve klachten (Koslowski et al., 2016) en trauma-gerelateerde klachten (Biggs & Hinton, 2008). Bai en anderen (2014) hebben onderzoek gedaan naar de invloed van een

levensverhalenprogramma (LSWp) bij ouderen met een lichte tot matige verstandelijke beperking, zowel individueel als in een groep. Er werd gebruik gemaakt van foto's om herinneringen beter te kunnen ophalen. Uit de resultaten komt naar voren dat LSWp invloed heeft op kwaliteit van leven, gemoedstoestand en sociale vaardigheden: mensen kregen meer interesse en plezier in het leven. Life-review therapie kan worden ingezet als groepsinterventie indien er sprake is van een veilige sfeer binnen de groep, zich durven blootstellen aan groepsgenoten en zich kunnen verplaatsen in de ander, aldus Korte en anderen (2013). Verder komt uit een aantal case studies naar voren dat narratieve therapie de identiteit en de sociale relaties versterkt (o.a. Ayland & West, 2006; Foster & Banes, 2009; Fredman, 2014), leidt tot meer emotioneel welbevinden en eigen regie (Hamilton & Atkinson, 2009; Peterson et al., 2010), ervaren van een doel in het leven, meer tevredenheid en meer communicatie (Grove, 2015). Foster en Banes (2009) beschreven een case studie van een man met een verstandelijke beperking waarbij de angstklachten afnamen en het welbevinden toenam. Zij concludeerden dat een narratieve therapeutisch benadering een goed alternatief is voor cognitieve gedragstherapie bij mensen met een verstandelijke beperking. Puyenbroek en Maes (2005) vonden in hun onderzoek naar reminiscentie een positieve invloed op kwaliteit van leven, in het bijzonder op psychologisch- en sociaal welbevinden. Narratieve therapie blijkt werkzaam bij mensen met een matige tot ernstige verstandelijke beperking (Wark, 2012), bij mensen met een lichte verstandelijke beperking (Mathews & Mathews 2005), bij mensen met ernstige meervoudige beperkingen (ten Brug, van der Putten, Penne, Maes & Vlaskamp, 2012), bij ouderen met een verstandelijke beperking (Puyenbroek & Maes, 2008) en bij kinderen met communicatie problemen en een verstandelijke beperking (Bunning, Gooch & Johnson, 2016). Ondanks de taligheid van deze vormen van therapie blijkt het geschikt voor mensen met een verstandelijke beperking. Het is zinvol, haalbaar en toepasbaar.

#### *Richtlijn Effectieve interventies voor mensen met LVB*

Voor de verantwoording van de interventie is het tevens van belang te benoemen dat bij het ontwerpen gebruik is gemaakt van de 'Richtlijn Effectieve Interventies voor mensen met lichte verstandelijke beperkingen' (de Wit, Moonen & Douma, 2011). Deze stelt dat er speciaal rekening moet worden gehouden met bijvoorbeeld beperkingen in het werkgeheugen (Bai et al., 2014; Didden 2006; Grove, 2011), uitvoerende functies en reflecterend vermogen (Janssen & Schuengel, 2006). Tevens stelt deze richtlijn dat het essentieel is om goede diagnostiek te bedrijven, het sociaal netwerk in de behandeling te betrekken, voldoende ruimte en tijd in te ruimen, ervaringsgerichte oefeningen aan te bieden, een veilige en positieve omgeving te creëren, en eenvoudige structuur en communicatie te gebruiken. Vanuit de psychotherapie wordt bij mensen met verstandelijke beperkingen geadviseerd om gebruik te maken van eenvoudige taal, beeldmateriaal, tijd voor het opbouwen van een veilig contact, korte sessies, contact met het systeem, een actieve rol als therapeut en de therapie dient lang en intensief te zijn (Beail & Jackson 2009; Grove, 2014; Heneage & Neilson, 2012; Rossiter, 2012; Vuijk, 2013). Bij *Wie ben ik?* vindt diagnostiek plaats op basis van een uitgebreide intake, inclusief bestudering van de voorgeschiedenis en bespreking van de in- en exclusiecriteria, groeps- of individuele behandeling. Het sociale netwerk wordt nadrukkelijk betrokken bij de intake, behandeling en afronding: ze krijgt informatie over de interventie, het ondersteunen bij het maken van thuisopdrachten en het ondersteunen van het maken van de vertaalslag naar de praktijk omdat generalisatie niet vanzelf gaat. Gezien de taligheid van de interventie zijn de sessies ruim van opzet waardoor voldoende tijd en ruimte wordt gecreëerd voor het bespreken van één onderwerp, van pijnlijke verhalen, het uitwisselen

van ervaringen en emoties, en het opsporen van kleine verhaallijnen. Ook is er tijd ingericht voor herhaling om de effectiviteit te versterken. Daarnaast heeft de interventie een duidelijke structuur en is afgestemd op de communicatie van de doelgroep. Het is geschreven in begrijpelijke taal en korte zinnen, moeilijk woorden worden niet uit de weg gegaan maar uitgelegd. Tevens wordt er gewerkt met ervaringsgerichte oefeningen en visuele ondersteuning zoals foto's, het doen van oefeningen en spellen om de taligheid verder te ondersteunen. Om een veilige en positieve omgeving te creëren ondersteunen uitvoerders bij het uiten van emoties, het verwoorden van ervaringen, gebeurtenissen onder ogen te zien, samen te zoeken naar herwaardering van gebeurtenissen en het doen van nieuwe ontdekkingen. Ook de geslotenheid van de groep draagt hieraan bij. Op rituele wijze wordt het verleden afgesloten met behulp van luisteroefeningen en fijne en vervelende dingen doosjes. Aan het eind van de interventie wordt specifiek aandacht besteed aan het afscheid nemen: deelnemers krijgen complimenten uit de groep en ontvangen een certificaat voor het succesvol beëindigen van de interventie. De geboden structuur biedt duidelijkheid en overzicht, herinneringen worden beter en actiever opgehaald, verteld en geordend om het inzicht te bevorderen. Op deze wijze zijn specifieke maatregelen getroffen waardoor de interventie sensitief is voor de cognitieve beperkingen en beperkingen in het sociaal begrip van de deelnemers.

In tabel 2 worden de hoofddoelen en de subdoelen weergegeven in relatie tot de bijbehorende factoren. Per doel wordt aangegeven hoe de interventie hierop inspeelt.



Tabel 2 Hoofdoelen, subdoelen, bijbehorende factoren en elementen uit de interventie

<b>Hoofddoel</b>	<b>Bijbehorende factoren</b>	<b>Elementen uit de interventie</b>
Afname van depressieve- of trauma-gerelateerde klachten	Verhalen zijn verzadigd met pijnlijke gebeurtenissen Identificatie met probleem Dit heeft zijn weerslag op gemoedstoestand, identiteit en zelfbeeld, en kunnen depressieve- of trauma-gerelateerde klachten ontstaan Klachten hebben invloed op alle levensgebieden	Delen van verhalen geeft erkenning en lotsverbondenheid Loskoppelen van pijnlijke verhalen van persoon Verhalen vertellen, her-vertellen, herwaarderen en herschrijven Opsporen en verdikken van alternatieve verhalen Verdunnen van pijnlijke verhalen Rituele afsluiting
Toename van welbevinden	Weinig aandacht voor kwaliteiten, vaardigheden, waarden, talenten Ontbreken van zin en doel in het leven Beperkte mechanismen en patronen Beperkte levenstevredenheid Verleden, heden en toekomst staan niet in verbinding met elkaar	Kwaliteitspel, waardenspel, eigenschappen Pijnlijkheden in het heden en vanuit het verleden analyseren Vertellen en verdikken van fijne verhalen Metaforen Thema's, patronen en leerpunten Keuzes maken voor de toekomst Wensen, dromen en mogelijkheden Brief aan talent
<b>Subdoelen</b>	<b>Bijbehorende factoren</b>	<b>Elementen uit de interventie</b>
Toename van levenstevredenheid	Ontbreken van levensvreugde	Rijke verhaallijnen Herwaarderen van pijnlijke verhalen Waarden en normen spel Talenten
Toename van controle	Ontbreken van controle Beperkte mate van zelfvertrouwen	Plan van aanpak Kwaliteitspel Geven van presentatie
Toename van doelen	Ontbreken van richting en doel in het leven	Levensmotto Levensdoel Wensen Plan van aanpak

## 4 Onderzoek

Voorafgaand aan de interventie is toestemming gevraagd en verkregen van de deelnemers of hun wettelijk vertegenwoordigers op basis van een voor de doelgroep aangepaste Informed Consent. Alle deelnemers hebben een persoonlijk identificatienummer gekregen waardoor de vragenlijsten anoniem zijn verwerkt. Daarnaast is goedkeuring verkregen van de Medisch Ethische Commissie (Metigg). Tevens is toestemming verkregen voor het uitvoeren van het onderzoek vanuit de Raad van Bestuur van GGNet en Leefstijlpraktijk Salland.

### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Westerhof, Beernink & Sools, 2016

A Westerhof, G., Beernink, J. & Sools, A. (2016). Who Am I? A Life Story Intervention for Persons With Intellectual Disability and Psychiatric Problems. *Journal of intellectual and developmental disabilities*, 54(3), 173-186.

B Methode:

Er waren 25 deelnemers geïnccludeerd in het onderzoek. Zij vulden vooraf en na afloop van de interventie een zelfrapportagelijst over psychische klachten in (SCL-90). Daarnaast vulden ze na afloop van de interventie een gestandaardiseerd evaluatieformulier in. Er werd een content analyse uitgevoerd op de antwoorden. Na het proces van open coderen werden 17 categorieën geclusterd tot 5 thema's: algemene evaluatie, persoonlijke leerpunten, interventie-specifieke aspecten, groep gerelateerde aspecten en de rol van de uitvoerder.

C -Resultaten:

De interventie werd door de deelnemers over het algemeen als positief beoordeeld, zowel op persoonlijke leerpunten als op interventie specifieke, groep gerelateerde en therapeut gerelateerde aspecten. Zij beschreven onder andere dat ze nieuwe inzichten en vaardigheden hadden geleerd en hun eigen kracht en vertrouwen in anderen hadden ontdekt. Bijvoorbeeld: "Ik heb geleerd om beter naar mezelf te kijken", "Denken aan leuke dingen in plaats van boosheid te uiten", "Ik ben meer open geworden", "Ik heb geleerd dat ik toch ook kwaliteiten heb", "Ik voel me meer tevreden", "Ik kan tegen mezelf zeggen: dit ben ik".

Beernink, Westerhof en Sools, 2016

A. Beernink, J., Westerhof, G. en Sools, A. (2016). *Procesevaluatie naar de levensverhaleninterventie Wie ben ik?* Het betreft voornamelijk een intern niet gepubliceerd onderzoek.

B. Methode:

Er heeft een procesevaluatie plaatsgevonden waarbij gebruik is gemaakt van verschillende methoden, te weten: 1) 36 deelnemers hebben een gestandaardiseerd evaluatieformulier (zie bijlage 2) ingevuld na de laatste sessie van de interventie, 2) er is een gestandaardiseerde observatielijst gebruikt, onder een groep van 6 deelnemers, die tijdens elke groepssessie (17) door de onderzoeker is ingevuld, 3) 8 uitvoerders hebben een gestandaardiseerd evaluatieformulier ingevuld na het geven van een interventie (zie bijlage 3), 4) ter verdieping van de resultaten uit deze evaluatie is een focusgroep gehouden, onder dezelfde 8 uitvoerders.

Voor de data verwerking van de formulieren is gebruik gemaakt van thematische analyse. De data uit de focusgroep (uitvoerders) is gebruikt om de categorieën verder te verfijnen.

C. Resultaten:

*Resultaten uitvoerders*

Uitvoerders waarderen de interventie positief, met een rapportcijfer tussen 7 en 9 (gemiddeld 8.1). De interventie heeft meer opgeleverd dan de uitvoerders hadden verwacht.

*“Ik ben veel bewuster stilgestaan bij het doorvragen en met name naar de betekenisgeving.... Ook het zoeken van een thema vind ik een mooie toevoeging in vergelijking met andere cursusbladen (CGT)”. Citaat uitvoerder.*

De trainer biedt volgens uitvoerders voldoende handvatten om de interventie zelfstandig uit te voeren. De handleiding, werkboeken en materialen waren op tijd aanwezig waardoor de fasering van de uitvoering in overeenstemming was met de handleiding.

Aan de uitvoerders is tevens gevraagd wat zij als werkzame bestanddelen van de interventie zagen. Hierop werden de volgende zaken genoemd:

- de reconstructie van verhalen door een verhalende manier van vragen stellen,
- het delen van verhalen,
- het afsluitingsritueel,
- het visualiseren van de cirkel met thema's en patronen,
- het betrekken van het netwerk,
- algemene kennis over een onderwerp,
- het groepsproces,
- de veiligheid in de groep en
- de rol van uitvoerders.

De interventie heeft volgens uitvoerders ook geleid tot een toename van sociale vaardigheden, het aannemen van een gezonde rol en identiteit. De betrokkenheid van het netwerk heeft ook geleid tot twijfels over de kleuring van verhalen. Zo was het in één geval onduidelijk of het verhaal een herinnering was van de deelnemer zelf of van haar zus. Dit kan gezien worden als een minder sterk punt van de interventie.

Uitvoerders geven als suggestie voor verbetering de volgende punten: videomateriaal ter illustratie, specifieke woordkeuze, meer aandacht voor jongvolwassenheid, lay-out en striptekening bij de fabels.

*Resultaten deelnemers*

Deelnemers waarderen de interventie positief, met rapportcijfers tussen 7 en 10 (gemiddeld 8.3). Zij hebben meer inzicht in zichzelf gekregen, het zelfvertrouwen en gevoel van eigenwaarde is gestegen en hebben zij vaardigheden en leerpunten ontdekt.

*“Ik ben van dwang naar power gegaan”. Citaat deelnemer.*

Aan de deelnemers is in de evaluatie gevraagd wat zij als leerzame onderdelen hebben ervaren.

Hierop werden de volgende zaken genoemd:

- de onderdelen toekomst, verleden,
- verhalen delen,

- afsluitingsritueel,
- cirkel,
- veiligheid in de groep en
- eigen inzet.

Uit de observaties van de deelnemers zijn de thuisopdrachten bespreken, het schrijven en delen van verhalen, het afsluitingsritueel en veiligheid in de groep als belangrijke elementen naar voren gekomen. Het is van belang dat deze elementen onderdeel uitmaken van de interventie en daadwerkelijk aanbod komen en op een juiste manier moeten worden behandeld.

Deelnemers geven als verbeterpunten: vereenvoudigen van moeilijke woorden, uitbreiden van het onderdeel jongvolwassenheid, verwachtingen die in het begin gesteld zijn te vergelijken met het eindresultaat.

## 4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Er zijn verschillende vragenlijsten beschikbaar voor de evaluatie van de interventie. Het gaat om zelfrapportagelijsten die de doelen van de interventie meten: afname van depressieve- of trauma-gerelateerde klachten en toename welbevinden, levenstevredenheid, controle en doel in het leven.

Symptom Check List (SCL-90): bestaat uit 90 items en meet lichamelijke psychische klachten.

Outcome Questionnaire (OQ-45): bestaat uit 45 items en meet symptomatische distress, interpersoonlijke relaties en sociale rol.

Dutch Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF): bestaat uit 14 items en meet drie kerncomponenten van de positieve psychologie: sociaal, psychologisch en emotioneel welbevinden.

Satisfaction With Life Scale (SWLS): bestaat uit 5 items en meet de mate van tevredenheid over het leven.

Mastery Scale (MS): bestaat uit 5 items en meet de mate van controle die mensen ervaren op hun leven.

Purpose in Life Scale (PIL): bestaat uit 6 items en meet de mate van het ervaren van een doel in het leven.

Voor de beschrijving, de validiteit en de betrouwbaarheid verwijs ik naar bijlage 4.

De vragenlijsten zijn door de deelnemers zelf ingevuld, met ondersteuning van een psychodiagnostisch medewerker. Alhoewel mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid best in staat zijn zelf vragenlijsten in te vullen is het onduidelijk in hoeverre het geven van sociaal wenselijke antwoorden of het geven van antwoorden zonder de vraag te begrijpen van invloed zijn geweest op de validiteit van de ingevulde vragenlijsten (van Duijvenbode et al., 2013). Echter, de hoge scores op de mate van ervaren klachten, vergeleken met de klinische data in de studie van Kellett en anderen (1999) suggereren dat de deelnemers niet aarzelden om de ervaren klachten en symptomen daadwerkelijk in te vullen op de vragenlijsten. Het feit dat niet alle schalen verbetering lieten zien suggereert ook dat deelnemers kunnen differentiëren tussen vragen. Verder stellen Chambless en Hollon (1998) dat de onderzoekspopulatie in elke modaliteit uit 25 tot 30 participanten moet bestaan om statistische power (de waarde waarmee men aangeeft dat de nulhypothese terecht is verworpen) te verwerken. Ons eerste onderzoek omvat 25 deelnemers, het tweede 20 deelnemers en het derde onderzoek omvat 55 deelnemers, 25 deelnemers in de experimentele groep en 25 deelnemers, en 5 drop-outs (met een statistische power van .80 en een alpha van .05, een correlatie tussen de metingen van .50, bij twee groepen met drie meetmomenten).

Westerhof, Beernink & Sools, 2016

A Westerhof, G., Beernink, J. & Sools, A. (2016). Who Am I? A Life Story Intervention for Persons With Intellectual Disability and Psychiatric Problems. *Journal of intellectual and developmental disabilities*, 54(3), 173-186.

B Methode:

Er waren 25 deelnemers geïnccludeerd in het onderzoek. Zij vulden vooraf, na afloop van de interventie en na 6 maanden een zelfrapportagelijst over psychische klachten in (SCL-90). De totale score van de lijst werd gebruikt als primaire uitkomstmaat evenals de scores op de subschalen. De deelnemers namen deel aan drie interventiegroepen: 10-daagse behandeling in Spanje (n=13), deeltijdbehandeling (n=6) en poli klinische behandeling (n=8). Er waren twee drop-outs. De Wilcoxon signed rank test werd gebruikt om de verschillen tussen de voor- en nameting en tussen de voor- en follow-up meting te onderzoeken.

C Resultaten:

De totale score van psychische klachten op de SCL-90 nam tussen de voor- en nameting sterk af na de interventie en deze afname hield stand op de follow-up meting. In het bijzonder op depressie, angst, obsessieve compulsieve stoornis en interpersoonlijke sensitiviteit. Tussen de groepen werd geen verschil gevonden. Er werd geconcludeerd dat de interventie veelbelovend is voor de behandeling van mensen met psychische klachten en een verstandelijke beperkingen of zwakbegaafdheid.

Beernink, Westerhof & Sools, 2017

A Beernink, J., Westerhof, G., Sools, A., (2017). De levensverhaleninterventie *Wie ben ik?*:

Veranderingen in psychische klachten en welbevinden bij mensen met psychiatrische problemen en een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperking*, 43(1),18-34.

B Methode:

Er waren 20 deelnemers geïnccludeerd in het onderzoek. Zij vulden vooraf en na afloop van de interventie een aantal zelfrapportagelijsten in: OQ-45 (psychische klachten), MHC-SF (welbevinden), SWLS (levenstevredenheid), Mastery Scale (controle) en PIL (ervaren levensdoel). De Wilcoxon signed rank test is gebruikt om de verschillen tussen de voor- en nameting te toetsen.

C Resultaten:

Uit het onderzoek kwam naar voren dat er verminderingen in de mate van ervaren depressieve- of trauma-gerelateerde klachten werden gevonden (OQ-45). Evenals verbeteringen in welbevinden (MHC-SF), levenstevredenheid (SWLS) en controle (MS). Er werden geen verbeteringen op het ervaren van levensdoelen gevonden (PIL).

Er werden nieuwe aanwijzingen gevonden dat de levensverhaleninterventie *Wie ben ik?* bijdraagt aan het verminderen van depressieve- of trauma-gerelateerde klachten én het vergroten van mentaal welbevinden.

Vels, 2017

- A Vels, M. (2017). Een onderzoek naar het verschil van klachten en welbevinden bij patiënten die de levensverhaalinterventie 'wie ben ik?' hebben gevolgd en patiënten die de interventie niet hebben gevolgd. Scriptie Toegepaste psychologie, Saxion Hogeschool Deventer.
- B Methode:  
Er waren 50 deelnemers geïnccludeerd: experimentele groep, 25 respondenten, die de interventie hebben gevolgd, en een gematchte controle groep, 25 respondenten, die treatment-as-usual hebben ontvangen. In dit onderzoek is de mate van ervaren klachten en de mate van mentaal welbevinden onderzocht op basis van een voor- en nameting design mbv OQ-45, SWLS, MHC-SF, MS en PIL.
- C Resultaten:  
*Experimentele groep:*  
Uit de resultaten van het onderzoek kwam een afname van klachten (OQ-45), een toename in het welbevinden (MHC-SF), levenstevredenheid (MS) en controle (PIL), een afname van het ervaren van doelen in het leven (PIL) naar voren, na het volgen van de interventie.  
*Controlegroep:*  
Uit de resultaten kwam naar voren dat er een toename was van klachten (OQ-45) en een afname van welbevinden (MHC-SF), levenstevredenheid (SWLS), mate van controle (MS) en doelen in het leven (PIL), na treatment-as-usual.
- D Conclusie:  
Met enige voorzichtigheid kan worden geconcludeerd dat de gevonden resultaten toegeschreven kunnen worden aan de interventie.

## 5. Samenvatting Werkzame elementen

### ***Inhoudelijke werkzame elementen***

- Delen van verhalen leidt tot wederzijdse erkenning, herkenning en zich geaccepteerd voelen waardoor levenstevredenheid ontstaat en afname van depressieve- of trauma-gerelateerde klachten.
- Op basis van deconstructie worden deelnemers uitgedaagd probleemverhalen te vertellen, te delen en te herwaarderen. Er vindt opnieuw een reconstructie plaats, hierdoor worden deelnemers minder oordelend over zichzelf wat klachten doet afnemen.
- In de reconstructie worden dunne verhalen opgespoord en verdikt en door nieuwe versterkende perspectieven ontstaan rijke verhalen met meerdere identiteiten wat leidt tot het ervaren van meer welbevinden.
- Bevestiging en erkenning van beide verhaallijnen hebben invloed op de identiteit, het welbevinden en de klachten.
- Visualisatie van het kernthema, metaforen, patronen en leerpunten geven inzicht, dragen bij aan bewustwording en maken verandering mogelijk.
- Het afsluitingsritueel van het verleden met de doosjes heeft de functie van bezinning. Het is tastbaar en er gaat een helende werking van uit.
- Het geven van een presentatie en een naamsverandering geeft de samenhang van het verhaal weer, de verbinding tussen het verleden, heden en toekomst waardoor deelnemers meer controle krijgen op het leven.
- Het sociaal netwerk is betrokken bij de behandeling wat erkenning en validering geeft en bijdraagt aan de duurzaamheid van de effecten.

### ***Praktische werkzame elementen***

- De interventie is logisch van opbouw, gevisualiseerd en goed te begrijpen en daarom een aansprekende vorm van therapie, wat de kans op een succesvolle behandeling vergroot.
- Binnen de levensverhaleninterventie komen alle levensgebieden aan bod wat de interventie breed, ruim en compleet maakt. Het sluit goed aan op de problematiek en de inspiratie waar deelnemers mee te maken hebben.
- Er is sprake van een leereffect omdat 1) elke sessie bestaat uit een theoretisch en een praktisch deel wat kennis vergroot, 2) de manier van vragen stellen verdieping aanbrengt, 3) nieuwe informatie wordt verbonden aan andere thema's, 4) de oefenstof concreet is, 5) het aantal sessies zorgt voor herhalen wat bijdraagt aan het beklijven van inzichten en veranderingen, dit vergroot de eigenwaarde.
- Er is een train de trainer cursus, jaarlijkse intervisiebijeenkomsten, een uitgebreide handleiding en een gestructureerd werkboek.

## 6. Aangehaalde literatuur

- Aarons, G.A., Hurlburt, M. & Horwitz, S.M. (2011) Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health*, 38, 4-23.
- Allen, D., Lowe, K., Matthews, H. & Anness, V. (2012). Screening for Psychiatric Disorders in a Total Population of Adults with Intellectual Disability and Challenging Behaviour Using the PAS-ADD Checklist. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25(4), 342-349.
- Alma, H. & Anbeek, C. (2011). Humanistisch levensbeschouwen en interlevensbeschouwelijke geestelijke verzorging. *Tijdschrift voor Humanistiek*, 46, 68-77
- Anbeek, C. (2013). *Aan de heidenen overgeleverd. Hoe theologie de 21ste eeuw kan overleven*. Utrecht: Uitgeverij Ten Have.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In. S. McNamee & K. Gergen (Eds.). *Social Construction and the Therapeutic Process*. Newbury Park, CA: Sage.
- Arrindell, W.A., Boomsma, A., Ettema, H. & Stewart, R. (2004). Nog meer steun voor het Multidimensionale karakter of de SCL-90-R. *De Psycholoog*, 39, 368-371.
- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (1975, 1986, 2005). Symptom checklist: handleiding bij multidimensionale psychopathologie-indicator. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- 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(2), 117-123.
- Ayland, L. & West, B. (2006). The Good Way model: A strengths-based approach for working with young people, especially those with intellectual difficulties, who have sexually abusive behaviour. *Journal of Sexual Aggression*, 12(2), 189-201.
- Bai, X., Ho, D., Fung, K., Tang, L., He, M., Young, K., Ho, F. & Kwolk, T. (2014). Effectiveness of a life story work program on older adultst with intellectual disabilities. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 1865-1872.
- Barendregt, C., Schrijvers, C., Baars, J. & Mheen, D. van de (2011). *Zorg voor zwerfjongeren met ernstige problematiek. Onderzoek naar de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod in Rotterdam*. Den Haag: Basement Grafische Producties.
- Barron, D.A., Molosankwe, I., Romeo, R. & Hassiotis, A. (2013). Urban adolescents with intellectual disability and challenging behaviour: costs and characteristics during transition to adult services. *Health & Social Care in the Community*, 21(3), 283-292.
- Barwick, M.A., Boydell, K.M., Stasiulis, E., Ferguson, H.B., Blase, K. & Fixsen, D. (2005). *Knowledge transfer and implementation of evidence-based practices in children's mental health*. Toronto ON: Children's Mental Health Ontario.
- Beail, N. (2017). Psychological therapies and people who have ID: a report from the Royal College of Psychiatrists and British Psychological Society. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 11 (1), 24-26.
- Beer, Y. de (2011). *De kleine gids: Mensen met een licht verstandelijke beperking*. Deventer: Kluwer.
- Beernink, J., Westerhof, G. & Sools, A. (2016). *Procesevaluatie naar de Levensverhalen-interventie Wie ben ik?* Het betreft voorsnog een intern niet gepubliceerd onderzoek.



- Beernink, J., Westerhof, G. & Sools, A. (2017). De levensverhaleninterventie Wie ben ik? *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperking*, 43(1), 18-34.
- Belie, E. de, Ivens, C., Lesseliers, J. & Hove, G. Van (red.) (2000). *Seksueel misbruik en mensen met een verstandelijke handicap*. Leusden: Acco.
- Berlo, W. van, Haas, S. de., Oosten, N. van., Dijk, L. van., Brants, L., Tonnon, S. & Storms, O. (2011). *Beperkt weerbaar - een onderzoek naar seksueel geweld bij mensen met een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke beperking*. Utrecht: Rutgers WPF/Movisie.
- Beuning, J., van (2012). The Satisfaction with Life Scale examining construct validity. *The Hague: Statistics Netherlands*.
- Biggs, H.C. & Hinton-Bayre, A.D. (2008). Telling tales to end wails: Narrative therapy techniques and rehabilitation counselling. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, 14(1), 16-25.
- Bohlmeijer, E.T., Bolier, L., Westerhof, G.J. & Walburg, J. (Eds.). (2014). *Handboek positieve psychologie*. Amsterdam: Boom.
- Bohlmeijer, E. & Hulsbergen, M. (2013). *Dit is jouw leven* (2nd ed.). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Bohlmeijer, E.T., Mies, L. & Westerhof, G. (2007). *De betekenis van levensverhalen: theoretische beschouwing en toepassing in onderzoek en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bohlmeijer, E.T., Steunenberg, B., Leontjevas R., Mahler, M., Daniël, R. & Gerritsen, D. (2010). *Dierbare herinneringen. Protocol voor individuele life-review therapie gebaseerd op autobiografische oefening*. Enschede: Universiteit Twente.
- Bohlmeijer, E.T., Steunenberg, B. & Westerhof, G.J. (2011). Remiscentie en geestelijke gezondheid: empirische onderbouwing van interventies. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 42(1), 7-16.
- Bohlmeijer, E.T. & Westerhof, G. (2015). *Op verhaal komen. Je autobiografie als bron van wijsheid*. Amsterdam: Boom.
- Bohlmeijer, E.T., Westerhof, G., Bolier, L., Steeneveld, M., Geurts, M. & Walburg, J.A. (2013). Over de betekenis van de positieve psychologie: Welbevinden: van bijzaak naar hoofdzaak? *De Psycholoog*, 11, 49-59.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G.J., Riper, H., Smit, F. & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 13-119.
- Brandt- van den Heek, M. & Huizing, W. (2014). *In gesprek met mensen met dementie; De kracht van persoonlijke verhalen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Brown, K.W., West, A.M., Loverich, T.M. & Biegel, G.M. (2011). Assessing adolescent mindfulness: Validation of an adapted Mindfulness Attention Awareness Scale in adolescent normative and psychiatric populations. *Psychological Assessment*, 23, 1023–1033.
- Brug, ten, A., Putten, van der, A., Penne, A., Maes, B. & Vlaskamp, C. (2012). Multi-sensory storytelling for persons with profound intellectual and multiple disabilities: An analysis of the development, content and application in practice. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25(4), 350–359.
- Bunning, K., Gooch, L. & Johnson, M. (2017). Developing the personal narratives of children with complex communication needs associated with intellectual disabilities: What is the potential of Storysharing? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30, 743-756.
- Butler, R.N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 25, 65-76.
- Butler, R.N. (1974). Successful aging and the role of the life review. *Journal of the American Geriatrics*

*Society*, 22(12), 529-535.

- Campbell, M., Robertson, A. & Jahoda, A. (2014). Psychological therapies for people with intellectual disabilities: comments on a matrix of evidence for interventions in challenging behavior. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58, 172-188.
- Chambless, D.L., & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7–18.
- Chinn, D., Abraham, E., Burke, C. & Davies, J. (2014). *IAPT and learning disabilities*. London: King's College and Foundation for People with Learning Disabilities.
- Cloitre, M. & Beck, J. (2017). Introduction for the Special Issue: The Long-Term Effects of Childhood Adversity and Trauma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(2), 107-110.
- Colby, M., Hecht, M.L., Miller-Day, M., Krieger, J.L., Syvertsen, A.K., Graham, J.W. & Pettigrew, J. (2013). Adapting school-based substance use prevention curriculum through cultural grounding: A review and exemplar of adaptation processes for rural schools. *American Journal Community Psychology*, 51, 190-205.
- Cooper, S.A., Smiley, E., Morrison, J., Allen, L., Williamson, A., Finlayson, J., Jackson, A. & Mantry, D. (2007). Psychosis and adults with intellectual disabilities. Prevalence, incidence, and related factors. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 42, 530-536.
- Coppus, T. & Lagro-Janssen, T. (2017). Seksueel misbruik bij verstandelijk beperkte meisjes. *Huisarts en wetenschap*, 60(8), 410-412.
- Costello, H., Bouras, N. & Davis, H. (2007). The role of training in improving community care staff awareness of mental health problems in people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(3), 228-235.
- Csikszentmihalyi, M. (2014). *Flow and the Foundations of Positive Psychology. The collected works of Mihaly Csikszentmihalyi*. Dordrecht: Springer.
- Csikszentmihalyi M. (2014) Toward a Psychology of Optimal Experience. In: *Flow and the Foundations of Positive Psychology*, pp 209-22. Dordrecht: Springer.
- Dagnan, D. & Jahoda, A. (2006). Cognitive-Behavioural intervention for people with intellectual disability and anxiety disorders. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(1), 91-97.
- Deth R. van (2017) Stoornissen rond seksualiteit en sekse. In: *Inleiding in de psychopathologie*, pp 171-186. Bohn Stafleu van Loghum, Houten
- Diden, R. (2006). *In perspectief. Gedragsproblemen, psychische stoornissen en lichte verstandelijke beperking*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Diden, R. (2017). Substance use and abuse in individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: An introduction to the special section. *Research in Developmental Disabilities*, 63, 93-95.
- Diepenhorst, M. C. & Hollander, M. (2011). *Zorg voor licht verstandelijk gehandicapten: Aard en omvang van LVG-zorg*. Zoetermeer: Research voor Beleid.
- Dodd, K., Joyce T., Nixon J., Jennison J. & Heneage C. (2011). Improving access to psychological therapies (IAPT): are they applicable to people with intellectual disabilities? *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 5, 29-34.
- Doerfler, L.A., Addis, M.E., & Moran, O.W. (2002). Evaluating mental health outcomes in an inpatient setting:

- convergent and divergent validity of the OQ-45 and BASIS-32. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 29, 394-403.
- Došen, A. (2014). *Psychische stoornissen, probleemgedrag en verstandelijke beperking*. Assen: Van Gorcum.
- Duijvenbode, N. van, Nagel, J.E. van der, Didden, R., Engels, R.C., Buitelaar, J.K., Kiewik, M. & Jong, C.A. de (2015). Substance use disorders in individuals with mild to borderline intellectual disability: current status and future directions. *Research in developmental disabilities*, 38, 319-328.
- Durlak J.A. & DuPre E.P. (2008). Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal on Community Psychology*, 41, 327-50.
- Emerson, E. (2006). The need for credible evidence: Comments on "On some recent claims for the efficacy of cognitive therapy for people with intellectual disabilities." *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(1), 121-123.
- Evenhuis, H.M. (2011). Stand van zaken. Gezondheid van ouderen met verstandelijke handicaps. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 7, 1-7.
- Fleuren, M.A.H., Paulussen, T.G.W.M., Dommelen, P. van & Buuren, S. van (2012). *Ontwikkeling meetinstrument voor determinanten van innovaties (MIDI)*. Leiden: TNO Innovation for life.
- Fontaine, B. (2016). Werken met levensverhalen in de zorg voor mensen met dementie. Tijd in een flesje. *Geron*, 18(4), 29-32.
- Foster, C., & Banes, J. (2009). Use of a narrative therapy approach with a man with a learning disability: an alternative to cognitive behavioural therapy? *Advances in Mental Health and Learning Disabilities*, 3(1), 52-55.
- Franssen, J. (2005). *Heb ik zoveel verteld? Zoveel blaadjes?* Levensverhalen van bewoners en personeel van St. Anna/Heel.
- Fredman, G. (2014). Weaving networks of hope with families, practitioners and communities: Inspirations from systemic and narrative approaches. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 35(1), 54-71.
- Frylling, M., Wallaca, M., & Yassine, J. (2012). Impact of Treatment Integrity in intervention Effectiveness. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 45(2), 449-453.
- Gabel, S., Cohen, D., Kotel, K. & Pearson, H. (2013). Intellectual Disability and Space: Critical Narratives of Exclusion. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51(1), 74-80.
- Gentile, J. & Gillig, P. (2012). *Psychiatry of intellectual disability*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- GGZNederland (2011). *Checklist ROM-instrumentarium voor de doelgroep Volwassenen kortdurend*. <http://ggznederland.yardinternet.nl/index.php?p=902741>.
- Goense, P.B. (2016). *Bridging the implementation gap: A study on sustainable implementation of interventions in child and youth care organizations*. Proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Gonsalves, S., Machado, B., Martins, C., Hoek, H. & Machado, P. (2016). Retrospective Correlates for Bulimia Nervosa: A Matched Case–Control Study. *European Eating Disorder Review*, 24(3), 197-205.
- Groef, J. de. (2016). Echo en haar verlangen. In: J. De Groef & R. Vermote (Red.) *Verstandelijke beperking en psychoanalyse: Echo's van verlangen*, pp 15-36. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

- Grove, N. (2014). Personal oral narratives in a special school curriculum: an analysis of key documents. *British Journal of Special Education*, 41, 6-24.
- Grove, N. (2015). Finding the sparkle: storytelling in the lives of people with learning disabilities. *Tizard Learning Review*, 20(51), 29-36.
- Grove, N. & Harwood, J. (2013). Storysharing: Personal narratives for identity and community. In: N. Grove (Ed.) *Using Storytelling to Support Children and Adults With Special Needs.*, pp 102-110. London: Taylor & Francis.
- Gwozdziwycz N, & Mehl-Madrona L. (2013). Meta-analysis of the use of narrative exposure therapy for the effects of trauma among refugee populations. *The Permanente Journal*, 17(1):70–76.
- Haight, B., Coleman, P.G. & Lord, K. (1995). The linchpins of a successful life review: Structure, evaluation, and individuality. In: B. Haight & J.D. Webster (Eds.) *The art and science of reminiscing: theory, research, methods and applications*, pp 179-192. Bristol, P.A.: Taylor & Francis.
- Hamilton, C. & Atkinson, D. (2009). 'A Story to Tell': learning from the life-stories of older people with intellectual disabilities in Ireland. *British Journal of learning disabilities*, 37(4), 316-322.
- Heneage, C. & Neilson, C. (2012). What do we know about group work in current psychological clinical practice? Feedback from an email survey of clinical psychologists in the UK. *Clinical Psychology and People with Learning Disabilities*, 10(3), 7-15.
- Hove, G. Van, Gabel, S. L., Schauwer, E. de, Mortier, K., Loon, J. van, Loots, O., ..., Claes, L. (2012). Resistance and resilience in a life full of professionals and labels: Narrative snapshots of Chris. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 50(5), 426-435.
- Jahoda, A., Dagnan, D., Jarvie, P. & Kerr, W. (2006). Depression, social context and cognitive behavioural therapy for people who have intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 81-90.
- James, S., Alemi, Q. & Zepeda, V. (2013). Effectiveness and implementation of evidence-based practices in Residential care settings. *Children and Youth Services Review*, 35, 642-656.
- Janssen, C. & Schuengel, C. (2006). Gehechtheid, stress, gedragsproblemen en psychopathologie bij mensen met een lichte verstandelijke beperking: aanzetten voor interventie. In: R. Didden (Ed.) *In perspectief. Gedragsproblemen, psychische stoornissen en lichte verstandelijke beperkingen*, pp. 76–83. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jennings, C. & Hewitt, O. (2015). The use of cognitive behaviour therapy to treat depression in people with learning disabilities: a systematic review. *Tizard Learning Disability Review*, 20(2), 54-64.
- Jongedijk, R. (2014). *Levensverhalen en psychotrauma. Narratieve Exposure Therapie in theorie en praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Kasius M., van & Amelsvoort T. (2018) 9.5 Intelligentie en psychiatrie. In: M. Bak, P.Domen, J. van Os (Eds.) *Innovatief leerboek persoonlijke psychiatrie*, pp 522-532. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- Katee, M., Troost, P., Jumelet, C. & Lindauer, R. (2016). PTSS bij jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking. *Kind & Adolescent*, 15(4), 28-36.
- Kellett, S.C. & Gawkrödger D.J. (1999). The psychological and emotional impact of acne and the effect of treatment with isotretinoin. *British Journal Dermatol*, 140, 273-282.
- Kerr, S., Lawrence, M., Darbyshire, C., Middleton, A.R. & Fitzsimmons, L. (2013). Tobacco and

- alcohol-related interventions for people with mild/moderate intellectual disabilities: a systematic review of the literature. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57, 393-408.
- Klein, R.H. & Schermer, V.L. (Eds.). (2000). *Group psychotherapy for psychological trauma*. Guilford Press.
- Koch, P. (2015). *Geen gebrek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- 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., 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.
- Korte, J., Drossaert, C., Westerhof, G. & Bohlmeijer, E.T. (2014). Life review in groups? An explorative analysis of social processes that facilitate or hinder the effectiveness of life review. *Aging & Mental Health*, 18(3), 376-384.
- Koslowski, N., Klein, K., Arnold, K., Kösters, M., Schützwohl, M., Salize, H. J., & Puschner, B. (2016). Effectiveness of interventions for adults with mild to moderate intellectual disabilities and mental health problems: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 209(6), 469-474.
- Kruizinga, (2017). *Out of the bleu. Experiences of contingency in advanced cancer patients*. Ridderkerk: Ridderprint.
- Kunneman, H. (2009). *Voorbij het dikke-ik. bouwstenen voor een kritisch humanisme*. (3e druk). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Lakeman, M., Bodden, D. & Tromp, N. (2017). Wees alert op depressie bij jongeren met lichte verstandelijke beperking: Diagnose wordt bij LVB-jongere vermoedelijk vaak gemist. *Kind & Adolescent Praktijk*, 16(3), 38-46.
- 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., Bohlmeijer, E. T, Korte, J. & Westerhof, G.J. (2015). The efficacy of life-review as online-guided self-help for adults: a randomized trial. *The Journals of Gerontology*, 70(1), 24-34.
- Lamers, S., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M. & Keyes, C. L. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *Journal of clinical psychology*, 67(1), 99-110.
- Loumidis, K. & Hill, A. (1997) Training social problem solving skills to reduce maladaptive behaviours in intellectual disability groups: the influence of individual difference factors. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 10, 217-37.
- Maestas, K.L. & Rude, S.S. (2012). The benefits of expressive writing on autobiographical memory specificity: a randomized controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 234-246.
- Manders, W., Dekovic, M., Asscher, J., Laan, P. van der & Prins, P. (2011). De implementatie van Multisysteem Therapie in Nederland: De invloed van behandelintegriteit en nonspecifieke factoren op behandeluitkomsten. *Gedragstherapie*, 44, 327-340.
- Marshall, K. & Tilley, L. (2013). Life stories, intellectual disability, cultural heritage and ethics:

- Dilemmas in researching and (re)presenting accounts from the Scottish highlands. *Ethics and Social Welfare*, 7(4), 400-409.
- Mauritz, M., Gaal, van, B., Jongedijk, R., Schoonhoven, L., Nijhuis-van der Sanden, M. & Goossens, P. (2016). Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder associated with repeated interpersonal trauma in patients with severe mental illness: a mixed methods design. *Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 32473.
- McAdams, D. P. & McLean, K. C. (2013). Narrative identity. *Current Directions. Psychological Science*, 22(3), 233-238.
- McParland, J. (2015). Narrative therapy in a learning disability context: A review. *Tizard Learning Disability Review*, 20(3), 121-129.
- Mileviciute, I. & Hartley, S.L. (2013). Self-reported versus informant-reported depressive symptoms in adults with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56, 495-504.
- Moonen, X. & Versteegen, D. (2006). LVG-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek en Praktijk*, 4(1), 23-28.
- Nagel, J. van de & Kiewik, M. (2016). *Handleiding CGT+*. Utrecht: Perspectief.
- Nicolai, C. (2016). *Personal-management*. Muchen: UVK Verlagsgesellschaft mbH. Konstanz mit UVK/Lucius.
- Nieuwenhuijzen, M. van, Orobio de Castro, B. & Matthys, W. (2006). *LVG jeugdigen: Specifieke problematiek en behandeling*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.
- Novins, D.K., Green, A.E., Legha, R.K. & Aarons, G.A. (2013). Dissemination and implementation of evidence-based practices for child and adolescent mental health: a systematic review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 25, 1009-1025.
- Oegema, J. (2011). *De stille stem. Niet-weten als levenshouding*. Amsterdam: Nieuw Amsterdam Uitgevers.
- Olthof, T. (2012). Anticipated feelings of guilt and shame as predictors of early adolescents' antisocial and prosocial interpersonal behavior. *European Journal of Developmental Psychology*, 9(3), 371-388.
- Overstreet, R.E., Cegielski, C. & Hall, D. (2013). Predictors of the intent to adopt preventive innovations: a meta-analysis. *Journal of Applied Social Psychology*, 43, 936-946.
- Packard, T. (2013). Organizational Change: A conceptual framework to advance the evidence base. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 23, 75-90.
- Pearlin, L.I. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Peckham, N. G. (2007). The vulnerability and sexual abuse of people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 35(2), 131-137.
- Peterson, D., Gillam, S., Spencer, T. & Gillam, R. (2010). The effects of literature narrative intervention on children with neurologically based language impairments: an early study. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 53, 961-981.
- Pinquart, M. & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16(5), 541-558.
- Pomey, M-P., Forest, P-G., Sanmartin, Cl., DeCoster, C., Clavel, N., Warren, E. et al. (2013). Toward systematic reviews to understand the determinants of wait time management success to help decision-makers and managers better manage wait times. *Implementation Science*, 8(61), 1-16.
- Pot, A.M., Bohlmeijer, E.T., Onrust, S., Melenhorst, A.S., Verbeek, M. & Vries, W. de (2010). The impact of

- life-review on depression in older adults: A randomized controlled trial. *International Psychogeriatric*, 22, 572-581.
- Puyenbroeck, J.V. & Maes, B. (2005). Reminiscence in ageing people with intellectual disabilities: An exploratory study. *The British Journal of Development Disabilities*, 51(100), 3-16.
- Puyenbroeck, J.V. & Maes, B. (2009). The effect of reminiscence group work on life satisfaction, self-esteem and mood of ageing people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(1), 23-33.
- Razza, N.J., Tomasulo, D.J. & Sobsey, D. (2011). Group psychotherapy for trauma-related disorders in people with intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 5(5), 40-45.
- Ready, D.J., Vega, E.M., Worley, V. & Bradley, B. (2012). Combining Group-Based Exposure Therapy With Prolonged Exposure to Treat U.S. Vietnam Veterans With PTSD: A Case Study. *Journal of Traumatic Stress*, 25(5), 5740-5777.
- Reid, K. A., Smiley, E., & Cooper, S. A. (2011). Prevalence and associations of anxiety disorders in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(2), 172-181.
- Reiter, S., Bryen, D. N. & Shachar, I. (2007). Adolescents with intellectual disabilities as victims of abuse. *Journal of Intellectual Disabilities*, 11(4), 371-387.
- Remmerswaal, J. (2015). *Begeleiden van groepen. Groepsdynamica in praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Rossiter, R. (2012). A history of the world ...of groups for people with learning disabilities....in 10 objects. *Clinical Psychology and People with Learning Disabilities*, 10(3),15-21.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.
- Ryff, C.D. & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719.
- Schaafsma, D., Kok, G., Stoffelen, J. & Curfs, L. (2015). Identifying Effective Methods for Teaching Seks Education to Individuals With Intellectual Disabilities: A Systematic Review. *The Journal of Sex Research*, 52(4), 412-432.
- Schalock, R.L., Borthwick-Duffy, S.A., Bradley, V.J., Buntinx, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E M., . . . Yeager, M.H. (2010, 11e ed.). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports*. Washington DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schauer, M., Neuner, F. & Elbert, T. (2011, 2<sup>nd</sup> ed.). *Narrative Exposure Therapy: A short-term intervention for traumatic stress disorders*. Göttingen: Hogrefe.
- Schotanus-Dijkstra, M., ten Have, M., Lamers, S.M.A., de Graaf, R. & Bohlmeijer, E. T. (2017). The longitudinal relationship between flourishing mental health and incident mood, anxiety and substance use disorders. *The European Journal of Public Health*, 27(3), 563-568.
- Scogin, F., Welsh, D., Hanson, A., Stump, J. & Coates, A. (2005). Evidence-based psychotherapies for depression in older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(3), 222-237.
- Sequeira, H., Howlin, P. & Hollins, S. (2003). Psychological disturbance associated with sexual abuse in people with learning disabilities: Case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 183, 451-456
- Sheppard, N. (2003). Relationship issues: friendships and group dynamics. In: S. Hodges (Ed). *Counselling*

- adults with learning disabilities*. London: Palgrave Macmillan.
- Shepherd, C. & Beail, N. (2017). A systematic review of the effectiveness of psychoanalysis, psychoanalytic and psychodynamic psychotherapy with adults with intellectual and developmental disabilities: progress and challenges. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 31 (1), 94-117.
- Sools, A. & Schuhmann, C. (2011). Een kleine verhalenbenadering voor humanistisch geestelijke begeleiding. Aanzet tot een methodiek. *Tijdschrift voor Humanistiek*, 47, 68-79.
- Stals, K. (2012). *De Cirkel is Rond. Onderzoek naar succesvolle implementatie van interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Stel, J., van der (2004). *Handboek Preventie*. Uitgeverij Van Gorcum.
- Stenfort Kroese, B. & Rose, J.L. (2011). *Mental health services for adults with learning disabilities*. London: The Judith Trust.
- Stenmark, H., Catani, C., Neuner, F., Elbert, T. & Holen, A. (2013). Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. *Behaviour Research and Therapy*, 51(10), 641-647.
- Stoltenborgh, M., Ijzendoorn, M.H. van, Euser, E.M. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*, 16(2), 79-101.
- Sturmey, P. (2004). Cognitive therapy with people with intellectual disabilities: A selective review and critique. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 222-232.
- Taylor, J.L., Lindsay, W.R. & Willner, P. (2008). CBT for people with intellectual disabilities: Emerging evidence, cognitive ability and IQ effects. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 36(6), 723-733.
- To, W.T., Neiryck, S., Vanderplasschen, W., Vanheule, S. & Vandeveld, S. (2014). Substance use and misuse in persons with intellectual disabilities (id): Results of a survey in id and addiction services in flanders. *Research in developmental disabilities*, 35(1), 1-9.
- Tsiouris, J.A., Kim, S.Y., Brown, W.T. & Cohen, I.L. (2011). Association of aggressive behaviours with psychiatric disorders, age, sex and degree of intellectual disability: a large-scale survey. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(7), 636-649.
- Unwin, G., Tsimopoulou, I., Kroese, B.S. & Azmi, S. (2016). Effectiveness of cognitive behavioural therapy (CBT) programmes for anxiety or depression in adults with intellectual disabilities: a review of the literature. *Research in developmental disabilities*, 51, 60-75.
- Vanderplasschen, W., Lievens, K. & Roets, G. (2006) Opvang en behandeling van kinderen en jongeren en van volwassenen met verstandelijke beperkingen binnen de geestelijke gezondheidszorg. In: W. Vanderplasschen, S. Vandeveld, C. Claes, E. Broekaert, G. Van Hove (Red.), *Orthopedagogische werkvelden in beweging: organisatie en tendensen*, pp. 239-266. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Vels, M. (2017). Scriptie: Wie ben ik? Een onderzoek naar het verschil van klachten en welbevinden bij patiënten die de levensverhaalinterventie 'wie ben ik?' hebben gevolgd en patiënten die de interventie niet hebben gevolgd. Deventer: Saxion.
- Vereenoghe, L. & Langdon, P.E. (2013). Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), 4085-4102.
- Vlissides, N., Beail, N., Jackson, T., Williams, K. & Golding, L. (2017). Development and psychometric properties of the Psychological Therapies Outcome Scale–Intellectual Disabilities (PTOS-ID).



*Journal of Intellectual Disability Research*, 61(6), 549-559.

- Vuijk, R. (2013). Psychotherapie bij volwassenen met een lichte verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 39(2), 86-99.
- Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research Therapy*, 47(2), 119-127.
- Wark, S. (2012). Counseling Support for People with Intellectual Disabilities: The use of Narrative Therapy. *Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, 18(1), 37-49.
- Warnez, J. (2002). *Mediërend Agogisch Handelen, Een cognitieve benadering van volwassenen met verstandelijke beperkingen*. Leuven: Acco.
- Welsby, J. & Horsfall, D. (2011). Everyday practices of exclusion/inclusion: Women who have an intellectual disability speaking for *themselves*. *Disability & Society*, 26(7), 795-807.
- Weng, Y-H., Kuo, K.N., Yang, C-Y., Lo, H-L., Chen, C. & Chiu, Y-H. (2013). Implementation of evidence based practice across medical, nursing, pharmacological and allied healthcare professionals: a questionnaire survey in nationwide hospital settings. *Implementation Science*, 8 (112), 1-10.
- Westerhof, G.J. (2017). The dual The dual continua model of mental health and illness: Theory, findings, and applications in psychogerontology. In: I. Ruby (Ed.). *Handbook of Gerontology Research Methods: Understanding successful aging*, pp 79-94. Hove: Routledge.
- Westerhof, G., Beernink, J. & Sools, A. (2016). Who am I? A life story intervention for persons with intellectual disability and psychiatric problems. *Journal of intellectual and developmental disabilities*, 54(3), 173-186.
- Westerhof, G.J. & Bohlmeijer, E.T. (2012). Life stories and mental health: The role of identification processes in theory and interventions. *Narrative Works*, 2(1), 106-128.
- Westerhof, G.J. & Bohlmeijer, E.T. (2014). Celebrating fifty years of research and applications in reminiscence and life review: State of the art and new directions. *Journal of Aging Studies*, 29, 107-114.
- Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T. & Webster, J.D. (2010). Reminiscence and mental health: A review of recent progress in theory, research and interventions. *Ageing & Society*, 30(4), 697-721.
- Westerhof, G., Lamers, S., Postel, M. & Bohlmeijer, E. (2017). Online Therapy for Depressive Symptoms: An Evaluation of Counselor-Led and Peer-Supported Life Review Therapy. *The Gerontologist*, gnX, 140.
- White, M. (2008, 1<sup>e</sup> druk). *Narratieve therapie in de praktijk. Verhalen die werken*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers BV.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- White, P., Chant, D., Edwards, N., Townsend, C. & Waghorn, G. (2005). Prevalence of intellectual disability and comorbid mental illness in an Australian community sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 395-400.
- Whitehouse, R.M., Tudway, J.A., Look, R. & Kroese, B. (2006). Adapting individual psychotherapy for adults with intellectual disabilities: A comparative review of the cognitive-behavioural and psychodynamic literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(1), 55-65.
- Widdershoven, T.F.P., Bongers, I.L. & Nieuwehuizen, C. van, (2013). *ForCA QuickScan: Snel zicht op Bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van gedragsinterventies*. Tilburg: Forensisch Consortium Adolescenten (ForCA).
- Wieland, J. (2016). *Psychopathology in borderline intellectual functioning. Explorations in secondary*

- mental health care*. Leiden: Leiden University.
- Wieland, J., Aldenkamp, E. & Brink, A. van den (2017). *Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ. Beperkt begrepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wieland, J., Kapitein, M., Otter, R.W.J. & Baas (2014). Diagnostiek van psychiatrische stoornissen bij mensen met een (zeer) lichte verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 56, 463-470.
- Wigham, S., Taylor, J. & Hatton, C. (2014). A prospective study of the relationship between adverse life events and trauma in adults with mild to moderate intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58, 1131-1140.
- Wijngaarden-Cremers, P. van, Deurzen, P.A. van, Oosterling, I., Groen, W., Langen, M., Lagro-Janssen, A. & Gaag, R.J. van der. (2014). Een veranderende kijk op psychiatrische stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 670-679.
- Willner, P., Rose, J., Jahoda, A., Kroese, B.S., Felce, D., MacMahon, P., ... & Lammie, C. (2013). A cluster randomised controlled trial of a manualised cognitive behavioural anger management intervention delivered by supervised lay therapists to people with intellectual disabilities. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 17(21), 1.
- Wissink, I.B., Vugt, E. van, Moonen, X., Stams, G.J.J.M. & Hendriks, J. (2015). Sexual abuse involving children with an intellectual disability (ID): A narrative review. *Research in Developmental Disabilities*, 36, 20-35.
- Wit, M. de, Moonen, X. & Douma, J. (2011). *Richtlijn Effectieve Interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.
- Woittiez, I., Putman, L., Eggink, E. & Ras, M. (2014). *Zorg beter begrepen. Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).
- Woods, B. (2012). The impact of individual reminiscence therapy for people with dementia: systematic review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(5), 545–555.
- World Health Organization (WHO) (2013). *Guidelines for the management of conditions that are specifically related to stress*. Geneva: WHO.
- Yperen, T. van, (2003). *Gaandeweg. Werken aan de effectiviteit van de jeugdzorg*. Utrecht: Universiteit Utrecht/ NIZW.

# Bijlage 1      Concept implementatie plan

Om de levensverhaleninterventie in te voeren in de praktijk is een implementatieproces nodig. Indien de implementatie goed verloopt verhoogt dit de effectiviteit van de interventie (Durlak & Dupre, 2008).

Het implementatie bestaat uit een planmatig en een implementatieproces (Stals, 2012).

## **1      Het planmatig proces**

Implementeren omvat het inrichten, uitvoeren, monitoren en borgen van het implementatieproces.

In dit proces dienen de bevorderende en belemmerende factoren die van invloed kunnen zijn op proces in kaart te worden gebracht. Op basis van deze factoren worden passende strategieën vastgesteld. De factoren zijn ingedeeld in vier categorieën: 1) interventie, 2) doelgroep, 3) organisatie en 4) context. Er kan gebruik worden gemaakt van het MeetInstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI) (Fleuren e.a., 2012) of van de Forca quickscan (Widdershoven e.a., 2013) als hulpmiddel bij de analyse.

### ***Interventie***

Om de kans op een goede implementatie te vergroten is het belangrijk om het verwachte voordeel van de interventie onder de aandacht te brengen van professionals en de aansluiting tussen de huidige werkwijze van de professionals en die van de interventie. De uitgebreide beschrijving van de sessies uit de handleiding van de interventie dient onder de aandacht te worden gebracht zodat zij zicht krijgen op de eenvoud van de interventie. Ook dient de train de trainer cursus aandacht te krijgen. In deze cursus kunnen professionals oefenen met de interventie. Binnen de eigen praktijk kan gestart worden met een pilotgroep waarbinnen professionals samen met een erkende uitvoerder kunnen oefenen en mee kijken als tweede uitvoerder. Oefenen heeft een significante invloed op de bereidheid van de professional om met de interventie te gaan werken (Overstreet, Cegielski & Hall, 2013). Verder verdient het aandacht om te laten zien dat de interventie goed aansluit bij deelnemers wat invloed heeft op het gebruik van de interventie (James, Alemi & Zepeda, 2013).

### ***Doelgroep***

Deze categorie betreft de factor attitude van de professional ten aanzien van de interventie (Overstreet e.a., 2013). Om deze factor te verhogen dienen professionals de train de trainer cursus te volgen zodat zij zich competent genoeg voelen om de interventie daadwerkelijk te gaan uitvoeren. Daarnaast is het van belang om informatie te verstrekken over het nut en de noodzaak van de interventie dit kan op basis van de bevindingen uit onderzoeken die plaats hebben gevonden naar de effectiviteit van de interventie (Fleuren e.a., 2012). Helpend is om de beschreven doelgroep en de in- en exclusiecriteria van de interventie duidelijk onder de aandacht te brengen van professionals. Verder is het aan te bevelen om een innovator aan te stellen onder professionals en haar/hem een rol te geven in het proces en andere professionals te inspireren.

### ***Organisatie***

Het gaat vooral om de factoren voorwaarden en organisatiestructuur. De organisatie dient voldoende financiële middelen ter beschikking te stellen om de interventie aan te schaffen en te kunnen uitvoeren. De kosten voor het volgen van de train de trainer, aanschaf werkboeken en materialen die nodig zijn voor de uitvoering. Het is belangrijk om alle professionals in de organisatie te betrekken bij het implementatieproces

en sturing te geven (Pomey e.a., 2013). Bijeenkomsten te organiseren om ervaringen met elkaar te delen en te bespreken met de organisatie.

### **Context**

Er dient aandacht te zijn voor het aansluiten van de interventie op de maatschappelijke en culturele context en de wetgeving.

## **2 Het implementatieproces**

Het procesmatig implementeren gaat over het proces zelf zodat professionals worden toegerust om de interventie uit te kunnen voeren en wat daarvoor nodig is. Het proces bestaat uit de volgende fasen: 1) verspreiding, 2) adoptie, 3) invoering en 4) borging (Stals, 2012).

### **Verspreiding**

In deze fase maken uitvoerders kennis met de interventie en krijgen informatie over de interventie gedurende een langere periode. De informatie wordt verspreid via informatiebijeenkomsten, e-mails, nieuwsbrief, workshops of via intranet. Specifieke elementen uit de interventie kunnen extra worden uitgelicht en toegelicht. Daarnaast is het van belang om de interventie ook onder de aandacht van managers en bestuur te brengen zodat zij op de hoogte zijn van de interventie en dit ook uit dragen. Dit is mogelijk door het beleggen van bijeenkomsten. Daarbij heeft het actief verspreiden van informatie de voorkeur boven passief verspreiden omdat de ontvanger actief betrokken wordt en het zorgt voor een persoonlijke relatie waardoor binding met de interventie ontstaat (Barwick e.a., 2005). Tevens is het van belang dat het type informatie aansluit bij de type ontvanger (Weng e.a., 2013). De informatie die wordt verspreid dient actueel, uitnodigend en goed te begrijpen zijn. Het doel van de implementatie van de interventie en de verwachtingen dienen concreet te zijn beschreven.

### **Adoptie**

Er dient een aantal sleutelfiguren aanwezig te zijn om de implementatie vorm te geven die de waarde en het nut van de interventie erkennen en uitdragen. Zij dienen te beschikken over sterk leiderschap die uitvoerders goed begeleiden bij de verkenning wat de kans vergroot dat zij de interventie gaan uitvoeren (Aarons e.a., 2013). Continue monitoring en ondersteuning dienen te worden ingezet om de voortgang te bevorderen en uitvoerders gemotiveerd te houden.

Daarnaast dienen uitvoerders die de interventie willen gaan geven de mogelijkheid en de tijd krijgen om de train de trainer cursus te volgen. In de cursus wordt onder andere aandacht besteed aan het ontwikkelen van een positieve houding van professionals ten opzichte van de interventie.

### **Invoering**

In de fase van invoering gaan uitvoerders de interventie uitvoeren. Om de interventie te kunnen geven dienen zij de train de trainer cursus te volgen om zich te bekwamen (Packard 2013, Pomey e.a., 2013). Zij leren nieuwe vaardigheden en doen kennis op die relevant is om de interventie daadwerkelijk uit te kunnen voeren wat de kans vergroot dat zij de interventie blijvend uitvoeren. Daarnaast dienen zij deel te nemen aan jaarlijkse intervisie bijeenkomsten om de uitvoering te evalueren en uitvoerders te ondersteunen in het gebruik van de interventie. Eventuele ervaren belemmeringen kunnen snel worden opgelost en de programma integriteit wordt gemonitord, dat wil zeggen dat de interventie wordt uitgevoerd zoals bedoeld (Novins e.a., 2013).

### **Borging**

In de fase van borging hebben de professionals de interventie geïntegreerd in hun werkwijze en wordt de uitvoering geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Borging vindt plaats tijdens de jaarlijkse intervisiebijeenkomsten waardoor uitvoerders op structurele wijze ondersteuning krijgen in de uitvoering, ervaringen kunnen uitwisselen en de interventie wordt gemonitord (Packard 2013, Pomey e.a., 2013). Op deze wijze wordt de kans vergroot dat de interventie goed uitgevoerd blijft worden. De organisatie dient voldoende financiële middelen, tijd en ruimte te reserveren voor intervisiebijeenkomsten om de interventie te blijven onderhouden (Novins e.a., 2013). Als ook financiële middelen voor het trainen van nieuwe uitvoerders.

## Bijlage 2      Evaluatieformulier deelnemers

### **EVALUATIEFORMULIER VAN DE LEVENSVERRHALENINTERVENTIE**

Datum:

Naam deelnemer:

***Wat heb je in deze training geleerd?***

***Ben je sterker geworden?***

***Hoe merk je dat in de praktijk?***

***Welk onderwerpen vond je het belangrijkste?***

***Zijn je klachten verminderd?***

***Is er een verschil met je leven voordat je aan dit werkboek begon?***

***Hoe vond je de sfeer in de groep?***

***Hoe vond je de samenwerking in de groep?***

***Wat vond je van je eigen inzet tijdens de training?***

***Gebruik je het geleerde uit de training in de dagelijkse praktijk?***

***Hoe doe je dat?***

***Wat vond je van de begeleiding van de trainers?***

***Welk cijfer geef je aan deze training? Cijfer 0 (slecht) tot en met 10 (zeer goed)***

***Heb je nog suggesties of ideeën voor verbetering van de training?***

***Heb je nog opmerkingen of aanvullingen over de training?***

**HARTELIJK DANK VOOR HET INVULLEN !**

## Bijlage 3      Evaluatieformulier uitvoerders

<b>Wat zijn jullie ervaringen.</b>
Wat heb je geleerd tijdens de train de trainer?
Wat heeft bij jou een snaar geraakt?
Zijn er aspecten waar je je bewuster van bent geworden?
Heb je bepaalde aspecten van acties van jezelf meer of anders gaan waarderen?
Heeft de train de trainer je verrijkt? Hoe?
Komt dit overeen met je verwachtingen?
Wat waren voor jou belangrijke onderdelen binnen de train de trainer?
Welke onderdelen dienen te worden behouden in de train de trainer?
Zijn er onderdelen die er uit kunnen?
Zijn er dingen die je hebt gemist? Zijn er aanvullingen?
Heeft de train de trainer je voldoende voorbereid op het geven van de interventie in je eigen praktijk?
Zijn er dingen die je anders bent gaan doen in je werk, na het volgen van de train de trainer?
Wat vond je van de begeleiding van de trainers?
Heb je suggesties of ideeën voor verbetering van de train de trainer?
Welk cijfer geef je de cursus? Waarom dit cijfer?
Overige opmerkingen?



## Bijlage 4 Vragenlijsten

Voor de evaluatie zijn verschillende vragenlijsten gebruikt te weten: Symptom Check List (SCL-90), Outcome Questionnaire (OQ-45), Dutch Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF), Satisfaction With Life Scale (SWLS), Mastery Scale (MS) en Purpose in Life Scale (PIL).

### *SCL-90*

De SCL (Ettema & Arrindell, 2003) bestaat uit 90 items en meet recent ervaren lichamelijke en psychische klachten. De lijst is voor volwassenen en mag op individueel en groepsniveau worden afgenomen. De lijst kan worden gebruikt als screeningsinstrument en als meetinstrument voor het meten van behandelresultaten.

De vragenlijst bestaat uit 90 omschrijvingen van klachten. Deelnemers beoordelen zelf op een vijf puntschaal in welke mate hij/zij daar de afgelopen week last van heeft gehad. De SCL-90 kent acht schalen: Agorafobie, Angst, Depressie, Somatische klachten, Insufficiëntie van denken en handelen, Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, Hostiliteit, Slaapproblemen. De totaalscore op de SCL-90 duidt het algehele niveau van psychisch/lichamelijk disfunctioneren aan (Psychoneuroticisme). Deze totaalscore is als primaire uitkomstmaat gebruikt.

Deze vragenlijst is beoordeeld door de COTAN (2004). De uitgangspunten, testmateriaal, handleiding, betrouwbaarheid en validiteit is goed, de normen zijn voldoende.

De interne consistentie van de gehele SCL-90 is vastgesteld aan de hand van Chronbach's Alpha en is sterk, namelijk tussen .73 en .97 (Arrindell et al., 2004).

### *OQ-45:*

De OQ- 45 bestaat uit 45 items en is een meetinstrument dat geschikt is voor gebruik in de klinische praktijk. De schalen zijn sensitief en bruikbaar om het algemeen functioneren te meten (Doerfler, Addis, & Moran, 2002).

Deelnemers 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 kent drie subschalen: 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 (2008) en de uitgangspunten, testmateriaal, handleiding en betrouwbaarheid zijn als voldoende beoordeeld. De interne consistentie van de gehele OQ- 45 is vastgesteld aan de hand van Chronbach's Alpha en is voldoende, namelijk .686 (de Jong et al., 2008), dit heeft betrekking op de algemene bevolking.

### *MHC-SF*

De MHC- SF bestaat uit veertien 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 et al., 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 heeft betrekking op de algemene bevolking.

Er is één vraag uit de lijst weggelaten omdat deze te moeilijk is gebleken voor de doelgroep.

### *SWLS*

De SWLS bestaat uit vijf items en meet de mate van tevredenheid over het leven. De deelnemers 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, dit heeft betrekking op de algemene bevolking.

### *MS*

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 deelnemers 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, dit heeft betrekking op de algemene bevolking.

### *PIL*

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 deelnemers 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 onvoldoende, namelijk .525, dit heeft betrekking op de algemene bevolking.