

# De levensverhaleninterventie

## Wie ben ik?

*Veranderingen in psychische klachten en welbevinden bij mensen met psychiatrische problemen en een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid*

J. Beernink, G.J. Westerhof en A. Sools

### 1 Inleiding

Recente onderzoeken tonen aan dat mensen met een verstandelijke beperking wel drie tot vier keer zo vaak psychische klachten kunnen hebben als mensen zonder een verstandelijke beperking (o.a. Barron, Molosankwe, Romeo, & Hassiotis, 2013; van den Berg, 2008; Bhaumik, Gangadharan, Hiremat, & Russel, 2011; Dosen, 2010; Wieland, 2016; Wieland, Aldenkamp, & van den Brink, 2017). Deze klachten zijn niet alleen het gevolg van de verstandelijke beperkingen maar kunnen behoren tot a-specifieke uitingen van psychiatrische stoornissen (o.a. Allen, Lowe, Matthews, & Anness, 2012; Dosen, 2014; Mileviciute & Hartley, 2013; To, Neiryneck, Vanderplasschen,

Vanheule, & Vandeveldde, 2014; Wieland, Kapitein, Otter, & Baas, 2014). De laatste jaren is er daarom meer aandacht voor onderzoek en behandeling van psychische klachten bij mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid. In dit artikel wordt een interventie geïntroduceerd voor deze doelgroep die gebaseerd is op het werken met levensverhalen: de interventie 'Wie ben ik?'. In een empirisch onderzoek met een voor- en een na-meting worden veranderingen in psychische klachten en mentaal welbevinden bestudeerd om aanwijzingen te krijgen van de mogelijke werkzaamheid van de interventie.

Juist nu er meer aandacht komt voor deze groep is het van belang nieuwe interventies te ontwikkelen. Echter, binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg (VG) is er nog weinig ervaring in het behandelen van psychische klachten (Emerson, 2006), terwijl er in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) vaak nog onvoldoende kennis is van verstandelijke beperkingen en de daarbij horende specifieke behoeften (Didden, 2006; de Koning & Colling, 2007; Wieland, 2016). Mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid voldoen niet altijd

### Beleid & Management

In dit artikel wordt een exploratief onderzoek gepresenteerd naar een interventie voor mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid, met psychische klachten. Deze is gebaseerd op narratieve en life-review therapie. Het artikel is relevant voor behandelaars en voor professionals die betrokken zijn bij de zorg voor de geestelijke gezondheid van mensen met verstandelijke beperkingen. WB

aan de eisen die psychotherapie aan de behandeling van psychische klachten stelt (Dosen, 2014; Sturmey, 2004). Ze worden regelmatig uitgesloten van behandeling (bv. exclusiecriteria TIQ van 80/85; Vanderplasschen, Lievens, & Roets, 2006; van de Wiel, Matthys, Cohen-Kettenis, & van Engeland, 2003). Bestaande interventies in de GGZ sluiten veelal niet aan op het cognitieve en sociaal-emotionele niveau (Evenhuis, 2011; Jennings & Hewitt, 2015; Joyce, Globe, & Moody, 2006; de Koning & Colling, 2007; Sams, Collins, & Reynolds, 2006; Wieland et al., 2017).

Dit is zorgwekkend omdat mensen met psychische klachten en een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid onvoldoende effectief en efficiënt worden behandeld met kans op verergering van klachten en zelfs tot chroniciteit. Als reactie hierop worden bestaande interventies binnen de GGZ toegespitst op mensen met een verstandelijke beperking (Dagnan & Jahoda, 2006; Jahoda, Dagnan, Jarvie, & Kerr, 2006; Kerr, Lawrence, Darbyshire, Middleton, & Fitzsimmons, 2013; Whitehouse, Tudway, Look, & Kroese, 2006). Wetenschappelijk onderzoek is echter nog beperkt en welomschreven en bewezen effectieve interventies zijn schaars (o.a. Bhaumik et al., 2011; Hoekman, 2010; Taylor, Lindsay, & Willner, 2008; Wieland, 2016).

## 2 De interventie ‘Wie ben ik?’

Voor de ontwikkeling van de interventie die in dit artikel wordt beschreven is een ander ontwikkelingstraject gekozen. De interventie ‘*Wie ben ik?*’ sluit goed aan op het gebruik van levensverhalen in de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen (Meininger, 2010).

Hier wordt bijvoorbeeld gebruik gemaakt van levensboeken (Moya, 2009), multisensory storytelling (ten Brug, van der Putten, Penne, Maes, & Vlaskamp, 2012) en reminiscentie (van Puyenbroeck & Maes, 2008). Voor de therapeutische interventie is gebruik gemaakt van kennis over het werken met levensverhalen uit de geestelijke gezondheidszorg (narratieve therapie; Olthof, 2012; White & Epston, 1990) en de ouderenzorg (reminiscentie en life-review therapie; Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010). Er is geen bestaande interventie aangepast, maar een nieuwe interventie ontworpen, mede op basis van de ‘Richtlijn Effectieve Interventies voor mensen met lichte verstandelijke beperkingen’ (de Wit, Moonen, & Douma, 2011). Tot slot is ervoor gekozen om een interventie te ontwerpen die zich niet alleen richt op de behandeling van klachten, maar ook op het versterken van het welbevinden (Bohlmeijer, Westerhof, & Walburg, 2014).

Interventies op basis van levensverhalen stellen de mens en diens verhaal centraal (Bohlmeijer, Mies, & Westerhof, 2007). Zij kunnen worden ingezet om zorg te verbeteren, bij te dragen aan welbevinden en empowerment, maar ook in de behandeling van psychische klachten (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Voor mensen met psychische klachten is een therapeutische benadering noodzakelijk. De interventie ‘*Wie ben ik?*’ heeft daarbij specifieke aandacht voor het unieke, eigen perspectief van mensen en het houdt rekening met zowel klachten als krachten. De levensverhaleninterventie ‘*Wie ben ik?*’ kent een theoretische onderbouwing in de narratieve therapie en de life-review therapie.

Een basaal idee uit de *narratieve psychologie* is dat mensen door het vertellen van verhalen een antwoord geven op de vragen ‘wie ben ik, waar kom ik vandaan en waar ga ik naartoe?’ en daarmee een narratieve identiteit scheppen (McAdams & McLean, 2014). Uit onderzoek is bekend dat de manier waarop mensen hun verhaal vertellen gerelateerd is aan hun geestelijke gezondheid en welbevinden (Adler, Lodi-Smith, Philippe, & Houle, 2016; Singer, Blagov, Berry, & Oost, 2013; Westerhof & Bohlmeijer, 2012). Daarbij zijn niet de gebeurtenissen uit het eigen leven per se, maar eerder de verhalen die mensen erover vertellen van belang. Verhalen van mensen met psychische klachten worden vaak gekenmerkt door een negatieve toon, het ontbreken van een duidelijke zin en richting en een gevoel van regie in het leven. Verhalen van mensen die meer welbevinden ervaren laten daarentegen regelmatig zien dat zij betekenis hebben kunnen geven aan de problemen die zij in hun leven tegenkomen. Onderzoek naar verhalen van mensen met verstandelijke beperkingen laat enerzijds zien dat deze worden gekenmerkt door veel negatieve gebeurtenissen, maar ook door veerkracht in het omgaan hiermee (bv. Hamilton & Atkinson, 2009; Van Hove et al., 2012; Marshall & Tilley, 2013; Welsby & Horsfall, 2011). Voor mensen met een verstandelijke beperking die ook psychische klachten hebben, zal het verhaal naast de specifieke problemen rondom de beperking, de kleuring hebben zoals die ook bekend is van mensen met psychische klachten, maar zonder een verstandelijke beperking. Zij hebben vaak moeite met acceptatie van hun beperkingen, kampen met identiteitsvragen, ingrijpende gebeurtenissen of worstelen met persoonlijke

thema's, hetgeen heeft geleid tot psychische klachten. Het gaat om (pijnlijke) ervaringen die mensen hebben opgedaan in hun leven waardoor het verleden, heden en toekomst niet meer in verbinding staan met elkaar en het leven stagneert.

*Narratieve therapie* 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 het reconstrueren van een alternatief verhaal. De dominante verhalen van mensen die in behandeling komen zijn vaak verhalen die verzadigd zijn door problemen of pijnlijke gebeurtenissen (Payne, 2000). Een sterke identificatie met deze problemen heeft een negatieve invloed op het welbevinden van de persoon: de persoon is het probleem (Westerhof & Bohlmeijer, 2012). Door het probleem of de gebeurtenis te externaliseren wordt de persoon losgekoppeld van het probleem. 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 nemen de psychische klachten af en het welbevinden toe. Kwalitatief onderzoek heeft evidentie voor deze therapeutische processen opgeleverd (bv. Ayland & West, 2006;

Fredman, 2014; Matos, Santos, Goncalves, & Martins, 2009; Riessman & Speedy, 2007).

Het concept *life-review* wordt door psychiater en gerontoloog Butler (1963) omschreven als 'een mentaal proces van reflecteren op het eigen leven'. Life-review interventies omvatten een systematische, gestructureerde evaluatie van het eigen leven met als doel herinneringen, al dan niet met anderen, te herbeleven, te ordenen en te integreren in het levensverhaal (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). 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 moeilijke herinneringen. Door zich gebeurtenissen te herinneren en te vertellen vindt opnieuw een constructie van de gebeurtenissen plaats. Dit is mogelijk omdat een herinnering bestaat uit elementen uit de oorspronkelijke gebeurtenis waar nieuwe elementen aan zijn toegevoegd of elementen zijn weggelaten. Life-review interventies dragen bij aan het vinden van psychologische hulpbronnen, zoals een gevoel van tevredenheid, regie en richting in het leven en helpen zo om zowel psychische klachten te verminderen als welbevinden te bevorderen (Westerhof & Bohlmeijer, 2014). Life-review therapie wordt wel gecombineerd met andere therapievormen, waaronder de narratieve therapie (Korte, Bohlmeijer, Cappeliez, Smit, & Westerhof, 2012). Life-review therapie is bewezen effectief voor de behandeling van depressieve klachten bij ouderen (Bohlmeijer, Smit, & Cuijpers, 2003; Scogin, Welsh, Hanson, Stump, & Coates, 2005) en draagt volgens meta-analyses zowel bij aan het ver-

minderen van klachten als het versterken van welbevinden van ouderen (Bohlmeijer et al., 2007; Pinquart & Forstmeier, 2012).

De levensverhaleninterventie '*Wie ben ik?*' bouwt voort op de inzichten uit life-review therapie en narratieve therapie. De interventie bestaat uit een train-de-trainer cursus, een uitgebreide handleiding voor therapeuten en een voor-gestructureerd werkboek met oefeningen voor deelnemers. Bij de ontwikkeling van de interventie is gebruik gemaakt van de 'Richtlijn Effectieve Interventies voor mensen met lichte verstandelijke beperkingen' (de Wit et al., 2011). Deze richtlijn stelt 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.

Voor de *diagnostiek* geldt dat er een uitgebreide intake plaatsvindt om te kunnen beoordelen of een deelnemer baat kan hebben bij de behandeling. Omdat mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid vaak te maken hebben met traumatische ervaringen en depressieve episodes richt de interventie zich speciaal op deze groep (Cooper, Smiley, Morrison, Williamson, & Allan, 2007; Gentile & Gilling, 2012; Wigham, Taylor, & Hatton, 2014). Er wordt niet alleen gekeken naar een minimaal verbaal IQ van 60 en enige mate van zelfreflectie en zelfinzicht, maar ook naar de bereidheid na te denken over het verleden, persoonlijke ervaringen te delen, een relatie met de therapeut en de andere deelnemers aan te gaan, elke sessie aanwezig te zijn en thuisopdrachten te

maken. Deelnemers die zich in een crisissituatie bevinden, ernstige klachten (bijvoorbeeld een ernstige depressie of psychose) hebben of heftige impulsdoorbraken ervaren worden naar een andere behandeling verwezen. Het *sociale netwerk* wordt expliciet bij de intake en de behandeling betrokken: begeleiders en/of familieleden krijgen informatie over de interventie en ondersteunen desgevraagd bij het maken van thuisopdrachten. Bovendien is het systeem nodig om de vertaalslag naar de praktijk te maken omdat het toepassen van het geleerde en het vasthouden over de tijd heen niet vanzelf gaat. Mensen uit het sociale netwerk kunnen aan het eind van de interventie luisteren naar de ontdekkingstocht van de deelnemer, wat erkenning geeft en bijdraagt aan de duurzaamheid. Er wordt voldoende *ruimte en tijd* gecreëerd door 17 sessies van 2 uur aan te bieden in kleine groepen, waardoor aandacht ontstaat voor het bespreken van emoties, ingrijpende gebeurtenissen, persoonlijke thema's en het uitwisselen van ervaringen (zie Tabel 1). Ook is er tijd voor herhaling om de effectiviteit te versterken.

Omdat levensverhalen om reflectie vragen die bij mensen met een verstandelijke beperking niet altijd vanzelfsprekend is, ondersteunt de therapeut in het maken van een vertaalslag van de belevingen, ervaringen en emoties. Er wordt gewerkt met *ervaringsgerichte oefeningen*, zoals het bespreken van foto's of het doen van oefeningen en spellen. De interventie vindt bij voorkeur plaats in een groep van 6 tot 8 deelnemers die wordt begeleid door twee therapeuten, waarvan één gezondheidszorgpsycholoog of klinisch psycholoog. Om een *veilige en positieve omgeving* te creëren ondersteunen therapeuten deelnemers bij het uiten van hun emoties, het

verwoorden van wat er aan de hand is, gebeurtenissen onder ogen te zien, het samen zoeken naar herwaardering van gebeurtenissen en het doen van nieuwe ontdekkingen. 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 anderen en verbondenheid. De interventie is duidelijk *gestructureerd* en afgestemd op de *communicatie* met de doelgroep. De structuur volgt de levensloop van verleden ("Wie ben ik?"; 9 sessies) en heden ("Waar ben ik goed in?"; 6 sessies) naar toekomst: ("Waar wil ik naar toe?"; 2 sessies). Het werkboek volgt deze structuur zodat deelnemers enerzijds hun verhaal beter kunnen vertellen en ordenen en zij anderzijds iets tastbaars mee naar huis kunnen nemen om op terug te kunnen vallen. Het is geschreven in begrijpelijke taal en er wordt gebruik gemaakt van korte zinnen. Moeilijke woorden worden niet uit de weg gegaan maar uitgelegd. Op deze wijze wordt rekening gehouden met de werkgeheugenbelasting. Tijdens de sessies wordt gebruik gemaakt van visuele ondersteuning en spelmaterial (kwaliteitenspel en waarden-en-normenspel) en is er ruimte voor foto's en/of tekeningen. De aangebrachte structuur biedt duidelijkheid en overzicht waardoor herinneringen beter en actiever kunnen worden opgehaald om daarmee het inzicht bevorderen. Op rituele wijze wordt het verleden afgesloten met behulp van *een mooie en een vervelende dingen doosje*. Op het eind van de interventie geeft iedere deelnemer een presentatie over zijn of haar ontdekkingstocht: wie ben ik, wat kan ik, waar wil ik naar toe. Ook wordt specifiek aandacht besteed aan het afscheid nemen: deelnemers krijgen complimenten uit de groep en ontvangen een certificaat voor het

Tabel 1: Een overzicht van de interventie 'Wie ben ik?'

Sessies	Themes Thema's	Exercises Oefeningen
<b>Verleden</b>		
Sessie 1	Kennismaken Uitleg interventie Expectations Verwachtingen	Namenspel Persoonlijke informatie, doelen en verwachtingen Betekenis van mijn naam
Sessie 2	BirthGeboorte FamilyGezin	Uitwisselen geboortekaartje Geleide fantasie over het huis en de omgeving waar je bent opgegroeid Een uniek verhaal over mijn gezin en ik
Sessie 3	FamilyFamilie ChildhoodKindertijd	Een uniek verhaal over mijn familie en ik Het analyseren van een jeugdfoto
Sessie 4	SchoolSchool	Het analyseren van een schoolfoto Een uniek verhaal over kattenkwaad
Sessie 5	Puberteit Kind factoren Omgevingsfactoren	Een typische verhaal over mijn puberteit Invuloefening door verwanten
Sessie 6	Opvoeding Opvoedingsstijlen	Een specifiek verhaal over mijn opvoeding
Sessie 7	Life events	Twee verhalen over mijn mooiste herinneringen Metafoer Ontspanningsoefening
Sessie 8	Life events	Twee verhalen over mijn vervelendste herinnering Metafoer Ontspanningsoefening
Sessie 9	Rituele afsluiting van het verleden	Luisteroefening Mooie dingen doosje en vervelende dingen doosje
<b>Heden</b>		
Sessie 10	Huidige situatie	Uitwisselen foto huidige gezin Een uniek verhaal over mijn dag invulling
Sessie 11	Sociaal netwerk Levensfasen	Contact cirkel Ontspanningsoefening
Sessie 12	Actuele thema's Zelfbeeld	Metaforen
Sessie 13	Instandhoudende factoren	Cirkel van het thema Leerpunten
Sessie 14	Wie ben ik? Who am I? Eigenschappen Kwaliteiten Talenten	Inzicht in jezelf Positief roddelen Kwaliteitenspel Een brief aan mijn talent
Sessie 15	Waar ben ik goed in? Waarden en normen Talents Persoonlijke kwaliteiten	Kwaliteitenspel Waarden en normen spel Kwaliteiten kwadrant
<b>Toekomst</b>		
Sessie 16	Wat wil ik? Toekomstperspectief What will I do? Wat ga ik oppakken?	Beschrijven levensdoel Persoonlijk plan met specifieke doelstellingen Plan van aanpak
Sessie 17	PresentationPresentatie Evaluatie Afscheid	Groepspresentatie Evaluatieformulier Wat neem ik mee en wat laat ik achter? Geven en ontvangen van complimenten Het geven van een titel aan het verhaal Certificaat

succesvol beëindigen van de interventie. 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 een eerdere publicatie is de interventie uitgebreid beschreven (Westerhof, Beernink, & Sools, 2016). Bovendien werd in dit onderzoek aangetoond dat er sterke veranderingen plaatsvonden in de mate van ervaren klachten. De interventie werd als positief beoordeeld door mensen met psychische klachten en een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid. Zij beschreven onder andere dat ze nieuwe inzichten en vaardigheden hadden geleerd en hun eigen kracht en vertrouwen in anderen hadden ontdekt. Deze positieve veranderingen werden echter alleen op basis van de subjectieve ervaringen van de deelnemers vastgesteld. Daarom willen we in dit nieuwe onderzoek nagaan of er niet alleen veranderin-

gen zijn in psychische klachten, maar ook of er sprake is van een verbetering in positieve aspecten. Daarbij richten we ons op mentaal welbevinden als een belangrijke uitkomstmaat (Bohlmeijer et al., 2013) en op levenstevredenheid, regie in het leven en doelen in het leven als mogelijke werkzame factoren uit de life-review en de narratieve therapie (Westerhof & Bohlmeijer, 2014). In dit onderzoek is gekozen voor een voor- en nameting design omdat het gaat om een relatief kleine groep mensen. Dit komt doordat de interventie in eerste instantie op kleine schaal werd ingevoerd.

### 3 Methode

#### 3.1 Deelnemers

De onderzoeksgroep bestond uit twintig volwassenen met psychische klachten en een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid, allen in behandeling bij een GGZ-instelling, in het midden van Nederland. Deze instelling is gespecialiseerd in het behandelen van

Tabel 2: Demografische weergave van de kenmerken van deelnemers met betrekking tot geslacht, leeftijd, niveau van functioneren, DSM-IV diagnoses (N=20)

Variabele	N	%
<b>Geslacht</b>		
Man	5	25
Vrouw	15	75
<b>Leeftijd</b>		
18 – 24 jaar	4	20
25 – 34 jaar	1	5
35 – 44 jaar	4	20
45 – 54 jaar	8	40
55 – 64 jaar	3	15
<b>Niveau van functioneren</b>		
Zwakbegaafd	12	60
Lichte verstandelijke beperking	8	40
<b>DSM-IV hoofdcategorieën</b>		
PTSS	8	30
Depressieve stoornis	7	35
Psychotische stoornis	4	20
Stoornis in de impulsbeheersing	1	5

mensen met psychiatrische klachten en een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid (VGGNet). Zij biedt poliklinische-, deeltijd- en klinische behandeling. De demografische gegevens worden in tabel 2 weergegeven.

Alle deelnemers kregen klinische behandeling en namen deel aan de groepsbehandeling. Zij waren verdeeld over 3 groepen ( $N=6$ ,  $N=6$ ,  $N=7$ ). Op basis van de gestelde hoofddiagnose (DSM-IV-criteria) zijn de deelnemers ingedeeld per hoofdcategorie. Er waren geen drop-outs.

### 3.2 *Design en procedure*

Het onderzoeksdesign was gebaseerd op een voor- en nameting om veranderingen in psychische klachten en mentaal welbevinden te bestuderen. Vooraf en na afloop van de interventie zijn vragenlijsten afgenomen bij de deelnemers.

Deelnemers werden door de behandelcoördinatoren van de kliniek aangemeld voor de interventie. De therapeuten die de interventie gaven, hebben vervolgens een intakegesprek gehouden met de kandidaat deelnemers om te beoordelen of zij baat zouden hebben bij het volgen van de interventie. Daarbij werd gebruik gemaakt van de in- en exclusiecriteria zoals beschreven in de inleiding, de diagnostiek. Aan het eind van het intakegesprek kregen deelnemers uitgebreid uitleg over het onderzoek en de eventuele deelname daaraan. Bij het intakegesprek waren een familielid en/of woonbegeleider aanwezig. Deelnemers die deelnamen aan het onderzoek vulden voor de eerste bijeenkomst van de interventie het Informed Consent in en tevens werden de vra-

genlijsten afgenomen. Bij twee deelnemers is de wettelijke vertegenwoordiger telefonisch benaderd die uitleg kreeg over de inhoud van de interventie en het onderzoek. Nadere informatie over het Informed Consent werd schriftelijk gegeven door de therapeut.

### 3.3 *Meetinstrumenten*

Om het klachtniveau en het positief welbevinden te meten zijn verschillende gestandaardiseerde vragenlijsten<sup>1</sup> gebruikt, die de mate van ervaren klachten, mentaal welbevinden, levenstevredenheid, regie en doel in het leven meten. De vragenlijsten zijn voor (To) en na afloop (T1) van de interventie door de deelnemers ingevuld. Om vertekening te voorkomen zijn de lijsten ingevuld in aanwezigheid van een psychodiagnostisch werker, die geschoold is in het afnemen van dit soort vragenlijsten om de mening van mensen zelf te achterhalen. Zij kende de deelnemers niet. Alle deelnemers kregen dezelfde instructie en tijdens het invullen werden vragen, indien nodig, verduidelijkt. Zij was voorbereid op alternatieve formuleringen of woorden uit de vragenlijsten (Hensel, 2001; Finlay & Lyons, 2001). Op deze wijze werd rekening gehouden met de beperkte verbale uitdrucksvaardigheid van deze groep mensen (Schwartz & Rabinovitz, 2003). Over de betrouwbaarheid van de inzet van vragenlijsten wordt verschillend gedacht. Problemen kunnen ontstaan doordat vragen te moeilijk zijn of relatief veel woorden hebben. Mensen met verstandelijke beperkingen reageren vaak op enkele woorden in een zin in plaats van op de hele vraag (Lloyd, Gatherer, & Kalsy, 2006). Negatief en passief gefor-

<sup>1</sup> Er is gebruik gemaakt van de Nederlandstalige versies van de vragenlijsten.



muleerde vragen zijn moeilijk te begrijpen (Finlay & Lyons, 2001) evenals meerkeuzevragen met meer dan 2 of 3 antwoordalternatieven (Ramirez & Lukenbill, 2008; Ruddick & Oliver, 2005). Er bestaat een risico op 'recency bias', de neiging om het laatst genoemde antwoord te geven (Perry, 2004), een tendens om een 'ja' antwoord te geven op vragen, ongeacht de inhoud (Hensel, 2001; Hurley, 2008). 'Ja-nee vragen' krijgen ook een hoge respons (Finlay & Lyons, 2001; Hensel, 2001). Het is van belang om de informatie te verkrijgen van mensen met een verstandelijke beperking zelf (Finlay & Lyons, 2001). Het verkrijgen van informatie via anderen kan beperkingen en vertekeningen hebben omdat zij vanuit een eigen perspectief antwoorden (de Baaij, Hoekman, Volman, & Zaad, 2006). Daarom werd gekozen om gebruik te maken van vragenlijsten die door de deelnemers zelf moeten worden ingevuld, met ondersteuning van een psychodiagnostisch werker.

De mate van ervaren *klachten* werd gemeten met de Outcome Questionnaire (OQ-45). Deze vragenlijst is geschikt als meetinstrument in de klinische praktijk (Lambert et al., 1999). Het bestaat uit drie subschalen: 1) Symptomen, meet klachten op het gebied van depressie, angst en afhankelijkheid van middelen; 2) Interpersoonlijke relaties, meet het functioneren op het gebied van sociale relaties; en 3) Sociale rol, meet het functioneren op school, op het werk en in de vrije tijd. Deelnemers beoordeelden vijfenveertig uitspraken die op hen van toepassing waren over de afgelopen week, op een vijf puntschaal van 0 = nooit tot 4 = bijna altijd. Voorbeeldvragen zijn: "Ik ben angstig", "Ik maak me zorgen over problemen

in mijn familie", "Ik geniet van mijn vrije tijd". De betrouwbaarheid (Cronbach's Alpha=.686) is voldoende (COTAN).

*Mentaal welbevinden* werd gemeten met het Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, & Keyes, 2011). Het omvat drie subschalen: 1) emotioneel welbevinden, meet de levenstevredenheid en positieve gevoelens; 2) psychologisch welbevinden, meet het optimaal persoonlijk functioneren zoals autonomie en acceptatie; en 3) sociaal welbevinden, meet het optimaal functioneren in de samenleving zoals sociale integratie en inclusie. Deelnemers beoordeelden veertien stellingen die op hen van toepassing waren over de afgelopen maand, op een zes puntschaal van 0 = nooit tot 5 = elke dag. Voorbeeldvragen zijn: "Hoe vaak heb je het gevoel dat je leven zin had en je ergens naar toe werkte"? Het instrument is betrouwbaar en valide bij de Nederlandse bevolking (Lamers et al., 2011). De interne consistentie is vastgesteld aan de hand van Cronbach's Alpha en is zeer sterk (.919).

De Nederlandse versie van de Satisfaction With Life Scale (SWLS) is geschikt om de mate van *levenstevredenheid* te beoordelen (Arrindell, Meeuwesen, & Huysse, 1991; Pavot & Diener, 2008). Deelnemers beoordeelden vijf uitspraken die op hen van toepassing waren, op een vijf puntschaal van 1=helemaal niet mee eens tot 5 = helemaal mee eens. Voorbeeldvraag is: "In de meeste dingen is mijn leven zo goed als ideaal". Volgens Arrindell e.a. (1991) is de lijst betrouwbaar en valide in de Nederlandse bevolking (Cronbach's Alpha=.74).

De Nederlandse versie van de Mastery Scale (MS) is geschikt om de mate van *regie* die mensen ervaren over het leven te beoordelen (Pearlin & Schooler, 1978). Deelnemers beoordeelden vijf uitspraken, hoe vaak zij deze gedachten hadden, op een vijfpuntschaal van 0=nooit tot 4 = altijd. Voorbeeldvraag is: "Sommige van mijn problemen kan ik met geen mogelijkheid oplossen". De psychometrische kwaliteit is goed (Pearlin & Schooler, 1978). De interne consistentie is vastgesteld aan de hand van Cronbach's Alpha en is sterk (.843).

De subschaal Purpose in Life (PIL) van de Ryff Scales of Psychological Wellbeing (Ryff, 1989) is geschikt om de mate van het ervaren van een *doel in het leven* te meten. Deelnemers beoordeelden vijf uitspraken die op hen van toepassing waren, op een vijf puntschaal van 1=helemaal niet mee eens tot 5 = helemaal mee eens. Voorbeeldvraag is: "Ik voel dat mijn leven een richting en een doel heeft". De psychometrische kwaliteit is goed (Ryff & Keyes, 1995), al is de interne consistentie (Cronbach's Alpha) laag (.525).

### 3.4 Analyse

De onderzoeksgegevens werden verwerkt en geanalyseerd met behulp van SPSS versie 22. Uit de 'Kolmogorov-Smirnov' toets kwam naar voren dat de gegevens niet normaal verdeeld zijn. Daarnaast was er sprake van een relatief kleine onderzoeksgroep. Voor de analyse werd dan ook gekozen voor een non-parametrische toets: de "Wilcoxon Signed Rank Test" (Wilcoxon, 1945). Deze toets vergelijkt of de mediaan scores bij voor- en nameting significant van elkaar verschillen, waarbij een significantieniveau werd gebruikt van .05.

### 3.5 Ethische aspecten

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

## 4 Resultaten

Uit de analyse op de OQ-45 is op tabel 3 te zien dat er op de nameting een afname is in de totale score van de mate van ervaren psychische klachten ten opzichte van de voormeting ( $p = .001$ ). Ook op het niveau van de subschalen wordt zichtbaar dat er significante verandering is op symptomen ( $p = .024$ ), interpersoonlijke relaties ( $p = .001$ ) en sociale rol ( $p = .004$ ).

Verder is te zien dat het mentaal welbevinden is toegenomen (Tabel 3). De totale score op de MHC-SF is significant toegenomen op de nameting ( $p = .003$ ). Op de subschalen komt eveneens een significante toename naar voren in het ervaren van emotioneel ( $p = .005$ ) en psychologisch ( $p = .002$ ) welbevinden. Het sociaal welbevinden is niet significant toegenomen ( $p = .303$ ).

Wat betreft de mate van tevredenheid over het leven en de mate van regie over het leven blijkt dat er een significante toename is op respectievelijk de SWLS ( $p < .001$ ) en MS ( $p < .001$ ). De resultaten op de PIL laten geen significante verbetering zien ( $p = .088$ ).

Tabel 3: Overzicht van de resultaten op de mediaan tijdens de voormeting en nameting (N=20)

Vragenlijst	Voormeting (25-75 percentiel)	Nameting (25-75 percentiel)	p-waarde*
<b>OQ-45 Totaal</b>	54,50 (37,00-80,00)	43,00 (18,50-64,75)	0,001
<b>Symptomen</b>	35,50 (18,75-53,50)	26,00 (15,00-45,00)	0,024
<b>Interpersoonlijke relaties</b>	10,50 (5,25-19,00)	8,00 (1,00-14,00)	0,001
<b>Sociale rol</b>	10,00 (7,00-12,75)	6,00 (4,00-9,00)	0,004
<b>MHC-SF Totaal</b>	2,08 (1,35-3,50)	2,69 (2,25-4,13)	0,003
<b>Emotioneel</b>	2,17 (0,75-3,92)	2,83 (2,08-4,67)	0,005
<b>Sociaal</b>	2,12 (1,25-3,44)	2,63 (1,50-3,75)	0,303
<b>Psychisch</b>	2,50 (1,38-3,46)	3,00 (2,17-4,29)	0,002
<b>SWLS</b>	12,00 (6,25-16,75)	15,00 (12,00-21,00)	0,000
<b>MS</b>	9,00 (7,00-11,75)	12,00 (11,75-17,00)	0,000
<b>PIL</b>	17,00 (15,00-20,75)	20,50 (15,25-22,00)	0,088

\* Wilcoxon signed rank test

Als er op het niveau van de meest voorkomende stoornissen, PTSS en depressie, wordt gekeken zien we in tabel 4 dat de interventie de meeste invloed had op deelnemers waarbij sprake is van een depressieve stoornis. De totale score op de OQ-45 is significant toegenomen ( $p=.046$ ) evenals op de MHC-SF ( $p=.028$ ).

## 5 Conclusie en discussie

In dit onderzoek werd nagegaan of veranderingen optreden in de mate van ervaren klachten

en de mate van mentaal welbevinden na het volgen van de levensverhaleninterventie 'Wie ben ik?'. Mensen met psychische klachten en een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid bleken na deelname aan de interventie een afname in klachten en een toename in mentaal welbevinden te laten zien. Meer specifiek is gevonden dat hun psychische klachten, problemen met interpersoonlijke relaties en sociale rolvervulling zijn verminderd; het emotioneel en het psychologisch welbevinden, de levens-

Tabel 4: Overzicht van de resultaten op de mediaan tijdens de voormeting en nameting op stoornisniveau

Diagnose	Vragenlijst	Voormeting (25-75 percentiel)	Nameting (25-75 percentiel)	p-waarde*
<b>PTSS</b>	<b>OQ-45 Totaal</b>	51,50 (38,25-87,00)	49,50 (22,00-64,25)	0,092
	<b>MHC-SF Totaal</b>	2,27 (1,17-3,32)	2,85 (2,37-4,35)	0,063
<b>Depressieve stoornis</b>	<b>OQ-45 Totaal</b>	76 (55-81)	61 (34-69)	0,046
	<b>MHC-SF Totaal</b>	1,77 (0,85-3,77)	2,54 (1,85-4,23)	0,028

\* Wilcoxon signed rank test

tevredenheid en de ervaren regie over het leven zijn verbeterd. Het sociaal welbevinden en het ervaren van een doel in het leven zijn niet significant toegenomen. Een mogelijke verklaring voor het uitblijven van verandering op het gebied van het ervaren van een doel in het leven is dat de betrouwbaarheid van de *purpose in life* schaal in het algemeen, minder groot is en de vragen te complex zijn voor mensen met een verstandelijke beperking. Daarnaast is het mogelijk dat de vragen te ver afstaan in vergelijking met concretere doelen, wat voor deze groep mensen te moeilijk zou kunnen zijn of pas over langere tijd zichtbare resultaten op kan leveren. Dat het sociaal welbevinden niet is verbeterd, kan mogelijk worden verklaard door het feit dat mensen met psychische klachten en een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid vaak een klein netwerk hebben dat zich beperkt tot hun relatie met professionals, ouders en enkele familieleden. Een sociaal netwerk is een voorwaarde voor een zinvol leven (van Asselt-Goverts, Embregts, & Hendriks, 2015; Meulenkamp, van der Hoek, & Cardol, 2013). Hoewel er binnen de interventie aandacht is voor het netwerk, richt deze zich niet op het opbouwen of verbeteren hiervan.

Een ander aspect dat naar voren komt uit het onderzoek is dat de veranderingen zich in het bijzonder voordeden bij deelnemers met een depressieve stoornis. Eerder werd al aangetoond in een meta-analyse dat life-review therapie effectief is om depressieve klachten bij normaal begaafde mensen te verminderen (Bohlmeijer et al., 2003; Pinquart & Forstmeier, 2012). Hoewel de positieve effecten van life-review therapie alsmede narratieve therapie op de vermindering van depressieve klachten ook zijn

gevonden bij specifieke doelgroepen zoals ouderen (Korte et al., 2012) en studenten (Maestas & Rude, 2012), is nu voor het eerst voorzichtig bewijs gevonden dat dergelijke interventies ook werkzaam zijn voor mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid. Deze bevinding wint aan relevantie, wanneer in ogenschouw wordt genomen dat depressie één van de meest voorkomende stoornissen is bij mensen met een verstandelijke beperking en zwakbegaafdheid (Cooper et al., 2007; Hoevens, 2011). Mogelijk hangt deze hoge prevalentie samen met de veelheid van negatief ervaren life-events. Hastings et al. (2004) vonden in onderzoek een verband tussen negatief ervaren life-events en psychische klachten, waaronder depressieve klachten, bij mensen met een verstandelijke beperking. Verder valt op dat er geen drop-outs waren. Een mogelijke verklaring is dat de levensverhaleninterventie is ingebed in het dagprogramma van de deelnemers en plaats vond binnen een klinische setting.


Het onderzoek kent ook een aantal beperkingen. Alhoewel de analyses op zich significante resultaten laten zien waardoor er geen power issue voor de gehele studie bestaat, is er sprake van een kleine statistische power om analyses per subgroep uit te voeren.

Een tweede beperking is dat er geen gebruik is gemaakt van een controlegroep waardoor niet met zekerheid kan worden gesteld dat de veranderingen daadwerkelijk het resultaat zijn van de interventie. Maar, de resultaten suggereren wel dat de interventie een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan de gevonden veranderingen (indicatieve bewijskracht). Deze uitkomsten komen overeen met eerder gevonden resulta-

ten uit onderzoek van Westerhof, Beernink, & Sools (2016) bij 27 personen met psychische klachten en een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid. Mogelijk dat non-specifieke factoren waaronder een therapeutische relatie, groepsprocessen, verwachtingen of hoop hebben bijgedragen aan de veranderingen. Alle deelnemers kregen een klinische behandeling waarbij ook een 'treatment-as-usual' werd gebruikt. Om de effectiviteit van de interventie verder te onderbouwen is meer onderzoek nodig. Het is aan te bevelen gebruik te maken van een grotere steekproef waardoor de effecten ook in subgroepen beter te onderzoeken zijn. Door daarnaast gebruik te maken van een experimenteel design met een controle groep, een follow-up meting en van meervoudige case studies (Yin, 2008) kan de bewijskracht toenemen. Tevens kan kwalitatief onderzoek worden ingezet om belemmerende en bevorderende factoren in kaart te brengen. Hieraan kunnen zowel therapeuten als deelnemers deelnemen.

Een derde aspect betreft het zelf invullen van vragenlijsten door de deelnemers. 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 (van Duijvenbode et al., 2015) of het geven van antwoorden zonder de vraag te begrijpen van invloed zijn geweest op de validiteit van de ingevulde vragenlijst. Echter, de hoge scores op de mate van ervaren klachten, vergeleken met de klinische data in de studie van Kellett et al. (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 verbeterin-

gen lieten zien suggereert ook dat deelnemers kunnen differentiëren tussen vragen.

Ondanks de beperkingen van het onderzoek ondersteunen de bevindingen de resultaten uit eerder onderzoek naar de levensverhaleninterventie. Er zijn nieuwe aanwijzingen dat de levensverhaleninterventie 'Wie ben ik?' bijdraagt aan het verminderen van psychische klachten én het vergroten van mentaal welbevinden. Door deelname aan de interventie zijn mensen met psychische klachten en een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid veerkrachtiger geworden en daardoor minder kwetsbaar. Met enige voorzichtigheid kan worden geconcludeerd dat 'Wie ben ik?' een veelbelovende interventie is om toe te voegen aan het behandelaanbod van mensen met psychische klachten en een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid. 

#### Auteurs

*Dr. J. (Janny) Beernink-Wissink*, GZ-Psycholoog en senior onderzoeker Expertisecentrum (V)GGNet, Warnsveld. Extern lid Storylab, Enschede.

*Prof. dr. G. J. Westerhof*, Universiteit Twente, Afdeling Psychologie, Gezondheid, en Technologie, Enschede.

*Dr. A. Sools*, Universiteit Twente, Afdeling Psychologie, Gezondheid, en Technologie, Enschede.

*Correspondentieadres:* j.beernink@ggnet.nl

#### Literatuur

Adler, J.M., Lodi-Smith, J., Philippe, F.L., & Houle, I. (2016). The Incremental Validity of Narrative Identity in Predicting Well-Being: A Review of the Field and

- Recommendations for the Future. *Personality and Social Psychology Review*, 20(2), 142-175.
- 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.
- Arrindell, W.A., Meeuwesen, L., & Huyse, F. J. (1991). The Satisfaction With Life Scale (SWLS): Psychometric properties in a non-psychiatric medical outpatients sample. *Personality and Individual Differences*, 12, 117-123.
- Asselt-Goverts, A.E. van, Embregts, P.J.C.M., & Hendriks, A.H.C. (2015). Social networks of people with mild intellectual disabilities: Characteristics, satisfaction, wishes and quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59, 450-461.
- Aylard, 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.
- Baaij, E.J. de, Hoekman, J., Volman, M.J.M., & Zaad, C. (2006). Kwaliteit van bestaan bij mensen met een complexe meervoudige beperking. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 32, 13-26.
- 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.
- Berg, M. van den (2008). *Syllabus verstandelijke beperking en gedragsstoornissen*. Amsterdam: UWV.
- Bhaumik, S., Gangadharan, S., Hiremath, A., & Russel, P.S.S. (2011). Psychological treatments in intellectual disability: the challenges of building a good evidence base. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 428-430.
- Bohlmeijer, E.T., 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., Smit, F., & Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late life depression: A meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(12), 1088-1094.
- Bohlmeijer, E.T., & Westerhof, G. (2015). *Op verhaal komen*. 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., Westerhof, G., & Walburg, J. (2013). *Handboek Positieve psychologie*. Amsterdam: Boom.
- Brug, A. ten, Putten, A. van der, 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.
- Butler, R.N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 256, 65-76.
- Cooper, S.A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). An epidemiological investigation of affective disorders with a population-based cohort of adults with intellectual disabilities. *Psychological Medicine*, 37, 873-882.
- 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.
- Didden, R. (2006). *In perspectief. Gedragsproblemen, psychische stoornissen en lichte verstandelijke beperking*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dosen, A. (2010). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap; een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen: Van Gorcum.
- 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.
- 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.
- Finlay, W.M., & Lyons, E. (2001). Methodological Issues in Interviewing and Using Self-report Questionnaires With People With Mental Retardation. *Psychological Assessment*, 13(3), 319-335.
- 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.
- Gentile, J., & Gillig, P. (2012). *Psychiatry of intellectual disability*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- 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.

- Hastings, R.P., Hatton, C., Taylor, J.L., & Maddison, C. (2004). Life events and psychiatric symptoms in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48, 42-46.
- Hensel, E. (2001). Is Satisfaction a Valid Concept in the Assessment of Quality of Life of People with Intellectual Disabilities? A Review of the Literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 14, 311-326.
- Hoekman, J. (2010). *Gluren bij de buren. Wat kunnen we leren van 'bewezen effectieve' benaderingen van gedragsproblemen in de jeugdhulpverlening en de kinder- en jeugdpsychiatrie?* Lezing congres 'Verstandelijke handicap en gedragsinterventies'. Utrecht, 12 november 2010.
- Hoevens, H. (2011). Psychopathologische gevolgen van trauma en comorbiditeit. In P.G.H. Aarts & W.D. Visser (Eds.), *Trauma: Diagnostiek en behandeling* (pp. 230-241). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- 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.
- Hurley, A. D. (2008). Depression in adults with intellectual disability: Symptoms and challenging behavior. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 905-916.
- 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.
- 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.
- Joyce, T., Globe, A., & Moody, C. (2006). Assessment of the component skills for cognitive therapy in adults with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(1), 17-23.
- Kellett, S. C., Beail, N., Newman, D. W., & Mosley, E. (1999). Indexing psychological distress in people with an intellectual disability: Use of the Symptom Checklist-90-R. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 12(4), 323-334.
- 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.
- 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.
- Kruskal, W. H., & Wallis, W. A. (1952). Use of ranks in one-criterion variance analysis. *Journal of the American Statistical Association*, 47, 583-621.
- 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(4), 249-258.
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., Kloosterman, P.M. ten, & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67, 99-110.
- Lloyd, V., Gatherer, A., & Kalsy, S. (2006) Conducting Qualitative Interview Research With People With Expressive Language Difficulties. *Qualitative Health Research*, 16(10), 1386-1404.
- 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.
- 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.
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research*, 19(1), 68-80.
- McAdams, D.P., & McLean, K.C. (2013). Narrative identity. *Current Directions. Psychological Science*, 22(3), 233-238.
- Meininger, H.P. (2010). Connecting stories: A narrative approach of social inclusion of persons with intellectual disability. *European Journal of Disability Research*, 4(3), 190-202.
- Meulenkamp, T., Hoek, L. van der, & Cardol, M. (2013). *Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking, ouderen en de algemene bevolking. Rapportage participatiemonitor*. Utrecht: NIVEL.
- 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.
- Moya, H. (2009). Identities on paper: Constructing lives for people with intellectual disabilities in life story books. *Narrative Inquiry*, 19(1), 135-153.
- 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.
- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *Journal of Positive Psychology*, 3, 137-152.
- Payne, M. (2000). *Narrative therapy: An introduction for counselors*. London: Sage.
- Pearlin, L.I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behaviour*, 19, 2-21.
- Perry, J. (2004). Interviewing people with intellectual disabilities. In E. Emerson, C. Hattton, T. Thompson, & T.R. Parmenter (Eds.), *The international handbook of applied research in intellectual disabilities* (pp. 115-131). West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16(5), 541-558.
- Puyenbroeck, J. van, & Maes, B. (2008). A Review of Critical, Person-centred and Clinical Approaches to Reminiscence Work for People with Intellectual Disabilities. *International Journal of Disability, Development and Education*, 55(1), 43-60.
- Ramirez, S.Z., & Lukenbill, J. (2008). Psychometric Properties of the Zung Self-Rating Anxiety Scale for Adults with Intellectual Disabilities (SAS-ID). *Journal of developmental and physical disabilities*, 20(6), 573-580.
- Riessman, C. K., & Speedy, J. (2007). Narrative inquiry in the psychotherapy professions: A critical review. In D. J. Clandinin (Ed.), *Handbook of narrative inquiry: Mapping a methodology* (pp. 426-456). Thousand Oaks: Sage.
- Ruddick, L., & Oliver, C. (2005). The Development of a Health Status Measure for Self-report by People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18(2), 143-150.
- 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), 1069-1081.
- Ryff, C.D., & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69, 719-727.
- Sams, K., Collins, S., & Reynolds, S. (2006). Cognitive therapy abilities in people with learning disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(1), 25-33.
- Schwartz, C., & Rabinovitz, S. (2003). Life satisfaction and community living. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(2), 75-84.
- 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.
- Singer, J.A., Blagov, P., Berry, M., & Oost, K.M. (2013). Self-defining memories, scripts, and the life story: Narrative identity in personality and psychotherapy. *Journal of Personality*, 81(6), 569-582.
- Sturmeijer, 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., Neiryneck, S., Vanderplasschen, W., Vanheule, S., & Vandeveldde, 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.
- 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. Vandeveldde, C. Claes, E. Broekaert, G. Van Hove (Red.), *Orthopedagogische werkvelden in beweging: organisatie en tendensen* (pp. 239-266). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- 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.
- 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. (2010). *De verhalen die we leven*. Amsterdam: Boom.
- 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.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- 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.



- Wiel, N.M.H. van de, Matthys, W., Cohen-Kettenis, P.T., & Engeland, H. van (2003). Application of the Utrecht Coping Power Program and Care as Usual to children with disruptive behavior disorders in outpatient clinics: A comparative study of cost and course of treatment. *Behavior Therapy*, 34, 421-436.
- 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.
- Wilcoxon, F. (1945). Individual comparisons by ranking methods. *Biometrics Bulletin*, 1, 80-83.
- 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.
- Yin, R.K. (2008, 4<sup>e</sup> druk). *Case study research. Design and methods*. Thousand Oaks: Sage.

### Samenvatting

In dit artikel wordt een nieuwe interventie onderzocht, die specifiek is ontwikkeld voor mensen met psychische klachten en een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid. De interventie is gebaseerd op narratieve en life-review therapie. Er zijn veranderingen onderzocht in psychische klachten (OQ-45) en mentaal welbevinden (MHC-SF) in een design met voor- en nameting onder 20 deelnemers. Ook veranderingen in mogelijke werkzame factoren, levenstevredenheid (SWLS), regie (MS) en doel in het leven (PIL), zijn onderzocht. Uit de resultaten blijkt een afname in psychische klachten, een verhoging van mentaal welbevinden en een toename van levenstevredenheid en regie over het leven. De verbetering die heeft plaatsgevonden is het grootst onder deelnemers met depressieve klachten. Er kan worden geconcludeerd dat de interventie veelbelovend is in de behandeling van mensen met psychische klachten en een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid.

### Summary

This article discusses a new intervention, which is specifically designed for people with psychiatric complaints and intellectual disabilities. The intervention is based on narrative and life-review therapy. Changes in psychiatric complaints (OQ-45) and mental well-being (MHC-SF) were studied in a pre- and-post design with 20 participants. Changes in possible effective factors, life satisfaction (SWLS), mastery (MS), and purpose in life (PIL) were also assessed. The results showed a decrease in psychiatric symptoms, and an increase in mental well-being, mastery, and life satisfaction. Changes were largest in participants with depressive complaints. It can be concluded that the intervention looks promising for the treatment of people with psychiatric complaints and intellectual disabilities.