

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online) tijdschriften van Boom uitgevers zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Auteursrecht ten aanzien van tekst- en datamining en machinelearning is nadrukkelijk voorbehouden.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl).

No part of this article may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher. No part of this publication may be reproduced in the context of text and data mining for any other purpose which is not expressly permitted by law without permission of the publisher.

Het beloop van psychische klachten en herstel tijdens deelname aan gestructureerd lotgenotencontact voor slachtoffers van huiselijk geweld

MARIEKE TOLLENAAR, ELINE IJZERMAN, CHRISTEL DINGERDIS
 & HAMEEDA LAKHO

Samenvatting

In dit onderzoek werd de samenhang van gestructureerd lotgenotencontact, begeleid door professionele ervaringsdeskundigen, met psychisch herstel bij slachtoffers van huiselijk geweld en/of kindermishandeling onderzocht. Hier- toe werden bij 37 vrouwen die deelnamen aan een lotgenotencursus voor slachtoffers van huiselijk geweld aan de start en het einde van de cursus vra- genlijsten afgenomen om psychische klachten (angst, depressie en posttrau- matische stress) en mechanismen die een mogelijke rol spelen bij herstel (po- sitieve factoren: hoop, veerkracht en zelfredzaamheid; negatieve factoren: eenzaamheid en experiëntiële vermijding) te onderzoeken. De herstelmecha- nismen hingen vóór en na de cursus in de verwachte richtingen samen met de psychische klachten. Verder bleek dat alle psychische klachten significant af- namen over de tijd, en dat hoop en psychologische veerkracht significant toe- namen over de tijd. Uit deze studie komen eerste, voorzichtige aanwijzingen naar voren dat gestructureerd lotgenotencontact een positieve impact kan hebben op psychisch herstel. Er was geen controlegroep aanwezig in de hui- dige studie, dus vervolgonderzoek met een controlegroep zal verder moeten uit- wijzen in welke mate de positieve veranderingen in psychisch herstel zijn toe te wijzen aan het volgen van de lotgenotencursus.

Trefwoorden: huiselijk geweld, kindermishandeling, lotgenotencontact, erva- ringsdeskundigheid, psychische problematiek, veerkracht

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Gedurende het volgen van een lotgenotencursus voor slachtoffers van huiselijk geweld en/of kindermishandeling was er een afname te zien in psychische klachten, waaronder lagere niveaus van posttraumatische-stress-, angst- en depressieklachten, met tegelijkertijd een toename in hoop en psychische veerkracht.
- ▶ Verder onderzoek met een controlegroep zal moeten uitwijzen in hoeverre de verbeteringen in mentale gezondheid gedurende de lotgenotencursus toe te wijzen zijn aan de cursus.
- ▶ Het versterken van hoop en veerkracht lijkt een belangrijk mechanisme van lotgenotencontact om psychisch herstel van huiselijk geweld te bevorderen, mogelijk ook als additionele hulp naast psychotherapeutische behandeling.

INLEIDING

.....

Huiselijk geweld is wereldwijd een groot probleem, met zowel korte- als langetermijneffecten. In Nederland zijn er jaarlijks meer dan een miljoen slachtoffers van huiselijk geweld (Boom & Wittebrood, 2019; Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020), onder wie een groot percentage vrouwen en jongeren (Alink et al., 2019; Nederlands Jeugdinstituut, 2023). Het gaat daarbij zowel om fysiek, psychisch en seksueel geweld als om structurele intimidatie. Slachtoffers van kindermishandeling maken op latere leeftijd ook vaker (interpersoonlijk) geweld mee (Li et al., 2019) en hebben een grotere kans om hun eigen kinderen te mishandelen, een verschijnsel dat bekendstaat als 'intergenerationele overdracht' (Assink et al., 2018).

Gevolgen van huiselijk geweld lopen uiteen van fysiek letsel tot psychische problematiek, waaronder een verhoogd risico op angst- en depressieklachten (Herzog & Schmahl, 2018; Shen & Kusunoki, 2019). Het meemaken van huiselijk geweld kan tevens een traumatische ervaring zijn en leiden tot posttraumatische-stressklachten of -stoornis (PTSS), gekenmerkt door onder andere angst, herbelevingen, nachtmerries en het vermijden van herinneringen aan de gebeurtenis (American Psychiatric Association, 2014). Het meemaken van huiselijk geweld, vooral in de kindertijd, wordt ook wel gezien als een transdiagnostische risicofactor, met een verhoogd risico op bijna alle psychische stoornissen (McLaughlin et al., 2020; Spencer et al., 2022). Daarnaast kunnen subklinisch verhoogde niveaus van angst en depressie aanwezig zijn, alsook problemen op het gebied van emotieregulatie, laag zelfvertrouwen en interpersoonlijke moeilijkheden (Young & Widom, 2014). Ook is er vaker sprake van sociale isolatie en eenzaamheid (Kunst et al., 2010). Hoewel niet ieder slachtoffer van huiselijk geweld psychische problemen ontwikkelt, en onderzoek naar veerkracht en de processen die daar een rol bij spelen van belang is, is het meemaken van huiselijk geweld een

risicofactor voor psychische problemen. Zowel het tegengaan van huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen, als het tijdig aanpakken van de (psychische) gevolgen ervan zijn dus van groot belang.

Vanwege schaamte, angst of machtsverhoudingen en bedreigingen binnen het gezin blijft huiselijk geweld vaak lang verborgen (Heron & Eisma, 2021). De drempel om hulp te zoeken kan dan ook hoog zijn. In sommige gevallen is er jaren niet over het geweld gesproken, en kunnen angst voor onbegrip en ongeloof de drempel steeds verder verhogen. Laagdrempelige psychosociale hulp, waarbij slachtoffers de stap leren zetten om te spreken over hun verleden en dat te delen met anderen, kan een belangrijke stap zijn naar erkenning en herstel of in de zoektocht naar hulpverlening. Lotgenotencontact kan mogelijk in die behoefte voorzien (Hulplijn, 2023). Gezien de zeer hoge druk in de geestelijke gezondheidszorg (Nederlandse Zorgautoriteit, 2022) kan lotgenotencontact mogelijk ook een rol spelen als additionele vorm van psychosociale hulp voor slachtoffers van huiselijk geweld en kindermishandeling (GGZTotaal, 2021).

Over de *mate* waarin lotgenotencontact een rol kan spelen in het psychische herstel van slachtoffers van huiselijk geweld is echter nog weinig bekend. In het huidige onderzoek richten we ons dan ook op de mogelijke rol van lotgenotencontact in psychisch herstel bij slachtoffers van huiselijk geweld.

Lotgenotencontact

Lotgenotencontact wordt omschreven als het (al dan niet georganiseerd) onderling contact tussen mensen met een vergelijkbare ervaring, ziektebeeld of beperking, hun familieleden of partners (Distelbrink et al., 2008). Hoofddoel is uitwisseling van ervaringskennis en het bieden van emotionele steun. In tegenstelling tot professionele psychische hulp is er geen specifiek behandel- of hulpverlenersdoel (Helder, 2020). In lotgenotencontact is er sprake van onderling begrip door herkenning en erkenning. Door validatie en gezamenlijke reflectie kunnen nieuwe kennis en attitudes worden opgedaan die helpen omgaan met de ziekte of situatie en het beter accepteren ervan, en die kunnen leiden tot beter zelfmanagement (Smit et al., 2023; van de Ven et al., 2023). Distelbrink en collega's (2008) suggereren dat lotgenotencontact op die wijze kan bijdragen aan een beter zelfgevoel, ondersteuning en zelfredzaamheid, en daarmee ook een preventieve werking kan hebben op de (geestelijke) gezondheidszorg.

Waar lotgenotencontact zich in het verleden vooral op fysieke aandoeningen en ziekten richtte, wordt lotgenotencontact in Nederland ook steeds vaker aangeboden voor psychische problematiek (Stichting MIND, 2023). Ook is er steeds meer aandacht voor lotgenotencontact voor slachtoffers van huiselijk geweld (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023) en voor mensen met mishandelervaringen uit de kindertijd (Academie voor

Herstel en Ervaringsdeskundigheid, 2023; Hulplijn, 2023). Lotgenotencontact kan online plaatsvinden, maar wordt ook fysiek mogelijk gemaakt bij onder andere Blijf Groep (Oranje Huizen), Moviera, Academie voor Herstel en Ervaringsdeskundigheid, en Stichting Voor Ons.

Meta-analytisch onderzoek op het gebied van lotgenotencontact voor kankerpatiënten laat zien dat er over het algemeen positieve uitkomsten worden gevonden op het gebied van emotionele gezondheid (Campbell et al., 2004; Hoey et al., 2008). Echter, deze effecten waren niet altijd even sterk; verder laten een aantal meta-analyses naar lotgenotencontact specifiek voor psychische problematiek ook gemengde bevindingen zien op psychosociale uitkomsten als zelfredzaamheid en hoop; ten slotte is de impact op psychische klachten en kwaliteit van leven nog onduidelijk (Lloyd-Evans et al., 2014; Lyons et al., 2021; Smit et al., 2023). Daarbij concluderen al deze studies echter ook dat er nog weinig methodologisch sterke studies zijn op dit gebied. Zo zijn studies naar lotgenotencontact vaak gebaseerd op zelfrapportage na afloop van het contact, is er geen voormeting of follow-up, zijn de interventies vaak niet gestructureerd en vergelijkbaar, zijn de groepen klein en is er geen controlegroep.

In Nederland zijn recent een aantal kwalitatieve onderzoeken naar lotgenotencontact binnen de ggz uitgevoerd (GGZTotaal, 2021), ook specifiek bij slachtoffers van traumatische ervaringen (van de Ven, 2022). GGZTotaal beschrijft daarbij een toename in kwaliteit van leven, minder verzuim en een korter zorgproces voor alle typen lotgenotencontact. Zij pleiten dan ook voor meer aandacht voor lotgenotencontact. Binnen Nederland is er echter nog weinig empirisch onderzoek gedaan en is er vrijwel niets bekend over de impact van lotgenotencontact na huiselijk geweld.

Studies naar de impact van lotgenotencontact zijn vaak lastig uit te voeren, omdat lotgenotencontact op allerlei manieren kan plaatsvinden (bijvoorbeeld live of online, eenmalig of meermaals, een-op-een of in groepsverband), het vaak op eigen initiatief start en op verschillende momenten in verschillende samenstellingen plaatsvindt. Een beginmeting (voorafgaand aan de start van het contact) is daardoor vaak moeilijk te bewerkstelligen en individuele trajecten vergelijken is lastig. Om een goede effectiviteitsstudie te kunnen doen is een gestructureerd aanbod van belang, teneinde individuele verschillen in aanbod zo klein mogelijk te houden. In de huidige studie onderzoeken we hiertoe het beloop van psychische klachten en van mechanismen van herstel in het kader van gestructureerd lotgenotencontact voor slachtoffers van huiselijk geweld dat wordt begeleid door ervaringsdeskundigen.

Voor het begeleiden van lotgenotencontact worden vaak ervaringsdeskundigen ingezet. Ervaringsdeskundigen hebben de ziekte of gebeurtenis zelf ervaren. Daarnaast hebben zij hun ervaringen doorleefd en daarin een mate van herstel ervaren, en hebben zij kennis van ervaringen van anderen (collectieve kennis), aangevuld met kennis over de aandoening en/of

gebeurtenis (Helder, 2020). Rondom ervaringsdeskundigheid zijn kwaliteitsstandaarden voor de ggz ontwikkeld (GGZ Standaarden, 2022), een beroepscompetentieprofiel door het Trimbos-instituut (van Bakel et al., 2013) en een handreiking voor de inzet van ervaringsdeskundigheid door het Verwey-Jonker Instituut (Bulsink & de Wildt, 2023). De kerntaken omvatten het bieden van veiligheid en vertrouwen, en het ondersteunen van herstelprocessen, zorgprocessen, destigmatisering en inclusie. Het lijkt daarbij van belang dat ervaringsdeskundigen een bepaalde mate van training ontvangen (Delisle et al., 2016). Ook binnen de zorg voor slachtoffers van huiselijk geweld worden steeds vaker ervaringsdeskundigen ingezet, waarvoor de handreiking *Samen deskundig* is samengesteld (Movisie, 2021b). Een recent onderzoek laat zien dat de inzet van ervaringsdeskundigheid binnen het bredere zorgdomein kan zorgen voor een lager gebruik van reguliere zorg en meer zelfredzaamheid (Movisie, 2021a). Ervaringsdeskundigheid binnen de ggz wordt ook ondersteund door de Nederlandse overheid (ministerie van VWS, 2018; ZonMw, 2023).

De huidige studie onderzoekt een gestructureerde cursus lotgenotencontact onder de namen Doorbreek het Zwijgen en Herstelgroep, die is ontwikkeld door een professionele ervaringsdeskundige (Hameeda Lakho), specifiek voor slachtoffers van huiselijk geweld en kindermishandeling. Het doel van de huidige studie is om de mogelijke impact van lotgenotencontact in meer kwantitatieve vorm te evalueren via het gebruik van vragenlijsten aan de start en het eind van de lotgenotencursus. Daarbij wordt gekeken naar het beloop van psychische klachten tijdens de cursus (PTSS-, depressie- en angstklachten) en naar mogelijke achterliggende herstelmechanismen die daarin een rol zouden kunnen spelen.

Mechanismen van herstel

Distelbrink en collega's (2008) beschrijven de mogelijk werkzame mechanismen van lotgenotencontact, maar geven aan dat hier nog relatief weinig onderzoek naar is gedaan. Zij benoemen sociale vergelijking als mogelijk werkzaam bestanddeel, waardoor ervaringen genormaliseerd kunnen worden. Daarnaast kan stress worden verlaagd door sociale steun. Ook kan het adviseren aan en kennis delen met anderen een goed zelfgevoel geven. Ten slotte beschrijven zij dat inzicht, emotionele bevestiging en opkomen voor elkaar een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het versterken van hoop en veerkracht. Binnen de huidige studie zullen een aantal mogelijke mechanismen van herstel worden onderzocht waar het lotgenotencontact aan bij zou kunnen dragen, zoals hoop, psychologische veerkracht en zelfredzaamheid. Ook zullen twee mechanismen worden onderzocht die juist samenhangen met psychische klachten, namelijk eenzaamheid en experiëntiële vermijding, en in welke mate deze mogelijk afnemen tijdens het lotgenotencontact.

Hoop wordt gezien als een belangrijk onderdeel van de werkzaamheid van lotgenotencontact (Sullivan, 2018). Hoop is tevens van belang voor het herstel van traumatische ervaringen (Gilman et al., 2012). Door te horen hoe anderen omgaan met hun ervaringen en hun herstel, te leren vooruitkijken en doelen te stellen, kunnen zelfvertrouwen en hoop op een positieve toekomst worden verhoogd. We verwachten dan ook dat lotgenotencontact samenhangt met een toename in hoop.

Hoop kan tegelijkertijd ook leiden tot een hogere mate van psychologische veerkracht, ook wel *resilience* genoemd, die samenhangt met minder psychologische klachten (Anderson & Bang, 2012). Veerkracht kan worden gezien als een persoonskenmerk dat iemand in staat stelt om stressvolle of potentieel traumatische ervaringen te doorstaan zonder daar psychisch onder te lijden. Recent komt echter steeds meer naar voren dat veerkracht een proces is dat ontwikkeld kan worden (Kalisch et al., 2017), hoewel er nog weinig bekend is over de rol van lotgenotencontact in de ontwikkeling van veerkracht.

Een ander doel van lotgenotencontact is het vergroten van zelfredzaamheid, oftewel *empowerment* (van Gestel-Timmermans et al., 2012). Het op durven komen voor jezelf, ook binnen de hulpverlening, kan leiden tot beter zelfmanagement (Pulvirenti et al., 2014). Lotgenotencontact zou via die weg ook de druk op de ggz kunnen verlagen. We zullen hier dan ook onderzoeken of zelfredzaamheid toeneemt gedurende het volgen van de lotgenotencursus.

Twee factoren die daarentegen sterk samenhangen met psychische klachten zijn eenzaamheid (Kunst et al., 2010; Wang et al., 2018) en experiëntiële vermijding (Kashdan et al., 2006). We willen dan ook onderzoeken of het tegengaan van eenzaamheid via contact met lotgenoten samenhangt met een gunstig verloop van psychisch herstel. Het delen van negatieve ervaringen met anderen en het mogen ervaren van emoties daarbij kan daarnaast leiden tot meer acceptatie en normalisatie van negatieve gevoelens en gedachten. Dit zou het vermijden van negatieve innerlijke ervaringen (dat wil zeggen: experiëntiële vermijding) tegen kunnen gaan. Experiëntiële vermijding is onderdeel zowel van PTSS-problematiek als van angst en depressie, en we verwachten dan ook een daling in experiëntiële vermijding bij afname van de psychische klachten.

Doel van de studie

Samengevat is het doel van deze studie het kwantitatief onderzoeken van het beloop van psychische klachten (angst-, depressie- en PTSS-klachten) en mechanismen van herstel (hoop, psychologische veerkracht, zelfredzaamheid, eenzaamheid en experiëntiële vermijding) tijdens een gestructureerde lotgenotencursus voor slachtoffers van huiselijk geweld en kindermishandeling. Om het beloop van deze factoren tijdens de cursus te onderzoeken

vulden de deelnemers aan de start en aan het eind van de cursus een reeks (online) vragenlijsten in. We verwachten dat de psychische klachten afnemen over de tijd en dat dit enerzijds samenhangt met een toename in hoop, veerkracht en zelfredzaamheid, en anderzijds met een afname in eenzaamheid en experiëntiële vermijding.

METHODE

De studie betreft een quasi-experimenteel onderzoek met een voor-na-metingdesign. Het onderzoek is ontwikkeld en opgezet door onderzoekers van de Universiteit Leiden Marieke Tollenaar en Eline IJzerman, en uitgevoerd in samenwerking met de Blijf Groep onder leiding van Christel Dingerdis en cursusbegeleider Hameeda Lakho. Lakho en de Blijf Groep hadden geen rol in het verwerken en beschrijven van de data en de resultaten.

Deelnemers

Voor het onderzoek zijn alle deelnemers van negen lotgenotencursussen, georganiseerd door Hameeda Lakho in 2021 en 2022, geïnformeerd over de studie en gevraagd om deel te nemen (94 cursisten). In totaal hebben 37 cursisten (39%) toestemming gegeven om online ($n = 25$) of op papier ($n = 12$) deel te nemen aan het onderzoek en deze zijn gestart aan de voormeting. Op papier hebben twee deelnemers de vragenlijsten in het Engels ingevuld en de overige deelnemers grotendeels met behulp van een tolk. Van de 37 deelnemers aan de voormeting hebben er 27 (73%) ook deelgenomen aan de nameting, waarvan 19 online en 8 op papier.

Procedure

De cursussen vonden plaats in vier Oranje Huislocaties van Blijf Groep. Ook deelnemers aan een van de online cursussen voor slachtoffers van kindermishandeling en huiselijk geweld werden uitgenodigd. Aan de geïncludeerde cursussen namen alleen vrouwen deel. Deelnemers ontvingen tijdens de eerste of tweede bijeenkomst van de cursus (afhankelijk van praktische planning en contact met de groep) een informatiebrief over het onderzoek, met een toestemmingsformulier en de vraag om bij toestemming binnen een week de vragenlijst in te vullen. Zij kregen de keuze uit deelname op papier of online deelname. Bij deelname op papier vulden zij schriftelijk het toestemmingsformulier en de vragenlijsten in. Bij online deelname gaven zij toestemming om hun e-mailadres te delen met de onderzoeker in Leiden, die hen vervolgens benaderde met een online link naar een vragenlijst op het Qualtrics-platform. Daar gaven zij toestemming tot deelname. Tijdens de laatste twee sessies werd deelnemers gevraagd en eraan herinnerd om

aan de eindmeting deel te nemen. De online deelnemers ontvingen tevens twee herinnerings-e-mails als zij de nameting nog niet hadden ingevuld. De deelnemers op papier konden na afloop van de cursus niet meer bereikt worden voor herinneringen in verband met privacy. Aan het eind van het onderzoek ontvingen de deelnemers een korte debriefing en een vergoeding voor deelname van 10 euro. Deelname kostte gemiddeld 30-40 minuten per meting. De voormeting werd het vaakst ingevuld tussen de derde en de vierde sessie, en de nameting na de laatste (tiende) sessie. Het onderzoeksprotocol is goedgekeurd door de Commissie Ethiek van het Instituut Psychologie van de Universiteit Leiden.

Lotgenotencursus

De lotgenotencursus Doorbreek het Zwijgen of Herstelgroep bestaat uit 10 gestructureerde wekelijkse sessies van 2-2,5 uur. Per cursus is plaats voor 8 tot 12 personen. Elke sessie heeft een vaste structuur. Het doel van de cursus is 'het (h)erkennen van de gevolgen van huiselijk geweld en kindermishandeling en het bieden van handvatten, nieuwe inzichten en empowerment ter bevordering van de levenskwaliteit'. In de cursus worden theoretische onderdelen afgewisseld met keuzesessies door middel van het inbrengen van gezamenlijke thema's, zoals 'overlevingsstrategieën', 'omgaan met familie', 'angst voor herhaling' en 'onzekerheid'. Ook vindt er psycho-educatie plaats over de (langetermijn)gevolgen van kindermishandeling en huiselijk geweld, worden er oefeningen uitgevoerd en huiswerkopdrachten gemaakt. De cursus is door de jaren heen ontwikkeld door Hameeda Lakho op basis van eigen ervaringsdeskundigheid, in nauw contact met slachtoffers van huiselijk geweld. Er is een cursusmap aanwezig met het programma en informatie voor de deelnemers (cursusmap *Doorbreek het zwijgen*: Lakho, 2020).

Vragenlijsten

De vragenlijsten konden in het Nederlands of in het Engels worden ingevuld; zo nodig werden tolken ingeschakeld (onder meer Arabisch en Russisch), die ook aanwezig waren tijdens de cursus. De vragenlijsten over psychische klachten en mechanismen van herstel werden zowel bij de voor- als name-ting uitgevraagd. Trauma-ervaringen in het algemeen werden uitgevraagd tijdens de voormeting en ervaringen met kindermishandeling tijdens de nameting. Verder werden in de voormeting vragen gesteld over gender, leeftijd, etnische achtergrond, het aantal jaren genoten onderwijs en spreken van de Nederlandse taal. Ook werd het gebruik van professionele psychologische hulp tijdens de cursus uitgevraagd, alsmede het aantal sessies van de cursus die op het moment van invullen van de voor- en nameting al gevolgd waren. Tevens werd bij de beginmeting een open vraag gesteld naar persoonlijke doelen en bij de eindmeting naar ervaringen met de cursus.

Posttraumatische stress — De Posttraumatische-stressstoornis Checklist voor de DSM-5 (PCL-5; Boeschoten et al., 2018; Weathers, Litz et al., 2013) is een zelfrapportagevragenlijst met 20 items die symptomen van PTSS meet volgens de DSM-5 in de afgelopen maand. Antwoorden worden gegeven op een likertschaal van 0 ('helemaal niet') tot 4 ('extreem veel') en opgeteld tot een totaalscore. De totaalscore is een indicatie van de ernst van PTSS-klachten. Voor deze studie werd deelnemers gevraagd om tijdens het invullen van de PCL-5 de meest ingrijpende gebeurtenis die ze hebben meegemaakt in gedachten te houden. De Cronbachs alfa van de PCL-5 op de voormeting was 0,92 en op de nameting 0,94.

Angst en depressie — De Patient Health Questionnaire Anxiety and Depression Scale (PHQ-ADS; Kroenke et al., 2016) is een combinatie van de (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001; Pfizer, z.d.) en de General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) (Pfizer, z.d.; Spitzer et al., 2006). Deze vragenlijst werd gebruikt om angst- en depressieve klachten te meten. In deze vragenlijst worden de negen DSM-criteria van depressie en zeven symptomen van gegeneraliseerde angststoornis gedurende de afgelopen 2 weken uitgevraagd. De 16 items worden gescoord op een likertschaal van 0 ('helemaal geen last') tot 3 ('bijna elke dag') en opgeteld tot een totaalscore. De totaalscore is een indicatie van de ernst van angst- en depressieklachten. De Cronbachs alfa van de PHQ-ADS op de voormeting was 0,91 en op de nameting 0,93.

Hoop — De mate van hoop is gemeten met de vragenlijst State Hope Scale (SHS; Baneke, 2001; Snyder et al., 1996). Deze vragenlijst bestaat uit acht items op een likertschaal van 0 ('absoluut mee eens') tot 8 ('absoluut niet mee eens'). Binnen de lijst zijn er twee schalen van vier items genaamd *agency* en *pathway*. Voor de huidige studie zijn de twee schalen opgeteld tot een totaalscore voor hoop. De Cronbachs alfa van de SHS op de voormeting was 0,87 en op de nameting 0,92.

Eenzaamheid — Eenzaamheid is gemeten met de zes-itemvragenlijst van de Jong-Gierveld (Gierveld & van Tilburg, 2006). Met deze vragenlijst wordt zowel zowel emotionele als sociale eenzaamheid gemeten. De zes items zijn stellingen waarop geantwoord kan worden met 'ja!', 'ja', 'min of meer', 'nee', of 'nee!', welke antwoorden vervolgens omgescoord worden naar een score van 0 of 1. Dit gebeurt door de antwoorden 'ja!' en 'ja', respectievelijk de antwoorden 'nee!' en 'nee' gelijk te beoordelen. Het antwoord 'min of meer' wordt als ja of nee gescoord afhankelijk van de positieve of negatieve richting van de stelling. Op basis daarvan wordt een 0 of 1 toegewezen aan het antwoord. Deze zes scores worden opgeteld tot een totaalscore die de mate van eenzaamheid aangeeft. De Cronbachs alfa van de de Jong-Gierveld-lijst op de voormeting was 0,84 en op de nameting 0,87.

Experiëntiële vermijding — De Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II; Bond et al., 2011; Jacobs et al., 2008) is een vragenlijst die experiëntiële vermijding meet versus psychologische flexibiliteit. In deze studie maakten we gebruik van de versie met zeven items, gescoord op een likertschaal van 1 ('nooit waar') tot 7 ('altijd waar'), welke antwoorden opgeteld worden tot een totaalscore die de mate van experiëntiële vermijding aangeeft. De Cronbachs alfa van de AAQ-II op de voormeting was 0,90 en op de nameting 0,88.

Veerkracht — Psychologische veerkracht werd gemeten met de Resilience Evaluation Scale (RES; van der Meer et al., 2018). Deze vragenlijst bestaat uit negen items die gescoord worden op een likertschaal van 0 ('helemaal niet mee eens') tot 4 ('helemaal mee eens'). Een totaalscore wordt berekend door alle itemscores op te tellen, waarbij hogere scores een grotere mate van veerkracht aangeven. De Cronbachs alfa van de RES op de voormeting was 0,81 en op de nameting 0,87.

Zelfredzaamheid — Zelfredzaamheid werd gemeten met een aangepaste versie van de Empowermentvragenlijst, ontwikkeld door het Trimbos-instituut (Boevink et al., 2017) voor gebruik door cliënten in de geestelijke gezondheidszorg. De vragenlijst bestaat uit zes dimensies, waarvan de eerste vijf in dit onderzoek zijn meegenomen: professionele hulp, sociale steun, eigen wijsheid (waarvan een item over patiëntrol is weggelaten), erbij horen, en zelfmanagement. De zesde schaal, over betrokken leefgemeenschap, past niet bij de doelgroep van het lotgenotencontact. Daarnaast zijn de items die gaan over hulpverleners en hulpverlening aangepast aan de ervaringsdeskundigen die de groep en het lotgenotencontact begeleiden. Er is een score per dimensie berekend door de items op te tellen en vervolgens zijn de dimensies gemiddeld tot een totaalscore. Voor deze studie zijn 33 uitspraken meegenomen, die worden gescoord op een likertschaal van 1 ('sterk mee oneens') tot 5 ('sterk mee eens'). De Cronbachs alfa van de totaalscore van de Empowermentvragenlijst op de voormeting was 0,96 en op de nameting 0,98.

Trauma — Tijdens de voormeting is de Life Events Checklist voor de DSM-5 (LEC-5; Boeschoten et al., 2014; Weathers, Blake et al., 2013) uitgevraagd om het aantal en type (A1) trauma's dat de deelnemers tijdens hun leven hebben ervaren te bepalen. De LEC-5 vraagt naar 17 gebeurtenissen, waarbij kan worden aangegeven of de gebeurtenis is meegemaakt en op welke manier. Voor dit onderzoek werd deze lijst beschrijvend gebruikt.

Kindermishandeling — Tijdens de nameting is tevens de Jeugd Trauma Vragenlijst (JTV; Bernstein et al., 2003; Thombs et al., 2009) uitgevraagd om mishandeling en verwaarlozing in de kindertijd te meten. De JTV bevat 28 items, die gescoord worden op een likertschaal van 1 ('nooit waar') tot 5 ('zeer vaak waar'). In de items wordt gevraagd naar het meemaken van ervaringen

op het gebied van mishandeling en verwaarlozing gedurende de kinder- en tienerjaren. De JTV bevat vijf schalen: psychische mishandeling, fysieke mishandeling, psychische verwaarlozing, fysieke verwaarlozing en seksueel misbruik. Elke schaal bevat vijf items; daarnaast zijn er drie minimalisatie-items. Eén item in de Nederlandse versie is verwijderd vanwege problemen met de vertaling van het woord ‘molesteren’. Voor de huidige studie telden we de overgebleven 24 items van de 5 schalen op tot een totaalscore voor het meemaken van kindermishandeling. De Cronbachs alfa van de JTV was 0,95.

Analyse

Ten eerste werd beschrijvende statistiek op de volledige onderzoeksgroep uitgevoerd, waarna degenen die beide metingen hadden ingevuld werden vergeleken met hen die alleen de voormeting hadden ingevuld. De data werden vervolgens geanalyseerd op een *intent-to-treat*-basis, waarbij alle voor- en nametingen werden meegenomen middels een lineaire *mixed model* (multilevel) benadering, welke ook geschikt is voor relatief kleine steekproeven (Muhammad, 2023; Muth et al., 2016). Sessie (voor- en nameting) werd geïncordeerd in het model als een herhaalde factor op level 1, genest binnen de deelnemers (level 2). Omdat de deelnemers deel uitmaakten van een groep die elkaar kan beïnvloeden, werd gecontroleerd of cursusgroep een impact had op de uitkomsten en zo nodig als factor in het model geïncordeerd. De intercept van het model werd random ingesteld om variatie tussen personen toe te staan. Tijd werd onderzocht als *fixed factor* in het model om veranderingen over de tijd te toetsen. Eerst werd met twee modellen onderzocht of de PTSS-, en angst- en depressieklachten afnamen. Daarna werd nagegaan of de vijf mechanismen over de tijd veranderden, en wel door ze elk als afhankelijke variabele in een model te onderzoeken. Vervolgens werden de herstelmechanismen toegevoegd als level-1-predictoren (variërend over de tijd heen) aan de modellen voor PTSS-, en angst- en depressieklachten om te onderzoeken in hoeverre de mechanismen samenhangen met deze psychische klachten over de tijd heen. Om te controleren of de effecten van deze mechanismen over de tijd heen verschilden, werd ook de interactie van de mechanismen met tijd bekeken. Data werden geanalyseerd in SPSS versie 27 met een alfa van 0,05. Om te controleren voor het aantal toetsen en de kans op type-1-fouten te reduceren, werd een Bonferroni-correctie toegepast op de analyses van de twee uitkomstmaten (alfa 0,025) en bij de analyses voor de vijf mechanismen van herstel (alfa 0,01).

RESULTATEN

In tabel 1 is de demografische informatie beschreven van alle deelnemers die met het onderzoek zijn gestart (N = 37). De 10 personen die niet aan de na-

meting hebben deelgenomen (de drop-outs) verschilden niet van de rest van de groep (de completers; $n = 27$) wat betreft demografische variabelen (alle p 's $> 0,32$). Ook verschilden zij op de voormeting niet wat betreft psychische klachten en de meeste mechanismen (p 's $> 0,36$). De drop-outs ervaarden enkel minder hoop ($M_{\text{drop-outs}} = 32,3$, $SD = 11,5$, versus $M_{\text{completers}} = 42,3$, $SD = 11,0$, $F(1,33) = 4,91$, $p = 0,034$). De ontbrekende data blijken ook at random (Little's MCAR-test: Chi-Square (74) = 71,41, $p = 0,56$).

TABEL 1 *Demografische informatie van de gehele onderzoeksgroep (N = 37, tenzij anders aangegeven)*

	M	SD	Min - Max	Aantal (%)
Leeftijd	39,7	9,6	25-61	
Aantal jaar gevolgd onderwijs	13,2	5,5	0-24	
Land van herkomst				
<i>Nederland</i>				20 (54%)
<i>Elders uit Europa</i>				4 (11%)
<i>Niet-Europees</i>				13 (35%)
Aantal jaar Nederlandse taal (van <i>non-native speakers</i> , $n = 18$)	9,9	14,1	0-41	
Woont met eigen kinderen				22 (59%)
Eerdere professionele hulp				22 (59%)
Professionele hulp tijdens cursus ^a				10 (37%)
Aantal meegemaakte A1-events (ingevulde lijst, $n = 36$)	5,3	2,5	1-11	
Jeugdtrauma ^a (JTV, $n = 26$)	56,8	24,0	24-111	

Noot. A1-event = traumatische gebeurtenis volgens de DSM-5 (zelf meegemaakt en/of getuige geweest); M = gemiddelde; JTV = Jeugd Trauma Vragenlijst; SD = standaarddeviatie; ^a uitgevraagd tijdens de nameting.

Aan de start van het onderzoek werd gevraagd naar de reden voor deelname en de doelen van de deelnemers. Een aantal voorbeelden daarvan zijn te vinden in tabel 2. Er werd door 22 van de 37 deelnemers (59%) bij de voormeting aangegeven eerder hulp te hebben ontvangen voor psychische klachten. Na afloop gaven 10 van de 27 deelnemers (37%) aan tijdens de lotgenotencursus ook andere psychosociale hulp te hebben ontvangen, waaronder traumabehandeling, zoals EMDR, wat als covariaat in de analyses zal worden meegenomen. Verder gaven 20 deelnemers (74%) aan dat zij eerder gestarte thera-

pie zullen doorzetten of op zoek willen gaan naar verdere psychische hulp. Ten slotte gaven 24 deelnemers (89%) aan dat deze lotgenotencursus iets anders biedt dan reguliere professionele hulp. Daarbij werden als belangrijkste factoren genoemd 'voelen niet de enige te zijn', 'er wordt zonder oordeel geluisterd' en 'echt begrepen worden'. Het delen van eigen ervaringen was daardoor makkelijker. Daarnaast was er herkenning, hielp het horen van andere verhalen om te relativeren en werd er steun ervaren.

TABEL 2 *Voorbeelden van redenen voor deelname aan de lotgenotencursus en persoonlijke doelen van de deelnemers aan het onderzoek*

Reden voor deelname

- ▶ Om te ervaren dat je niet de enige bent die dit heeft ervaren.
- ▶ Het een plekje kunnen geven samen en alleen.
- ▶ Elkaar helpen door ervaringen te delen.
- ▶ Contact opzoeken met mensen!
- ▶ Verwerking van gewelddadige relatie, leven weer op de rit krijgen.
- ▶ Dat je begrepen wordt als je je verhaal vertelt.
- ▶ Het helpt mij meer inzichten te krijgen in mezelf.
- ▶ Want ik wil meer zelfvertrouwen krijgen.

Persoonlijke doelen

- ▶ Ik wil zelfstandig zijn en sterker worden dan ik nu ben.
- ▶ Loslaten van negatieve gevoelens of i.i.g. manier vinden om hier goed mee om te gaan.
- ▶ Minder alleen voelen in de geschiedenis van een slechte jeugd, inzicht in/begrip van langdurige effecten en hoe ermee om te gaan.
- ▶ Verwerken van het gebeuren.
- ▶ Oefenen met praten over wat mij is overkomen.
- ▶ M'n gevoel te kunnen uiten, erover kunnen praten.
- ▶ Ik hoop te kunnen accepteren wat is gebeurd en hoop uiteindelijk mijn klachten te kunnen reguleren met uiteindelijk doel leren ontspannen. Daarna hoop ik te worden wie ik wil zijn (levensenergie).

In tabel 3 zijn beschrijvende statistieken te vinden van de vragenlijsten op de voor- en nameting. Wanneer een vragenlijst ontbrak, werd deze paarsgewijs uit de analyse verwijderd. Van drie personen ontbraken specifiek de PHQ-9-vragen op de voor- of nameting, welke werden geïmputeerd met het groepsgemiddelde voor die variabele, om wel hun PHQ-ADS te kunnen includeren in de analyse. Op de zelfredzaamheidsschaal was er op de nameting één extreem lage uitbijter. Ter controle zijn de relevante analyses herhaald zonder deze uitbijter. PTSS-, en angst- en depressieklachten correleerden op zowel de voormeting ($r = 0,85$, $p < 0,001$) als nameting ($r = 0,74$, $p = 0,001$) sterk met elkaar. De herstelmechanismen relateerden in de verwachte richtingen met elkaar op de voor- en nametingen, met positieve correlaties tus-

sen hoop, veerkracht en zelfredzaamheid (r 's > 0,25), en tussen eenzaamheid en experiëntiële vermijding (r 's > 0,48). Daarnaast waren er negatieve correlaties tussen enerzijds hoop, veerkracht en zelfredzaamheid, en anderzijds eenzaamheid en experiëntiële vermijding (r 's < -0,25).

TABEL 3 Beschrijvende statistieken van de onderzoeksvariabelen op de voor- en nameting

	Voormeting				Nameting			
	M	SD	Min-Max	n	M	SD	Min-Max	n
Psychische klachten								
PTSS (PCL-5)	40,6	15,8	8-75	35	30,1*	16,7	3-67	27
Angst en depressie (PHQ-ADS)	24,2	10,1	6-43	37	14,8**	7,8	2-35	27
Mechanismen								
Hoop (SHS)	39,9	11,8	16-61	35	49,5*	10,6	28-63	26
Veerkracht (RES)	19,7	6,1	6-32	37	25,5**	5,5	17-36	27
Zelfredzaamheid (Trimbos)	128,8	20,0	69-163	34	129,8 ^a	25,0	33-163	26
Eenzaamheid (DJG)	3,7	2,2	0-6	35	2,8	2,4	0-6	26
Experiëntiële vermijding (AAQ-II)	28,3	9,0	7-46	34	23,8	9,1	8-41	26

Noot. AAQ = Acceptance and Action Questionnaire; DJG = de Jong-Gierveld; M = gemiddelde; PCL-5 = PTSS Checklist voor de DSM-5; PHQ-ADS = Patient Health Questionnaire – Anxiety and Depression Scale; PTSS = posttraumatische-stressstoornis; RES = Resilience Evaluation Scale; SD = standaarddeviatie; SHS = State Hope Scale; ^a zonder de uitbijter is het gemiddelde op de zelfredzaamheidsschaal na afloop: 133,7 (SD = 15,7); * significante verandering over de tijd heen met $p < 0,01$; ** significante verandering over de tijd heen met $p < 0,001$.

Veranderingen over tijd

Om te onderzoeken of er verandering optrad in de psychische klachten over de tijd heen, werd er voor de PTSS-klachten (1) en angst- en depressieklachten (2) eerst een basis mixed model met herhaalde metingen opgesteld, met de psychische klachten als afhankelijke variabele en een random intercept, genest binnen individuen. Om te controleren of de cursusgroep van invloed was, werden dummievariabelen die de groepen representeerden als fixed factors in het model onderzocht. De groepen verschilden niet van elkaar op

PTSS-, of angst- en depressieklachten (alle p 's $> 0,25$). Cursusgroep werd daarom verder niet als variabele in de modellen geïncorporeerd. Vervolgens werd sessie (start versus eind) toegevoegd als fixed factor aan het model.

De analyses lieten zien dat de PTSS-klachten significant afnamen over tijd ($b = -9,91$, $SE = 3,01$, $t(30,7) = -3,29$, $p = 0,003$). De angst- en depressieklachten namen ook significant af over tijd ($b = -9,13$, $SE = 1,80$, $t(28,3) = -5,08$, $p < 0,001$). Als de deelnemers naast het volgen van de cursus elders hulp voor psychische problematiek ontvingen, bleken hun psychische klachten gemiddeld lager te zijn ($b = -11,73$, $SE = 4,77$, $t(40,8) = -2,46$, $p = 0,018$ en $b = -6,78$, $SE = 2,50$, $t(43,1) = -2,71$, $p = 0,010$, voor respectievelijk PTSS- en angst- en depressieklachten), maar op een gelijke manier af te nemen over de tijd heen (interacties ontvangen hulp en tijd zijn niet significant: $b = 5,62$, $SE = 4,88$, $t(25) = -1,15$, $p = 0,26$ en $b = -4,72$, $SE = 2,75$, $t(25) = 1,71$, $p = 0,098$, voor respectievelijk PTSS- en angst- en depressieklachten).

Om te onderzoeken of er verandering was in de herstelmechanismen over de tijd heen, werden vijf aparte modellen onderzocht met respectievelijk de mechanismen hoop, psychologische veerkracht, eenzaamheid, experiëntiële vermijding en zelfredzaamheid als afhankelijke variabelen, en tijd als fixed factor. Er was een significante toename te zien in veerkracht ($b = 5,76$, $SE = 1,29$, $t(30,9) = 4,49$, $p < 0,001$) en hoop ($b = 8,45$, $SE = 2,31$, $t(27,2) = 3,66$, $p = 0,001$). De toename in zelfredzaamheid was niet significant ($b = -0,092$, $SE = 3,48$, $t(26,4) = -0,026$, $p = 0,979$), ook niet na verwijderen van de uitbijter op deze schaal ($b = 2,65$, $SE = 2,27$, $t(23,9) = 1,17$, $p = 0,254$). Er was daarnaast een afname te zien in eenzaamheid ($b = -0,87$, $SE = 0,39$, $t(27,9) = -2,22$, $p = 0,035$) en experiëntiële vermijding ($b = -4,26$, $SE = 1,64$, $t(27,8) = -2,603$, $p = 0,015$), maar deze beide afnamen waren niet significant na Bonferronicorrectie. Kortom, er was een significante afname in psychische klachten, en een significante toename in veerkracht en hoop te zien van begin tot eind van de cursus (zie tabel 3).

Samenhang tussen herstelmechanismen en psychische klachten

Vervolgens werd onderzocht in welke mate de mechanismen samenhangen met de psychische klachten over de tijd heen. In de mixed models met de psychische klachten als afhankelijke variabelen en tijd als predictor werden de vijf mechanismen individueel toegevoegd. Als individuele predictor waren na Bonferronicorrectie alle mechanismen significant geassocieerd met de psychische klachten over de tijd heen (zie tabel 4, model 1-5). Daarbij was zelfredzaamheid alleen significant gerelateerd aan PTSS-klachten na Bonferronicorrectie als de uitbijter op die schaal werd verwijderd ($b = -0,40$, $SE = 0,11$, $t(51) = -3,54$, $p < 0,001$). Met alle mechanismen tegelijk in één model bleek enkel experiëntiële vermijding nog een individuele significante predictor te zijn van angst- en depressieklachten ($b = 0,38$, $SE = 0,14$, $t(38,8) = 2,70$, $p = 0,010$) en was geen van de individuele predictoren nog significant voor PTSS-klachten (p 's $> 0,06$). Dit geeft aan dat de mechanismen variantie

delen in het voorspellen van de psychische klachten. Om te onderzoeken of de samenhang met de mechanismen verschilde op sessie 1 en 2, werden de interacties van de mechanismen met tijd toegevoegd aan de modellen. Geen van de interacties was significant, dus de associaties van de mechanismen met de psychische klachten op sessie 1 en 2 waren gelijk (alle p 's > 0,11).

TABEL 4 *Voorspellende waarde van de vijf mechanismen voor PTSS-, en angst- en depressieklachten*

		PTSS				Angst en depressie			
		95% BI				95% BI			
		b	onder	boven	p	b	onder	boven	p
Model 0	Intercept	40,6	35,1	46,0	< 0,001	24,2	21,1	27,2	< 0,001
	Tijd	-9,91	-16,1	-3,76	0,003	-9,13	-12,8	-5,45	< 0,001
Model 1	Intercept	69,9	57,7	82,0	< 0,001	40,8	33,7	47,9	< 0,001
	Tijd	-1,68	-7,89	4,52	0,59	-4,36	-8,43	-0,29	0,036
	Veerkracht	-1,47	-2,04	-0,90	< 0,001	-0,84	-1,18	-0,51	< 0,001
Model 2	Intercept	72,7	60,4	85,0	< 0,001	42,6	35,0	50,3	< 0,001
	Tijd	-4,18	-9,65	1,28	0,129	-5,46	-9,15	-1,77	0,005
	Hoop	-0,805	-1,09	-0,526	< 0,001	-0,458	-0,64	-0,28	< 0,001
Model 3	Intercept	61,3	36,0	86,6	< 0,001	43,1	28,7	57,5	< 0,001
	Tijd	-10,8	-17,2	-4,30	0,002	-9,30	-13,5	-5,13	< 0,001
	Zelfredzaamheid ^a	-0,16	-0,35	0,030	0,097	-0,17	-0,26	-0,037	0,010
Model 4	Intercept	26,4	19,1	33,6	< 0,001	17,3	12,7	21,9	< 0,001
	Tijd	-7,62	-13,3	-1,91	0,010	-7,80	-11,7	-3,88	< 0,001
	Eenzaamheid	3,86	2,30	5,42	< 0,001	1,91	0,92	2,89	< 0,001
Model 5	Intercept	10,15	-1,51	21,8	0,087	5,16	-1,31	11,6	0,116
	Tijd	-6,11	-11,3	-0,91	0,023	-6,43	-10,3	-2,53	0,002
	Experiëntiële vermijding	1,07	0,69	1,45	< 0,001	0,68	0,46	0,89	< 0,001

Noot. BI = betrouwbaarheidsinterval, PTSS = posttraumatische-stressstoornis, SE = *standard error* (standaardfout). ^a Zonder de uitbijter op deze schaal is het effect van zelfredzaamheidsschaal op PTSS-klachten wel significant na Bonferroni-correctie ($b = -0,40$, $SE = 0,119$, $t(51,0) = -3,541$, $p < 0,001$).

DISCUSSIE

323

.....

In deze studie onderzochten we het beloop van psychische klachten en de rol van herstelmechanismen hierin tijdens een gestructureerde lotgenoten-cursus voor slachtoffers van kindermishandeling en huiselijk geweld onder leiding van ervaringsdeskundigen. De psychische klachten en herstelmechanismen werden aan het begin en eind van de cursus via vragenlijsten gemeten. De deelnemers lieten gemiddeld sterk verhoogde PTSS-, en angst- en depressieklachten zien aan de start van de cursus. In overeenstemming met onze verwachting namen deze psychische klachten over de tijd heen significant af. Alle vijf individuele herstelmechanismen hingen significant samen met de psychische klachten over de tijd heen, waarbij enerzijds meer hoop, veerkracht en zelfredzaamheid samenhangen met minder angst-, depressie- en PTSS-klachten, en anderzijds meer eenzaamheid en experiëntiële vermijding samenhangen met meer angst-, depressie- en PTSS-klachten. Van begin tot eind van de cursus namen hoop en psychologische veerkracht significant toe, maar niet zelfredzaamheid. Eenzaamheid en experiëntiële vermijding namen na correctie voor het aantal toetsen niet significant af.

Deze resultaten geven een eerste indicatie dat gestructureerd lotgenotencontact na ervaringen van huiselijk geweld, kindermishandeling inbegrepen, mogelijk een positief effect kan hebben op de psychische gezondheid en veerkracht kan versterken. Omdat deze studie geen controlegroep bevatte, is echter niet direct vast te stellen of deze veranderingen over de tijd heen toe te wijzen zijn aan de lotgenotencursus. De bevindingen moeten dus met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. De positieve resultaten zijn wel in lijn met eerdere kwalitatieve onderzoeken in Nederland naar lotgenotencontact binnen de ggz en na slachtofferervaringen (GGZTotaal, 2021; van de Ven, 2022), en met een vergelijkbare studie door Tutty en collega's (1993) naar vrouwen die het slachtoffer zijn geworden van huiselijk geweld. Het integreren van lotgenotencontact en ervaringsdeskundigheid in het huidige stelsel van hulpverlening krijgt steeds meer aandacht. Deze resultaten dragen bij aan de maatschappelijke discussie dat lotgenotencontact, begeleid door ervaringsdeskundigen, een belangrijke toevoeging kan zijn aan de psychosociale hulpverlening voor personen met psychische klachten na huiselijk geweld. Verder onderzoek hiernaar is dan ook van belang.

Mechanismen van herstel

.....

Hoop en veerkracht namen significant toe tijdens de cursus en hingen negatief samen met de psychische klachten, wat aangeeft dat het versterken van hoop en weerbaarheid een mogelijk belangrijk werkingsmechanisme van lotgenotencontact is. Dit is in lijn met eerder onderzoek waarin met name hoop wordt gezien als een belangrijk onderdeel van de werkzaamheid van

lotgenotencontact (Sullivan, 2018). Daarnaast is hoop ook van belang gebleken voor het herstel van traumatische ervaringen (Gilman et al., 2012). Door te horen hoe anderen omgaan met hun ervaringen en herstel, en door actief doelen te stellen kan hoop op een positieve toekomst worden verhoogd. Dit hangt mogelijk ook samen met de toename in psychologische veerkracht, die in eerder onderzoek ook van invloed is gebleken op afname in psychologische klachten (Anderson & Bang, 2012). Het concept veerkracht is naar ons weten niet eerder onderzocht in het kader van lotgenotencontact, maar deze resultaten passen bij de literatuur die veerkracht ziet als een factor die versterkt kan worden en een rol speelt in de ontwikkeling van stress-gerelateerde stoornissen (Kalisch et al., 2017).

Op basis van de literatuur (Movisie, 2021a; van Gestel-Timmermans et al., 2012) hadden we verwacht dat zelfredzaamheid ('empowerment') ook zou toenemen gedurende de cursus, maar we vonden hier geen bewijs voor. Wel hing een sterkere mate van zelfredzaamheid samen met minder psychische klachten. Binnen deze studie is een aangepaste versie van de vragenlijst van het Trimbos-instituut gebruikt om zelfredzaamheid te meten, die normaliter binnen de ggz wordt ingezet. De aangepaste en ingekorte versie bleek wel intern betrouwbaar, maar lijkt niet de veranderingen in zelfredzaamheid te meten die we hadden verwacht. Daarentegen blijkt dat een groot deel van de deelnemers na afloop aangeeft verdere stappen te willen zetten om hun ervaringen te verwerken. Dit geeft aan dat de cursus mogelijk wel helpt in het zelfmanagement van de deelnemers wat betreft hun psychische gezondheid.

Hoewel experiëntiële vermijding niet significant bleek te zijn afgenomen na de cursus, hing die wel sterk samen met de psychische klachten. Met name voor PTSS-klachten was dit te verwachten, omdat experiëntiële vermijding een onderdeel is van de diagnostische criteria voor PTSS. Dit mechanisme kan dan ook niet als een geheel onafhankelijk construct gezien worden van PTSS. Echter, ook voor andere psychische problematiek is experiëntiële vermijding een transdiagnostische risicofactor (Kashdan et al., 2006) en kan daarom relevant zijn om als mechanisme van lotgenotencontact te onderzoeken. Gezien het belang ervan bij de instandhouding van psychische klachten zou onderzocht kunnen worden hoe dit aspect nog verder in de lotgenoten-cursus verwerkt kan worden. Het kan echter ook focus zijn van (verdere) verwerking van de (traumatische) ervaringen binnen de reguliere ggz. Een van de standaardbehandelingen voor angst- en PTSS-klachten binnen de ggz is exposuretherapie (GGZ Standaarden, 2020), waarbij het herbeleven van ervaringen en alle bijbehorende emoties van belang is. Een voordeel van lotgenotencontact daarbij kan zijn dat het stimuleert om ervaringen en emoties te verwoorden, en bovendien kan helpen om een hogere mate van hoop op herstel te ervaren tijdens behandeling. Vervolgonderzoek zal moeten uitwijzen wat de specifieke toegevoegde waarde is van lotgenotencontact aan psychotherapeutische behandelingen.

Hoewel een van de doelen van lotgenotencontact het bieden van sociale steun is, en sociale steun van belang is in het tegengaan van eenzaamheid (Zhang & Dong, 2022), bleek eenzaamheid niet significant af te nemen. Het belang van sociale steun na het ervaren van huiselijk geweld dat in eerder onderzoek is aangetoond (Bjørlykhaug et al., 2022; Fritz et al., 2018) betreft mogelijk een meer langdurige mate van steun in de nabije omgeving, bijvoorbeeld door familie. Daarnaast spelen ook andere factoren een rol in eenzaamheid, zoals zelfvertrouwen, sociale angst en extraversie (Chai et al., 2019; Mahon et al., 2006), die mogelijk minder werden beïnvloed door de lotgenotencursus. Verder is het mogelijk dat er cultuur- en taalbarrières aanwezig waren binnen de cursusgroepen die onderling sociaal contact bemoeilijkten. Ook het volgen van een online cursus maakt onderling contact lastiger. Binnen de cursus zou hier mogelijk meer aandacht aan besteed kunnen worden, alsmede aan het uitbreiden van het eigen netwerk om sociale steun te bevorderen.

Veranderingen over tijd

Dit onderzoek omvatte een voor- en nameting van een actieve conditie (de cursus), maar er was geen controlegroep aanwezig. Dit betekent dat de veranderingen over de tijd ook aan andere factoren te wijten kunnen zijn dan aan de cursus, bijvoorbeeld aan steun en hulp binnen de opvanglocatie waar een groot deel van de deelnemers verbleef (bijvoorbeeld via de Oranje Huis-methodiek; Lünemann et al., 2021), aan psychotherapeutische hulp of aan een natuurlijk beloop van de klachten. Hoewel we een groot deel van deze alternatieve verklaringen niet uit kunnen sluiten, vonden we wel dat er na statistische controle voor professionele hulp nog steeds een daling was in psychische klachten over de tijd heen en dat de daling voor de groepen met en zonder additionele hulp gelijk was. We hadden echter weinig informatie over het type hulp dat werd ontvangen.

Met de huidige opzet van het onderzoek kunnen we enkel een lichte indicatie voor de effectiviteit van de cursus geven (volgens de richtlijnen van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2018). Het includeren van een controlegroep die geen interventie, *treatment as usual* of een placebo-interventie ontvangt zou een sterkere bewijskracht voor effectiviteit kunnen geven. Ook een wachtlijstperiode voorafgaand aan de start van het lotgenotencontact zou meer zicht op kunnen geven op het natuurlijk beloop van de klachten over de tijd heen. Daarnaast was er een redelijk hoge drop-out tijdens het onderzoek (27%), waardoor er een kans is op een bias in de onderzoeksbevindingen. Mogelijk zijn deelnemers met wie het na afloop minder goed ging niet bereid geweest om de vragenlijst nogmaals in te vullen, wat tot een overschatting van de uitkomsten kan hebben geleid. Uit de analyses bleek in elk geval op de voormeting weinig verschil te zijn tussen degenen die het onderzoek wel en niet hebben afgerond. Ook hebben we een intent-to-treat-analyse gebruikt, waarbij alle data mee worden genomen in het onderzoek, ook die van de uitvallers.

Sterktes en beperkingen van het onderzoek

In dit onderzoek hebben we een uitgebreide voor- en nameting met gevalideerde vragenlijsten kunnen includeren bij een gestructureerd aanbod van lotgenotencontact. Studies naar lotgenotencontact in Nederland zijn vaak gebaseerd op zelfrapportage na afloop en missen daarbij een voormeting. Ook zijn er vaak problemen in de vergelijkbaarheid van het aanbod van lotgenotencontact tussen personen. Het toevoegen van een onderzoeksdesign met voor- en nameting is een stap vooruit ten opzichte van eerder onderzoek. Echter, de voormeting vond in de meeste gevallen pas na de derde sessie plaats, omdat er in de eerste paar sessies van de cursus veel aandacht wordt besteed aan kennismaking, creëren van veiligheid en durven praten over het meegemaakte geweld. Dit kan voor een onderschatting van de effecten hebben geleid, omdat deelnemers tegen die tijd al een aantal sessies lotgenotencontact hadden ervaren. Daarentegen hebben niet alle deelnemers aan de lotgenotencursus deelgenomen aan het onderzoek (de respons voor deelname was 39%) en is het mogelijk dat degenen die wel deelnamen gemotiveerder waren voor verandering.

De studie betreft verder een relatief kleine onderzoeksgroep, terwijl we meerdere afhankelijke variabelen hebben onderzocht. Enerzijds kan een kleine steekproef ertoe leiden dat er niet genoeg power is om effecten te vinden die er wel zijn (type-2-fout), maar anderzijds kunnen er in dit specifieke sample ook effecten gevonden zijn die niet voor de gehele populatie gelden (type-1-fout). Om valspositieven te voorkomen, hebben we gebruikgemaakt van Bonferronicorrecties in de analyses, maar ook daardoor is de power wellicht te laag geweest om sommige effecten aan te tonen (bijvoorbeeld een significante daling in eenzaamheid en experiëntiële vermijding).

Niet onverwacht waren er ook drop-outs in het onderzoek. Dit is een kwetsbare groep, voor wie deelname aan onderzoek een extra belasting vormt. De specifieke redenen voor drop-out uit het onderzoek zijn niet gemeten en moeten in vervolgonderzoek beter worden uitgezocht. Een groot deel hing echter samen met het niet volledig afronden van de lotgenotencursus in verband met verhuizing en persoonlijke omstandigheden, en in een enkel geval was de deelnemer er nog niet aan toe. Wat betreft een langere follow-up was er het probleem van privacy. Omdat de deelnemers in verband met huiselijk geweld grotendeels verbleven in een vrouwenopvang, was het voor hen belangrijk dat er zo min mogelijk persoonlijke informatie uitgevraagd en bewaard bleef. Hierdoor is het moeilijker om deelnemers te bereiken voor een follow-up. Zoals eerder besproken was er ook geen controlegroep in deze studie, maar geven de bevindingen wel aanleiding om vervolgonderzoek op te zetten middels een gerandomiseerd gecontroleerde studie (RCT).

Een sterk punt van deze studie is verder dat er tolken aanwezig waren bij de cursus, die ook bereid waren om te helpen bij de uitvoering van het onderzoek. Hierdoor hebben we een zo realistisch mogelijke steekproef kunnen onderzoeken van de populatie die deelneemt aan de lotgenotencursus. Niettemin kan het gebruik van een tolk bij Nederlandse vragenlijsten ook leiden tot interpretatieverschillen of eventuele vertalingsproblemen. De deelnemers aan het onderzoek waren uitsluitend vrouwen. Er hebben in het verleden ook mannen aan de cursus deelgenomen, maar omdat de huidige studie met name in vrouwenopvanglocaties plaatsvond, zijn er alleen vrouwen onderzocht. Het is van belang te onderzoeken of de cursus voor mannen een vergelijkbare impact heeft.

Ten slotte hebben we de vragenlijsten alleen aan de start en het eind afgenomen en niet tussen de cursus door. Hierdoor hebben we niet kunnen onderzoeken of de veranderingen in de herstelmechanismen, zoals hoop en veerkracht, veranderden voordat de psychische klachten afnamen. We weten hierdoor niet wat oorzaak en gevolg is. De afname in psychische klachten zou ook kunnen leiden tot een toename in hoop en veerkracht. Hiervoor zijn meer metingen nodig, maar dat leidt tegelijkertijd tot een grotere belasting van de deelnemers. Korte, wekelijkse meetmomenten zouden hiervoor een oplossing kunnen bieden.

Vervolgonderzoek

Het onderzoeken van gestructureerd lotgenotencontact, zoals de cursus in de huidige studie, kan meer inzicht geven in het belang van lotgenotencontact voor de psychische gezondheid, maar ook voor bijvoorbeeld zorggebruik. Inhoudelijk zou verder bekeken kunnen worden welke componenten van lotgenotencontact en met name die van de onderzochte cursus het meeste van belang zijn, bijvoorbeeld door sessies onderling te vergelijken. Het is ook belangrijk om te onderzoeken of deze cursus even effectief is indien hij op verschillende locaties en door verschillende ervaringsdeskundigen wordt uitgevoerd. Ten slotte geeft deze studie ook aanleiding om lotgenotencontact voor andere typen (psychische) problematiek meer gestructureerd te onderzoeken en na te gaan wat de specifieke toegevoegde waarde is van lotgenotencontact aan bestaande psychosociale en psychotherapeutische interventies bij slachtoffers van huiselijk geweld.

Klinische implicaties

Dit onderzoek geeft eerste, voorzichtige aanwijzingen dat gestructureerd lotgenotencontact onder leiding van ervaringsdeskundigen voor slachtoffers van huiselijk geweld en kindermishandeling mogelijk een positieve impact heeft op psychisch welzijn en veerkracht. Met name een toename in hoop en veerkracht lijkt een rol te spelen bij het lotgenotencontact, wat

mogelijk ook van belang kan zijn ter ondersteuning van psychotherapeutische (trauma)behandelingen. Op basis van de studieopzet – zonder controlegroep – kunnen we enkel lichte aanwijzingen voor effectiviteit vaststellen, wat aanleiding geeft voor verder onderzoek naar de inzet van de cursus onder slachtoffers van huiselijk geweld en kindermishandeling. Dit onderzoek benadrukt ook het belang van meer onderzoek naar het betrekken van lotgenoten en ervaringsdeskundigen bij het proces van herstel van slachtoffers van huiselijk geweld. Een relevante vervolgstap is het onderzoeken van de mogelijke integratie van lotgenotencontact in de bredere aanpak van huiselijk geweld en de gevolgen daarvan, waarbij het verhogen van de weerbaarheid van de betrokkenen een belangrijke rol kan spelen.

Marieke Tollenaar en **Eline IJzerman** zijn verbonden aan het Instituut Psychologie Leiden, Universiteit Leiden.

Christel Dingerdis is werkzaam bij Blijf Groep.

Hameeda Lakho is verbonden aan de Academie voor Herstel en Ervaringsdeskundigheid.

Correspondentieadres: Marieke S. Tollenaar, Universiteit Leiden, Afdeling Klinische Psychologie, Instituut Psychologie Leiden, Postbus 9555, 2300 RB, Leiden. E-mail: m.s.tollenaar@fsw.leidenuniv.nl

Summary *The course of psychological complaints and recovery during structured peer support for victims of domestic violence*

In this study we examined the relationship between structured peer support, supervised by professional experience experts, and psychological recovery in victims of family violence and/or childhood abuse. To this end, 37 women who participated in a peer support group program for victims of family violence filled in questionnaires at the start and end of the program to assess psychological complaints (post-traumatic stress, anxiety, and depression), as well as mechanisms that may play a role in recovery (positive factors: hope, resilience, and empowerment; negative factors: loneliness and experiential avoidance). Mechanisms of recovery were found to be associated with the psychological complaints in the expected directions before and after the program. Furthermore, psychological complaints significantly decreased over time while psychological resilience and hope significantly increased over time. This study provides preliminary, cautious indications that structured peer support for victims of family violence may have a positive impact on psychological recovery. Since the current study did not include a control group, future studies should include a control group to examine whether the positive psychological changes over time can be attributed to the peer support program.

Keywords *domestic violence, child abuse, peer support, experience expertise, mental health, resilience*

Referenties

- Academie voor Herstel en Ervaringsdeskundigheid. (2023). *Herstellen na kindermishandeling*. www.herstel-ervaringsdeskundigheid.nl
- Alink, L., Prevoo, M., van Berkel, S., Linting, M., Klein, M., & Fieke Pannebakker, V. (2019). *NPM-2017: Nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen*. Leiden University, Institute of Education and Child Studies/TNO Child Health. <https://hdl.handle.net/1887/135535>
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Uitgeverij Boom.
- Anderson, K. M., & Bang, E. J. (2012). Assessing PTSD and resilience for females who during childhood were exposed to domestic violence. *Child and Family Social Work*, 17. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2011.00772.x>
- Assink, M., Spruit, A., Schuts, M., Lindauer, R., van der Put, C. E., & Stams, G. J. J. M. (2018). The intergenerational transmission of child maltreatment: A three-level meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 84, 131-145. <https://doi.org/10.1016/J.CHIA-BU.2018.07.037>
- Baneke, J. J. (2001). *Vragenlijst voor actuele persoonlijke doelen en ervaringen (Nederlandse vertaling Adult State Hope Scale, Snyder)*.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27, 169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Bjørlykhaug, K. I., Karlsson, B., Hesook, S. K., & Kleppe, L. C. (2022). Social support and recovery from mental health problems: A scoping review. *Nordic Social Work Research*, 12, 666-697. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2020.1868553>
- Boeschoten, M., Bakker, A., Jongedijk, R., & Olff, M. (2014). *Life Events Checklist for DSM-5 – Nederlandstalige versie*. Stichting Centrum '45/Arq Psychotrauma Expert Groep.
- Boeschoten, M. A., van der Aa, N., Bakker, A., ter Heide, F. J. J., Hoofwijk, M. C., Jongedijk, R. A., van Minnen, A., Elzinga, B. M., & Olff, M. (2018). Development and evaluation of the Dutch Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). *European Journal of Psychotraumatology*, 9. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1546085>
- Boevink, W., Kroon, H., Delespaul, P., & van Os, J. (2017). Empowerment according to persons with severe mental illness: Development of the Netherlands Empowerment List and its psychometric properties. *Open Journal of Psychiatry*, 7, 18-30. <https://doi.org/10.4236/ojpsych.2017.71002>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688. <https://doi.org/10.1016/J.BETH.2011.03.007>
- Boom, A., & Wittebrood, K. (2019). *De prevalentie van huiselijk geweld en kindermishandeling in Nederland* (WODC, Cahier 2019-1). WODC.
- Bulsink, D., & de Wildt, R. (2023). *Handreiking ervaringsdeskundigen inzetten*. www.verwey-jonker.nl/wp-content/uploads/2023/03/220440_Handreiking-Ervaringsdeskundigen_inzetten.pdf

- Campbell, H. S., Phaneuf, M. R., & Deane, K. (2004). Cancer peer support programs – do they work? *Patient Education and Counseling*, 55, 3-15. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2003.10.001>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2020). *Prevalentiemonitor Huiselijk Geweld*. <https://longreads.cbs.nl/phgsg-2020>
- Chai, X., Du, H., Li, X., Su, S., & Lin, D. (2019). What really matters for loneliness among left-behind children in rural china: A meta-analytic review. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2019.00774>
- Delisle, V. C., Gumuchian, S. T., Kloda, L. A., Boruff, J., El-Baalbaki, G., Körner, A., Malcarne, V. L., Thombs, B. D., Connolly, K., Dyas, L., Elrod, S., Fortune, C., Gottesman, K., McCusker, A., Richard, M., Riggs, R., Sauve, M., & Stephens, N. (2016). Effect of support group peer facilitator training programmes on peer facilitator and support group member outcomes: A systematic review. *BMJ Open*, 6, 13325. <https://doi.org/10.1136/BMJOP-EN-2016-013325>
- Distelbrink, M., de Grijter, M., Oudenampsen, D., Flikweert, M., & ter Woerds, S. (2008). *Effecten van lotgenotencontact: Onderzoek bij de Vereniging Spierziekten Nederland*. www.verwey-jonker.nl
- Fritz, J., de Graaff, A. M., Caisley, H., van Harmelen, A. L., & Wilkinson, P. O. (2018). A systematic review of amenable resilience factors that moderate and/or mediate the relationship between childhood adversity and mental health in young people. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00230>
- GGZ Standaarden. (2020). *Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen* [Zorgstandaard]. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/
- psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen/introductie
- GGZ Standaarden. (2022). *Ervaringsdeskundigheid* [Zorgstandaard]. www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/ervaringsdeskundigheid/inleiding
- GGZTotaal. (2021). *Maatschappelijke meerwaarde van lotgenotencontact is enorm*. www.ggztotaal.nl/nw-29166-7-3870243/nieuws/maatschappelijke_meerwaarde_van_lotgenotencontact_is_enorm.html?page=0
- Gierveld, J. D. J., & van Tilburg, T. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Research on Aging*, 28. <https://doi.org/10.1177/0164027506289723>
- Gilman, R., Schumm, J. A., & Chard, K. M. (2012). Hope as a change mechanism in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4. <https://doi.org/10.1037/a0024252>
- Helder, A. A. (2020). *Lotgenotencontact en ervaringsdeskundigheid*. <https://helder-advies.nl/wp-content/uploads/2020/04/Lotgenotencontact-en-ervaringsdeskundigheid.pdf>
- Heron, R. L., & Eisma, M. C. (2021). Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the healthcare service: A systematic review of qualitative research. *Health & Social Care in the Community*, 29, 612-630. <https://doi.org/10.1111/HSC.13282>
- Herzog, J. I., & Schmahl, C. (2018). Adverse childhood experiences and the consequences on neurobiological, psychosocial, and somatic conditions across the lifespan. *Front Psychiatry*, 9, 420. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00420>
- Hoey, L. M., Ieropoli, S. C., White, V. M., & Jefford, M. (2008). Systematic review of peer-support programs for people with cancer. *Patient Education*

- and Counseling*, 70, 315-337. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2007.11.016>
- Hulplijn. (2023). *Verbreek de stilte*. www.verbreekdestilte.nl
- Jacobs, N., Kleen, M., de Groot, F., & A-tjak, J. (2008). Het meten van experiëntiële vermijding: De Nederlandstalige versie van de Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II). *Gedragstherapie*, 41, 349-361.
- Kalisch, R., Baker, D. G., Basten, U., Boks, M. P., Bonanno, G. A., Brummelman, E., Chmitorz, A., Fernández, G., Fiebach, C. J., Galatzer-Levy, I., Geuze, E., Groppa, S., Helmreich, I., Hendler, T., Hermans, E. J., Jovanovic, T., Kubiak, T., Lieb, K., Lutz, B., ... Kleim, B. (2017). The resilience framework as a strategy to combat stress-related disorders. *Nature Human Behaviour*, 1, 784-790. <https://doi.org/10.1038/s41562-017-0200-8>
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1301-1320. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613. <https://doi.org/10.1046/J.1525-1497.2001.016009606.X>
- Kroenke, K., Wu, J., Yu, Z., Bair, M. J., Kean, J., Stump, T., & Monahan, P. O., (2016). The Patient Health Questionnaire Anxiety and Depression Scale (PHQ-ADS): Initial validation in three clinical trials. HHS Public Access Author manuscript. *Psychosomatic Medicine*, 78, 716-727. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000322>
- Kunst, M., Bogaerts, S., & Winkel, F. W. (2010). Domestic violence and mental health in a Dutch community sample: The adverse role of loneliness. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 20. <https://doi.org/10.1002/casp.1040>
- Lakho, H. (2020). 'Doorbreek het zwijgen': (H)erkenning van kindermishandeling en de gevolgen. Academie voor Herstel en Ervaringsdeskundigheid.
- Li, S., Zhao, F., & Yu, G. (2019). Childhood maltreatment and intimate partner violence victimization: A meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 88, 212-224. <https://doi.org/10.1016/J.CHIABU.2018.11.012>
- Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S., Johnson, S., & Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 14, 1-12. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-39/TABLES/3>
- Lünnemann, M. K. M., Lünnemann, K. D., & Compagner, M. (2021). *In de lift: Cohortstudie naar de effecten van de Oranje Huis aanpak*. Verwey-Jonker Instituut.
- Lyons, N., Cooper, C., & Lloyd-Evans, B. (2021). A systematic review and meta-analysis of group peer support interventions for people experiencing mental health conditions. *BMC Psychiatry*, 21, 315. <https://doi.org/10.1186/S12888-021-03321-Z>
- Mahon, N. E., Yarcheski, A., Yarcheski, T. J., Cannella, B. L., & Hanks, M. M. (2006). A meta-analytic study of predictors for loneliness during adolescence. *Nursing Research*, 55, 308-315. <https://doi.org/10.1097/00006199-200609000-00003>
- McLaughlin, K. A., Colich, N. L., Rodman, A. M., & Weissman, D. G. (2020). Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology: A transdiagnostic model of risk and resilience. *BMC Medicine*, 18, 96. <https://doi.org/10.1186/S12916-020-01561-6>

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). (2018, 12 juli). *Gesettelijke gezondheidszorg*. 25424 nr. 420: *Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal*. Geraadpleegd 14 augustus 2024 op www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2018Z13981&did=2018D39363
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). (2023). *Organisaties voor wie hulp zoekt*. www.huiselijkgeweld.nl/organisaties/voor-wie-hulp-zoekt
- Movisie. (2021a). *De rol en meerwaarde van ervaringsdeskundigen in sociale wijkteams*. www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2021-03/De-rol-en-meerwaarde-van-ervaringsdeskundigen-in-sociale-wijkteams.pdf
- Movisie. (2021b). *Handreiking Samen deskundig*. www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2021-07/Handreiking%20Samen%20Deskundig.pdf
- Muhammad, L. N. (2023). Guidelines for repeated measures statistical analysis approaches with basic science research considerations. *The Journal of Clinical Investigation*, 133, e171058. <https://doi.org/10.1172/JCI171058>
- Muth, C., Bales, K. L., Hinde, K., Maninger, N., Mendoza, S. P., & Ferrer, E. (2016). Alternative models for small samples in psychological research: Applying linear mixed effects models and generalized estimating equations to repeated measures data. *Educational and Psychological Measurement*, 76, 64. <https://doi.org/10.1177/0013164415580432>
- Nederlands Jeugdinstituut. (2023). *Cijfers over huiselijk geweld*. www.nji.nl/cijfers/huiselijk-geweld
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2022). *Informatiekaart wachtlijden ggz juli 2022*. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_716176_22/1/
- Pfizer. (z.d.). *PHQ and GAD Nederlandse Versie*. www.phqscreeners.com
- Pulvirenti, M., McMillan, J., & Lawn, S. (2014). Empowerment, patient centered care and self-management. *Health Expectations*, 17, 303-310. <https://doi.org/10.1111/J.1369-7625.2011.00757.X>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018). *Notitie Erkenning van interventies (2019-2022)*. www.loket-gezondleven.nl/documenten/notitie-erkenning-van-interventies-2019-2022
- Shen, S., & Kusunoki, Y. (2019). Intimate partner violence and psychological distress among emerging adult women: A bidirectional relationship. *Journal of Women's Health*, 28, 1060-1067. <https://doi.org/10.1089/JWH.2018.7405>
- Smit, D., Miguel, C., Vrijsen, J. N., Groeneweg, B., Spijker, J., & Cuijpers, P. (2023). The effectiveness of peer support for individuals with mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53, 5332-5341. <https://doi.org/10.1017/S0033291722002422>
- Snyder, C. R., Simpson, S. C., Ybasco, F. C., Borders, T. F., Babyak, M. A., & Higgins, R. L. (1996). Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 321-335. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.321>
- Spencer, C. M., Keilholtz, B. M., Palmer, M., & Vail, S. L. (2022). Mental and physical health correlates for emotional intimate partner violence perpetration and victimization: A meta-analysis. *Trauma, Violence & Abuse*, 25, 41-53. <https://doi.org/10.1177/15248380221137686>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092-1097.

- <https://doi.org/10.1001/ARCHINTE.166.10.1092>
- Stichting MIND. (2023). *MIND Platform*. <https://mindplatform.nl/help-mij>
- Sullivan, C. M. (2018). Understanding how domestic violence support services promote survivor well-being: A conceptual model. *Journal of Family Violence*, 33, 123-131. <https://doi.org/10.1007/S10896-017-9931-6>
- Thombs, B. D., Bernstein, D. P., Lobbestael, J., & Arntz, A. (2009). A validation study of the Dutch Childhood Trauma Questionnaire – Short Form: Factor structure, reliability, and known-groups validity. *Child Abuse and Neglect*, 33, 518-523. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.03.001>
- Tutty, L. M., Bidgood, B. A., & Rothery, M. A. (1993). Support groups for battered women: Research on their efficacy. *Journal of Family Violence*, 8, 325-343. <https://doi.org/10.1007/BF00978097/METRICS>
- van Bakel, M., van Rooijen, S., Boertien, D., Kamoschinski, J., Liefhebber, S., & Kluit, M. (2013). *Ervaringsdeskundigheid Beroepscompetentieprofiel*. Trimbos-instituut.
- van de Ven, P. (2022). *The role of social support in the aftermath of victimization: Interpersonal aspects of coming to terms with a victimization experience* (Doctoral thesis). Tilburg University.
- van de Ven, P. V., Leferink, S., & Pember-ton, A. (2023). The key characteristics and role of peer support in the aftermath of victimization: A scoping review. *Trauma, Violence & Abuse*, 24, 899-912. <https://doi.org/10.1177/15248380211043826>
- van der Meer, C. A. I., te Brake, H., van der Aa, N., Dashtgard, P., Bakker, A., & Olff, M. (2018). Assessing psychological resilience: Development and psychometric properties of the English and Dutch version of the Resilience Evaluation Scale (RES). *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00169>
- van Gestel-Timmermans, H., Brouwers, E. P. M., van Assen, M. A. L. M., & van Nieuwenhuizen, C. (2012). Effects of a peer-run course on recovery from serious mental illness: A randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, 63, 54-60. <https://doi.org/10.1176/APPI.PS.201000450>
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 18, 156. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). *The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)*. National Center for PTSD. <https://doi.org/10.1177/1073191104269954>
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. National Center for PTSD. <https://doi.org/10.1037/to2622-000>
- Young, J. C., & Widom, C. S. (2014). Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1369-1381. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.03.008>
- Zhang, X., & Dong, S. (2022). The relationships between social support and loneliness: A meta-analysis and review. *Acta Psychologica*, 227, 103616. <https://doi.org/10.1016/J.ACTPSY.2022.103616>
- ZonMw. (2023). *Ontwikkelen kwaliteits-systeem voor ervaringsdeskundigen binnen de GGZ*. <https://projecten.zonmw.nl/nl/project/ontwikkelen-kwaliteitssysteem-voor-ervaringsdeskundigen-binnen-de-ggz>