



Wat beïnvloedt wat?

Afstudeerscriptie

Toegepaste Psychologie

Hogeschool Saxion
Handelskade 75
7417 DH Deventer

Onderzoek bij Stichting Kadera

Terborchstraat 13-15
8011 GD Zwolle
Begeleider/opdrachtgever: Margreet Knol

Auteurs

Roxan Smeenk (323676)
Henriëke Koelewijn (353147)

Afstudeerbegeleiders

Frederieke Hermsen (Eerste begeleider)
Mirella Ordelman (Tweede begeleider)

Plaats & datum

Deventer – September 2016 tot en met januari 2017



Voorwoord

Voor u ligt onze scriptie “Wat beïnvloedt wat”. In dit onderzoek is er een effectmeting gedaan naar het verloop van klachten en copingstrategieën bij cliënten die tussen 1 januari 2012 en 1 november 2016 hulp hebben ontvangen van Kadera. Daarnaast is er gekeken naar een samenhang van de klachten, copingstrategieën, PTSS klachten en de hoogte van het IQ van cliënten die in de opvang zijn opgenomen. Deze scriptie is samen met de stage die wij nu nog lopen het laatste onderdeel van onze opleiding Toegepaste Psychologie aan het Saxion te Deventer. Van september 2016 tot en met januari 2017 hebben wij ons volledig ingezet om onze opleiding met een goed eindproduct te kunnen afronden.

In opdracht van stichting Kadera, aanpak huiselijk geweld is deze scriptie geschreven. Dit is uitgevoerd onder begeleiding van Margreet Knol. Daarnaast is mede dankzij de prettige samenwerking met haar en onze collega's het gelukt om het onderzoek binnen de gestelde tijd uit te voeren. Omdat er gewerkt werd met de specifieke, soms lastige doelgroep was goede communicatie noodzakelijk.

Wij willen graag een aantal mensen bedanken voor de hulp bij het maken van de scriptie tot de vorm zoals hij nu is. Als eerste willen wij onze praktijkbegeleider vanuit de organisatie Kadera, Margreet Knol, bedanken. Mede dankzij haar inbreng, enthousiasme en vertrouwen in dit onderzoek is de uitvoer goed verlopen. Als tweede willen wij onze eerste beoordelaar, Frederieke Hermesen, bedanken. Wij hebben een fijne samenwerking gehad, waarin wij ons gemotiveerd hebben gevoeld. Ook willen wij haar bedanken voor haar feedback op meerdere punten in ons onderzoek. Daarnaast willen wij onze tweede beoordelaars, Elian de Kleine en Mirella Ordelman, ook bedanken voor hun feedback op het onderzoeksplan en de conceptversie op dit onderzoek. Daarnaast willen wij onze mede studenten en docenten uit de afstudeerklassen bedanken voor hun feedback en kritische blik. Mede dankzij hen hebben wij onze scriptie kunnen verbeteren. Verder willen wij onze psycholoog Suzanne Vreugde en team toegang en trajecten bedanken voor het meedenken over de invulling van het onderzoek. Dankzij hen hebben wij een selectie kunnen maken voor de data van dit onderzoek. Ook gaat onze dank uit naar alle respondenten die hebben meegewerkt aan dit onderzoek.

Veel leesplezier.

Roxan Smeenk & Henrieke Koelewijn,
Deventer, januari 2017

Samenvatting

Dit afstudeeronderzoek is tot stand gekomen in samenwerking met Stichting Kadera aanpak huiselijk geweld. In opdracht van Kadera is ten eerste onderzoek gedaan naar het effect van de hulpverlening op de klachten en copingstrategieën bij de cliënten. Ten tweede is er onderzoek gedaan naar het verband tussen de BSI klachten, PTSS klachten, copingstrategieën en de hoogte van het IQ. De cliënten die naar de vrouwenopvang komen hebben allemaal een vorm van huiselijk geweld meegemaakt. Er is vaak sprake van multiproblematiek, waardoor het werken met de doelgroep complex is.

Voor het eerste deel van het onderzoek werd gebruik gemaakt van reeds bestaande gegevens vanaf het jaar 2012. Hierbij werden de resultaten van de beginnende en afsluitende BSI en UCL meegenomen. Bij het tweede deel van het onderzoek werd naast de BSI en de UCL, ook de SON-R en een PTSS klachtenlijst afgenomen. Hierdoor kon er naar een verband worden gezocht tussen de meest voorkomende BSI klacht, de meest voorkomende PTSS klacht en de meest voorkomende copingstrategie per IQ-groep.

Uit de resultaten van het onderzoek komt naar voren dat de geboden hulpverlening van Kadera een positief effect heeft op de klachten en zorgt voor een significante vermindering van de klachten. Daarnaast toont het aan dat cliënten de copingstrategie passief reactiepatroon significant minder vaak toepassen bij de nameting. De effectiviteit van de gehanteerde copingstrategieën zijn niet vaststaand, dit is afhankelijk van de persoon en situatie. Tevens kan er gezegd worden dat er een aantal verbanden zijn tussen de meest voorkomende BSI klacht, PTSS klacht en copingstrategie van de verschillende IQ-groepen. Bij de licht verstandelijk beperkte groep komt naar voren dat hoe hoger de klachten van herbeleving zijn, hoe meer somatische klachten iemand ervaart. Ook is er een samenhang gevonden bij de beneden gemiddelde IQ-groep tussen het hanteren van de copingstrategie geruststellende gedachten en het hebben van somatische klachten. Ten slotte is er bij de gemiddelde of hogere IQ-groep een samenhang gevonden tussen het hanteren van een passief reactiepatroon en het hebben van angstklachten. Ook is er een samenhang gevonden tussen het hebben van de PTSS klacht vermijding en het hebben van angstklachten. Als laatste is er een samenhang gevonden tussen het hanteren van de copingstrategie passief reactiepatroon en een depressieve stemming.

Op basis van de onderzoeksresultaten zijn er enkele aanbevelingen opgesteld. De eerste aanbeveling is het consequent afnemen van de afsluitende BSI en UCL, zodat er een beter beeld naar voren kan komen over de invloed van de hulpverlening op het verloop van de klachten en copingstrategieën. De tweede aanbeveling is het standaard afnemen van een IQ-test. Hierdoor kan de hulpverlening beter afstemmen op het niveau van de cliënt. De derde aanbeveling is om hulpverlening op maat te bieden voor de cliënten die een licht verstandelijke beperking hebben. Hierbij is het nodig dat de hulpverleners een training krijgen over hoe om te gaan met een licht verstandelijke beperking in de hulpverlening. Ten vierde is het belangrijk om de UCL af te nemen op basis van een gebeurtenis, aangezien het hanteren van copingstrategieën verschilt per situatie. De psycholoog kan bepalen of een copingstrategie effectief is in een bepaalde situatie. Ten slotte is er een aanbeveling gedaan tot vervolgonderzoek. Als de screenings consequent worden afgenomen kan er nog eens een effectmeting worden gedaan over het verloop van de klachten. Ook kan er vervolgonderzoek gedaan worden naar de copingstrategieën, als deze gericht zijn op één bepaalde situatie.

Inhoudsopgave

Verklarende woordenlijst	7
Hoofdstuk 1 – Inleiding van het onderzoek	8
1.1 Aanleiding.....	8
1.2 Onderzoeksvraag.....	9
1.3 Doelstelling van het onderzoek.....	10
Hoofdstuk 2 – Theoretisch Kader	11
2.1 De doelgroep van Kadera	11
2.2 Hulpverlening van Kadera	11
2.2.1 Krachtwerk	11
2.2.2 Systeemgericht werken	12
2.2.3 Behandel mogelijkheden.....	13
2.2.4 Beschouwing over de geboden hulpverlening	13
2.3 Coping en ernst klachten.....	13
2.3.1 Coping.....	13
2.3.3 De ontwikkeling en ernst van klachten	14
2.4 PTSS	14
2.4.1 Kenmerken	14
2.4.2 Diagnosticeren PTSS	15
2.5 Intelligentie.....	15
2.5.1 Definitie	15
2.5.2 IQ en de doelgroep.....	15
2.6 IQ en BSI klachten.....	16
2.7 IQ en PTSS klachten	16
2.8 IQ en copingstrategieën	16
2.9 Verband BSI klachten, copingstrategieën, PTSS klachten en IQ.....	17
2.10 Het conceptueel model	17
2.11 De hypothesen	17
2.12 Aanzet tot onderzoek.....	18
Hoofdstuk 3. Onderzoeksdesign	19
3.1 Onderzoeksmethode	19
3.2 Onderzoeksdoelgroep	19
3.3 Onderzoeksinstrument.....	19
3.4 Procedure	22
3.5 Analyses.....	23
Hoofdstuk 4. Onderzoeksresultaten	24

4.1 Uitvoering en respons van het onderzoek	24
4.2 Beschrijving respondenten.....	24
4.3 Invloed van de hulpverlening	25
4.3.1 Invloed op de klachten van cliënten.....	25
4.3.2 invloed op de copingstrategieën van cliënten	26
4.3.3 Samenhang tussen de meest voorkomende klachten en de meest voorkomende copingstrategieën.....	26
4.4 Verband tussen klachten, PTSS klachten, copingstrategieën en IQ.....	27
4.4.1 Meest voorkomende klachten per IQ-groep.....	27
4.4.2 PTSS klachten per IQ-groep	28
4.4.3 Meest voorkomende copingstrategie per IQ groep	28
4.4.4 De samenhang tussen de meest voorkomende klacht, de meest voorkomende copingstrategie en de hoogst ervaren PTSS klacht	29
Hoofdstuk 5 – Conclusie, discussie en aanbevelingen	30
5.1 Conclusie	30
5.2 Discussie	32
5.3 Aanbevelingen.....	33
Literatuurlijst	36
Bijlage 1: Eigenwerkverklaring	40
Bijlage 2: Samenwerkingscontract	41
Bijlage 3: Brief Symptom Inventory- BSI.....	42
Bijlage 4: Utrechtse Coping Lijst- UCL	46
Bijlage 5: PTSS klachtenlijst	50
Bijlage 6: Fasen hulpverleningstraject.....	51
Bijlage 7: Normaalverdeling & classificatie IQ-scores	52
Bijlage 8: Verdeling resultaten IQ-scores	53
Bijlage 9: Vijf stellingen	54

Verklarende woordenlijst

Hieronder staan veelvoorkomende begrippen beschreven met uitleg om de leesbaarheid van de scriptie te verbeteren.

Casemanager	De hulpverlener die de desbetreffende cliënt begeleidt tijdens haar traject.
Comorbiditeit	Het tegelijkertijd aanwezig zijn van verschillende aandoeningen of stoornissen.
Conceptueel model	Grafische weergave van de hoofdvariabelen uit dit onderzoek en de verbanden tussen deze variabelen.
Cronbach's Alpha	De mate van homogeniteit tussen constructen van de psychometrische vragenlijsten.
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)	Het internationaal classificatiesysteem voor psychiatrische aandoeningen die gebruikt wordt in de geestelijke gezondheidszorg.
Evidence-based	De handelingen die een beroepsbeoefenaar uitvoert, zijn gebaseerd op wetenschappelijke informatie over doelmatigheid en doeltreffendheid.
Intelligentie Quotiënt (IQ)	Een cijfermatige aanduiding van de intellectuele vermogens van een persoon.
Kinderhulpverlener (KHV)	De hulpverlener die de kinderen van een systeem begeleidt tijdens het traject.
Materieel Dienstverlener (MD)	De hulpverlener die de cliënten helpt bij zaken omtrent de financiën en huisvesting.
Posttraumatische stressstoornis (PTSS)	Een psychische aandoening waarbij een persoon één of meerdere ingrijpende gebeurtenissen heeft meegemaakt die duidelijk lijden met zich mee brengt. De diagnose PTSS kan gesteld worden door een psycholoog of psychiater.
Secundaire analyse	Een analyse over bestaande data die eerder zijn verkregen door onderzoekers.
Significantie (p-waarde)	De mate die aangeeft of er sprake is van toeval of een bewezen effect. Een p-waarde die lager of gelijk is aan 0,05 is significant en berust het feit niet op toeval. Bij een p-waarde groter dan 0,05 berust het op toeval en kunnen er geen uitspraken over gedaan worden.
Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)	Een statistisch computerprogramma voor sociale wetenschappen. Hiermee worden de analyses in het onderzoek uitgevoerd.
Standaarddeviatie (SD)	De mate die aangeeft wat de spreiding van de variabele is.

Hoofdstuk 1 – Inleiding van het onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding van dit onderzoek beschreven. Daarnaast wordt de onderzoeksvraag met bijbehorende deelvragen geformuleerd en ten slotte zal de doelstelling worden beschreven.

1.1 Aanleiding

Stichting Kadera Aanpak Huiselijk Geweld is een organisatie met een vrouwenopvang die zich inzet voor slachtoffers en iedereen die betrokken is bij een vorm van huiselijk geweld. Huiselijk geweld kan gaan om lichamelijk geweld (slaan, schoppen), psychisch geweld (bedreigen, uitschelden) of seksueel geweld (verkrachten, aanranden). Huiselijk geweld wordt vaak gepleegd door iemand uit het gezin, de familie of de naaste omgeving. Dit kan gaan om een partner, een ander gezinslid, familie of vrienden (de Boer, 2009). Cliënten krijgen begeleiding van Kadera wanneer zij in de opvang zitten; crisisopvang, intensieve zorg of begeleid wonen jonge moeders. Dit laatste is een aparte opvang speciaal voor jonge moeders met één kind die te maken hebben gehad met huiselijk geweld of zich in een onveilige thuissituatie bevonden. Daarnaast krijgen de cliënten ook begeleiding wanneer zij naar begeleid wonen of nazorg gaan. Niet alle cliënten kunnen binnen de organisatie doorstromen, omdat er onvoldoende plekken zijn. Als cliënten niet binnen Kadera kunnen doorstromen, kunnen zij worden doorgeplaatst naar een andere organisatie. Vertrek wordt gezien als het moment waarop een cliënt geen hulp meer ontvangt van Kadera. Dit betekent dat een cliënt zelfstandig kan functioneren of vertrekt naar een andere hulpverleningsinstantie. Cliënten kunnen 6-8 weken verblijven op de crisisopvang en 6-9 maanden op de intensieve zorg van Kadera.

Een vrouwenopvang biedt vrouwen en hun eventuele kinderen een beschermende omgeving waarin ze tot rust kunnen komen en kunnen werken aan hun weerbaarheid, zodat ze een stabiele toekomst kunnen opbouwen. Er spelen vaak meerdere problemen bij de cliënten in de opvang. Zo komen de volgende problemen voor: schulden, verslaving, werkloosheid, geen opleiding, psychische problemen vrouw, psychische problemen kind, opvoedproblemen, juridische problemen, veiligheidsproblemen, onzekere verblijfsstatus, ouderlijk gezag/voogdij, gedwongen prostitutie, tienerzwangerschap, relationele problemen (scheiding), geen (veilige) woning en cognitieve beperkingen (Federatie Opvang, 2003). Daarnaast heeft Jonker (2016) aangetoond dat 84% van de vrouwen in een vrouwenopvang kampt met PTSS klachten. Gezien de hoeveelheid aan probleemgebieden werkt de vrouwenopvang in een multidisciplinair team (Federatie Opvang, 2003). Dit multidisciplinaire team bestaat bij Kadera uit casemanagers, kinderplichtverleners, trajectcoördinatoren, psychologen, materieel dienstverleners en stagiaires Toegepaste Psychologie.

Zoals gezegd hebben de cliënten naast het feit dat ze slachtoffer zijn van huiselijk geweld ook vaak andere problemen, die zorgen voor verschillende klachten bij de cliënten. Ook is het belangrijk om rekening te houden met de cognitieve beperkingen van de cliënten. Intelligentie is namelijk een factor die de klachten en het klachtenverloop kunnen beïnvloeden. Cliënten met een lager capaciteitsniveau hebben in mindere mate een probleemoplossend vermogen (Gorissen, 2004). Dit houdt in dat deze cliënten mogelijk vaker in een opvang terecht komen dan cliënten met een hoger capaciteitsniveau. Dit geldt in het bijzonder voor mensen met een verstandelijke beperking. Onderzoek van Wigham, Taylor en Hatton (2014) heeft bijvoorbeeld uitgewezen dat potentieel traumatische levensgebeurtenissen, waaronder mishandeling, seksueel misbruik, verwaarlozing, verlieservaringen en levensbedreigende ziekten gemiddeld genomen vaker voorkomen bij mensen met een verstandelijke beperking. Daarnaast zijn mensen met een verstandelijke beperking vatbaarder voor onregelende gevolgen van levensgebeurtenissen en traumatisering.

Om met alle problemen en moeilijkheden om te gaan hanteert elke cliënt in verschillende mate verschillende copingstrategieën. Zo pakt de een bijvoorbeeld in hoge mate problemen doelgericht aan en wordt de ander overspoeld door problemen. Copingstrategieën verwijzen naar individuele

activiteiten en inspanning gericht op het omgaan met problemen en emoties en beïnvloeden de lichamelijke en psychische gevolgen (Somerfield & McCrae, 2000). Een copingstrategie heeft betrekking op het doen en laten (gedragmatig of cognitief) in specifieke situaties, dat tot doel heeft aan de specifieke stressor het hoofd te bieden (Jaspers, van Asma & van den Bosch, 1989). Seiffge-Krenke en Klessinger (2000) stellen dat er gesproken kan worden over effectieve en ineffectieve copingstrategieën. Zij noemen vermijden een ineffectieve copingstrategie die wordt gelinkt aan een slechte aanpassing aan de situatie. Daarnaast zien zij actief aanpakken als een effectieve copingstrategie die wordt geassocieerd met goede aanpassing. Daarentegen zeggen Schreurs, van de Willige, Brosschot, Tellegen en Graus (1993) dat een copingstrategie effectief is als deze het welzijn in stand houdt of bevordert en het klachten voorkomt. Hiermee stellen zij dat de effectiviteit van een copingstrategie verschilt per situatie en afhangt van de vaardigheden en kwaliteiten van een persoon.

In dit onderzoek wordt onderzocht wat de invloed is van de hulpverlening van stichting Kadera op de klachten en gebruikte copingstrategieën van de cliënten. Deze gegevens zijn voor de organisatie van belang om te zien of de hulpverlening effectief is, zodat dit kan worden aangetoond naar de gemeente. Op dit moment wordt er weinig aandacht besteed aan copingstrategieën. Binnen de organisatie worden er twee trainingen aangeboden, namelijk de weerbaarheidstraining en de training bijzonder geweldig. In deze twee trainingen wordt er enkel aandacht besteed aan de copingstrategie vermijding en hoe om te gaan met stress. Daarnaast wordt er aan de hand van screenings een beeld geschetst van de copingstrategie die de cliënt hanteert. Ook worden de klachten geïnventariseerd, maar deze gegevens worden nu enkel afzonderlijk van elkaar bekeken. In dit onderzoek wordt er naar de samenhang tussen klachten en copingstrategieën gekeken. Ook wordt er in dit onderzoek gekeken naar de samenhang tussen BSI klachten, copingstrategieën, PTSS klachten en het IQ-niveau. Zoals hiervoor benoemd wordt er ook bij deze variabelen alleen naar de afzonderlijke scores gekeken en worden de uitslagen niet met elkaar vergeleken. Dit onderzoek geeft een inzichtelijk beeld over de samenhang tussen deze variabelen. Vanuit werkervaring van de onderzoekers is gebleken dat een capaciteitenonderzoek alleen wordt ingezet bij cliënten waarbij er twijfel bestaat over hun capaciteitsniveau. Met dit onderzoek wordt er een breder beeld geschetst over het capaciteitsniveau van alle cliënten in de opvang. Een lichtere vorm van een verstandelijke beperking kan onopgemerkt blijven zonder een capaciteitenonderzoek. Deze cliënten hebben mogelijk moeite om dagelijkse taken te volbrengen en de oorzaak hiervan blijkt vaak onduidelijk. Door de capaciteiten van de cliënten in dit onderzoek te inventariseren wordt de kans op overschatting verkleind.

1.2 Onderzoeksvraag

Om de invloed van de hulpverlening te meten is er een onderzoeksvraag opgesteld. De tweede onderzoeksvraag is opgesteld om te onderzoeken wat het verband is tussen de meeste voorkomende (PTSS)klacht, copingstrategie en de hoogte van het IQ. De hierbij horende deelvragen zijn hieronder opgesteld.

Onderzoeksvraag 1

De eerste onderzoeksvraag luidt als volgt: 'Wat is de invloed van de hulpverlening van Stichting Kadera op de ernst van de klachten en op de gebruikte copingstrategieën van de cliënten?'.

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd.

1. Wat is de invloed van de hulpverlening op de klachten van de cliënten?
2. Wat is de invloed van de hulpverlening op de copingstrategieën van de cliënten?
3. Is er een samenhang tussen de meest voorkomende klachten en de meest voorkomende copingstrategieën bij binnenkomst en vertrek bij de cliënten?

Onderzoeksvraag 2

De tweede onderzoeksvraag luidt als volgt: 'Is er een verband tussen de BSI klachten, PTSS klachten, copingstrategieën en de hoogte van het IQ?'.

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd.

1. Wat is de meest voorkomende klacht per IQ-groep?
2. In welke mate ervaren de cliënten uit de verschillende IQ-groepen PTSS klachten?
3. Wat is de meest voorkomende copingstrategie per IQ-groep?
4. Is er per IQ-groep een samenhang tussen de meest voorkomende klacht, de meest voorkomende copingstrategie en de hoogst ervaren PTSS klacht?

1.3 Doelstelling van het onderzoek

Het is voor de organisatie belangrijk dat duidelijk wordt hoe het verloop van de klachten en de copingstrategieën is geweest bij cliënten wanneer zij hulpverlening hebben gehad van Kadera. Met behulp van dit onderzoek wordt voor Kadera duidelijk in welke mate de klachten van de cliënten toenemen of afnemen en in welke mate copingstrategieën veranderen. Dit is van belang zodat Kadera weet in welke mate de hulpverlening zorgt voor de afname van klachten en het veranderen van copingstrategieën. Als blijkt dat een specifieke groep klachten niet of nauwelijks is afgenomen kan er worden ingezet op andere of nieuwe interventies op cliëntniveau om de begeleiding te bevorderen. Ook is het belangrijk dat er per IQ-groep duidelijk wordt wat de samenhang is tussen de meest voorkomende klacht, de meest voorkomende copingstrategie en de hoogst ervaren PTSS klacht. Wanneer bijvoorbeeld blijkt dat een bepaald IQ-niveau samenhangt met hogere klachten en/of een veel voorkomende copingstrategie, is het van belang dat daar vanuit de begeleiding op ingezet wordt.

Als eerste wordt aan de hand van wetenschappelijke literatuur uitleg en aanvulling gegeven over de onderwerpen van dit onderzoek. Daarna wordt er verder ingegaan op de uitvoering van het daadwerkelijke onderzoek en de beschrijving van de onderzoeksresultaten. In het daarop volgende hoofdstuk staat het onderzoeksdesign centraal. Hierin wordt de manier van gegevensverzameling beschreven en worden de gebruikte instrumenten voor dit onderzoek toegelicht. Vervolgens komen in hoofdstuk vier de resultaten van het onderzoek aan de orde. Ten slotte worden in hoofdstuk vijf de conclusies beschreven. Deze worden bediscussieerd en vervolgens worden er aanbevelingen gedaan die naar aanleiding van dit onderzoek naar voren zijn gekomen.

Hoofdstuk 2 – Theoretisch Kader

In dit hoofdstuk wordt het onderzoek door middel van wetenschappelijke literatuur verduidelijkt. Ten eerste wordt de doelgroep van Kadera beschreven. Ook wordt er ingegaan op de geboden hulpverlening binnen Kadera. Daarna volgt er informatie over de ernst van de BSI klachten en de copingstrategieën. Vervolgens wordt er informatie over PTSS gegeven. Het begrip intelligentie wordt besproken. Daarna volgt een uiteenzetting over onderzoeken naar het verband tussen het IQ-niveau, klachten en copingstrategieën. Als laatste volgt het conceptueel model met de hypothesen en de aanzet tot het onderzoek.

2.1 De doelgroep van Kadera

In de afgelopen decennia is de ernst en complexiteit van de problematiek van de groep vrouwen die naar de opvang gaat toegenomen (Lünnemann, Tan & ter Woerds, 2006; Wolf et al., 2006). In de vrouwenopvang zitten niet alleen vrouwen die vluchten voor hun partner, maar ook slachtoffers van mensenhandel, kwetsbare tienermoeders en vrouwen die te maken hebben met eengerelateerd geweld. Mishandelde vrouwen in de vrouwenopvang zijn vaak meervoudig kwetsbaar en kampen daarnaast met schuldenproblematiek, opvoedingsproblemen, verslaving, psychiatrische problemen, een verstandelijke beperking of al vanuit de jeugd een herhaalde geschiedenis met geweld. Ook heeft het overgrote deel van de vrouwen dat in de opvang verblijft geen betaald werk. Ze hebben vaak posttraumatische stressklachten door het geweld: ze zijn depressief, slapen slecht, zijn prikkelbaar en angstig (Dijkstra, 2009). Daarnaast verblijven in de vrouwenopvang ook veel allochtone vrouwen, hierbij geldt dat hun culturele achtergrond het ervaren geweld kleurt. Mogelijk verschillen normen en waarden per cultuur en is de grens van wat geweld is niet evenredig (Hague, Ravi & Mullender, 2010). Om de behoeften van de vrouwen in de vrouwenopvang te begrijpen is aandacht noodzakelijk voor de breedte van hun problematiek.

2.2 Hulpverlening van Kadera

De hulpverlening van Kadera wordt uitgevoerd aan de hand van de twee methodieken krachtwerk en veerkracht. De methodiek krachtwerk wordt hieronder uitgelegd. De methodiek veerkracht is gericht op kinderen en wordt niet verder uitgewerkt, omdat deze niet van toepassing is op dit onderzoek. Beide methodieken vallen onder het systeemgericht werken.

2.2.1 Krachtwerk

Krachtwerk is de naam van de ontwikkelde krachtgerichte, herstel-ondersteunende basismethodiek voor de vrouwenopvang. Deze methodiek is gericht op het inventariseren van de krachten van de vrouw. Ook wordt er een persoonlijk actieplan opgesteld op het gebied van tien leefgebieden (zie tabel 1). Het geeft aanwijzingen voor het samen met de vrouwen maken van een veiligheidsplan. Tevens geeft het hulpverleners aanwijzingen voor het samen met vrouwen aanboren van hulpbronnen (Wolf & Jansen, 2011).

Tabel 1. Tien leefgebieden van de basismethodiek Krachtwerk

Leefgebieden Krachtwerk	
1	Veiligheid en bescherming tegen geweld
2	Wonen en dagelijks leven
3	Financiën en sociale zekerheid
4	Kinderen en opvoeding
5	Relatie met (ex) partner
6	Sociale relaties
7	Activiteit, werk en leren
8	Vrije tijd en recreatie
9	Gezondheid en zelfverzorging
10	Zingeving

Door krachten te inventariseren worden de mogelijkheden van de vrouwen en betrokkenen in de omringende omgeving bloot gelegd. De methodiek krachtwerk heeft overeenkomsten met de stroming positieve psychologie, omdat beide de nadruk leggen op mogelijkheden in plaats van onmogelijkheden (Bohlmeijer et al., 2013). De krachteninventarisatie is een noodzakelijk element van de basismethodiek. Het is tevens een belangrijke pijler van de doelmatigheid en doeltreffendheid van de methodiek. Gedurende het gehele verblijf creëert de hulpverlener de gelegenheid voor de cliënt om haar vroegere en huidige mogelijkheden, competenties en krachten te identificeren. Samen met de cliënt wordt er gekeken naar de doelen die zij wil behalen. Per doel wordt vastgelegd welke acties er nodig zijn om het doel te behalen, wie daarbij betrokken is en wanneer het doel behaald moet zijn. Dit vormt samen het actieplan (Wolf & Jansen, 2011). Het kan zijn dat wanneer er gekeken wordt naar de krachten van een cliënt, zij in hogere mate actief gaat aanpakken. Als een vrouw actiever aanpakt kan dit mogelijk zorgen voor een algehele afname van klachten. Globaal kunnen in de vrouwenopvang verschillende fasen worden onderscheiden. Het gaat bijvoorbeeld om de fasen van aanmelding, intake en opname, het traject van vrouwen tijdens hun verblijf in de vrouwenopvang en het vertrek (zie bijlage 6). Een belangrijke toevoeging op dit figuur is dat Kadera de fase van evaluatie geïmplementeerd heeft in het hulpverleningstraject. Er wordt tijdens het doorlopen van het traject en na afloop van het traject geëvalueerd op de hulpverlening.

2.2.2 Systeemgericht werken

Binnen Kadera wordt zoveel mogelijk systeemgericht gewerkt. De vrouw wordt beschouwd als iemand in verbondenheid met anderen. Als de veiligheid van de vrouw en haar eventuele kinderen het toelaat, zal herstel van de relaties en contact met leden van het omringende systeem onderdeel zijn van het systeemgericht werken (Wolf & Jansen, 2011). Een systeemgerichte aanpak blijkt een voorwaarde voor de bestrijding van huiselijk geweld. Om het patroon te kunnen doorbreken en het geweld te doen stoppen zal aandacht en hulp voor alle leden van het systeem nodig zijn (Wolf & Jansen, 2011). Huiselijk geweld is vrijwel nooit een enkelvoudige problematiek. De rol van de (ex)-partner en/of eventuele kinderen en/of andere betrokkenen wordt door de systeemgerichte benadering belangrijker. Het geweld kan ontstaan door één persoon, maar in de meeste gevallen gaat het om een samenhang van interactiepatronen binnen het systeem. Vanuit de driehoek (vader, moeder, kinderen) worden interventies op verschillende niveaus ingezet. De vrouwenopvang heeft expertise in huis om vanuit haar methodiek krachtwerk systeemgericht te werken aan het herstel van het systeem. Gesignaleerde interactiepatronen en communicatiepatronen van het systeem, met hun krachten en valkuilen, vormen aanknopingspunten om mee aan de slag te gaan (Bos, Reijmers, Scherpenisse, Jonger & Wolf, 2012).

2.2.3 Behandel mogelijkheden

Naast de methodieken waarmee gewerkt wordt om de cliënten te helpen, worden er bij Kadera ook behandelingen aangeboden. Elke cliënt krijgt een diagnostisch gesprek met de psycholoog. Hierin wordt er onder andere gekeken naar hoe het gaat met de cliënt en welke klachten er zijn. Op basis van de DSM-IV wordt er eventueel een diagnose gesteld, waarna er een conclusie en behandeladvies worden geschreven. Veel cliënten worden doorverwezen naar de GZ-psycholoog voor een EMDR-behandeling. In deze behandeling krijgen zij de mogelijkheid om traumatische herinneringen te verwerken. Uit onderzoek van Peters (2016) blijkt dat door toepassen van EMDR in de instabiele fase bij cliënten die gediagnosticeerd zijn met PTSS, er een significante vermindering is van trauma gerelateerde- en angstklachten. Hieruit blijkt dat EMDR effectief is. Binnen Kadera wordt er ook Psychomotorische Therapie (PMT) gegeven door een psychomotorische therapeut. Hierbij doen de therapeut en de cliënt samen lichamelijke oefeningen. De nadruk ligt op lichaamservaring en beweging. Het doel is dat de klachten van de cliënt verminderen of verdwijnen.

2.2.4 Beschouwing over de geboden hulpverlening

De volgende diensten worden binnen Kadera aangeboden: verblijf, materiële dienstverlening, kinderopvang, activering, ondersteuning, voorlichting, training, probleeminventarisatie, begeleiding, behandeling, recreatie, (kinder)hulpverlening, signalering, informatie en advies en een toekomst gerichte visie. Volgens Wolf et al. (2006) is er in de vervolgfase (na 3 weken) significant vaker sprake van een positieve match tussen de gewenste en verkregen hulp, dan in de crisisopvang (tot 3 weken). Deze match is er vooral bij financiën, huisvesting, hulp bij de kinderen, lichamelijke gezondheid en psychische gezondheid. De cliënten in de vrouwenopvang willen vooral hulp bij de huisvesting, financiën, psychische gezondheid, veiligheid en weerbaarheid. Aan al deze dingen wordt bij Kadera aandacht geschonken. De geboden hulp in de vrouwenopvang draagt bij aan de verbetering van de relatie met pleger(s), de relatie met de kinderen, de psychische gezondheid, weerbaarheid en veiligheid. Bij Kadera krijgen de cliënten de trainingen Weerbaarheid en bijzonder geweldig aangeboden. Uit onderzoek van den Boer (2016) blijkt dat de cliënten tevreden zijn over beide trainingen. Zij hebben aangegeven dat ze de kennis en vaardigheden die zij hebben geleerd, kunnen toepassen in de praktijk. De cliënten geven aan dat zij niet meer te maken hebben met een vorm van geweld en dat de groepstrainingen hieraan hebben bijgedragen.

2.3 Coping en ernst klachten

2.3.1 Coping

Brown en Harris (1989) hebben aangetoond dat er een verband bestaat tussen het optreden van ingrijpende gebeurtenissen in het leven van een individu en het ontstaan van psychische en lichamelijke stoornissen. Niet iedereen die een dergelijke ingrijpende gebeurtenis meemaakt, ontwikkelt een stoornis. De manier waarop een individu met een belastende situatie of gebeurtenis omgaat heet coping en lijkt invloed te hebben op het psychologische, fysieke en sociale welbevinden (Schreurs et al., 1993).

De interpretatie van en de reactie op moeilijke omstandigheden worden door Lazarus (1966) als twee afzonderlijke processen beschreven, namelijk appraisal en coping. In de transactionele theorie van stress en coping van Folkman en Lazarus (1980) wordt stress gezien als een proces dat tot stand komt door de voortdurende interactie tussen persoon en omgeving. De interpretatie van een dergelijke gebeurtenis wordt aangeduid met appraisal. De reactie op een gebeurtenis wordt betiteld als coping. Er is sprake van primary appraisal en secondary appraisal. Primary appraisal is een mentaal proces waarbij individuen inschatten of een eis van de omgeving hun welbevinden bedreigt. Secondary appraisal is wanneer een individu bekijkt welk middel ze in kan zetten om deze eisen de baas te blijven (Quine & Pahl, 1991). Coping is het proces dat volgt na secondary appraisal, waarin het middel tot uitvoer gebracht wordt.

Probleemgerichte, actieve coping wordt over het algemeen geassocieerd met het verminderen van stress of het oplossen van problemen (Graff, 2012). Verder blijkt dat mensen die een probleemgerichte coping strategie gebruiken positiever in het leven te staan, minder snel wegvlugten, een hogere zelfcontrole hebben en minder snel een depressie hebben (Hoyer, Rybash & Roodin, 1999). Volgens de transactionele theorie van stress en coping van Folkman en Lazarus (1980) is coping een mogelijke oorzaak voor het ontwikkelen van psychopathologie. Verandering van copingstrategieën zal mogelijk ook verandering in de ernst en/of aard van de psychopathologie teweegbrengen (Jaspers et al., 1989). Scheurs et al. (1993) daarentegen stellen dat de effectiviteit van een copingstrategie mede bepaald wordt door de aard van het probleem en de vaardigheden van de persoon.

2.3.3 De ontwikkeling en ernst van klachten

Volgens het kwetsbaarheid stressmodel hebben personen die een hoge mate van kwetsbaarheid bezitten een hogere kans op het ontwikkelen van symptomen van psychopathologie wanneer er zich een stressvolle situatie voordoet (Ingram, Luxton, Hankin & Abela, 2005). Een psychiatrische stoornis wordt volgens Jaspers et al. (1989) in dit model beschouwd als het resultaat van een complexe interactie tussen verhoogde kwetsbaarheid, stressfactoren en ineffectieve coping. Of de interactie van predisponerende kwetsbaarheid en stressfactoren zal leiden tot psychopathologie is afhankelijk van de wijze waarop de persoon met deze factoren omgaat. Effectieve coping zou psychopathologie kunnen voorkomen of opheffen, zelfs als er sprake is van verhoogde kwetsbaarheid en stressfactoren. Zowel het kwetsbaarheid stressmodel als de transactionele theorie van stress en coping, beschrijft de centrale plek die coping inneemt in het ontstaan en/of de instandhouding van psychopathologie. Hierbij aansluitend veronderstellen Ehlers en Clark (2000) dat PTSS symptomen veroorzaakt worden door de manier waarop het trauma wordt verwerkt. Dit verwerkingsproces is de oorzaak voor het dreigende gevoel wat het individu ervaart. Dit dreigende gevoel wordt gezien als een gevolg op de traumatische gebeurtenissen van het huiselijk geweld. Uit onderzoek van Bogaerts en van der Veen (2010) komt naar voren dat huiselijk geweld grote invloed kan hebben op het zelfvertrouwen, het vertrouwen in anderen, sociale contacten, psychische problemen, middelen gebruik en de financiële situatie. Er wordt verwacht dat cliënte in de opvang veel lichamelijke en psychische klachten ervaren, zoals angstklachten, depressieve klachten en somatische klachten.

2.4 PTSS

2.4.1 Kenmerken

De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV) beschrijft PTSS als symptomen die optreden na het meemaken van een psychologisch trauma. Er zijn twee typen trauma's. De eerste omvat een onverwachte meestal eenmalige gebeurtenis, zoals een verkrachting of verkeersongeval. Het tweede type stelt een blootstelling aan herhaalde gebeurtenissen, zoals langdurig geweld of misbruik (Ehlers & Clark, 2000). Bij beide typen is er sprake van een buitensporige hevigheid aan emoties, zoals angst, hulpeloosheid of afschuw. De diagnose PTSS omvat drie hoofdsymptomen, namelijk herbeleving, vermijding en verhoogde prikkelbaarheid (American Psychiatric Association, 1994). Herbeleving uit zich in terugkerende beelden van het trauma, als een herinnering of nachtmerrie. Het tweede hoofdsymptoom vermijding uit zich in het vermijden van prikkels die bij het trauma horen, als gedachten, gevoelens of gesprekken over het trauma. Ook het vermijden van activiteiten, plaatsen of mensen valt hieronder. Het derde hoofdsymptoom is verhoogde prikkelbaarheid. Hierbij horen verstoorde slaap, woede uitbarstingen, concentratieproblemen, overdreven schrikreacties en overmatige waakzaamheid (Ehlers & Clark, 2000). Er zijn echter per individu grote verschillen in ernst, chroniciteit en comorbiditeit met andere psychiatrische syndromen.

2.4.2 Diagnostiseren PTSS

Wanneer bovenstaande symptomen langdurig (langer dan een maand) aanwezig zijn en een duidelijk lijden met zich mee brengen, kan er gesproken worden van de pathologie PTSS (Hovens, Luinge & van Minnen, 2005). Op basis van de DSM-IV criteria kan de diagnose PTSS worden gesteld. Dit gebeurt zowel binnen de organisatie Kadera als in de overige geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Binnen Kadera wordt er door middel van het diagnostisch gesprek getoetst of iemand voldoet aan de criteria van PTSS. Daarnaast kan er gebruik gemaakt worden van het Klinisch Interview voor PTSS (KIP). De KIP is de Nederlandse gevalideerde versie van de Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) en wordt gebruikt om de traumasymptomen te scoren op zowel ernst als frequentie (Weathers, Keane & Davidson, 2001).

2.5 Intelligentie

2.5.1 Definitie

In Van Dale's Groot woordenboek der Nederlandse taal wordt 'intellect' gedefinieerd als 'het geheel van de verstandelijke vermogens van een of de mens' en 'een persoon met betrekking tot zijn verstand, met name iemand met grote verstandelijke vermogens'. Het woord intelligentie is afgeleid van het Latijnse woord Intellegere. Dit heeft de betekenis van het verwerven, verwerken en de opslag van informatie. In beide gevallen gaat het dus om cognitieve, verstandelijke vermogens van de mens (Resing & Drenth, 2007). In dit onderzoek wordt de term intelligentie gereserveerd voor datgene wat in de wetenschappelijke literatuur academische intelligentie wordt genoemd. Dit begrip verwijst naar het presteren met betrekking tot schoolse taken en problemen die een vastgesteld doel, een vaste structuur en vaststaande onderdelen hebben, aldus Brown en French (1979). Intelligentie is dus het geheel van cognitieve of verstandelijke vermogens dat nodig is om kennis te verwerven en daar op goede wijze gebruik van te maken, teneinde problemen op te kunnen lossen die een vast omschreven doel en structuur hebben. Daarnaast is er ook nog een onderscheid te maken in verbale intelligentie en performale intelligentie. Het verbale IQ staat voor taalvaardigheid en het performale IQ staat voor ruimtelijke vaardigheden. Bij de capaciteitentest die gebruikt is in dit onderzoek, de SON-R 6-40, wordt er geen onderscheid gemaakt in performaal en verbaal IQ, maar wordt er gesproken over een totaal IQ-niveau.

2.5.2 IQ en de doelgroep

Naar schatting heeft 16% van de Nederlandse bevolking een IQ tussen de 55 en 85, waarbij een IQ van 55-70 onder licht verstandelijk beperkt valt, 70-80 zwak begaafd en 80-90 beneden gemiddeld. Het hebben van een licht verstandelijke beperking is een risicofactor voor kindermishandeling en huiselijk geweld. Uit onderzoek is niet duidelijk in hoeveel procent van gezinnen met LVB ouders kindermishandeling of huiselijk geweld voorkomt (Alink et al., 2011). In veel gevallen is er bij deze ouders sprake van een licht verstandelijke beperking of een laag IQ. Uit ander onderzoek blijkt dat personen die in staat zijn om de vicieuze cirkel van huiselijk geweld te doorbreken over het algemeen over een hoger IQ en meer cognitieve vaardigheden beschikken (Lemmers, 2002). In een onderzoek van Jonker, Wolf en Nicholas (2007) werden 218 vrouwen geïnterviewd in de vrouwenopvang. Hieruit bleek dat deze vrouwen op een grote maatschappelijke achterstand staan. Ze hebben veelal geen eigen inkomen, zijn zeer laag opgeleid, hun arbeidsparticipatie is laag, een substantieel deel is de Nederlandse taal niet machtig en meer dan de helft heeft schulden. Van de cliënten in de vrouwenopvang heeft 43% geen of uitsluitend basisonderwijs genoten. Daarnaast zijn de in buitenland geboren cliënten lager opgeleid dan in Nederland geboren vrouwen (Wolf et al., 2006). Een vergelijking met het opleidingsniveau van het vrouwelijke deel van de Nederlandse bevolking maakt duidelijk dat vrouwen die naar de vrouwenopvang komen (zeer) laag zijn opgeleid (CBS, 2005). Hierbij dient rekening gehouden te worden met het feit dat laag opgeleide cliënten niet per definitie een laag IQ hebben.

Voor het meten van de hoogte van het Intelligentiequotiënt (IQ) is er een normaalverdeling en een classificatie per range opgesteld. Deze worden onder andere gebruikt door de DSM-IV en bij het stellen van conclusies bij capaciteitentests. De normaalverdeling en classificaties van de verschillende IQ scores zijn te vinden in bijlage 7 (Blok & Reesing, 2002).

2.6 IQ en BSI klachten

Er is veel neuropsychologisch onderzoek gedaan naar de rol van intelligentie en cognitieve vaardigheden in het al dan niet ontwikkelen van psychische stoornissen. Uit diverse studies blijkt dat een laag IQ geassocieerd is met psychopathologische symptomen zoals angst en depressie (Macklin et al., 1998; Mortensen, Barefoot & Avlund, 2012; Rajput, Hassiotis, Richards, Hatch, & Stewart, 2011). Daarnaast blijkt een laag IQ gerelateerd aan een ernstigere symptomatologie en aan de mate van comorbiditeit (Casper, 1998; Kaplan, Sadock & Sadock, 2007).

Een van de studies die heeft gekeken naar de relatie tussen IQ en angst- en stemmingsstoornissen is het onderzoek van Koenen et al. (2009). Uit dit onderzoek is gebleken dat een laag premorbide IQ een risicofactor is voor het ontwikkelen van depressie, gegeneraliseerde angststoornis en sociale fobie. Een premorbide IQ is datgene wat voor een ziekte aanwezig is. Tevens is gebleken dat een laag premorbide IQ gerelateerd is aan een hogere ernst van depressie. Daarnaast blijkt uit hetzelfde onderzoek dat een hoog premorbide IQ geassocieerd wordt met een verlaagde kans op het ontwikkelen van een depressie (Koenen et al., 2009). Uit een andere studie is eveneens naar voren gekomen dat een laag premorbide IQ het risico op het ontwikkelen van een klinische depressie verhoogt (Zammit et al., 2004). Depressie blijkt sterker geassocieerd met lagere niveaus van performale intelligentie, dan met lagere niveaus van verbale intelligentie. Tevens komt uit onderzoeken naar voren dat depressie geassocieerd is met een verminderd algeheel cognitief functioneren (Douglas & Porter, 2009).

2.7 IQ en PTSS klachten

Individen verschillen van elkaar in de vaardigheden om complexe ideeën te begrijpen, zich aan te passen aan de omgeving en het overbruggen van obstakels door middel van redeneren (Neisser et al., 1996). Deze verschillen kunnen grote consequenties hebben voor de openbaring van een psychische stoornis. Verondersteld wordt dat PTSS minder voorkomt bij mensen met een hoog IQ en een goede sociaal economische status, omdat deze mensen beter in staat zijn de negatieve omstandigheden te corrigeren, wat bijdraagt aan een goede verwerking van de traumatische ervaring. Verschillende onderzoeken tonen aan dat de ernst van PTSS symptomen gerelateerd is aan IQ-scores en dat een laag IQ een factor is die mensen kwetsbaar maakt voor het ontwikkelen van PTSS symptomen (Gil, Calev, Greenberg, Kugelmass & Lerer, 1990; Gurvits et al., 2000; McNally & Shin, 1995).

Uit diverse andere onderzoeken blijkt de kans op een posttraumatische stressstoornis (PTSS) bij mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) twee tot vier keer hoger is dan bij mensen uit de algemene bevolking (Eaton & Menolascino, 1982; Linna et al., 1999; Dekker, Koot, van der Ende & Verhulst 2002; Einfeld et al., 2006; Mevissen & de Jongh, 2010). Mensen met een LVB gaan op minder adequate wijze om met stress dan mensen met een gemiddeld intelligentieprofiel en verwerken een traumatische gebeurtenis minder goed vanwege de cognitieve beperking (McNally & Shin, 1995; Lemmon & Mizes, 2002; Razza, Tomasulo & Sobsey, 2011). Daarnaast komen opdringende gedachten en het onvermogen om aspecten van de traumatische gebeurtenis te herinneren relatief vaak voor bij mensen met een LVB (American Psychiatric Association, 1994).

2.8 IQ en copingstrategieën

Uit het onderzoek van Hall, Kuzminskyte, Pedersen, Oornboel en Fink (2011) is gebleken dat het toepassen van een vermijdende coping strategie gerelateerd is aan tekorten in de ontwikkeling van

de verbale vaardigheden, aandacht en psychomotorische snelheid. Hiermee wordt gesuggereerd dat er een verband is tussen de ontwikkeling van capaciteiten en het toepassen van een bepaalde copingstrategie (Haan, 2016).

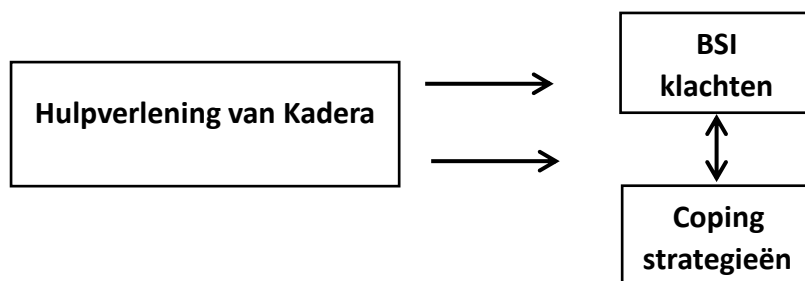
2.9 Verband BSI klachten, copingstrategieën, PTSS klachten en IQ

Er is een correlatie gevonden tussen bepaalde copingstrategieën en PTSS klachten. Zo is er minder kans op het ontwikkelen van PTSS wanneer iemand gebruik maakt van de probleemgerichte copingstrategie (Sutker, Davis, Uddom & Ditta, 1995). Uit onderzoek van Hall et al. (2011) komt naar voren dat somatische klachten worden onderhouden of verergeren door een vermijdende copingstrategie. Daarnaast kunnen onderontwikkelde verbale vaardigheden zorgen voor het overmatig inzetten van de vermijdende copingstrategie.

2.10 Het conceptueel model

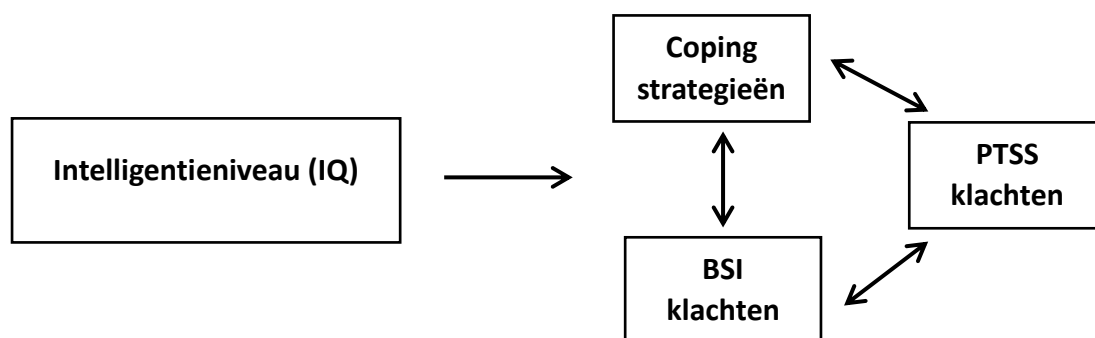
Figuur 1

Het conceptueel model (onderzoeksvraag 1)



Figuur 2

Het conceptueel model (onderzoeksvraag 2)



2.11 De hypothesen

De volgende hypothesen (Ha) zijn geformuleerd naar aanleiding van de beschikbare literatuur:

- Hypothese 1: Er is op basis van de score op de nameting van de BSI een significante vermindering van klachten bij cliënten die hulpverlening van Kadera hebben gehad ten opzichte van de voormeting.
- Hypothese 2: Cliënten hanteren nadat zij hulp van Kadera hebben gehad significant meer de copingstrategie actief aanpakken.
- Hypothese 3: Het in hoge mate hanteren van de copingstrategie vermijding hangt samen met hoge angstklachten.

- Hypothese 4: Cliënten met een licht verstandelijk beperkt IQ hebben meer last van PTSS klachten dan cliënten met een hoger IQ.
- Hypothese 5: Cliënten met een gemiddeld of hoger IQ-niveau hebben minder klachten op de BSI en minder PTSS klachten dan cliënten met lager IQ.
- Hypothese 6: Cliënten met een vermijdende copingstrategie hebben in boven gemiddelde mate last van somatische klachten en hebben in hoge mate last van de PTSS klacht vermijding.

2.12 Aanzet tot onderzoek

Uit de literatuur blijkt dat cliënten in een vrouwenopvang voor huiselijk geweld te maken hebben met multiproblematiek. Zij ervaren veel depressieve, somatische en angstklachten. Ook blijkt dat zij veelal een vermijdende of passieve copingstrategie hanteren. Daarnaast wordt bij 84% van de cliënten de diagnose PTSS gesteld. Daarom is het van belang om te onderzoeken of de hulpverlening die Kadera nu biedt een effect heeft op de klachten en copingstrategieën. Het is belangrijk om te bepalen of er voldoende aandacht wordt besteed aan alle probleemgebieden. Daarnaast blijkt uit de literatuur dat PTSS vaker voorkomt bij mensen met een lager IQ. Ook wordt er gesteld dat een vermijdende copingstrategie een verband heeft met meer somatische klachten. Daarnaast komt er naar voren dat de effectiviteit van een copingstrategie verschilt per situatie en per persoon. Dit geeft aan dat de begeleiding gericht kan worden op het inzetten van een effectieve copingstrategie, om de klachten te verminderen. Door middel van een effectmeting wordt er vastgesteld wat het effect van de hulpverlening van Kadera is op het verloop van de klachten en de copingstrategieën. Ook wordt er vastgesteld of er een verband bestaat tussen de klachten op de BSI, de copingstrategieën en de PTSS klachten. Hierbij wordt er per IQ-groep gezocht naar verbanden.

Hoofdstuk 3. Onderzoeksdesign

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan het onderzoeksdesign. Hierin wordt de onderzoeksmethode duidelijk beschreven en wordt deze praktisch en inhoudelijk verantwoord. Daarna volgt een beschrijving van de onderzoeksdoelgroep. Vervolgens worden de onderzoeksinstrumenten en de constructen toegelicht die worden gebruikt in dit onderzoek. Hierna wordt er aandacht besteed aan de procedure van het onderzoek en als laatste wordt er per deelvraag toegelicht welke analyse gebruikt is.

3.1 Onderzoeksmethode

Het eerste deel van het onderzoek meet wat de invloed is van de hulpverlening van Kadera op de klachten en copingstrategieën van de cliënten. Er wordt gebruikt gemaakt van een bestaand gegevensbestand en er wordt met behulp van statistische toetsen geanalyseerd. Er is gekozen voor het analyseren van bestaande gegevens om zo een zo breed mogelijk beeld te schetsen van de doelgroep. Daarnaast zijn alle gegevens bijgehouden vanaf 2012, daarom is er gekozen voor dit startpunt. Omdat er wordt gewerkt met cijfermatige gegevens, spreken we van een kwantitatieve onderzoeksmethode. Een kwalitatieve onderzoeksmethode wordt uitgesloten omdat er wordt gewerkt met een grote groep respondenten, van wie de cijfermatige gegevens reeds bekend zijn. De gegevens waarmee gewerkt binnen zijn reeds verzameld in een databestand. Hierdoor is er sprake van een secundaire analyse. De onderzoekers hoeven niet het veld in om gegevens binnen te halen, dit zorgt voor tijdswinst in vergelijking met een surveyonderzoek.

Het tweede deel van het onderzoek meet het verband tussen IQ-niveau, (PTSS)klachten en copingstrategieën. Hierbij is ook sprake van een kwantitatieve onderzoeksmethode, omdat er cijfermatige gegevens worden verkregen. We spreken van een surveyonderzoek omdat de onderzoekers een gestructureerde dataverzamelmethode hanteren. Dit houdt in dat de vraagstelling van tevoren is vastgelegd. Er wordt gebruik gemaakt van het surveytype 'face-to-face enquête'. Dit betekent dat de onderzoekers de vragenlijsten persoonlijk aan de cliënten voorleggen en de antwoorden noteren. Er is gekozen voor deze onderzoeksmethode omdat het noodzakelijk is dat onderzoeksinstrumenten worden afgenomen door de daarvoor bevoegde onderzoekers (Verhoeven, 2011).

3.2 Onderzoeksdoelgroep

Voor het eerste deel van het onderzoek wordt er gewerkt met reeds verzamelde gegevens van 450 cliënten. Het gaat om gegevens van cliënten die hulpverlening hebben gehad van Kadera vanaf januari 2012 tot november 2016.

Voor het tweede deel van het onderzoek wordt er gewerkt met nieuwe gegevens die de onderzoekers zelf verzamelen. Het doel is om bij vijftig cliënten een capaciteitentest en PTSS vragenlijst af te nemen. Hierbij wordt de gehele populatie in de vrouwenopvang benaderd voor deelname aan het onderzoek. Alle casemanagers zijn op de hoogte gesteld van het onderzoek en informeren hun cliënten hierover. Daarnaast benaderen de onderzoekers de cliënten face-to-face tijdens de afname van de screenings tot deelname aan het onderzoek. Hierdoor wordt er een hoge respons verwacht. Wanneer er een persoonlijke afspraak wordt gemaakt met een cliënt, wordt de desbetreffende casemanager daarvan op de hoogte gesteld. Hierdoor kan de casemanager de cliënt herinneren aan de gemaakte afspraak.

3.3 Onderzoeksinstrument

Om antwoord te geven op de eerste onderzoeksvraag is er besloten om gebruik te maken van de vragenlijsten BSI en UCL. Deze vragenlijsten worden standaard ingezet bij alle cliënten. Voor de tweede onderzoeksvraag worden er naast de eerdergenoemde vragenlijsten ook gebruikt gemaakt van een capaciteitentest, de SON-R 6-40, en een klachtenlijst over PTSS.

Brief Symptom Inventory

De BSI wordt voor dit onderzoek gebruikt omdat dit al jaren het standaard meetinstrument binnen de organisatie is om een inventarisatie te maken van de ervaren klachten op lichamelijk en geestelijk gebied. De BSI is een zelfbeoordelvragenlijst bestaande uit 53 items (Pearson, z.j.). Deze wordt gebruikt om het psychisch functioneren van een individu te meten en om een eerste indruk te krijgen van de aard en de ernst van de klachten. Deze vragenlijst is beschikbaar in meerdere talen, namelijk: Nederlands, Engels, Turks en Arabisch. De totaalscore op de BSI geeft een indicatie van de ernst van de eventueel aanwezige psychopathologie (Beurs, 2011). De ruwe scores worden omgezet naar de normscores: 1=zeer laag, 2=laag, 3=beneden gemiddeld, 4=gemiddeld, 5=boven gemiddeld, 6=hoog en 7=zeer hoog. Een normscore geeft een duidelijk beeld over de huidige situatie van een cliënt. De normscore wordt vergeleken met de normgroep van de cliënt. De normgroepen die in dit onderzoek worden gebruikt zijn: normalen allochtone vrouwen en normalen autochtone vrouwen, waarbij de laatste nog is onderverdeeld leeftijdscategorieën. Het instrument omvat negen schalen waarmee verschillende dimensies van psychopathologie gemeten worden. De negen schalen zijn:

- Somatische klachten: meet lichamelijke symptomen die kunnen optreden bij somatische aandoeningen en bij angstige mensen.
- Cognitieve klachten: meet klachten op cognitief gebied zoals concentratie, moeite met het onthouden van dingen of moeite met het nemen van beslissingen.
- Interpersoonlijke gevoeligheid: meet de mate van sociale angst.
- Depressieve stemming: meet in hoeverre iemand last heeft van symptomen van een depressie.
- Angst: meet zowel symptomen van een gegeneraliseerde angststoornis als van een paniekstoornis.
- Hostiliteit: meet in hoeverre iemand gedachten of gedragingen heeft die duiden op boosheid of vijandigheid.
- Fobische angst: meet symptomen van angst voor bepaalde situaties.
- Paranoïde gedachten: meet gevoelens van vijandigheid, grootheidswaan en overmatige achterdocht.
- Psychoticisme: meet in hoeverre iemand een teruggetrokken levensstijl hanteert.

De resultaten van de BSI zijn gevoelig voor het therapie-effect (Beurs, 2011). Dit effect betekent dat een evidence-based therapie of behandeling gewerkt heeft en dat zit zichtbaar kan worden door middel van een diagnostisch instrument, in dit geval de BSI. Binnen Kadera worden er meerdere BSI's afgenomen om de klachten van de cliënt te monitoren. In dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt van de eerste BSI en de laatste BSI die de cliënt heeft ingevuld. De interval in tijd is ongeveer 6 tot 9 maanden. Hierdoor kan er gekeken worden in welke mate klachten verminderen of verergeren na de hulpverlening van Kadera. De betrouwbaarheid van de gehele BSI is hoog, met een Cronbach's Alpha van 0,96 op basis van 53 items. De schalen vertonen voldoende interne consistentie door een betrouwbaarheidscoëfficiënt voor zeven schalen van 0.80 of hoger. Dit betekent dat de items voldoende samenhangen zonder overbodig te zijn. Ook is deze vragenlijst valide bevonden (Beurs, 2006). De BSI is terug te vinden in bijlage 3.

Utrechtse Coping Lijst

In dit onderzoek is er voor de UCL gekozen, omdat hier al jaren mee gewerkt wordt binnen de organisatie. De UCL meet hoe iemand omgaat met problemen en stressvolle situaties. De UCL maakt een inventarisatie van emotionele, cognitieve en gedragsmatige coping bij problemen en onplezierige gebeurtenissen. Zowel bij chronische, slepende problemen als reagerend op life events worden de copingstrategieën van de cliënt, als zijnde habituele reactiepatronen op ervaren stress, in kaart gebracht (Schreur et al., 1993). De ruwe scores worden omgezet in normscores. De normscores zijn: 1=zeer laag, 2=laag, 3=gemiddeld, 4=hoog en 5=zeer hoog. Een hoge score op een schaal,

betekent dat de cliënt de betreffende coping strategie veel gebruikt. Het is dus niet zo dat een hoge score altijd slecht is. Sommige copingstrategieën zijn wenselijker dan anderen. De normscores worden berekend per normgroep, de normgroepen zijn onderverdeeld in leeftijd: 18-25 jaar, 25-35 jaar, 35-45 jaar en 45-65 jaar. Van de UCL zijn er eveneens meerdere talen beschikbaar zoals: Nederlands, Engels, Arabisch en Turks. Het is een vragenlijst met 47 items en het omvat zeven schalen:

- Actief aanpakken: meet hoe doelgericht en met vertrouwen iemand te werk gaat om een probleem op te lossen.
- Palliatieve reactie: meet in hoeverre iemand afleiding zoekt om niet aan het probleem te hoeven denken.
- Vermijden: meet of iemand de zaken op zijn beloop laat en de situatie uit de weg gaat.
- Sociale steun zoeken: meet in welke mate iemand troost en begrip zoekt bij anderen door zorgen te delen.
- Passief reactiepatroon: meet of een persoon zich volledig door de situatie in beslag laat nemen en niet in staat is om iets aan de situatie te veranderen.
- Expressie van emoties: meet of iemand zijn ergernis laat blijken en zijn spanningen afreageert.
- Geruststellende gedachten: meet of iemand zichzelf gerust stelt met gedachten of zichzelf moed insprekt.

De gehanteerde copingstrategieën worden niet gezien als onveranderlijke kenmerken of eigenschappen. Een hoge score op de subschaal, betekent dat de cliënt de betreffende copingstrategie veel gebruikt. De UCL is tevens in te zetten voor de meting van verandering. Binnen Kadera wordt de UCL afgenomen wanneer een cliënt binnenkomt en wanneer een cliënt vertrekt. Hierdoor is er een verandering te zien van de copingstrategieën die een cliënt hanteert. De interne consistentie van de schalen kan redelijk tot goed benoemd worden, de betrouwbaarheidscoëfficiënten komen in alle groepen redelijk overeen (Schreurs et al., 1993). Er is nog onvoldoende onderzoek gedaan naar de construct- en congruente validiteit.

Snijders-Oomen Niet-verbale intelligentietest (SON-R-6-40)

De SON-R is een niet-verbale intelligentietest, die geschikt is voor kinderen en volwassenen van 6 tot 40 jaar (Tellegen & Laros, 2011). De test geeft een gestandaardiseerde maat voor intelligentie. De test kan volledig niet-verbaal worden afgenomen, door gebruik te maken van natuurlijke gebaren, maar ook met verbale instructies. De beantwoording van de vragen kan geheel non-verbaal, bijvoorbeeld door het aanwijzen van het juiste antwoord. De wijze van afname wordt aangepast aan de communicatiemogelijkheden van de cliënt. Een bijzonder aspect van deze test is het geven van feedback. Nadat de cliënt een item heeft gemaakt, wordt door de testleider aangegeven of de oplossing juist dan wel onjuist is. De subtests worden op een adaptieve wijze afgenomen, wat betekent dat het aantal af te nemen items afhangt van het prestatieniveau van de cliënt. Door zijn niet-verbale karakter is deze test geschikt voor personen die de Nederlandse taal in beperkte mate beheersen. De SON-R bestaat uit vier subtests: twee performale/ruimtelijke subtests en twee redeneertests (Geerds, 2015). De ruwe scores worden per subtest omgezet in een genormeerde subtestscore. Door de genormeerde subtestscores op te stellen, ontstaat de standaardtotaalscore die wordt omgezet in het SON-IQ. Bij de interpretatie dient men rekening te houden dat de test uit vier subtests bestaat. Het is niet mogelijk om op onderdelen van intelligentie scores te bepalen. Ook is het onverstandig om aan verschillen in de testscores tussen de subtests teveel waarde te hechten. De individuele subtestscores hebben daarvoor een te geringe betrouwbaarheid. De test geeft dan ook vooral een betrouwbaar beeld van het totale intelligentieniveau (Geerds, 2015).

De SON-R is gekozen omdat veel cliënten bij Kadera de Nederlandse taal niet of niet voldoende beheersen. Daarnaast is de SON-R minder tijdsintensief dan bijvoorbeeld de WAIS-IV. Gemiddeld is de betrouwbaarheid van de subtests 0,87, hetgeen duidt op een goede betrouwbaarheid. De betrouwbaarheid van de IQ-score is gemiddeld 0,95 (Tellegen & Laros, 2011).

PTSS klachtenlijst

De PTSS klachtenlijst is een korte zelf in te vullen vragenlijst bestaande uit 8 items. Het wordt ingezet om te kijken of er sprake is van PTSS klachten en om de ernst van de PTSS symptomen te meten. Deze vragenlijst is door de onderzoekers zelf ontworpen. De vragenlijst is aan de hand van al bestaande PTSS vragenlijsten zoals de Zelfinventarisatielijst (ZIL) en de Schokverwerkingsvragenlijst (SVL) ontworpen. Deze vragenlijsten hebben een goede betrouwbaarheid en validiteit (Hovens, Bramsen & van der Ploeg, 2009; van der Ploeg, Mooren, Kleber, Velden & Brom, 2004). De ZIL bestaat uit 22 items en de SVL uit 15 items, hierdoor is er gekozen voor een korte zelfontworpen vragenlijst zodat het invullen minder intensief is voor de cliënt. Daarnaast zou het afnemen van een langere vragenlijst mogelijk te veel tijd in beslag nemen. De vragenlijst wordt namelijk voor de afname van de capaciteitentest ingevuld. De cliënt vult de vragenlijst in op basis van de afgelopen maand met een vijf punt likert-schaal. De antwoordmogelijkheden zijn: 0= helemaal geen, 1= een beetje, 2= nogal, 3= tamelijk veel en 4 = heel veel. Het instrument omvat vier schalen met elk 2 items:

- Herbeleving: meet in hoeverre er sprake is van terugkerende herbelevingen van de traumatische gebeurtenis.
- Vermijding: meet in hoeverre iemand stimulansen probeert te vermijden die geassocieerd worden met het trauma.
- Verhoogde prikkelbaarheid: Meet in hoeverre er sprake is van een toegenomen spanning, die niet aanwezig was voor de gebeurtenis.
- Vervlakking: meet in hoeverre iemand last heeft van vervlakking van de emoties.

3.4 Procedure

De cliënten vullen de eerste BSI en UCL in op het moment van opname, dit geldt als een voormeting. Het geeft een beeld van de toestand van de cliënt bij binnenkomst. Vervolgens krijgt de cliënt hulpverlening van Kadera. De afronding van het traject verschilt per cliënt, gemiddeld is dit rond de 6-9 maanden na opname. Bij de afronding van het traject vult de cliënt nogmaals de BSI en UCL, de nameting. Door de voor- en nameting te vergelijken kan onderzocht worden of de klachten van de cliënt zijn verminderd en of zij een andere copingstrategie hanteren. Alle vragenlijsten worden op papier ingevuld. Wanneer de gesproken taal van de cliënt niet beschikbaar was in een papierenversie werd er gebruik gemaakt van een telefonische tolk. De BSI en UCL werden elke keer in dezelfde kamer afgenomen. De invulinstructies stonden altijd op het voorblad van de vragenlijst en werden nog kort toegelicht. Bij het invullen van de vragenlijsten was altijd een stagiaire aanwezig. Cliënten in dit het eerste deel van het onderzoek zijn meegenomen vanaf 2012 tot november 2016.

De SON-R-6-40 en de PTSS klachtenlijst worden eenmalig bij vijftig cliënten afgenomen die op dit moment nog hulpverlening krijgen van Kadera. Daarnaast worden de gegevens van de BSI en UCL die afgenomen zijn bij opname ook meegenomen in het tweede deel van het onderzoek. Met deze gegevens kan onderzocht worden of er een samenhang bestaat tussen de PTSS klachten, de BSI klachten en de copingstrategieën. Hierbij wordt er gekeken naar de hoogte van het IQ en worden er verschillende groepen samengesteld. Alle vragenlijsten worden op papier ingevuld. De SON-R antwoorden worden ingevuld door de onderzoeker en de PTSS klachtenlijst vult de cliënt zelf in. De SON-R is een non-verbale test en kan worden uitgevoerd zonder verbale instructies. Voorafgaand aan de test kreeg iedere cliënt een korte instructie over alle onderdelen. Dit is gebeurd door middel

van gesproken taal, bij vreemde talen wordt er gebruik gemaakt van een telefonische tolk. Deze test wordt iedere afname in een vergelijkbare spreekkamer uitgevoerd. Hierbij zijn alleen de cliënt en de onderzoeker aanwezig. De setting was betrouwbaar. Dit geldt eveneens voor de PTSS klachtenlijst. Deze lijst wordt uitgevoerd door verbale instructies, wederom bij vreemde talen met een telefonische tolk. De vragenlijst wordt voorafgaand aan de capaciteitentest afgenomen. Het invullen van deze lijst neemt gemiddeld 5 minuten tijd in beslag.

3.5 Analyses

De data van dit onderzoek is ingevoerd in het statistische programma SPSS. Voor allebei de onderzoeksvragen is er een databestand gemaakt. De resultaten zijn per deelvraag geanalyseerd en kunnen antwoord geven op de hoofdvragen.

Als eerste worden de demografische gegevens leeftijd, nationaliteit, geloof van de cliënten, verblijfsvergunning en opleidingsniveau geanalyseerd. Hierbij wordt gebruik gemaakt van frequentieanalyses.

Om te onderzoeken wat de meest voorkomende klachten en copingstrategieën zijn bij cliënten, zowel bij binnenkomst als vertrek, is er gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek. Dit is uitgevoerd met behulp van een frequentieverdeling. Hiervoor is gebruik gemaakt van meerdere variabelen, namelijk: de normscores op de totaalschalen van de BSI en de normscores op de totaalschalen van de UCL. Aan de hand van een frequentieanalyse worden de gemiddelde scores per schaal berekend en wordt inzichtelijk welke klacht en welke copingstrategie het meest voorkomt. Door de gemiddelden bij de nameting van de gemiddelden bij de voormeting af te halen wordt het verschil na verloop van tijd onderzocht. Het verschil in voor- en nameting wordt getoetst op significantie met de gepaarde T-toets. De variabelen vallen onder interval meetniveaus. Daarna wordt met behulp van de Spearman's rangcorrelatie toets onderzocht of er een samenhang is tussen de klachten op de BSI en de copingstrategieën bij voormeting en bij de nameting. Er is gekozen voor de Spearman's rangcorrelatie toets omdat het bij beide variabelen gaat om een ordinaal meetniveau. De toets wordt éézijdig uitgevoerd, omdat er vanuit de hypothesen gesteld wordt dat er mogelijk een verband bestaat tussen bepaalde copingstrategieën die leiden tot klachten.

In het tweede deel van het onderzoek wordt er aan de hand van beschrijvende statistiek onderzocht wat de meest voorkomende PTSS klacht is per IQ-groep. Hierbij worden eveneens de resultaten van de BSI en UCL meegenomen. Om de meest voorkomende klachten te achterhalen wordt er een frequentieanalyse uitgevoerd in de eerste 3 deelvragen. Hieruit komen gemiddelde scores per schaal, hieruit is af te leiden wat de meest voorkomende klacht is. Vervolgens wordt er onderzocht of er een samenhang bestaat tussen de meest voorkomende PTSS klacht, de meest voorkomende BSI klacht en de meest voorkomende copingstrategie. Hiervoor wordt het Pearson's product moment ingezet, omdat er wordt gekeken naar 3 variabelen met een interval meetniveau. Hierbij wordt er per IQ-groep gezocht naar een samenhang.

Hoofdstuk 4. Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven. Eerst is de uitvoering van het onderzoek beschreven en de behaalde respons. Hierbij worden de demografische gegevens overzichtelijk weergegeven. Vervolgens zijn de resultaten per onderzoeksvraag en deelvragen beschreven.

4.1 Uitvoering en respons van het onderzoek

Voor de eerste onderzoeksvraag 'Wat is de invloed van de hulpverlening van Stichting Kadera op de ernst van de klachten en op de gebruikte copingstrategieën van de cliënten?' is er gebruik gemaakt van bestaande data. Aanvankelijk zou deze onderzoeksvraag beantwoordt worden over een doelgroep bestaande uit 450 cliënten. Wanneer de gegevens van de screenings en de gestelde diagnoses ontbraken, zijn er cliënten verwijderd uit het databestand. Hierdoor is de analyse uitgevoerd over 389 cliënten. Uiteindelijk zijn de gegevens van twee meetmomenten per vragenlijst meegenomen in de analyse: de voormeting BSI (n=365), nameting BSI (n=76), voormeting UCL (n=365) en nameting UCL (n=42). Bij de BSI heeft 20,82% een nameting ingevuld en bij de nameting van de UCL is dit 11,51%. Van de 42 cliënten die de nameting van de UCL hebben ingevuld, hebben er 39 de nameting van de BSI ingevuld. In de derde deelvraag wordt er een samenhang gezocht tussen de voormeting van de BSI en UCL, deze analyse zal worden uitgevoerd over deze 39 cliënten. Daarnaast wordt er gezocht naar een samenhang tussen de nameting van de BSI en de nameting van de UCL, dit gaat eveneens over deze 39 cliënten.

Voor de tweede onderzoeksvraag 'Is er een verband tussen de BSI klachten, PTSS klachten, copingstrategieën en de hoogte van het IQ?' , is er een capaciteitentest (SON-R) en een klachtenlijst over PTSS afgenomen bij dertig cliënten. Aanvankelijk zouden vijftig cliënten de capaciteitentest invullen. Dit aantal is niet bereikt, omdat er binnen de tijdsplanning minder nieuwe cliënten binnen zijn gekomen bij Kadera dan verwacht. Er was geen non-respons en er waren geen missende waarden in de vragenlijsten.

4.2 Beschrijving respondenten

Alle respondenten van dit onderzoek betreft vrouwen, variërend in de leeftijd van 18-73 jaar met een gemiddelde leeftijd van 31,09 jaar. In tabel 2 is de verdeling van de leeftijden in groepen terug te vinden. Onder de 389 respondenten zijn 59 verschillende nationaliteiten gevonden, waarvan 176 (45,2%) autochtoon en 213 (54,8%) allochtoon. Onder de allochtone cliënten komen de meesten uit Marokko (35) en Turkije (34). Naast nationaliteit en leeftijd is er gekeken naar de geloofsovertuiging van de 389 respondenten. Hiervan behoren er 70 tot het christendom, 113 tot de islam, 1 tot boeddhisme, 1 tot hindoeïsme en van 204 respondenten is er geen geloof bekend. Tevens is er van 53 respondenten bekend dat zij geen geldige verblijfsvergunning hebben, tegenover 331 respondenten met een geldige verblijfsvergunning. Ten slotte is er gekeken naar het opleidingsniveau: lager of geen basisonderwijs (24,9%), middelbaar voortgezet onderwijs (20,6%), hoger voortgezet onderwijs (3,9%), middelbaar beroepsonderwijs (36,5%) en hoger beroepsonderwijs (6,1%).

Tabel 2*Frequentieverdeling leeftijd cliënten*

Leeftijd	Totaal N=389
<20	41 (10,5%)
21-30	184 (47,3%)
31-40	104 (26,7%)
41-50	43 (11,1%)
51-60	12 (3,1%)
60>	5 (1,3%)

4.3 Invloed van de hulpverlening

4.3.1 Invloed op de klachten van cliënten

Tabel 3

Frequentieanalyse voor de hoeveelheid klachten op de BSI bij voor- en nameting met t-toets voor verschillmeting (1=zeer laag, 2=laag, 3=beneden gemiddeld, 4=gemiddeld, 5=boven gemiddeld, 6=hoog, 7=zeer hoog)

Schaal	Gem (SD) Totale groep Voormeting n=365	Gem (SD) Onderzoeksgroep Voormeting n=76	Gem (SD) Onderzoeksgroep Nameting n=76	t- waarde	df	p- waarde
Angst (ANG)	5,57 (1,48)	5,42 (1,52)	3,95 (1,19)	8,27	75	0,00
Fobische angst (FOB)	5,55 (1,24)	5,43 (1,22)	4,57 (0,87)	6,12	75	0,00
Paranoïde gedachten (PAR)	5,49 (1,41)	5,12 (1,51)	3,72 (1,45)	7,64	75	0,00
Depressieve stemming (DEP)	5,41 (1,45)	5,37 (1,54)	3,80 (1,07)	8,00	75	0,00
Somatische klachten (SOM)	5,39 (1,45)	5,08 (1,54)	3,84 (1,20)	7,04	75	0,00
Psychoticisme (PSY)	5,33 (1,35)	5,08 (1,49)	3,88 (1,09)	7,53	75	0,00
Cognitieve problemen (COG)	5,31 (1,63)	5,07 (1,73)	3,97 (1,62)	5,48	75	0,00
Interpersoonlijke gevoeligheid (INT)	4,85 (1,51)	4,66 (1,48)	3,54 (0,96)	7,10	75	0,00
Hostiliteit (HOS)	4,57 (1,46)	4,59 (1,48)	3,82 (1,03)	4,56	75	0,00
Totaalscore (TOT)	5,47 (1,57)	5,26 (1,65)	3,38 (1,69)	8,78	75	0,00

Gem=gemiddelde, SD=standaarddeviatie, n=aantal respondenten, t-waarde=toetsingscijfer t-toets, df=vrijheidsgraden, p-waarde=significantie

In bovenstaande tabel is het verloop van de klachten te zien. Hierin staan de voormeting van de totale groep. Daarnaast is er een verschillmeting gedaan met de 76 cliënten die zowel een beginnende als een afsluitende BSI hebben ingevuld. Deze meting is uitgevoerd met de gepaarde T-toets in het statistische programma SPSS. Bij alle schalen is een significante vermindering van klachten gemeten ($p < 0,001$) met een betrouwbaarheidsinterval van 99%. Op alle schalen is eenzelfde significantie gevonden van 0,000. Bij de voormeting waren de ervaren klachten gemiddeld tot hoog en bij de nameting was dit beneden gemiddeld tot boven gemiddeld.

4.3.2 invloed op de copingstrategieën van cliënten

Tabel 4

Frequentieanalyse voor de copingstrategieën bij voor- en nameting met t-toets voor verschilmeting (1=zeer laag, 2=laag, 3= gemiddeld, 4= hoog, 5= zeer hoog)

Schaal	Gem (SD) Totale groep Beginmeting n=365	Gem (SD) Onderzoeksgroep Voormeting n=42	Gem (SD) Onderzoeksgroep Nameting n=42	t- waarde	df	p- waarde
Passief reactiepatroon (PAS)	4,04 (1,02)	4,14 (0,81)	3,38 (1,27)	3,50	41	0,001
Vermijden (VER)	3,97 (0,96)	3,93 (0,89)	3,55 (1,02)	1,81	41	0,008
Geruststellende gedachten (GER)	3,78 (1,01)	3,90 (0,93)	3,81 (1,04)	0,50	41	0,62
Palliatieve reactie (PAL)	3,70 (0,89)	3,69 (0,90)	3,52 (0,77)	0,98	41	0,33
Actief aankpakken (ACT)	3,04 (1,15)	3,29 (1,04)	3,26 (1,01)	0,14	41	0,89
Expressie van emoties (EXP)	2,97 (1,19)	3,31 (1,30)	3,14 (1,14)	0,65	41	0,52
Sociale steun zoeken (SOC)	2,85 (1,10)	3,17 (1,15)	3,21 (1,00)	-0,31	41	0,76

Gem=gemiddelde, SD=standaarddeviatie, n=aantal respondenten, t-waarde=toetsingscijfer t-toets, df=vrijheidsgraden, p-waarde=significantie

Uit bovenstaande tabel is af te lezen hoe de copingstrategieën zijn veranderd na het ontvangen van hulp van Kadera. Net zoals bij de vorige deelvraag is er een beginmeting te zien van de totale groep die een beginnende UCL heeft ingevuld. Eveneens is er een verschilmeting gedaan met de 42 cliënten die zowel een beginnende als afsluitende UCL hebben ingevuld. Met de gepaarde T-toets is er een significant verschil gevonden op de schaal passief reactiepatroon ($p=0,001$).

4.3.3 Samenhang tussen de meest voorkomende klachten en de meest voorkomende copingstrategieën

Om deze deelvraag te kunnen beantwoorden is er op basis van bovenstaande informatie gekeken wat de 3 meest voorkomende klachten en de 3 meest voorkomende copingstrategieën zijn. Er wordt met de Spearman's rangcorrelatie toets gekeken of er een significante samenhang is tussen de klachten en copingstrategieën bij binnenkomst en hetzelfde wordt onderzocht bij de klachten en copingstrategieën bij vertrek.

Tabel 5

Samenhang tussen de meest voorkomende klachten en copingstrategieën van de cliënten bij voormeting

	Klachten Fobische angst	Angst	Depressieve stemming
Copingstrategie			
Passief reactiepatroon			
Correlatie	0,68	0,55	0,76
Significantie	0,00	0,00	0,00
Vermijden			
Correlatie	0,08	-0,12	-0,04
Significantie	0,32	0,24	0,41
Geruststellende gedachten			
Correlatie	0,17	0,04	-0,18
Significantie	0,15	0,40	0,14

In tabel 5 wordt er gekeken of het hanteren van een bepaalde copingstrategie samenhangt met het hebben van bepaalde klachten. De copingstrategie passief reactiepatroon laat een significante samenhang zien met de klachten fobische angst, angst en depressieve stemming. Het hanteren van een passief reactiepatroon correleert in 'matige' mate met het hebben van fobische angst en angst. Daarnaast correleert het hanteren van een passief reactiepatroon in 'sterke' mate met het hebben van een depressieve stemming.

Tabel 6

Samenhang tussen de meest voorkomende klachten en copingstrategieën van de cliënten bij nameting

	Klachten Fobische angst	Cognitieve problemen	Psychoticisme
Copingstrategie			
Palliatieve reactie			
Correlatie	0,01	0,06	0,20
Significantie	0,49	0,35	0,12
Vermijden			
Correlatie	0,09	0,30	0,10
Significantie	0,30	0,03	0,27
Geruststellende gedachten			
Correlatie	-0,04	0,23	-0,02
Significantie	0,40	0,08	0,47

Eveneens wordt er hier gekeken of het hanteren van een bepaalde copingstrategie samenhangt met het hebben van bepaalde klachten. Er is een significante samenhang gevonden tussen het hanteren van een vermijdende coping strategie en het hebben van cognitieve problemen. Dit laat zien dat de copingstrategie vermindering in 'zwakke' mate samenhangt met het hebben van cognitieve problemen.

4.4 Verband tussen klachten, PTSS klachten, copingstrategieën en IQ

4.4.1 Meest voorkomende klachten per IQ-groep

Er zijn IQ-testen afgenomen bij dertig respondenten. Het laagst behaalde IQ is 59 en het hoogst behaalde IQ is 115. De gemiddelde IQ-score over de dertig respondenten is 78,77. Op basis van deze gegevens zijn er vier IQ-groepen samengesteld: IQ-groep 1 <70 'licht verstandelijk beperkt', IQ-groep

2 70-79 'zwak begaafd', IQ-groep 3 80-89 'beneden gemiddeld' en IQ-groep 4 90> 'gemiddeld en hoger'. Hierbij is er uitgegaan van de IQ-classificatie zoals deze wordt toegepast bij de SON-R. In bijlage 8 is de verdeling van alle behaalde IQ-scores te zien.

Tabel 7

Frequentieanalyse van de klachten per IQ-groep (1=zeer laag, 2=laag, 3=beneden gemiddeld, 4=gemiddeld, 5=boven gemiddeld, 6=hoog, 7=zeer hoog)

Schaal	Gem (SD) IQ-groep 1: <70 n=8	Gem (SD) IQ-groep 2: 70-79 n=9	Gem (SD) IQ-groep 3: 80-89 n=5	Gem (SD) IQ-groep 4: 90> n=8
Somatische klachten (SOM)	6,25 (0,71)	5,67 (1,23)	5,80 (1,30)	5,38 (1,77)
Fobische angst (FOB)	6,00 (1,31)	5,78 (1,30)	5,40 (1,52)	5,63 (1,41)
Depressieve stemming (DEP)	5,88 (1,46)	5,33 (1,23)	5,20 (2,05)	5,63 (1,41)
Cognitieve problemen (COG)	5,88 (1,89)	6,11 (0,93)	4,80 (2,05)	5,13 (1,96)
Angst (ANG)	5,63 (1,60)	5,89 (1,36)	5,40 (1,67)	5,63 (1,41)
Psychoticisme (PSY)	5,63 (1,69)	5,44 (1,59)	4,20 (1,64)	5,00 (1,60)
Paranoïde gedachten (PAR)	5,63 (2,07)	5,22 (1,39)	5,60 (1,52)	5,13 (1,55)
Interpersoonlijke gevoeligheid (INT)	5,38 (1,51)	5,56 (1,33)	5,00 (1,87)	4,88 (1,81)
Hostiliteit (HOS)	4,63 (1,77)	4,33 (1,12)	3,80 (0,84)	4,00 (0,93)

Gem=gemiddelde, SD=standaarddeviatie, n=aantal respondenten

In de tabel hierboven is te zien wat gemiddeld gezien de meest voorkomende klacht per IQ-groep is. IQ-groep 1 ervaart de meeste klachten op de schaal somatische klachten, dit geldt hetzelfde voor IQ-groep 3. Voor IQ-groep 2 is de hoogst ervaren klacht cognitieve problemen. Bij de laatste groep worden er drie klachten in hoogste mate ervaren. Dit zijn de klachten fobische angst, depressieve stemming en angst.

4.4.2 PTSS klachten per IQ-groep

Tabel 8

Frequentieanalyse PTSS klachten per IQ-groep (0=helemaal geen, 1=een beetje, 2=nogal, 3=tamelijk veel, 4=heel veel)

Schaal	Gem (SD) IQ-groep 1: <70 n=8	Gem (SD) IQ-groep 2: 70-79 n=9	Gem (SD) IQ-groep 3: 80-89 n=5	Gem (SD) IQ-groep 4: 90> n=8	Gem (SD) Totale groep n=30
Herbeleving	1,75 (1,25)	1,61 (0,93)	1,50 (1,46)	1,50 (1,16)	1,60 (1,12)
Verhoogde prikkelbaarheid	1,63 (1,03)	1,56 (1,18)	1,50 (1,00)	0,94 (0,78)	1,40 (1,00)
Vermijding	1,50 (0,93)	1,39 (1,14)	1,60 (1,08)	1,63 (1,06)	1,52 (1,00)
Vervlakking	1,06 (1,15)	0,94 (0,92)	1,50 (1,70)	1,06 (1,18)	1,10 (1,15)

Gem=gemiddelde, SD=standaarddeviatie, n=aantal respondenten

In bovenstaande tabel is af te lezen in welke mate de verschillende IQ-groepen PTSS klachten ervaren. Ook is er een gemiddelde score te zien van de gehele groep. De eerste en de derde IQ-groep ervaren de PTSS klachten in gelijke mate, namelijk in de mate 'een beetje' tot 'nogal'. Daarnaast ervaren de tweede en vierde IQ-groep de PTSS klachten in de mate van 'helemaal geen' tot 'nogal'. De klacht herbeleving wordt door IQ-groep 1 en IQ-groep 2 als hoogst ervaren. IQ-groep 3 en 4 ervaren de hoogste klachten op het gebied van vermijding.

4.4.3 Meest voorkomende copingstrategie per IQ groep

Tabel 9

Frequentieanalyse copingstrategieën per IQ-groep (1=zeer laag, 2=laag, 3=gemiddeld, 4=hoog, 5=zeer hoog)

Schaal	Gem (SD) IQ-groep 1: <70 n=8	Gem (SD) IQ-groep 2: 70-79 n=9	Gem (SD) IQ-groep 3: 80-89 n=5	Gem (SD) IQ-groep 4: 90> n=8
Passief reactiepatroon (PAS)	4,00 (0,93)	4,11 (1,17)	3,80 (1,10)	4,25 (1,39)
Palliatieve reactie (PAL)	3,75 (0,71)	3,89 (0,78)	4,20 (0,84)	3,50 (1,20)
Vermijden (VER)	3,63 (1,06)	3,89 (0,93)	4,40 (0,89)	4,13 (1,13)
Sociale steun zoeken (SOC)	3,50 (0,76)	3,22 (1,09)	3,20 (1,48)	3,25 (1,39)
Expressie van emoties (EXP)	3,50 (0,93)	3,22 (1,20)	2,60 (1,14)	2,25 (1,17)
Geruststellende gedachten (GER)	3,38 (0,74)	3,56 (0,88)	4,60 (0,55)	3,75 (1,39)
Actief aanpakken (ACT)	3,00 (0,76)	2,67 (1,32)	4,20 (0,45)	3,75 (0,89)

Gem=gemiddelde, SD=standaarddeviatie, n=aantal respondenten

De in hoogste mate gehanteerde copingstrategie is voor zowel IQ-groep 1, 2 en 4 passief reactiepatroon. IQ-groep 3 hanteert de copingstrategie geruststellende gedachten in hoogste mate.

4.4.4 De samenhang tussen de meest voorkomende klacht, de meest voorkomende copingstrategie en de hoogst ervaren PTSS klacht

Bij IQ-groep 1 is de meest voorkomende klacht somatische klachten, de meest voorkomende copingstrategie passief reactiepatroon en de meest voorkomende PTSS klacht herbeleving. Aan de hand van Pearson's productmoment- correlatiecoëfficiënt is de samenhang tussen de 3 variabelen afzonderlijk per 2 berekend. Er is een significante samenhang gevonden met een 'sterke' correlatie tussen herbeleving en somatische klachten ($r=0,81$; $p=0,02$). Dit wil zeggen dat hoe hoger de klachten van herbeleving zijn, des te meer somatische klachten iemand ervaart.

Daarnaast is er bij IQ-groep 2 is de meest voorkomende klacht cognitieve problemen, de meest voorkomende copingstrategie passief reactiepatroon en de meest voorkomende PTSS klacht herbeleving. Er is geen significante samenhang gevonden tussen de variabelen.

Vervolgens is bij IQ-groep 3 de meest voorkomende klacht somatische klachten, de meest voorkomende copingstrategie geruststellende gedachten en de meest voorkomende PTSS klacht vermijding. Er is een significante samenhang gevonden met een 'zeer sterke' correlatie tussen geruststellende gedachten en somatische klachten ($r=0,91$; $p=0,032$). Hieruit kan gesteld worden dat hoe hoger de mate van geruststellende gedachten, hoe meer somatische klachten.

Ten slotte zijn bij IQ-groep 4 de meest voorkomende klachten angst, fobische angst en depressieve stemming. De meest voorkomende copingstrategie passief reactiepatroon en de meest voorkomende PTSS klacht vermijding. Hierbij is er een significante samenhang gevonden en een 'sterke' correlatie tussen het hanteren van een passief reactiepatroon en angstklachten ($r=0,79$; $p=0,01$). Het in hoge mate hanteren van een passief reactiepatroon zal volgens deze correlatie zorgen voor meer angstklachten. Daarnaast is er een significante samenhang gevonden met een 'matige' correlatie tussen de PTSS klacht vermijding en het hebben van angstklachten ($r=0,66$; $p=0,04$). Als laatste is er een significante samenhang gevonden met een 'matige' correlatie tussen een passief reactiepatroon en een depressieve stemming ($r=0,66$; $p=0,04$).

Hoofdstuk 5 – Conclusie, discussie en aanbevelingen

In het laatste hoofdstuk worden de conclusie en de discussie voorgelegd. Ook worden de hypothesen aangenomen of verworpen. Daarna worden de hoofdvragen beantwoord en wordt er afgesloten met de aanbevelingen.

5.1 Conclusie

Hoofdvraag 1

In dit onderzoek is ten eerste onderzocht wat de invloed is van de hulpverlening van Kadera op het verloop van de klachten en copingstrategieën.

Met de eerste deelvraag is onderzocht wat de invloed is van de hulpverlening van Kadera op het verloop van de klachten. Bij de voormeting van de BSI komt naar voren dat de cliënten de meeste klachten ervaren op het gebied van fobische angst, angst en depressieve stemming. Dit is in overeenstemming met het onderzoek van Boagaerts en van der Veen (2011), waaruit blijkt dat huiselijk geweld een grote invloed kan hebben op psychische problemen. Eveneens stellen zij dat bij binnenkomst 2/3 van de cliënten te maken heeft met een matige tot zware depressie. Bij de nameting is er op alle schalen een significante vermindering van klachten gevonden. Boagaerts en van der Veen (2011) stellen dat cliënten een forse vooruitgang van hun lichamelijke en psychische klachten ervaren sinds hun verblijf in de opvang, vooral op psychisch gebied. Uit dit onderzoek blijkt dat de klachten op alle schalen, zowel psychisch als lichamelijk, zijn vermindert na hulp van Kadera. Er werd gesteld dat op basis van de score van de nameting BSI een significante vermindering van klachten gevonden werd, dit is in overeenstemming met de resultaten van het onderzoek.

Daarnaast werd onderzocht wat de invloed is van de hulpverlening van Kadera op de copingstrategieën van de cliënten. Uit het onderzoek blijkt dat bij de voormeting de copingstrategieën passief reactiepatroon, vermijding en geruststellende gedachten het meest voorkomen. Bij de nameting zijn dit de copingstrategieën geruststellende gedachten, vermijding en palliatieve reactie. Er is een significante vermindering gevonden in de gehanteerde copingstrategie passief reactiepatroon. Dit betekent dat de cliënten na hun verblijf bij Kadera zich in mindere mate in beslag laten nemen door problemen en zich beter in staat voelen om iets aan de situatie te doen. Bij de overige schalen werd geen significant verschil gevonden in de voor- en nameting. Er werd gesteld dat cliënten na het ontvangen van hulp van Kadera significant meer de copingstrategie actief aanpakken zouden hanteren, dit blijkt niet uit de resultaten. Uit de literatuur blijkt dat er geen eenduidig antwoord bestaat over de effectiviteit van de copingstrategieën. Een effectieve copingstrategie betekent dat men door het toepassen van deze strategie gezondheidsklachten voorkomt en/of het welzijn in stand houdt of bevordert, dat men zich in sociaal opzicht prettig voelt en/of zijn gevoel van zelfwaardering versterkt (Schreurs et al., 1993). De conclusie die hieruit getrokken kan worden is dat de effectiviteit van een copingstrategie verschilt per situatie en afhangt van de vaardigheden en kwaliteiten van een persoon.

Vervolgens werd bij de derde deelvraag onderzocht of er een samenhang is tussen de meest voorkomende klachten en de meest voorkomende copingstrategieën bij de voor- en nameting. Bij de voormeting is er een significante samenhang gevonden tussen het hanteren van de copingstrategie passief reactiepatroon en fobische angst, angst en een depressieve stemming. Hieruit kan gesteld worden dat wanneer cliënten de copingstrategie passief reactiepatroon in hoge mate hanteren, zij in hogere mate fobische angstklachten, angstklachten en een depressieve stemming ervaren. Bij de nameting is er een significante samenhang gevonden tussen het hanteren van de copingstrategie vermijding en cognitieve problemen. Dit betekent dat het in hogere mate toepassen van de copingstrategie vermijding zorgt voor het in hogere mate ervaren van cognitieve problemen. Er werd gesteld dat bij de voormeting het in hoge mate hanteren van de copingstrategie vermijding samenhangt met hoge angstklachten, dit komt niet naar voren uit dit onderzoek. Deze

copingstrategie wordt bij de voormeting in hoge mate gehanteerd, evenals het in hoge mate ervaren van angstklachten, maar er is geen significante samenhang gevonden tussen deze variabelen.

In dit onderzoek is gekeken naar wat de invloed is van de hulpverlening van Kadera op het verloop van de klachten en copingstrategieën bij de cliënten. Op basis van bovenstaande informatie is een significante vermindering van klachten te zien tussen de voor- en nameting. Daarnaast hanteren cliënten bij de voormeting in hoge mate de copingstrategieën passief reactiepatroon, vermijding en geruststellende gedachten. Het onderzoek toont aan dat de hulpverlening invloed heeft op de copingstrategie passief reactiepatroon, deze is significant verminderd bij de nameting. Overkoepelend kan gesteld worden dat de hulpverlening een positieve invloed heeft op het klachtenverloop en dat er een effect is op de copingstrategieën. Er kan niet zonder meer gesteld worden dat het effect van de hulpverlening op de copingstrategieën positief of negatief is. Of een copingstrategie een positief of negatief effect heeft op een cliënt is afhankelijk van de persoon en de situatie.

Hoofdvraag 2

Ten tweede is er onderzocht of er een verband is tussen de BSI klachten, de PTSS klachten, de copingstrategieën en de hoogte van het IQ.

Als eerste is onderzocht wat de meest voorkomende klacht is per IQ-groep. De eerste groep die onder licht verstandelijk beperkt valt ervaart de meeste klachten op de somatische schaal. Onder de tweede groep vallen de cliënten met een zwakbegaafd niveau. Zij rapporteren de meeste klachten op de schaal cognitieve problemen. Bij de derde groep behoren de beneden gemiddelde IQ scores. De meest voorkomende klacht bij deze groep is somatische klachten. Als laatste de vierde groep die de gemiddelde en hogere IQ scores bevat. Hierbij komen er drie meest voorkomende klachten naar voren, namelijk angst, depressieve stemming en fobische angst.

Daarnaast werd onderzocht in welke mate de verschillende IQ-groepen PTSS klachten ervaren. Er werd gesteld dat cliënten met een licht verstandelijk beperkt IQ meer last hebben van PTSS klachten, dit komt niet overeen met de resultaten van het onderzoek. De cliënten met een licht verstandelijk beperkt IQ vallen onder de eerste IQ-groep in dit onderzoek en ervaren de PTSS klachten in gelijke mate in vergelijking met de andere IQ-groepen. Volgens onderzoek van McNally en Shin (1995) zijn PTSS klachten ernstiger naarmate iemand een lager IQ heeft. Mensen met een licht verstandelijke beperking zouden traumatische gebeurtenissen minder goed verwerken vanwege de cognitieve beperking (Lemmon & Mizes, 2002; Razza, Tomasulo & Sobsey, 2011). Deze bevindingen zijn in tegenspraak met de resultaten van dit onderzoek. De resultaten van het onderzoek over de mate waarin PTSS klachten worden ervaren zijn lager dan voorafgaand werd verwacht. Daarnaast werd er verwacht dat cliënten met een gemiddeld IQ-niveau minder klachten hebben op de BSI en minder PTSS klachten hebben dan de andere IQ-groepen. Deze bewering wordt verworpen, omdat de PTSS klachten in dezelfde mate worden ervaren door alle IQ-groepen en de BSI klachten bij de gemiddelde IQ-groep niet allemaal in lagere mate worden ervaren. Op 3 van de 9 schalen ervaart de gemiddelde IQ-groep minder klachten dan de andere IQ-groepen (somatische klachten, paranoïde gedachten en interpersoonlijke gevoeligheid). Op de 6 andere schalen echter niet. Er kan dus niet geconcludeerd worden dat het hebben van een gemiddeld IQ zorgt voor minder BSI klachten.

Vervolgens werd bij de derde deelvraag onderzocht wat de meest voorkomende copingstrategie is per IQ-groep. Bij de licht verstandelijke beperkte en zwakbegaafde IQ-groep is de meest voorkomende copingstrategie het hanteren van een passief reactiepatroon. Deze copingstrategie is eveneens de meest voorkomende bij de gemiddelde en hogere IQ-groep. Bij de beneden gemiddelde IQ-groep is de meest voorkomende copingstrategie het hanteren van geruststellende gedachten. Uit onderzoek blijkt dat een vermijdende copingstrategie gerelateerd is aan tekorten in de ontwikkeling (Hall et al., 2011). De copingstrategie passief reactiepatroon valt onder een vermijdende coping.

Deze zijn in hoge mate te zien bij de twee laagste en de hoogste IQ-groep. Deze bevindingen spreken het voorgaande onderzoek tegen, omdat de hoogte van het IQ in dit onderzoek geen invloed blijkt te hebben op het hanteren van deze copingstrategie.

Ten slotte werd onderzocht of er een samenhang is tussen de meest voorkomende klacht, de meest voorkomende copingstrategie en de hoogst ervaren PTSS klacht per IQ-groep. Bij de licht verstandelijk beperkte groep komt naar voren dat hoe hoger de klachten van herbeleving zijn, hoe meer somatische klachten iemand ervaart. Bij de zwakbegaafde groep werd geen samenhang gevonden tussen onderzochte variabelen. Eveneens is er een samenhang gevonden bij de beneden gemiddelde IQ-groep tussen het hanteren van de copingstrategie geruststellende gedachten en het hebben van somatische klachten. Er is een zeer sterke samenhang gevonden, wat betekent dat hoe meer geruststellende gedachten iemand heeft hoe meer somatische klachten. Uit de literatuur komt niet naar voren dat er hiertussen een verband bestaat. Er is bij de hoogste IQ-groep een samenhang gevonden tussen het hanteren van een passief reactiepatroon en het hebben van angstklachten. Daarnaast is er een samenhang gevonden tussen het hebben van de PTSS klacht vermijding en het hebben van angstklachten. Als laatste is er een samenhang gevonden tussen het hanteren van de copingstrategie passief reactiepatroon en een depressieve stemming. Er werd verwacht dat cliënten met een vermijdende copingstrategie in boven gemiddelde mate last hebben van somatische klachten en in hoge mate last hebben van de PTSS klacht vermijding. Er is geen samenhang gevonden tussen deze variabelen, hierdoor wordt deze verwachting verworpen.

In dit onderzoek is gekeken of er een verband is tussen de meest voorkomende BSI klacht, de meest voorkomende copingstrategie en de hoogst ervaren PTSS klacht per IQ-groep. Op basis van bovenstaande resultaten kan er gezegd worden dat er een aantal verbanden zijn tussen deze variabelen.

5.2 Discussie

Het onderzoek heeft enige beperkingen. Zo wordt er geen rekening gehouden met eventueel extra verkregen behandeling, zoals een EMDR behandeling. Een EMDR behandeling zou de klachten van PTSS en angst kunnen doen afnemen. In onderzoek van Peters (2016) is aangetoond dat de trauma gerelateerde- en angstklachten significant zijn afgenomen na de behandeling van EMDR. Daarnaast is er weinig tot geen rekening gehouden met externe factoren, zoals financiële problemen, een veilige omgeving of een taalbarrière, die mogelijk de klachten kunnen beïnvloeden of het herstel kunnen belemmeren. Ook kan er spontaan herstel optreden, waardoor klachten kunnen afnemen. Tevens zijn de aard van de problemen en de vaardigheden van de cliënten onbekend, wat er voor zorgt dat de effectiviteit van de copingstrategieën niet bepaald kan worden. Er is geen rekening gehouden met de interpretatie van de gebeurtenis door de cliënt, ook wel appraisal genoemd. Er is in dit onderzoek alleen gekeken naar coping, wat de reactie is op een gebeurtenis. Aansluitend is er in dit onderzoek geen onderscheid gemaakt in het type trauma dat een cliënt heeft meegemaakt. Het verschil in een eenmalige traumatische gebeurtenis en langdurige gebeurtenissen kan van invloed zijn op de klachten en gebruikte copingstrategieën van een cliënt. Wanneer dit bekend is, kan hier rekening mee worden gehouden bij de interpretatie van de resultaten. Als de persoonlijke interpretatie van de cliënt over deze gebeurtenis hierbij wordt betrokken, schetst dit een gedetailleerder beeld over de cliënt. Wanneer het type trauma en de appraisal per cliënt in kaart worden gebracht, zorgt dit er voor dat de hulpverlening beter kan aansluiten op een cliënt. Ook zorgt dit ervoor dat bepaalde overeenkomstige klachten niet worden gegeneraliseerd over alle cliënten. Ten slotte is er gebruik gemaakt van een beperkte IQ-test. De SON-R meet geen verbale intelligentie, geen werkgeheugen en geen verwerkingssnelheid. Dit zorgt ervoor dat er alleen een globaal intelligentieniveau is gesteld.

Betrouwbaarheid en validiteit

Als de vragenlijsten van dit onderzoek worden herhaald bij de cliënten van Kadera kunnen de uitkomsten veranderd zijn. Dit omdat de cliënten na enige tijd de opvang zullen verlaten en geen hulp meer zullen ontvangen. Dit zorgt ervoor dat er na verloop van tijd een geheel nieuwe groep cliënten ontstaat. Deze cliënten kunnen in een andere mate last hebben van klachten en andere copingstrategieën hanteren. Dit kan van invloed zijn op de betrouwbaarheid van het onderzoek. Daarentegen geeft de voormeting van de totale groep een betrouwbaar beeld, omdat dit gaat over 365 cliënten gedurende 4 jaar. De BSI en UCL worden standaard bij binnenkomst afgenomen, uit het onderzoek blijkt dat de afsluitende BSI en UCL vaak niet worden afgenomen. Als deze wel worden ingevuld, vindt dat niet plaats op een daarvoor vastgesteld moment. Omdat een klein deel van de gehele groep een afsluitende BSI en UCL heeft ingevuld, is de betrouwbaarheid hiermee verminderd.

De PTSS klachtenlijst is ontworpen aan de hand van twee reeds bestaande vragenlijsten. De betrouwbaarheid van de vragenlijst is hoog met een Cronbach's Alpha van 0,86, op basis van 8 items. De vragenlijst niet beoordeeld door de COTAN. De twee vragenlijsten waarop deze lijst is gebaseerd, ZIL en SVL zijn door de COTAN beoordeeld met een goede betrouwbaarheid en validiteit. Dit vergroot de betrouwbaarheid van de gebruikte PTSS klachtenlijst. De betrouwbaarheid van de gebruikte intelligentietest is door de COTAN als goed beoordeeld. Omdat het gaat om een non-verbale intelligentie test is er geen sprake van een taalbarrière wat de betrouwbaarheid van de resultaten van de test doet vergroten.

De homogeniteit van de onderzoeksinstrumenten is bepaald. Bij de BSI komt de homogeniteit van de totale vragenlijst uit op 0,96 wat wijst op een zeer hoge interne consistentie. De begripsvaliditeit is hoog en criteriumvaliditeit is gewaarborgd. Dit houdt in dat de juiste constructen gemeten zijn. De UCL heeft een matige mate van homogeniteit, namelijk 0,44. De hertestbetrouwbaarheid is 0,45 tot 0,85, wat er op wijst dat de schalen van de UCL redelijk stabiele eigenschappen meten. Er is nog onvoldoende onderzoek gedaan naar de construct- en congruente validiteit. Bij de SON-R betreft het een homogeniteit van 0,87 (Beurs & Zitman, 2006).

Bruikbaarheid

Ten eerste geven de resultaten van dit onderzoek de organisatie een duidelijk beeld over hoeveel afsluitende screeningen er wel en niet worden ingevuld. De missende screeningen op de nameting blijkt uit onderzoek groot te zijn. Dit kan voor de organisatie aanleiding geven om hier stappen in te ondernemen ter verbetering voor een consequente nameting. Ten tweede heeft de organisatie meer inzicht gekregen in de hoogte van het IQ van de cliënten in de opvang. Dit kan mogelijk aanleiding zijn tot aanscherping van de hulpverlening. Vervolgens heeft de organisatie aan de hand van dit onderzoek meer duidelijkheid gekregen over het begrip copingstrategie en de effectiviteit hiervan. Zoals reeds bekend wordt er momenteel weinig aandacht besteed aan copingstrategieën, met de uitkomsten van dit onderzoek kan hier in de toekomst aan gewerkt worden. Uit het onderzoek blijkt dat er een samenhang bestaat tussen meerdere copingstrategieën en klachten. Er wordt momenteel alleen afzonderlijk naar deze variabelen gekeken. Nu de organisatie weet dat er verbanden bestaan kunnen zij effectiever inzetten op de copingstrategie, omdat deze de hoogte van de klachten beïnvloed. In de volgende paragraaf zijn de aanbevelingen hiervoor te lezen.

5.3 Aanbevelingen

Op basis van de resultaten van het onderzoek zijn er een aantal aanbevelingen voor Stichting Kadera. Eerst volgen de aanbevelingen voor de organisatie, daarna worden deze aangevuld door praktische aanbevelingen. Ten slotte worden er aanbevelingen gedaan met betrekking tot vervolgonderzoek.

Het consequent afnemen van de afsluitende BSI en UCL

Het is belangrijk dat de BSI en UCL standaard worden afgenomen wanneer een cliënt vertrekt. Hierdoor kan er meer inzicht komen in het verloop van de klachten en copingstrategieën. De

organisatie kan dan een jaarrapport schrijven en deze vervolgens sturen naar bijvoorbeeld de gemeente. Kadera kan hiermee laten zien of de hulp die zij bieden effectief is. Zoals blijkt uit de resultaten van deelvraag 1 en 2 van onderzoeksvraag 1 worden de afsluitende BSI en UCL niet consequent afgenomen. Van de 365 cliënten die een BSI bij het begin hebben ingevuld, hebben maar 76 (20,82%) ook een afsluitende BSI ingevuld. En van de 365 cliënten die een UCL bij het begin hebben ingevuld, zijn er 42 (11,51%) die een afsluitende UCL hebben ingevuld. Dit betekent dat van het grootste deel van de cliënten geen duidelijk verschil te zien is tussen binnenkomst en vertrek bij Kadera. Het zien van verschil in klachten en copingstrategieën bij binnenkomst en vertrek zou een mooie verandering kunnen tonen aan de cliënten. Hiermee wordt hun groei en ontwikkeling in kaart gebracht naar aanleiding van het verblijf bij Kadera. Eveneens laat dit zien of de hulp die Kadera biedt voor veranderingen zorgt. In dit onderzoek is hiervan een uitkomst te zien over een klein deel van deze groep. Als deze afsluitende BSI en UCL consequenter worden afgenomen, kan er een beter beeld naar voren komen over het effect van de hulpverlening van Kadera op het verloop van de klachten en copingstrategieën. Er bestaat een protocol voor het afnemen van de screenings. Het is belangrijk dat deze wordt aangescherpt, zodat de afsluitende screenings vaker en consequenter zullen worden afgenomen.

Het standaard afnemen van een IQ-test en vervolgonderzoek licht verstandelijke beperking

Bij Kadera wordt een IQ-test afgenomen op aanvraag van de psycholoog of casemanager als er vermoedens zijn van een laag capaciteitsniveau. In dit onderzoek zijn er ook testen afgenomen bij de cliënten waarbij geen vermoedens waren van een laag capaciteitsniveau. Uit de resultaten is gebleken dat de meerderheid van de cliënten (56,67%) een IQ-niveau van zwakbegaafd of licht verstandelijk beperkt heeft. Dit aantal is groter dan van tevoren werd verwacht. De aanbeveling is om een IQ-test standaard af te nemen, omdat een laag niveau niet altijd meteen te zien is. Dit kan er voor zorgen dat een cliënt overvraagd wordt of niet gemotiveerd lijkt. Wanneer uit een intelligentieonderzoek blijkt dat een cliënt een IQ-score behaalt tussen de 50 en 70, is het van belang dat er ook wordt gekeken naar hoe iemand zich aanpast aan zijn omgeving. Van een licht verstandelijke beperking wordt pas gesproken als iemand niet kan voldoen aan dat wat er van hem verwacht wordt gezien zijn leeftijd en de cultuur waarin hij leeft. De persoon moet beperkt zijn op meerdere leefgebieden, zoals de communicatie, zelfzorg, zelfredzaamheid, zelfstandig kunnen wonen, sociale vaardigheden, het opkomen voor zichzelf, werk, gezondheid of veiligheid. Tot slot moet de beperking voor het 18^e jaar liggen (DSM-IV). De aanbeveling is om bij de cliënten die een lage IQ-score hebben behaald, vervolgonderzoek te doen op het functioneren in verschillende leefgebieden. De TP'er kan in gesprek gaan met de cliënt en casemanager om de hierboven genoemde leefgebieden te bespreken en om na te gaan hoe dat was voor het 18^e levensjaar. Hierdoor ontstaat er een beter beeld over het functioneren van de cliënt en kan er gerichtere begeleiding worden geboden wanneer er zich al langer moeilijkheden voordoen op leefgebieden.

Hulpverlening op maat voor cliënten met een zwakbegaafd en licht verstandelijk beperkt IQ-niveau.

Uit dit onderzoek blijkt dat er veel cliënten zijn met een lage IQ-score. Het is belangrijk dat deze cliënten hulpverlening op maat krijgen. Zo worden de hulpverleners van Kadera nu niet opgeleid in de omgang met cliënten met een licht verstandelijke beperking. Het is belangrijk dat zij handvaten aangereikt krijgen, zodat er beter met deze doelgroep gewerkt kan worden. De aanbeveling is om trainingen of cursussen in te zetten die een richtlijn geven voor de hulpverleners in hoe ze de begeleiding kunnen vormgeven aan mensen met een licht verstandelijke beperking.

De UCL afnemen op basis van bepaalde gebeurtenissen

Uit de literatuur is naar voren gekomen dat een copingstrategie bij de ene situatie wel effectief is en bij een andere niet (Schreurs et al., 1993). Om deze reden kan er niet worden gesteld of de copingstrategieën van de cliënten op dit moment effectief zijn. Binnen Kadera wordt de UCL ingevuld op basis van hoe een cliënt in het algemeen omgaat met problemen. Omdat er niet naar specifieke situaties wordt gekeken, is de uitslag van deze test een beeld over de algemene inzet van coping over

verschillende situaties. Dit maakt de uitslag van de test minder bruikbaar. De aanbeveling is om bij binnenkomst de UCL af te nemen en hierbij te vermelden dat deze over huiselijk geweld gaat, de reden van binnenkomst in de opvang. De laatste UCL zal gaan over dezelfde situatie en zal in kaart brengen hoe de cliënt op dat moment met hetzelfde probleem zou omgaan. Daarnaast kan de UCL worden afgenomen bij het voordoen van andere problemen, zoals schulden. Hierdoor kan de copingstrategie per probleem worden vastgesteld en kan de begeleiding hierop specifiek worden aangepast. Het afnemen van de screeningen BSI en UCL is de taak van de TP'er, deze kan worden uitgebreid met een duidelijke omschrijving van de situatie.

De psycholoog stelt op basis van de situatie de effectiviteit van de coping vast

Aansluitend op de vorige aanbeveling kan de psycholoog beoordelen of de copingstrategie effectief is in een situatie. De eerste UCL wordt altijd teruggekoppeld door de psycholoog, omdat zij dit in combinatie met het diagnostisch verslag verteld. Hierin kan de psycholoog gericht op de situatie doorvragen en de adequaatheid van de coping beoordelen. De TP'er kan zich ten eerste verdiepen in wat effectieve copingstrategieën zijn bij het thema huiselijk geweld. Dit kan later uitgebreid worden over andere thema's zoals eerdergerelateerd geweld of jong moederschap, zodat de effectiviteit per situatie kan worden vastgesteld.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

De resultaten en aanbevelingen van dit onderzoek zullen gepresenteerd worden aan alle hulpverleners van Kadera. Als de bovenstaande aanbevelingen worden doorgevoerd in de organisatie, zullen er over een jaar twee vervolgonderzoeken uitgevoerd kunnen worden. De eerste gericht op het verloop van klachten. In dit onderzoek was het aantal ingevulde afsluitende screeningen beperkt en wanneer dit consequenter wordt uitgevoerd zal er een betrouwbaarder beeld ontstaan. Ten tweede kan er onderzoek gedaan worden naar de copingstrategieën. Wanneer de eerste en laatste UCL consequent worden afgenomen over dezelfde situatie, kan er hierover een effectmeting worden uitgevoerd. Daarnaast kan er onderzoek gedaan worden naar de effectiviteit van copingstrategieën per situatie of probleem. Dit samen vergroot de betrouwbaarheid van de testresultaten van de UCL.

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Alink, L., van IJzendoorn, R., Bakermans-Kranenburg, M., Pannebakker, F., Vogels, T. & Euser, S. (2011). De tweede nationale prevalentie studie mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM-2010). *Leiden Attachment research program TNO child health*. Leiden: van der Linden.
- Beurs, E. (2011). *Brief Symptom Inventory –BSI- Handleiding, herziene editie 2011*. Leiden: PITS.
- Beurs, E. & Zitman, F.G. (2006). *De Brief Symptom Inventory (BSI): De betrouwbaarheid validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90*. Geraadpleegd op [https://www.researchgate.net/profile/Edwin_De_Beurs/publication/284679116_The_BriefSymptom_Inventory_\(BSI\)_Reliability_and_validity_of_a_practical_alternative_to_SCL90/links/565c20fd08aefe619b251cba.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Edwin_De_Beurs/publication/284679116_The_BriefSymptom_Inventory_(BSI)_Reliability_and_validity_of_a_practical_alternative_to_SCL90/links/565c20fd08aefe619b251cba.pdf)
- Blok, J. & Reesing, W. (2002). De classificatie van intelligentiescores, voorstel voor een eenduidig systeem. *De psycholoog*, mei, 244-249.
- Bogaerts, S. & van der Veen, H.C.J. (2010). *Huiselijk geweld in Nederland: Overkoepelend synthesesrapport van het vangst-hervangst-, slachtoffer- en daderonderzoek*. Onderzoek en beleid, 1-162.
- Bohlmeijer, E., 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*, november, 49-59.
- Bos, T., Reijmers, E., Scherpenisse, R., Jonger, I. & Wolf, J. (2012). *Systeemgericht werken: Een verkenning van werkzame elementen*. Nijmegen: Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, UMC St Radboud Nijmegen.
- Brown, A.L. & French, L.E. (1979). The zone of potential development: Implications for intelligence testing in the year 2000. *Intelligence*, 3, 255-273.
- Brown, G. & Harris, T.O. (1989). *Life events and illness*. New York: The Guilford Press.
- Casper, R.C. (1998). Depression and eating disorders. *Depression and anxiety*, 8, 96-104.
- CBS. (2005). Stijging eenoudergezinnen. *Webmagazine*, Voorburg: Bureau voor de statistiek.
- Dekker, M.C., Koot, H.M., van der Ende, J. & Verhulst, F.C. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(8), 1087-1098.
- De Boer, M. (2009). *Juridische aspecten van huiselijk geweld*. Geraadpleegd op [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Juridische%20aspecten%20van%20huiselijk%20geweld%20\[MOV-223445-0.3\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Juridische%20aspecten%20van%20huiselijk%20geweld%20[MOV-223445-0.3].pdf)
- Den Boer, N. (2016). *De evaluatie van groepstrainingen voor het stoppen van huiselijk geweld: Voor vrouwen binnen de opvang van Kadera*. Deventer: Saxion.
- Douglas, K.M. & Porter, R.J. (2009). Longitudinal assessment of neuropsychological function in major depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(12), 1105-1117.
- Dijkstra, S. (2009). Bespreking van uit het veld geslagen partnergeweld. *Maatwerk Vakblad voor maatschappelijk werk*, 2, 11-13.
- Eaton, L.F. & Menolascino, F.J. (1982). Psychiatric disorders in the mentally retarded: Types, problems and challenges. *American Journal of Psychiatry*, 139(10), 1297-1303.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Einfeld, S.L., Piccinin, A.M., Mackinnon, A.M., Hofer, S.M., Taffe, J., Gray, K.M. & Tonge, J.B. (2006). Psychopathology in young people with intellectual disability. *Journal of the American Medical Association*, 296(16), 1981-1989. doi:10.1001/jama.296.16.1981
- Federatie Opvang. (2003). *Project krachtgericht werken*. Geraadpleegd op <http://www.opvang.nl/site/item/project-krachtgericht-werken>

- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Geerds, F. (2015). Testen getest: De SON-R 6-40: Een niet-verbale intelligentietest. *Neuoprax*, 19, 163-166.
- Gil, T., Calev, A. Greenberg, D., Kugelmass, S. & Lerer, B. (1990). Cognitive functioning in posttraumatic stress disorder. *Journal Trauma Stress*, 3, 29-45.
- Gorissen, M. (2004). Intelligent gebruik van intelligentietests: IQ in de GGZ. *Psychopraxis*. 6(3), 101-105. doi: 10.1007/BF03072153
- Gurvits T., Gilbertson, M.W., Lasko, N.B., Tarhan, A.S., Simeon D., Macklin, M.L., Orr, S.P. & Pitman, R.K. (2000). Neurologic soft signs in chronic posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 181-186.
- Graff, F.S. (2012). *Changes in coping strategies among woman receiving treatment for alcohol use disorders (AUDs)*. New Jersey: Rutgers University.
- Haan, N. (2016). *Proposed model of ego functioning: Coping and defense mechanisms in relationship to IQ change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hague, G., Ravi, T. & Mullender, A. (2010). Disabled women, domestic violence and social care: The risk of isolation, vulnerability and neglect. *British Journal of Social Work*, 41(1), 148-165. doi:10.1093/bjsw/bcq057
- Hall, N., Kuzminskyte, R., Pedersen, A., Oornbool, E. & Fink, P. (2011). The relationship between cognitive functions, somatization and behavioural coping in patients with multiple functional somatic symptoms. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 65(3), 216-224.
- Hovens, J.E., Luinge, B.A. & van Minnen, A. (2005). *Het klinisch interview voor PTSS*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Hovens J.E., Bramsen, I. & van der Ploeg, H.M. (2009). *Zelfinventarisatielijst Posttraumatische Stressstoornis*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information.
- Hoyer, W.J., Rybash, J.M. & Roodin, P.A. (1999). *Adult development and ageing*. New York, United States of America: McGraw-Hill College.
- Ingram, R.E., Luxton, D.D., Hankin, B.L. & Abela, J.R.Z. (2005). *Development of psychopathology: A vulnerability stress perspective*. Thousand Oaks, California: Sage Publications Inc.
- Jaspers, J.P.C., van Asma, M.J.O. & van den Bosch, R.J. (1989). Coping en Psychopathologie: Een overzicht van theorie en onderzoek. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 31(9), 587-599.
- Jonker, I., Wolf, J. & Nicholas, S. (2007). Grote maatschappelijke achterstand. Hulp aan mishandelde vrouwen in de vrouwenopvang. *Maatwerk*, 08, 117-119.
- Jonker, I. (2016). *Mishandelde vrouwen in de vrouwenopvang. Profielen, zorgbehoeften, passende zorg en effectieve interventies*. Nijmegen: Radboud UMC.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2007). *Synopsis of Psychiatry (10th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Roberts, A. L., Martin, L. T., Kubzansky, L., Harrington, H. L., Poelton, R. & Caspie, A., (2009). Childhood IQ and adult mental disorders: A test of the cognitive reserve hypotheses. *American Journal of Psychiatry*, 166, 50-57.
- Lazarus, R.S. (1966) Psychological stress and the coping process. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1, 57-70.
- Lemmers, L. (2002). *Een veilige wereld begint thuis! Aanzetten voor preventiebeleid gericht op kinderen en huiselijk geweld*. Woerden: NIGZ.
- Lemmon, V.A. & Mizes, J.S. (2002). Effectiveness of exposure therapy: A study of posttraumatic stress disorder and mental retardation. *Cognitive and Behavioural Practice*, 9(4), 317-323. doi:10.1016/S1077-7229(02)80026-8

- Linna, S.L., Moilanen, I., Ebeling, H., Piha, J., Kumpulainen, K., Tamminen, T. & Almqvist, F. (1999). Psychiatric symptoms in children with intellectual disability. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8(4), 77–82. doi: 10.1007/PL00010704
- Lünnemann, K.D., Tan, S. & ter Woerds, S. (2006). *Ernstig bedreigde vrouwen in de vrouwenopvang*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Macklin, M.L., Metzger, L.J., McNally, R.J., Litz, B.T., Lasko, N.B. & Orr, S.P. (1998). Lower precombat intelligence is a risk factor for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 2, 323–326.
- McNally, R.J. & Shin, L.M. (1995). Association of intelligence with severity of posttraumatic stress disorder symptoms in Vietnam combat veterans. *American Journal Psychiatry*, 152, 936–938.
- Mevissen, L. & de Jongh, A. (2010). PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 30, 308–316. doi:10.1016/j.cpr.2009.12.005
- Mortensen, E.L., Barefoot, J.C. & Avlund, K. (2012). Do depressive traits and hostility predict age related decline in general intelligence?. *Journal of Aging Research*, 1–9. doi:10.1155/2012/973121
- Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T.J., Boykin, A.W., Brody, N., Ceci, S.J. & Urbina, S. (1996). Intelligence: Knowns and unknowns. *American Psychologist*, 51, 77–101. doi:10.1037/0003-066X.51.2.77
- Pearson. (z.j.). *BSI / Brief Symptom Inventory*. Pearson: Amsterdam. Geraadpleegd op <http://www.pearsonclinical.nl/bsi-brief-symptom-inventory>
- Peters, A. (2016). *Afwijken van het protocol; onderzoek naar de effectiviteit van EMDR in de instabiele fase*. Deventer: Saxion.
- Quine, L. & Pahl, J. (1991). Stress and coping in mothers caring for a child with severe learning difficulties: A test of Lazarus' Transactional Model of Coping. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1, 57–70.
- Rajput, S., Hassiotis, A., Richards, M., Hatch, S.L. & Stewart, R. (2011). Associations between IQ and common mental disorders: The 2000 British National Survey of Psychiatric Morbidity. *European Psychiatry*, 26, 390–395.
- 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. doi: 10.1108/20441281111180655
- Resing, W. & Drenth, P. (2007). *Intelligentie Weten en Meten*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Schreurs, P.J.G., van de Willige, G., Brosschot, J.F., Tellegen, B. & Graus, G.M.H. (1993). *De Utrechtse Coping Lijst: UCL. Omgaan met problemen en gebeurtenissen*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Seiffge-Krenke, I. & Klessinger, N. (2000). Long term effects of avoidant coping on adolescents' depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 617–630.
- Somerfield, M.R. & McCrae, R.R. (2000). Stress and coping research: Methodological challenges, theoretical advances, and clinical applications. *American Psychologist*, 55, 620–625.
- Sutker, P.B., Davis, J.M., Uddom, M. & Ditta, S.R. (1995). War zone stress, personal resources, and PTSD in Persian Gulf War returnees. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(3), 444–452.
- Tellegen, P.J. & Laros, J.A. (2011). *Snijders-Oomen Niet-verbale intelligentietest: Verantwoording*. Göttingen, Duitsland: Hogrefe.
- Van der Ploeg, E. van der., Mooren, T.T.M., Kleber, R.J., van der Velden, P.G. & Brom, D. (2004). Internal validation of the Dutch version of the Impact of Event Scale. *Psychological Assessment*, 16, 16–26.
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?: Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag, Nederland: Boom Lemma.
- Weathers, F.W., Keane, T.M. & Davidson, J.R.T. (2001). Caps: A Review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety*, 13, 132–156.

- Wolf, J. & Jansen, C. (2011). *Krachtwerk. Basismethodiek in de vrouwenopvang*. Nijmegen: Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, UMC St Radboud.
- Wolf, J., Jonker, I., Nicholas, S., Meertens, V. & te Pas, S. (2006). *Maat en baat van de vrouwenopvang: Onderzoek naar vraag en aanbod*. Amsterdam: SWP.
- 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.
- Zammit, S., Allebeck, P., David, A.S., Dalman, C., Hemmingsson, T., Lundberg, I. & Lewis, G. (2004). A longitudinal study of premorbid IQ score and risk of developing schizophrenia, bipolar disorder, severe depression, and other nonaffective psychoses. *Archives of General Psychiatry*, 61, 354-360.

Bijlage 1: Eigenwerkverklaring

Ondergetekende(n): (Naam student/en)

Roxan Smeenk, 323676

Henrieke Koelewijn, 353147

verklaart/verklaren ondubbelzinnig dat:

1)dit werkstuk eigen werk is en derhalve geen inbreuk maakt op het auteursrecht van een ander.

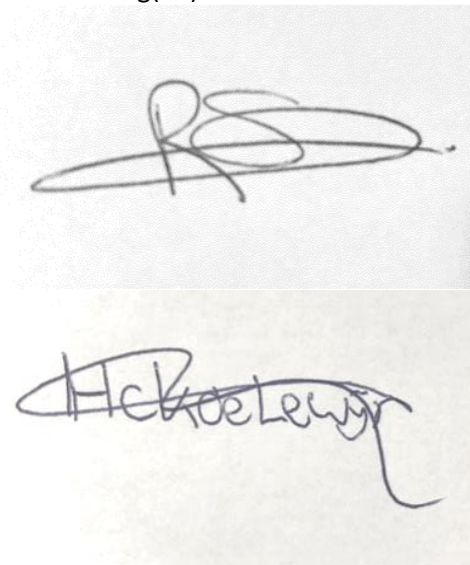
2)alle gebruikte bronnen (waaronder internetpagina's) zijn voorzien van bronvermelding.

dit verslag ook digitaal is ingeleverd via Blackboard (SafeAssign).

Plaats: Deventer

Datum: 09-01-2017

Handtekening(en) :



N.B. Schending van bovengenoemde 'Eigen werk verklaring ' wordt als fraude aangemerkt als bedoeld in **Art. 19 OER**.

Bijlage 2: Samenwerkingscontract

Wij,

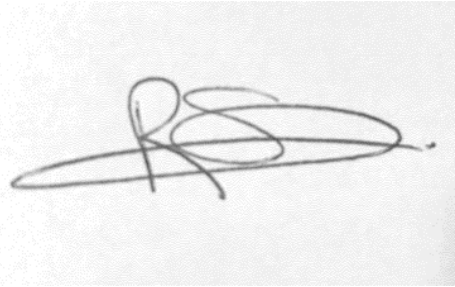
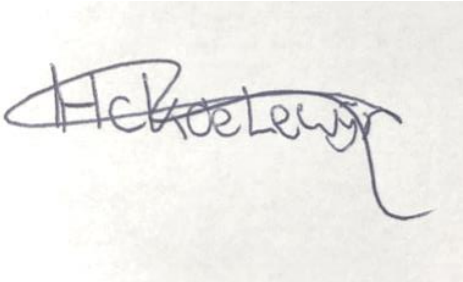
Roxan Smeenk, 323676

Henrieke Koelewijn, 353147

- * verklaren dat wij ervoor zorg dragen dat ieder groepslid evenveel inbreng heeft in het samenwerkingsverband.
- * beloven dat wij binnen de samenwerking een proactieve houding aan zullen nemen en ons gedrag dusdanig af te stemmen dat er een constructieve samenwerking kan plaatsvinden.
- * verklaren dat wij een dusdanige werkverdeling opstellen, dat elk lid zijn deel kan uitvoeren en de gemaakte afspraken kan nakomen.
- * verklaren ons in te zetten voor een goede samenwerking en eventuele tekortkomingen in de samenwerking op een professionele en constructieve manier op te lossen.

Plaats: Deventer

Datum:09-01-2017

Roxan Smeenk		
Henrieke Koelewijn		

* aanvinken

Bijlage 3: Brief Symptom Inventory- BSI



Naam: Geslacht (svp omcirkelen): man/vrouw

Datum invullen: Geboortedatum:

Brief Symptom Inventory (BSI)

Nederlandstalige bewerking: Dr. E. de Beurs



ANTWOORDFORMULIER

(2011)

Instructie

Op de volgende pagina staat een lijst met problemen die mensen kunnen hebben.
Lees ieder probleem zorgvuldig door en omcirkel het cijfer dat het beste weergeeft:
IN HOEVERRE U LAST HAD VAN DAT PROBLEEM
GEDURENDE DE AFGELOPEN WEEK, INCLUSIEF VANDAAG.
Omcirkel een cijfer achter iedere vraag en sla geen vragen over.

Een voorbeeld:

HOVEEL LAST HAD U VAN:	helemaal geen	een beetje	nogal	tamelijk veel	heel veel
1. Pijn	0	①	2	3	4

Copyright © 1975, 2004 Leonard R. Derogatis, PhD. All rights reserved. Published and distributed exclusively by NCS Pearson Inc.
Dutch translation © 2006, 2009, 2011 Leonard R. Derogatis, PhD. Dutch translation published and distributed exclusively by PITS BV, Leiden,
the Netherlands under license from NCS Pearson, Inc.
BSI® is a registered trademark in the United States of America of Leonard Derogatis, PhD.

HOEVEEL LAST HAD U VAN:	helemaal geen	een beetje	nogal	tamelijk veel	heel veel
1. Zenuwachtigheid of beverigheid	0	1	2	3	4
2. Duizeligheid of moeite je evenwicht te bewaren	0	1	2	3	4
3. Het idee dat een ander je gedachten kan beïnvloeden	0	1	2	3	4
4. Het gevoel dat de meeste van je problemen aan anderen te wijten zijn	0	1	2	3	4
5. Moeite iets te onthouden	0	1	2	3	4
6. Je snel aan iets ergeren	0	1	2	3	4
7. Pijn op de borst of het hart	0	1	2	3	4
8. Angstig zijn op open pleinen of grote ruimten	0	1	2	3	4
9. Gedachten aan zelfmoord	0	1	2	3	4
10. Het gevoel dat de meeste mensen niet te vertrouwen zijn	0	1	2	3	4
11. Weinig eetlust	0	1	2	3	4
12. Zomaar plotseling bang worden	0	1	2	3	4
13. Woede-uitbarstingen die je niet kan beheersen	0	1	2	3	4
14. Je eenzaam voelen, zelfs als je in gezelschap bent	0	1	2	3	4
15. Je geblokkeerd voelen in het afkrijgen van dingen	0	1	2	3	4
16. Je eenzaam voelen	0	1	2	3	4
17. Je somber voelen	0	1	2	3	4
18. Geen interesse kunnen opbrengen voor dingen	0	1	2	3	4
19. Bang zijn	0	1	2	3	4
20. Gauw gekwetst of geraakt zijn	0	1	2	3	4
21. Het gevoel dat mensen onvriendelijk zijn en je niet mogen	0	1	2	3	4
22. Je tegenover anderen de mindere voelen	0	1	2	3	4
23. Misselijkheid of dat je maag van streek was	0	1	2	3	4
24. Het gevoel dat je in de gaten gehouden wordt of dat er over je gepraat wordt achter je rug	0	1	2	3	4
25. Moeite met in slaap vallen	0	1	2	3	4
26. Steeds maar alles wat je doet moeten controleren	0	1	2	3	4
27. Moeite met beslissingen nemen	0	1	2	3	4

Ga a.u.b. verder op de volgende bladzijde.

HOVEEL LAST HAD U VAN:	helemaal geen	een beetje nogal	tamelijk veel	heel veel
28. Bang zijn om te reizen met bus, trein of tram	0	1	2	3 4
29. Benauwdheid, moeite met ademen	0	1	2	3 4
30. Opliegers of koude rillingen	0	1	2	3 4
31. Bepaalde dingen, plaatsen of activiteiten vermijden omdat je er angstig van wordt	0	1	2	3 4
32. Helemaal van je apropos zijn (de draad van je gedachten kwijt raken)	0	1	2	3 4
33. Gevoelloosheid of tintelingen in bepaalde lichaamsdelen	0	1	2	3 4
34. Het idee dat je zondig bent en gestraft moet worden	0	1	2	3 4
35. Je hopeloos voelen over de toekomst	0	1	2	3 4
36. Concentratie problemen	0	1	2	3 4
37. Je slap of zwak voelen ergens in je lichaam	0	1	2	3 4
38. Je gespannen en opgefokt voelen	0	1	2	3 4
39. Gedachten aan sterven of aan de dood	0	1	2	3 4
40. De aandrang hebben iemand te slaan, te verwonden of pijn te doen	0	1	2	3 4
41. De aandrang hebben om met dingen te gooien of ze stuk te slaan	0	1	2	3 4
42. Je erg verlegen voelen in gezelschap	0	1	2	3 4
43. Je niet op je gemak voelen in menigten	0	1	2	3 4
44. Je met niemand nauw verbonden voelen	0	1	2	3 4
45. Aanvallen van angst of paniek	0	1	2	3 4
46. Snel ruzie krijgen	0	1	2	3 4
47. Je nerveus voelen als je alleen en verlaten bent	0	1	2	3 4
48. Het gevoel dat anderen je prestaties niet voldoende onderkennen	0	1	2	3 4
49. Je zo rusteloos voelen dat je niet stil kan blijven zitten	0	1	2	3 4
50. Het gevoel dat je niets waard bent	0	1	2	3 4
51. Het gevoel dat anderen misbruik van je maken als je niet oppast	0	1	2	3 4
52. Je schuldig voelen	0	1	2	3 4
53. De gedachte dat je psychisch wat mankeert	0	1	2	3 4

Heeft u geen vragen overgeslagen?

Hartelijk dank voor uw medewerking.

Verwijder de binnenzijde (vanuit de hoek &%) alvorens op deze zijde te schrijven.

Schaal n items max.	SOM 7	COG 6	INT 4	DEP 6	ANG 6	HOS 5	FOB 5	PAR 5	PSY 5	11..52 4	TOT 53	AAS	EAS
Som itemscores ¹											2		
n items beantwoord ¹											53		
Ruwe schaalscore ⁵												3	4
Normen ² : 2011: Ambulante zorg: man / vrouw; T-score: allen / naar geslacht 2011: Bevolking: man / vrouw; autochtoon / allochtoon; 18-29 jaar / 30+ jaar; T-score: allen / naar geslacht 2009: Ambulante zorg (Patiënten) en Bevolking: man / vrouw 2006: Ambulante zorg (Patiënten) en Bevolking													
Normscore Amb. zorg													
Normscore Bevolking													

- ¹ Sommeer de 'Som itemscores' respectievelijk 'n items beantwoord' ingevuld op pagina 2 en 3.
² Tel de rij met 'Som itemscores' op. (Er mogen maximaal 3 items onbeantwoord zijn. Corrigeer voor een ontbrekend item door bij de optelling van de Som itemscores de Ruwe schaalscore van de schaal van het ontbrekende item op te tellen. Zie hoofdstuk 8 van de handleiding 2011).
³ Vul hier het aantal items in waarop 1 of hoger is gescoord (maximaal 53; correctie voor onbeantwoorde items: het aantal items met een score 1 of hoger vermenigvuldigen met (53 gedeeld door het aantal beantwoorde items)).
⁴ Deel de gesommeerde itemscores (TOT²) door de AAS-score³.
⁵ Deel per schaal de Som itemscores door het bijbehorende aantal beantwoorde items (zie hoofdstuk 8 van de handleiding BSI 2011).
⁶ Omcirkel de gekozen normen en de kenmerken die op de normgroepen van toepassing zijn.

Indien er eerder een BSI is afgenomen: datum:

Schaal	SOM	COG	INT	DEP	ANG	HOS	FOB	PAR	PSY	11..52	TOT	AAS	EAS
Ruwe schaalscore													
Normen: gebruik voor de vergelijking de kenmerken van de normgroepen als hierboven aangegeven.													
Normscore Amb. zorg													
Normscore Bevolking													

Trek de Ruwe schaalscore behaald bij de laatste afname af van die behaald bij de eerdere afname (exclusief item 11, 25, 39 en 52).

Schaal	SOM	COG	INT	DEP	ANG	HOS	FOB	PAR	PSY	TOT	AAS	EAS
Verschil												
RC-waarde												
CO-waarde												

Bepaal met behulp van de eventueel hierboven in te vullen RC-waarden en CO-waarden van de normen 2011, 2009, of 2006 of het scoreverschil klinisch relevant is. (Interpretatie: zie hoofdstuk 6 van de handleiding 2011).

Noteer hieronder tot welke verandercategorie de schalen en de indicatoren behoren (zie Tabel 6.1 van de handleiding 2011):

Herstel:
 Terugval:
 Verbetering:
 Verslechtering:
 Geen verandering:

Betekenis normscore

- 1 Zeer laag (0 - 5%)
- 2 Laag (5 - 20%)
- 3 Beneden gemiddeld (20 - 40%)
- 4 Gemiddeld (40 - 60%)
- 5 Boven gemiddeld (60 - 80%)
- 6 Hoog (80 - 95%)
- 7 Zeer hoog (95 - 100%)

DE UTRECHTSE COPING LIJST

OMGAAN MET
PROBLEMEN EN
GEBEURTENISSEN

P.J.G. SCHREURS
G. VAN DE WILLIGE

Mensen reageren vaak heel verschillend als zij met problemen of onplezierige gebeurtenissen te maken krijgen. Wat men in een bepaald geval doet hangt sterk af van de aard van het probleem of de gebeurtenis en de ernst ervan. Toch reageert men over het algemeen wat vaker op de ene dan op de andere manier.

Op de volgende pagina's staan een aantal beschrijvingen die aangeven wat men zoal kan denken of doen als er problemen zijn. Wilt u achter iedere zin aangeven hoe vaak u in het algemeen op de beschreven manier reageert. U kunt dit doen door bij iedere zin in één van de hokjes een kruis te zetten. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Wilt u s.v.p. geen zinnen overslaan.

1

	Zelden of nooit	Soms	Vaak	Ze er vaak
1. Je bedenken dat er nog wel ergere dingen kunnen gebeuren	☐	☐	☐	☐
2. Proberen je te ontspannen	☐	☐	☐	☐
3. Je volledig afzonderen van anderen	☐	☐	☐	☐
4. Je erge nis laten blijken	☐	☐	☐	☐
5. De zaken somber inzien	☐	☐	☐	☐
6. Je met andere dingen bezighouden om niet aan een probleem te hoeven denken	☐	☐	☐	☐
7. Laten zien dat je kwaad bent op degene die verantwoordelijk is voor het probleem	☐	☐	☐	☐
8. Toegeven om moeilijke situaties te vermijden	☐	☐	☐	☐
9. Je neerleggen bij de gang van zaken	☐	☐	☐	☐
10. Je zorgen met iemand delen	☐	☐	☐	☐
11. Direct ingrijpen als er moeilijkheden zijn	☐	☐	☐	☐
12. Tegen jezelf zeggen dat het allemaal wel mee zal vallen	☐	☐	☐	☐
13. Problemen als een uitdaging zien	☐	☐	☐	☐
14. Je zorgen tijdelijk verdrijven door er even uit te gaan	☐	☐	☐	☐
15. De kat uit de boom kijken	☐	☐	☐	☐
16. Spanningen proberen te verminderen door bijv. meer te roken, drinken, eten of beweging nemen	☐	☐	☐	☐
17. Afleiding zoeken	☐	☐	☐	☐
18. Een probleem van alle kanten bekijken	☐	☐	☐	☐
19. Moeilijke situaties zoveel mogelijk uit de weg gaan	☐	☐	☐	☐
20. Optimistisch blijven over de toekomst	☐	☐	☐	☐
21. Kalm blijven in moeilijke situaties	☐	☐	☐	☐
22. Verschillende mogelijkheden bedenken om een probleem op te lossen	☐	☐	☐	☐
23. Doelgericht te werk gaan om een probleem op te lossen	☐	☐	☐	☐

1

ACT	PAL	VER	SOC	PAS	EXP	GER
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2

	Zelden of nooit	Soms	Vaak	Ze er vaak
24. Plekeren over het verleden	☐	☐	☐	☐
25. Opgewekt gezelschap zoeken als je je zorgen maakt of van streek bent	☐	☐	☐	☐
26. Proberen je te onttrekken aan een situatie	☐	☐	☐	☐
27. Je spanningen afreageren	☐	☐	☐	☐
28. Wachten op betere tijden	☐	☐	☐	☐
29. Iemand om hulp vragen	☐	☐	☐	☐
30. Rustgevende middelen gebruiken als je je gespannen voelt of nerveus bent	☐	☐	☐	☐
31. Wegvluchten in fantasieën	☐	☐	☐	☐
32. De zaken eerst op een rij zetten	☐	☐	☐	☐
33. Je geheel en al in beslag laten nemen door problemen	☐	☐	☐	☐
34. Aan andere dingen denken die niet met het probleem te maken hebben	☐	☐	☐	☐
35. Op de een of andere manier proberen je wat prettiger te voelen	☐	☐	☐	☐
36. Je bedenken dat anderen het ook wel eens moeilijk hebben	☐	☐	☐	☐
37. Je bedenken dat na regen zonneschijn komt	☐	☐	☐	☐
38. Je gevoelens tonen	☐	☐	☐	☐
39. Troost en begrip zoeken	☐	☐	☐	☐
40. Moelijkheden over je heen laten komen	☐	☐	☐	☐
41. De humoristische kant van problemen zien	☐	☐	☐	☐
42. Laten merken dat je ergens mee zit	☐	☐	☐	☐
43. Met vrienden of familieleden het probleem bespreken	☐	☐	☐	☐
44. De zaak op z'n beloop laten	☐	☐	☐	☐
45. Je niet druk maken: meestal komt alles op z'n pootjes terecht	☐	☐	☐	☐
46. Je niet in staat voelen om iets te doen	☐	☐	☐	☐
47. Jezelf moed inspreken bij moeilijkheden	☐	☐	☐	☐

2

ACT	PAL	VER	SOC	PAS	EXP	GER
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

UCL

Naam: _____

Geslacht: _____

Leeftijd: _____

Schoolopleiding: _____

Beroep (Functie): _____

Datum: _____

Ruwe Score	Vergeleken met normgroep is deze score:				
	zeer laag	laag	gemiddeld	hoog	zeer hoog
ACT:					
PAL:					
VER:					
SOC:					
PAS:					
EXP:					
GER:					

© 1988 Pearson Assessment & Information B.V., Amsterdam
 Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vervaardigd, opgeslagen in
 een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze,
 hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier,
 zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. 1171451.02

Bijlage 5: PTSS klachtenlijst

Vragenlijst PTSS Klachten

In het kader voor een afstudeeronderzoek op Saxion Hogeschool Deventer wordt u gevraagd de onderstaande korte vragenlijst in te vullen. Het onderzoek gaat over wat voor invloed het standaard hulpverleningstraject heeft op de klachten en copingstijlen bij de cliënten van Kadera. Aan de hand van deze vragenlijst ontstaat er een beter beeld over de ervaren PTSS klachten van cliënten en of er een verband is met de ervaren klachten en het capaciteitsniveau.

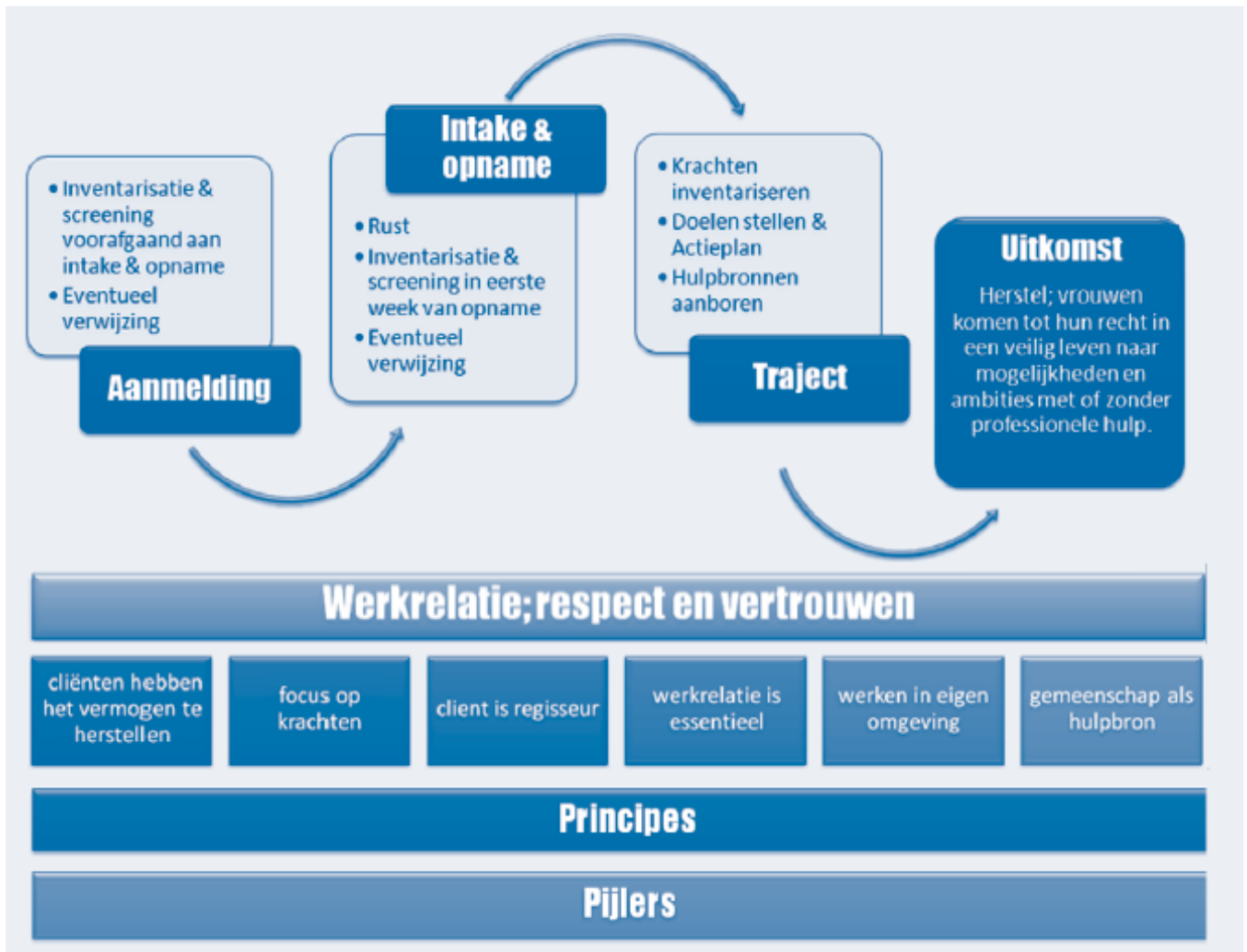
Introductie

Hieronder staan een aantal uitspraken die van toepassing kunnen zijn wanneer u iets ergs heeft meegemaakt. Wilt u het hokje aankruisen dat aangeeft in hoeverre u de **afgelopen maand** last had van de uitspraak.

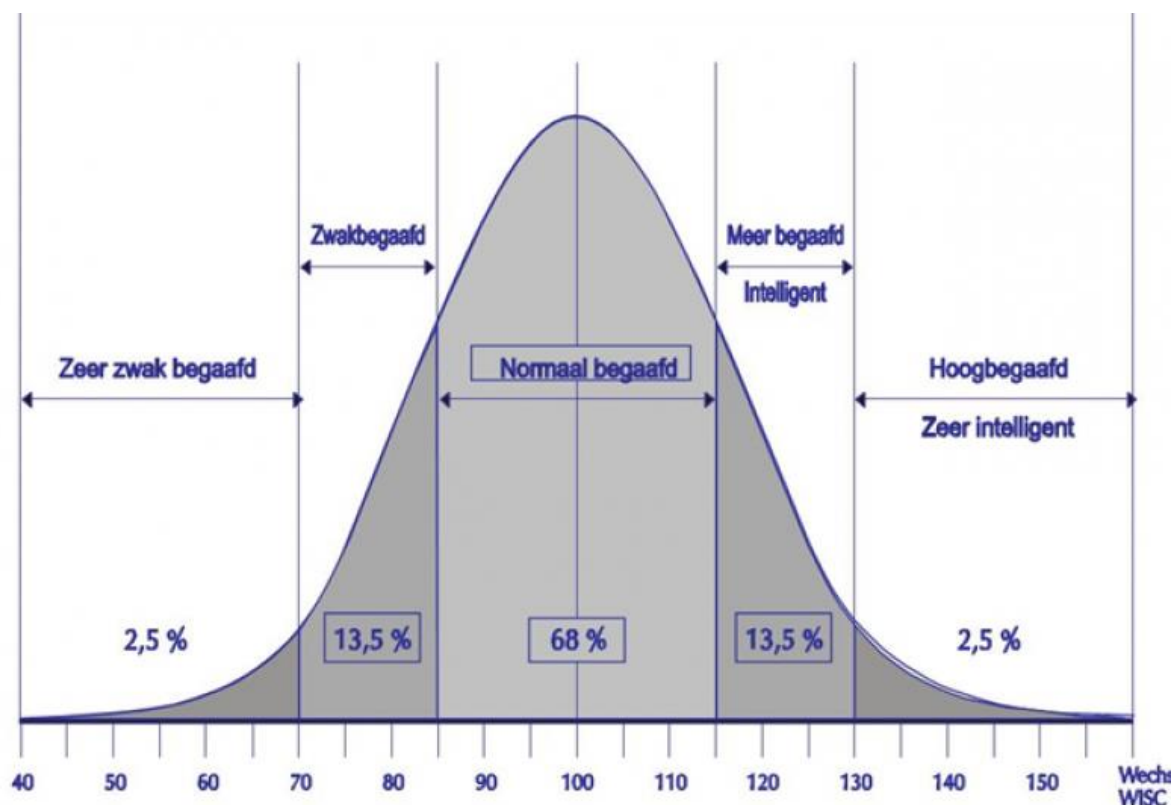
Hoeveel last had u de afgelopen maand van:	0 Helemaal geen	1 Een beetje	2 nogal	3 Tamelijk veel	4 Heel veel
1. Herhaalde en indringende beangstigende herinneringen aan de gebeurtenis.					
2. Terugkerende beangstigende dromen over de gebeurtenis					
3. Gedachten of gevoelens die verbonden zijn met het trauma proberen te vermijden					
4. Pogingen om activiteiten (bijvoorbeeld; mensen, plaatsen, gesprekken, objecten, situaties) te vermijden die herinneringen aan het trauma kunnen oproepen					
5. Prikkelbaarheid, woede-uitbarstingen of agressief reageren					
6. Moeite om de aandacht vast te houden of moeite om te concentreren					
7. Minder belangstelling in activiteiten of andere mensen					
8. Het gevoel alsof je in een waas leeft, verdoofd bent, niet echt aanwezig bent.					

Bedankt voor het invullen!

Bijlage 6: Fasen hulpverleningstraject



Bijlage 7: Normaalverdeling & classificatie IQ-scores



IQ-indeling	IQ-ondergrens	Percentage	Labeling/classificatie
> 130	130.5	2.1	Zeer begaafd
121 - 130	120.5	6.4	Begaafd
111 - 120	110.5	15.7	Boven gemiddeld
90 - 110	89.5	51.6	Gemiddeld
80 - 89	79.5	15.7	Beneden gemiddeld
70 - 79	69.5	6.4	Laag begaafd / moeilijk lerend

IQ-indeling	Bovengrens	Indeling Gregory (2000)	Labeling, classificatie
50 - 69	69.5	50/55 - 70/75	Licht zwakzinnig/lichte verstandelijke beperking
35 - 49	49.5	35/40 - 50/55	Matig zwakzinnig/matige verstandelijke beperking
20-34	34.5	20/25 - 35/40	Ernstig zwakzinnig/ernstige verstandelijke beperking
< 20	19.5	Onder 20/25	Diep zwakzinnig/diepe verstandelijke beperking

Bijlage 8: Verdeling resultaten IQ-scores

IQ-score	Aantal keren behaald
59	2
62	1
63	1
65	1
67	2
68	1
71	1
72	2
73	1
74	1
77	2
78	2
81	2
82	1
85	1
89	1
90	2
93	4
96	1
115	1

Bijlage 9: Vijf stellingen

Naam studenten en studentnummer: Roxan Smeenck, 323676
Henrieke Koelewijn, 353147

Onderwerp scriptie: De invloed van de hulpverlening van Kadera op het verloop van de klachten en copingstrategieën.
& Het verband tussen BSI klachten, PTSS klachten, copingstrategieën en het IQ.

Stelling 1: Er moet een geprotocolleerd plan ontwikkelt worden voor de afname tijdstippen van de screenings, zowel bij binnenkomst als bij vertrek.

Stelling 2: Om de effectiviteit van copingstrategieën te bepalen moeten de UCL normen worden aangepast op gebeurtenissen, variërend in aard en ernst.

Stelling 3: Omdat de UCL geen duidelijk beeld geeft over de effectiviteit van de uitslag zou deze test niet meer ingezet mogen worden.

Stelling 4: Er moet een geprotocolleerd behandelplan worden ontwikkeld voor cliënten met een licht verstandelijke beperking.

Stelling 5: Aan de hand van een IQ-test mag de classificatie van licht verstandelijk beperkt niet worden toegeschreven, omdat vervolgonderzoek naar aanpassing en problemen in leefgebieden noodzakelijk zijn.