

2014

Een studie naar het welbevinden van cliënten met posttraumatische stress-stoornis voor en na behandeling

Yakup Acikel
S1020455

Eerste begeleider: Dr. S. M. A. Lamers
Tweede begeleider: Prof. Dr. E. T. Bohlmeijer

Universiteit Twente
Drienerlolaan 5
7522 NB Enschede

&

Mediant
Raiffeisenstraat 44
7514 AM Enschede

28 augustus 2014



Voorwoord

Deze masterthese is geschreven ter afsluiting van de master Positieve Psychologie en Technologie, aan de Universiteit Twente. Deze scriptie wil ik graag opdragen aan alle mensen die mij dierbaar zijn en die mij altijd hebben gesteund tijdens mijn studie. Zij hebben mij de kracht gegeven om door te kunnen gaan bij tegenslagen en hebben me geholpen om weer uit diepte punten te komen. Hierin hebben mijn ouders een speciale plek, omdat zij mij altijd op emotioneel als financieel vlak hebben gesteund. Zonder heb had ik dit niet kunnen bereiken.

Doormiddel van dit voorwoord wil ik ook de mensen bedanken die hebben bijgedragen aan het afronden van deze scriptie. Ik bedank mijn eerste begeleider Dr. Sanne M. A. Lamers voor alle moeite die ze heeft gedaan voor mij en voor haar waardevolle feedback. Ook bedank ik mijn tweede begeleider Prof. Dr. Ernst T. Bohlmeijer voor zijn feedback, ondersteuning en zijn waardevolle ideeën en inzichten. Zonder hun positieve en begripvolle houding had ik deze scriptie niet af kunnen ronden. Graag wil ik mijn stagebegeleidster Laura Hüning bedanken voor het mogelijk maken om dit onderzoek uit te voeren bij het Centrum voor Psychotrauma bij Mediant. Niet te vergeten bedank ik ook de deelnemers, zonder hun nuttige informatie was dit onderzoek niet tot stand gekomen. En als laatste wil ik de heer Kadir Yıldırım bedanken voor het corrigeren van de taalfouten in deze these.

Enschede, augustus 2014

Yakup Acikel

Abstract

Mental health care settings in the Netherlands provide different type of treatments for people with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). These treatments are focused on reducing complaints. But this focus is changing with the introduction of Positive Psychology. In Positive Psychology mental health is not seen as the absence of psychopathology but is also formed by the presence of well-being. Well-being is formed by three core components: emotional, social and psychological well-being. Whereby well-being and psychopathology are two different continua's those are related to each other. There is more focus on mapping the well-being of different psychiatric groups, because of this change in the vision of mental health. However there is little known about the well-being of clients with PTSD.

Therefore the purpose of this study is to map the well-being of PTSD clients and investigate if the two-continua model is retrievable in PTSD clients. Therefore we investigated three different groups: PTSD clients before treatment, after treatment and the general population. We used the MHC-SF to measure well-being and the BSI for measuring the psychopathology. The study consisted 137 participants, 94 in the group before treatment and 43 participants in the group after treatment. The mean age of the participants was 37.93 (SD=12.27). The results of the participants were compared with the results of the LISS panel.

The results show that PTSD clients before treatment have a lower well-being than PTSD clients after treatment and the general population. PTSD clients after treatment have a lower emotional well-being compared to the general population. There are no other differences between PTSD clients and the general population. Also the two-continua model is retrievable in PTSD clients.

The most important limitations of this study are the different types of treatments that are included, the small sample size that is left in the group of PTSD clients after treatment and those we had no information about diagnoses of other disorders that could have an effect on the results. We also did not take into account of the demographical variables what could have an influence on the results. The most important recommendation is to screen PTSD clients after treatment with the MHC-SF on the level of wellbeing. PTSD clients with a low level of wellbeing can have an after treatment with the Wellbeingtherapy to increase their level of wellbeing. However it is important to investigate first in a new study if the Wellbeingtherapy increases the level of wellbeing of PTSD clients after a treatment.

Samenvatting

GGZ-instellingen bieden meerdere soorten behandelingen aan voor mensen met Post Traumatische Stress-stoornis (PTSS). Echter hebben deze behandelingen een klachtengerichte focus. Deze focus is langzamerhand aan het veranderen met de komst van de Positieve Psychologie. Geestelijke gezondheid wordt in de Positieve Psychologie beschouwd als de afwezigheid van psychopathologie en de aanwezigheid van welbevinden. Het welbevinden bestaat uit drie kerncomponenten: emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden. Waarbij het welbevinden en psychopathologie gezien worden als twee continua die in relatie staan tot elkaar. Door deze nieuwe visie wordt er steeds meer de aandacht gevestigd op het in kaart brengen van het welbevinden van verschillende psychiatrische groepen. Er is echter nog weinig bekend over het welbevinden van PTSS cliënten.

Het doel van deze studie was om het welbevinden van PTSS cliënten in kaart te brengen en te onderzoeken of het twee-continua model terug te vinden is bij PTSS cliënten. Hierbij zijn er drie groepen vergeleken: PTSS cliënten voor behandeling, na behandeling en de algemene bevolking. Er is gebruik gemaakt van de MHC-SF om het welbevinden te meten en de BSI om psychopathologie te meten. Er waren in totaal 137 participanten, 94 in de groep voor behandeling en 43 in de groep na behandeling. De gemiddelde leeftijd was 37.93 jaar ($SD=12.27$). De resultaten werden vergeleken met het LISS panel.

Uit de resultaten komt naar voren dat PTSS cliënten voor behandeling een lager welbevinden hebben dan PTSS cliënten na behandeling en de algemene bevolking. PTSS cliënten na behandeling hebben een lager emotioneel welbevinden dan de algemene bevolking. Ook is het-twee continua model terug te vinden bij PTSS cliënten.

De belangrijkste limitaties van deze studie zijn dat er verschillende behandeltrajecten waren opgenomen in de studie, er een kleine groep overbleef bij PTSS cliënten na behandeling en er geen informatie bekend was over diagnoses van stoornissen. Ook is er geen rekening gehouden met demografische verschillen wat van invloed kan zijn op het welbevinden. De belangrijkste aanbeveling is dat er binnen de GGZ-instellingen door middel van de MHC-SF gescreend zou moeten worden op PTSS cliënten met een laag welbevinden om deze vervolgens de Welbevindentherapie aan te bieden zodat hun niveau van welbevinden verhoogd zal worden. Echter moet eerst onderzocht worden of de Welbevinden therapie voor verhoging zorgt van het welbevinden bij PTSS cliënten.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Abstract	3
Samenvatting	4
<i>1 INLEIDING</i>	6
1.1 Werkwijze GGZ-instellingen en posttraumatische stress-stoornis.....	6
1.2 Welbevinden en verandering werkwijze GGZ-instellingen	7
1.3 Het twee-continua model.....	9
1.4 Doel van het onderzoek.....	11
1.5 Onderzoeksvragen	12
<i>2 METHODE</i>	13
2.1 Participanten en procedure	13
2.2 Instrumenten	14
2.2.1 Algemeen welbevinden	14
2.2.2 Psychopathologie.....	14
2.2.3 Analyse.....	16
<i>3. RESULTATEN</i>	18
3.1 Gemiddelden van emotioneel, sociaal, psychologisch en algemeen welbevinden.....	18
3.2 Twee-continua model bij PTSS cliënten	20
<i>4. DISCUSSIE</i>	22
4.1 Resultaten	22
4.1.1 Emotioneel, sociaal, psychologisch en algemeen welbevinden	22
4.1.2 Twee-continua model en PTSS	24
4.2 Limitaties van de studie.....	25
4.3 Conclusie & Aanbevelingen.....	26
<i>5 REFERENTIES</i>	28

1 INLEIDING

1.1 Werkwijze GGZ-instellingen en posttraumatische stress-stoornis

GGZ-instellingen in Nederland bieden voor verschillende psychische stoornissen een ruim aanbod van *evidend based* behandelingen. Het principe van getrapte zorg (stepped-care) speelt hier een belangrijke rol en is tevens relevant voor de cliënt en behandelaren (Tiemens, Hutschemaekers, & Kaasenbrood, 2004). Getrapte zorg houdt in dat de cliënt in de eerste stadia de kortste, goedkoopste en minst belastende behandeling krijgt dat mogelijk is (Ruiter & Hildebrand, 2006). Wanneer deze hulp onvoldoende is om de klachten te verminderen, wordt er overgestapt naar een behandeling die langdurig en meer belastend is (Ruiter & Hildebrand, 2006). De aanwezigheid of afwezigheid van psychopathologie krijgt op deze manier de nadruk. Wanneer deze klachten verdwijnen of wanneer de klachten dusdanig zijn verminderd wordt de cliënt geestelijk gezien gezond beschouwd (Keijsers, Van Minnen, & Hoogduin, 2004). De behandelingen en de visie van de GGZ-instellingen is dus klachtengericht. Deze werkwijze wordt ook gehanteerd bij de behandeling van de posttraumatische stress-stoornis (PTSS). Er is sprake van PTSS wanneer een persoon een ingrijpende ofwel een traumatische gebeurtenis heeft meegemaakt, waarin de betrokkene werd bedreigd met de dood, ernstig letsel of de lichamelijke integriteit werd bedreigd (4th ed., text rev.; *DSM-IV-TR*; American Psychiatric Association, 2000)..

Binnen de GGZ-instellingen zijn er verschillende effectieve behandelmethoden voor PTSS. De meest effectieve manier is behandeling door middel van verwerking (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2008), waarbij de Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) en traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie (traumagerichte CGT) (Frommberger et al., 2004; van der Kolk et al., 2007; Van Etten & Taylor, 1998) de meest effectieve behandelingen zijn. Naast deze therapieën is farmacotherapie ook een goede behandelvorm voor PTSS (Davidson et al., 2001; Kosten, Frank, Dan, McDougle, & Giller Jr., 1991; Marshall, Beebe, Oldham, & Zaninelli, 2001; Stein, Ipser, & Seedat, 2006; Stein, Seedat, Van der Linden, & Zungu-Dirwayi, 2000). Farmacotherapie kan tevens in combinatie met de voorgaande therapievormen toegepast worden (van Balkom A.L.J.M. et al., 2013).

Echter zijn al deze therapievormen gericht op het verhelpen van psychopathologie en bevatten geen componenten die zich richten op het welbevinden van cliënten. Dit is een algemeen streven in de huidige werkwijze van de GGZ-instellingen, waardoor de focus en visie klachtengericht is.

1.2 Welbevinden en verandering werkwijze GGZ-instellingen

Echter vindt er op dit moment een verschuiving plaats in deze visie (Gillham & Seligman, 1999). Dit heeft te maken met de komst van een nieuw vakgebied, namelijk de Positieve Psychologie. Vanuit de Positieve Psychologie wordt geestelijke gezondheid niet gezien als afwezigheid van psychische klachten en stoornissen, het gaat echter om welbevinden en optimaal functioneren (Bohlmeijer, Bolier, & Walburg, 2013).

Dit gedachtegoed wordt ook bepleit door de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO), zij omschrijft geestelijke gezondheid als: ‘A state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community’ (WHO, 2005, p.2). In deze definitie van de WGO wordt het welbevinden van het individu centraal gesteld en als uitgangspunt genomen voor de definitie van geestelijke gezondheid. In deze definitie zijn drie kerncomponenten van welbevinden te onderscheiden: het welbevinden van het individu, het effectief functioneren in de zin van zelfrealisatie en het effectief functioneren in de maatschappij. In de Positieve Psychologie vallen deze componenten onder: emotioneel welbevinden, psychologisch welbevinden en sociaal welbevinden. Deze drie componenten vormen samen het welbevinden van het individu. Deze verdeling is te vinden in figuur 1.

De drie componenten emotioneel welbevinden, psychologisch welbevinden en sociaal welbevinden worden onderverdeeld in dimensies. Het model van Carol Ryff over psychologisch welbevinden is een van de meest invloedrijkste modellen (Ryff, 1989).

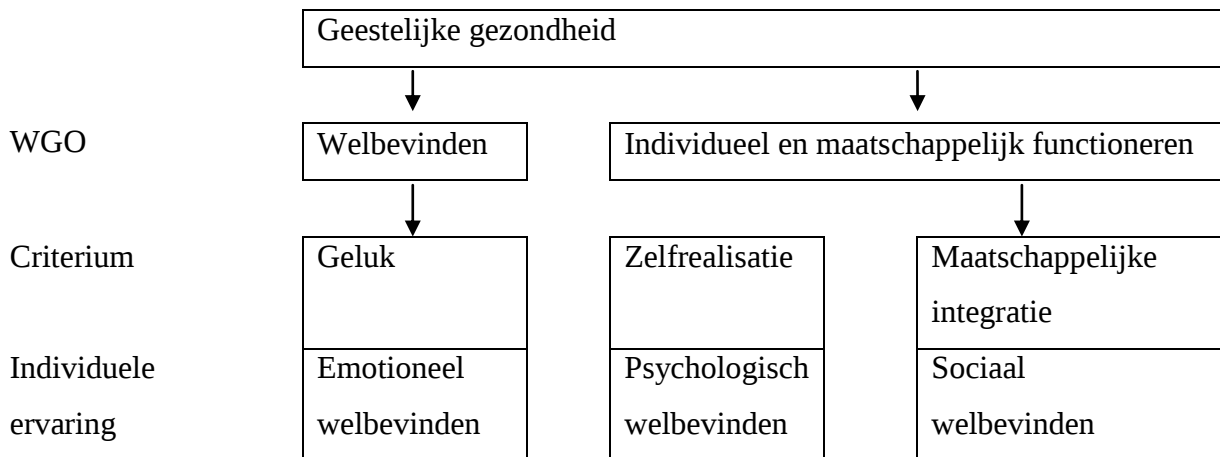
Psychologisch welbevinden wordt in dit model onderverdeeld in zes dimensies: doelgerichtheid, persoonlijke groei, autonomie, omgevingsbeheersing, zelfacceptatie en positieve relaties. Doelgerichtheid betekent dat mensen een levensdoel en dus een richting hebben in hun leven, dit geeft hun leven zin. Bij persoonlijke groei gaat het om het zien van groeimogelijkheden en het openstaan voor nieuwe ervaringen. Bij veel autonomie zijn mensen in de regel weerbaarder, onafhankelijk en zelfbepalend. Competentie en controle in het omgaan met de omgeving zorgt voor een hoger beleving bij omgevingsbeheersing. Deze mensen kunnen een omgeving kiezen of creëren die passen bij hun persoonlijke behoeften en waarden. Als er sprake is van een hoge zelfacceptatie hebben mensen een positieve houding ten opzichte van zichzelf. Zij zijn in staat om hun goede en slechte eigenschappen te herkennen en erkennen en accepteren deze. Positieve relaties zijn warme, bevredigende en vertrouwelijke relaties. Wanneer een persoon positieve relaties heeft is hij niet alleen bezorgd

over het welzijn van zich zelf, maar ook over het welzijn van de anderen. Zij kunnen empathie, intimiteit en affectie op een sterke mate beleven. Deze zes dimensies zijn op te vatten als zes criteria voor het beleven van zelfrealisatie. Hoe hoger de belevingen zijn op deze zes dimensies, des te hoger zal het psychologisch welbevinden en dus zelfrealisatie zijn. Bij zelfrealisatie gaat het om een goed leven vanuit psychologisch perspectief dat bepaald wordt door het functioneren van het individu volgens psychologische standaarden (Westerhof & Bohlmeijer, 2010).

Sociaal welbevinden wordt omschreven als de persoonlijke ervaring en beoordeling van het eigen publieke of maatschappelijke functioneren (Keyes, 1998). Sociaal welbevinden bestaat, op een vergelijkbare wijze als psychologisch welbevinden, uit vijf dimensies (Keyes, 2005). Deze vijf dimensies zijn volgens Keyes (2005): sociale acceptatie, sociale actualisatie, sociale contributie, sociale coherentie en sociale integratie. Sociale acceptatie is het hebben van een positieve houding ten opzichte van andere mensen in de maatschappij. Sociale actualisatie omvat het geloven dat de maatschappij mogelijkheden tot groei heeft en dat de maatschappij zich op een positieve manier ontwikkelt. Wanneer er het gevoel bestaat dat een persoon op individueel niveau iets waardevols bijdraagt aan de maatschappij en dus zijn sociale waarde evalueert, dan is er sprake van sociale contributie. Sociale coherentie bestaat uit de perceptie van de kwaliteit, organisatie, operatie en het begrijpen van de sociale omgeving. De omvang waarin iemand zich deel voelt van de gemeenschap en het gevoel heeft dingen te delen met de gemeenschap, dan wordt er gesproken van sociale integratie. In deze dimensies gaat om een positieve visie op anderen, maatschappelijk vooruitgang, het begrijpen van de maatschappij, participeren in de maatschappij en zich thuis voelen in de maatschappij. Sociaal welbevinden verwijst dus naar het optimaal functioneren van het individu in de maatschappij.

Bij *emotioneel welbevinden* gaat het om de mate waarin positieve gevoelens aanwezig zijn, de mate waarin negatieve gevoelens afwezig zijn en de mate waarin mensen tevreden zijn met hun leven (Diener, 1984; Diener, Lucas, & Scollon, 2006; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Wanneer een persoon een hoge mate van levenstevredenheid heeft op verschillende levensdomeinen, zal dit leiden tot een positieve blik op het leven en uiteindelijk tot een hoger niveau van emotioneel welbevinden (Kafka & Kozma, 2002). Positieve gevoelens staan in het licht van het beleven van plezierige emotionele ervaringen in het leven of het vatbaar zijn voor plezierige emotionele ervaringen (Diener, 1984). Wanneer een persoon meer plezierige emoties beleeft, zal het emotioneel welbevinden hoger worden (Diener, 1984).

Er wordt dus gesproken van hoog welbevinden wanneer een persoon een hoge mate van beleving heeft op alle drie de componenten. Van een laag welbevinden wordt er gesproken als een persoon een lage mate van beleving heeft op de drie componenten emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden.



Figuur 1. Componenten van geestelijke gezondheid.
Aangepast en overgenomen van *Psychologie van de levenskunst* (p. 50), door Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2010). Amsterdam: Boom.

1.3 Het twee-continua model

Door de visie dat een persoon geestelijk gezond is bij afwezigheid van psychopathologie, komt naar voren dat er binnen de huidige GGZ-instellingen de opvatting bestaat dat welbevinden en psychopathologie twee uiteinden van één continuüm zijn. Hieruit ontstaat de veronderstelling dat wanneer een persoon veel psychopathologische symptomen heeft een laag welbevinden ervaart. En als een persoon weinig psychopathologische symptomen heeft hoog welbevinden ervaart. Echter uit onderzoek blijkt dat er een beter passend model is waarbij er twee continua zijn die aan elkaar gerelateerd zijn (Keyes, 2005). Dit model is door Keyes (2005) het twee-continua model genoemd. In dit model staat het ene continuüm voor de aanwezigheid of afwezigheid van psychopathologie en het andere continuüm voor de aanwezigheid of afwezigheid van welbevinden (Keyes, 2005). Hierbij komt het voor dat enerzijds een hoge mate van psychopathologie vaker samengaat met een lage mate van welbevinden en anderzijds een lage mate van psychopathologie vaker samengaat met een hoge mate van welbevinden. Deze relatie is echter niet perfect, maar de twee continua zijn matig aan elkaar gerelateerd (Lamers, 2012). Dit impliceert dat een persoon met veel

psychopathologische symptomen een hoog welbevinden kan ervaren en een persoon met weinig psychopathologische symptomen een laag welbevinden kan ervaren (Lamers, 2012). Hieruit komt naar voren dat een persoon vrij kan bewegen op de twee continua met als gevolg dat elke combinatie van psychopathologie en welbevinden mogelijk wordt. De omvang van de verschillende groepen in de Nederlandse bevolking met verschillende combinaties van psychopathologie en welbevinden kunnen hier een beter beeld over geven. Van de Nederlandse bevolking heeft 21.8% een hoog welbevinden in combinatie met de afwezigheid van psychopathologie (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Bij 6.5% komt een combinatie van hoog welbevinden met de aanwezigheid van psychopathologie voor (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). De combinatie van laag welbevinden en aanwezigheid van psychopathologie komt bij 30.4% voor en een laag welbevinden in combinatie met de afwezigheid van psychopathologie bij 12.6% van de mensen. Dit laat zien dat geestelijke gezondheid uit twee continua bestaat. Als er sprake zou zijn van één continuüm, dan zouden er geen mensen voor komen met hoog welbevinden in combinatie met veel psychopathologie en geen mensen met laag welbevinden en weinig psychopathologie. Hiermee kan er gesteld worden dat geestelijke gezondheid meer is dan het ontbreken van psychopathologie.

Gezien het bovenstaande zouden de GGZ-instellingen meer rekeningen moeten houden met het twee-continua model en zou de focus meer gericht moeten worden op het welbevinden. Geestelijke gezondheid is namelijk de afwezigheid van psychopathologie en aanwezigheid van welbevinden (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) en op dit moment richten de GGZ-instellingen zich vooral op psychopathologie en wordt er onvoldoende aandacht besteed aan het welbevinden. GGZ-instellingen schieten op dit terrein dus tekort omdat ze vooral gericht zijn op de klachten en niet op de krachten van een cliënt.

Echter is een belangrijk streven van de geestelijke gezondheidszorginstelling (GGZ-instellingen) om een cliënt zo goed mogelijk zorg aan te bieden die tevens goed aansluit op hun hulpvraag. GGZ-instellingen zijn hierdoor continu aan het ontwikkelen om de meest complete en effectieve zorg te bieden. Openstaan voor nieuwe theorieën, onderzoeken en behandelvormen is hierdoor een belangrijke houding van de GGZ-instellingen. De huidige behandelvormen bij de GGZ-instellingen zijn klachtengericht, maar hier komt langzaam maar zeker verandering in. Er wordt steeds meer aandacht besteed aan welbevinden. Het is daarom belangrijk om het welbevinden van verschillende groepen binnen de GGZ-instellingen in kaart te brengen. Hoewel de focus vooral klachtengericht is, is het niet zo dat er binnen de GGZ-instellingen de focus alleen maar klachtengericht is. De Positieve Psychologie en de visie daarin over geestelijke gezondheid wordt steeds meer in gebruik genomen. Zo is er een

onderzoek gedaan naar het welbevinden bij cliënten met stemming en angstproblematiek (Esen, 2011). Uit dit onderzoek blijkt dat cliënten met stemming en angstproblematiek die begonnen zijn aan een behandeling een lager welbevinden (lagere scores op sociaal en psychologisch welbevinden) hadden dan cliënten met stemming en angstproblematiek die eindigden met de behandeling (Esen, 2011). Beide groepen cliënten scoorden lager dan de algemene bevolking op emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden (Esen, 2011). Ook zijn er al gebieden waar men zich meer concentreert op de krachten van cliënten. Deze krachtengerichte focus wordt bijvoorbeeld toegepast bij chronische aandoeningen zoals chronische pijn, angst en depressie (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller, 2007; Johnston, Foster, Shennan, Starkey, & Johnson, 2010; Wetherell et al., 2011). Maar dit is nog niet het geval bij PTSS, omdat er nog weinig bekend is over het welbevinden van PTSS cliënten. Het in kaart brengen van het welbevinden van PTSS cliënten is daarom een belangrijke nieuwe uitgangspunt.

1.4 Doel van het onderzoek

Over het welbevinden en de drie componenten emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden van PTSS cliënten is er nog niet veel bekend. Het is hierdoor van belang om in kaart te brengen hoe het welbevinden van PTSS cliënten zich verhoudt tegen de psychische klachten. Wel is er onderzoek gedaan naar subelementen van het welbevinden zoals levenstevredenheid (Olatunji, Cisler, & Tolin, 2007; Rapaport, Clary, Fayyad, & Endicott, 2005), waaruit blijkt dat mensen met PTSS minder tevreden zijn over de kwaliteit van hun leven. In het onderzoek van Rapaport et al. (2005) is er gebruik gemaakt van de Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire. Deze vragenlijst meet de tevredenheid op het gebied van psychische gezondheid, gemoedstoestand, sociale relaties, relaties met familie, dagelijks functioneren, fysieke mogelijkheden en algemeen levenstevredenheid (Rapaport, et al., 2005). Mensen met PTSS scoorden op alle gebieden van de Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire lager dan de algemene bevolking (Rapaport, et al., 2005). De toevoeging van dit onderzoek is dat het welbevinden en de drie componenten van welbevinden onderzocht worden van PTSS cliënten. Hierdoor zal het welbevinden van PTSS cliënten beter in kaart gebracht worden.

Er kan verwacht worden dat het emotioneel, sociaal, psychologisch en het algemeen

welbevinden van PTSS cliënten lager uitvalt dan het welbevinden van de algemene bevolking. Dit wordt verwacht doordat PTSS behoort tot de angststoornissen en uit het onderzoek van Esen (2011) blijkt dat cliënten met angststoornissen een lager emotioneel, sociaal, psychologisch en algemeen welbevinden hebben dan de algemene bevolking. Het onderzoek van Olatujni et al. (2007) en het onderzoek van Rapaport et al. (2005) versterken deze verwachting omdat mensen met PTSS op verschillende subelementen van welbevinden lager scoren dan de algemene bevolking.

Hierdoor wordt er in deze studie de aandacht gevestigd op het in kaart brengen van het welbevinden bij cliënten met PTSS. Aan de hand van dit onderzoek kan er bepaald worden of er binnen de GGZ-instellingen aandacht besteed zou moeten worden aan het welbevinden van cliënten met PTSS. Ook al is dit onderzoek kleinschalig, het kan een belangrijke bijdrage leveren bij het ontwikkelen van een beter zorgproces binnen de GGZ-instellingen voor cliënten met PTSS.

1.5 Onderzoeksvragen

Met dit onderzoek wordt er getracht een antwoord te geven op de hoofdvraag: *Wat is de mate van welbevinden bij PTSS cliënten in vergelijking met de algemene bevolking?*

Binnen deze vraag worden er drie groepen vergeleken, namelijk PTSS cliënten voor behandeling, na behandeling en de algemene bevolking. Deze groepen worden met elkaar vergeleken om tevens te bepalen of er binnen de GGZ-instellingen meer aandacht besteed zou moeten worden aan het welbevinden van PTSS cliënten. Om verwarringen te voorkomen met emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden, wordt in het vervolg van dit onderzoek welbevinden aangeduid als ‘algemeen welbevinden’.

Hieruit volgen de volgende deelvragen:

- Is er een verschil tussen emotioneel, sociaal, psychologisch en algemeen welbevinden tussen PTSS cliënten voor behandeling en PTSS cliënten na behandeling?
- Is er een verschil tussen emotioneel, sociaal, psychologisch en algemeen welbevinden tussen PTSS cliënten voor behandeling en de algemene bevolking?

- Is er een verschil tussen emotioneel, sociaal, psychologisch en algemeen welbevinden tussen PTSS cliënten na behandeling en de algemene bevolking?
- Is het twee-continua model terug te vinden bij PTSS cliënten?

2 METHODE

2.1 Participanten en procedure

Dit onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met het Centrum voor Psychotrauma van de GGZ-instelling Mediant, te Enschede. Het onderzoek vond plaats in overleg met de programmamanager van het Centrum voor Psychotrauma. Hierbij was het van belang dat er toegang werd verleend tot de Routine Outcome Monitoring database (ROM-database) van het Centrum voor Psychotrauma, zodat de nodige data verkregen kon worden. De data die er gebruikt is, was al eerder vast gelegd door de ROM-medewerkers in de ROM-database. De ROM wordt ingevuld door cliënten voordat ze beginnen aan de behandeling, halverwege de behandeling en aan het eind van de behandeling.

De data voor het onderzoek is verkregen door gebruik te maken van twee vragenlijsten uit de ROM-database . Dit zijn de Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF) en de Brief Symptom Inventory (BSI). Tevens werd aan deze twee vragenlijsten het geslacht en de leeftijd van de cliënten gekoppeld.

Het inclusie criterium was gediagnosticeerd zijn met PTSS en de BSI en MHC-SF ingevuld hebben voor of na de behandeling. Dit resulteerde in een totaal aantal van 137 participanten (80 vrouw, 57 man) met een gemiddelde leeftijd van 37.93 jaar (SD=12.27). De 137 participanten bestonden uit twee groepen, namelijk PTSS cliënten voor behandeling en PTSS cliënten na behandeling en behoorden alleen tot één van de groepen. In de groep PTSS cliënten voor behandeling waren er 94 (68.61 %) participanten (47 vrouw, 47 man) met een gemiddelde leeftijd van 38.35 jaar (SD=11.51). En in de groep PTSS cliënten na behandeling waren er 43 (31.39%) participanten (33 vrouw, 10 man) met een gemiddelde leeftijd van 37.01jaar (SD=13.89). De steekproef van de algemene bevolking die de vragenlijsten had ingevuld bestond uit 1662 participanten (828 vrouw, 834 man) met een gemiddelde leeftijd van 47.61 jaar (SD=17.74). Deze steekproef uit de algemene bevolking is afkomstig uit het LISS panel (Longitudinal Internet studies in the Social Sciences; CentERdata te Tilburg).

2.2 Instrumenten

De positieve geestelijke gezondheid en psychopathologische symptomen zijn in kaart gebracht door gebruik te maken van vragenlijsten.

2.2.1 Algemeen welbevinden

De MHC-SF is een vragenlijst die het welbevinden meet. Dit is een verkorte versie van de Mental Health Continuum Long Form (MHC-LF) (Keyes, 2009). De MHC-SF bevat 14 items. Deze items zijn gebaseerd op het *emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden*. De MHC-SF is vertaald naar het Nederlands en vertoonde goede psychometrische eigenschappen (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, & Keyes, 2011). De items van de MHC-SF kunnen beantwoord worden met een 6-puntsschaal die uiteen loopt van nooit (0) tot elke dag (5). Ook zijn door Lamers et al (2011) met een representatieve steekproef de normgegevens bepaald voor de Nederlandse bevolking. Het gemiddelde voor *emotioneel welbevinden* is 3.67 met een standaarddeviatie van 0.94. Voor *sociaal en psychologisch welbevinden* is dit respectievelijk als volgt, 2.33 (1.01) en 3.18 (0.99). Het algemeen welbevinden is het gemiddelde van de gemiddeldescore van de drie componenten en is gemiddeld 2.98 met een standaarddeviatie van 0.85.

De MHC-SF meet emotioneel welbevinden met 3 items. Een voorbeeld hiervan is: ‘in de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u tevreden was?’. Sociaal welbevinden bevat 5 items. Een voorbeeld item is: ‘in de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u begrijpt hoe onze samenleving werkt?’. Psychologisch welbevinden wordt gemeten met 6 items. Een voorbeeld item is: ‘in de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u de meeste aspecten van uw persoonlijkheid mocht?’.

In dit onderzoek waren de Cronbach's Alpha bij PTSS-cliënten uit 137 vragenlijsten voor emotioneel welbevinden $\alpha=0.90$, sociaal welbevinden $\alpha=0.84$ en psychologisch welbevinden $\alpha=0.86$.

2.2.2 Psychopathologie

Om te onderzoeken of er een samenhang is met psychopathologie bij cliënten met PTSS wordt de BSI gebruikt om de mate van psychopathologie te meten. De BSI is een zelfbeoordelingslijst waarmee de psychopathologische symptomen bij volwassenen worden gemeten (de Beurs, 2004). De BSI omvat negen schalen, met deze schalen worden

verschillende dimensies van psychopathologie gemeten. Echter wordt er in dit onderzoek gebruik gemaakt van vijf schalen. Dit zijn de schalen: somatische klachten, cognitieve problemen, depressieve stemming, angst en hostiliteit (de Beurs, 2004). Deze vijf schalen zijn gekozen omdat de psychopathologische symptomen in deze schalen corresponderen met de symptomen van PTSS volgens de DSM-IV-TR classificatie. De 53 items van de BSI kunnen beantwoord worden met een 5-puntsschaal die uiteen loopt van helemaal geen (0) tot heel veel (4). De gemiddeldes en standaarddeviaties uit de algemene bevolking voor de verschillende schalen is terug te vinden in tabel 1.

De schaal *somatische klachten* (SOM) meet niet alleen de lichamelijke symptomen die voorkomen bij somatische aandoeningen, maar ook de symptomen die optreden bij angst. Een voorbeeld item is: *‘Pijn op de borst of het hart’*. Met de schaal *cognitieve problemen* (COG) wordt gebruikt om obsessief en compulsieve klachten en andere cognitieve domeinen, zoals moeite met onthouden en concentratie problemen te meten. De schaal *depressieve stemming* (DEP), meet de depressieve symptomen, zoals suïcidaliteit, anhedonie en somberheid. De symptomen van de gegeneraliseerde angststoornis en de symptomen van de paniekstoornis worden omvat door de *angstschaal* (ANG). Voorbeeld items zijn: *‘Bang zijn’* en *‘Zomaar plotseling bang worden’*. Hostiliteit (HOS) wordt gemeten met symptomen die duiden op boosheid of op vijandigheid. Een voorbeeld item van deze schaal is *‘Je snel aan iets ergeren’*. En als laat is er de gemiddelde psychopathologie. Deze score wordt berekend door de gemiddeldescore te nemen van de vijf schalen SOM, COG, DEP, ANG en HOS.

Tabel 1
Gemiddeldescore en standaarddeviaties uit de algemene bevolking van de negen schalen van de BSI

Bevolking (n=1662)		
Schaal	Gemiddelde	Standaarddeviatie
SOM	0.33	0.42
COG	0.52	0.50
DEP	0.39	0.48
ANG	0.34	0.43
HOS	0.38	0.41
GEM	0.39	0.35

Note. Uit “Brief symptom inventory, handleiding,” door E. de Beurs, 2004, Leiden, The Netherlands.

2.2.3 Analyse

Voor de analyse van de data is er gebruik gemaakt van het statistiekprogramma IBM SPSS Statistisc 20.

Om te onderzoeken of er een verschil is tussen emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden en algemeen welbevinden bij PTSS cliënten voor behandeling, PTSS cliënten na behandeling en de algemene bevolking is de ANOVA en de MANOVA toets gebruikt. PTSS cliënten voor, PTSS cliënten na behandeling en de algemene bevolking is ingedeeld in de variabele conditie met de codes respectievelijk 1, 2 en 3. Bij de ANOVA toets was de onafhankelijke variabele *algemeen welbevinden* en de factor was *groep*. Bij de MANOVA toets waren de afhankelijke variabelen *emotioneel welbevinden*, *sociaal welbevinden* en *psychologisch welbevinden*. De factor was *groep*. De gemiddeldescores van de algemene bevolking op de verschillende componenten van welbevinden en algemeen welbevinden diende als referentiekader voor de gemiddelden van de andere twee groepen.

Ook is er gebruik gemaakt van een homogeniteitstest, de Levene's test, om te bepalen of de varianties van de groepen verschillend zijn. Uit deze test bleek dat er niet tegemoet gekomen is aan de aanname van homogeniteit van varianties. Op elke schaal is er een statistisch significante uitkomst op de Levene's test ($p < 0.05$). Dit is een belangrijk punt om rekening mee te houden bij het kiezen van een Post Hoc test.

Om te bepalen welke condities van elkaar verschillen is er een Post Hoc Test gebruikt, namelijk de Games-Howell test. Deze test had de voorkeur omdat er uit de Levene's test bleek een verschil te zijn in varianties tussen de condities. De Games-Howell test maakt de aanname van gelijke varianties niet en is het dus een test dat in deze situatie gebruikt kan worden.

Om te onderzoeken of het twee-continua model terug te vinden is bij PTSS cliënten is het belangrijk om een onderscheid te maken tussen PTSS cliënten die een hoog of laag algemeen welbevinden hebben. Voor algemeen welbevinden wordt dit onderscheid gemaakt door het gemiddelde van 3.98 op algemeen welbevinden van de algemene bevolking als scheidingspunt te nemen (tabel 2). Een score lager dan 3.98 wordt beschouwd als laag algemeen welbevinden en scores gelijk aan of hoger dan 3.98 als hoog algemeen welbevinden. Ook wordt er op dezelfde manier een verdeling gemaakt in veel psychopathologie en weinig psychopathologie om het twee-continua model te onderzoeken door het gemiddelde van de algemene bevolking op psychopathologie als scheidingspunt te nemen.

De participanten worden vervolgens ingedeeld in de mate van welbevinden en in de mate van psychopathologie (tabel 4). Wanneer de aantallen van hoog mate van welbevinden en weinig psychopathologie en de aantallen van laag mate van welbevinden en veel psychopathologie veel van elkaar verschillen ontstaat er een sterke aanname dat er sprake is van het twee-continua model. Namelijk wanneer er sprake zou zijn van een één-continua model, zouden deze aantallen gelijk aan elkaar zijn.

Echter is het niet voldoende uit de voorgaande analyse te bepalen of er sprake is van een twee-continua model. Daarom wordt er bij de groepen PTSS cliënten gekeken hoeveel participanten er zijn met een hoog mate van welbevinden in combinatie met veel of weinig psychopathologie en hoeveel participanten er zijn met een laag mate van welbevinden in combinatie met veel of weinig psychopathologie. Deze resultaten worden vervolgens gecategoriseerd in een kruistabel met vier hokjes zoals in figuur 2 en figuur 3. In deze figuren is te zien wanneer er geen sprake is van het twee-continua model en wanneer wel. Er kan aangenomen worden dat er sprake is van een twee-continua model wanneer de meeste participanten geen hoog mate voor welbevinden in combinatie met weinig psychopathologie hebben en geen laag mate van welbevinden in combinatie met veel psychopathologie hebben.

	Hoog welbevinden	Laag welbevinden
Veel psychopathologie	10%	40%
Weinig psychopathologie	40%	10%

Figuur 2 Voorbeeld wel twee-continua model

	Hoog welbevinden	Laag welbevinden
Veel psychopathologie	0%	50%
Weinig psychopathologie	50%	0%

Figuur 3 Voorbeeld geen twee-continua model

3. RESULTATEN

3.1 Gemiddelden van emotioneel, sociaal, psychologisch en algemeen welbevinden

In tabel 2 worden de gemiddeldes van PTSS cliënten voor behandeling, na behandeling en de algemene bevolking weergegeven. Om te bepalen of er significant verschil is tussen de drie condities is er een MANOVA uitgevoerd die een significant resultaat opleverde (Wilks' Lambda= 0.84, $F(6,3588)=53.5$, $p<0.05$). Hierop volgend is een Games-Howell Post Hoc Test uitgevoerd, deze resultaten zijn weergegeven in tabel 3.

De eerste onderzoeksvraag was of er een verschil was tussen emotioneel, sociaal, psychologisch en algemeen welbevinden van PTSS cliënten voor en na behandeling. Uit de analyses blijkt dat PTSS cliënten voor behandeling een significant lager emotioneel, sociaal, psychologisch en algemeen welbevinden hebben dan PTSS cliënten na behandeling.

De tweede en derde onderzoeksvragen gingen over of het emotioneel, sociaal, psychologisch en het algemeen welbevinden van PTSS cliënten voor en na behandeling verschillen van de algemene bevolking.

Uit de analyses blijkt dat PTSS cliënten voor behandeling een significant lager emotioneel, sociaal, psychologisch en algemeen welbevinden hebben dan de algemene bevolking.

PTSS cliënten na behandeling blijken alleen een significant lager emotioneel welbevinden te hebben dan de algemene bevolking. Er zijn geen verschillen in sociaal, psychologisch en algemeen welbevinden tussen PTSS cliënten na behandeling en de algemene bevolking.

Tabel 2

Gemiddelden voor emotioneel, sociaal, psychologisch en algemeen welbevinden bij PTSS cliënten voor behandeling, na behandeling en de algemene bevolking

MHC-SF Schaal	Conditie	Gem.	SD	n
Algemeen welbevinden	Voor behandeling	2.77	1.04	94
	Na behandeling	3.73	1.21	43
	Algemene bevolking	3.98	0.85	1662
Emotioneel welbevinden	Voor behandeling	2.85	1.33	94
	Na behandeling	4.02	1.31	43
	Algemene bevolking	4.67	0.94	1662
Sociaal welbevinden	Voor behandeling	2.49	1.11	94
	Na behandeling	3.40	1.33	43
	Algemene bevolking	3.33	1.01	1662
Psychologisch welbevinden	Voor behandeling	2.97	1.18	94
	Na behandeling	3.87	1.23	43
	Algemene bevolking	4.19	0.99	1662

Tabel 3

Games-Howell Post Hoc analyse voor PTSS cliënten voor behandeling, na behandeling en de algemene bevolking

MHC-SF Schaal	Conditie (I)	Conditie (J)	Verschil in gemiddelde n (I-J)	Standaard fout	p
Algemeen welbevinden	Voor behandeling	Na behandeling	-,96	,21	,000
		Algemene bevolking	-1,21	,11	,000
	Na behandeling	Voor behandeling	,96	,21	,000
		Algemene bevolking	-,24	,19	,381
Emotioneel welbevinden	Voor behandeling	Na behandeling	-1,17	,18	,000
		Algemene bevolking	-1,82	,10	,000
	Na behandeling	Voor behandeling	1,17	,18	,000
		Algemene bevolking	-,65	,15	,000

Sociaal welbevinden	Voor behandeling	Na behandeling	-,91	,23	,001
		Algemene bevolking	-,84	,12	,000
	Na behandeling	Voor behandeling	,91	,23	,001
		Algemene bevolking	,07	,21	,939
Psychologisch welbevinden	Voor behandeling	Na behandeling	-,90	,22	,000
		Algemene bevolking	-1,22	,12	,000
	Na behandeling	Voor behandeling	,90	,22	,000
		Algemene bevolking	-,31	,19	,234

Note. MHC-SF VB= MHC-SF voor behandeling PTSS; MHC-SF NA= MHC-SF na behandeling van PTSS; MHC-SF AB= MHC-SF algemene bevolking

3.2 Twee-continua model bij PTSS cliënten

In dit deel worden de resultaten in verband met het twee-continua model weergegeven. Uit de bivariate correlatieanalyse (Pearson) bleek dat er een negatieve correlatie is tussen psychopathologie en algemeen welbevinden ($r=-0.42$, $p<0.05$) bij PTSS cliënten voor en na behandeling.

In tabel 4 wordt de verdeling van participanten over de mate van welbevinden en mate van psychopathologie weergegeven. In deze tabel is te zien dat in de groep PTSS cliënten voor behandeling het grootste gedeelte van de participanten een laag mate van welbevinden hebben. Een overgroot deel van de PTSS cliënten voor behandeling hebben veel psychopathologie. Deze percentages ondersteunen de verwachting dat er sprake is van het twee-continua model bij PTSS cliënten.

Uit tabel 4 blijkt ook dat PTSS cliënten na behandeling nagenoeg gelijk zijn verdeeld over de mate van welbevinden. In deze groep zijn er ook veel meer participanten met veel psychopathologie. Uitgaande van het twee-continua model zouden deze verschillen ook verwacht worden. Echter gaat het tegen de verwachtingen in dat er na behandeling nog veel participanten zijn met veel psychopathologie.

Tabel 4

Verdeling van participanten over de mate van welbevinden en de mate van psychopathologie in de groepen PTSS voor behandeling en PTSS na behandeling

Maat en variabele	PTSS voor behandeling				PTSS na behandeling			
	N	%	Gem.	SD	N	%	Gem.	SD
Mate van welbevinden								
Hoog	13	13.83	4.62	0.39	22	51.16	4.71	0.59
Laag	81	86.17	2.48	0.77	21	48.84	2.71	0.75
Mate van psychopathologie								
Veel	88	93.62	1.94	0.83	35	81.40	1.32	0.75
Weinig	6	6.32	0.30	0.11	8	18.60	0.18	0.13

In tabel 5 zijn de resultaten van de verdeling van participanten over de mate van welbevinden in combinatie met de mate van psychopathologie weergegeven. Uit deze analyse blijkt dat er in de groep PTSS cliënten na behandeling meer participanten met hoog welbevinden in combinatie met veel psychopathologie zijn dan participanten met hoog welbevinden in combinatie met weinig psychopathologie. Het zelfde is ook te zien in de groep PTSS cliënten na behandeling. Waarbij tevens procentueel gezien meer participanten zijn met een laag welbevinden in combinatie met weinig psychopathologie. Dit is conform wat er verwacht zou worden volgens het twee-continua model.

Tabel 5

Verdeling van participanten over de mate van algemeen welbevinden in combinatie met de mate van psychopathologie

Mate van psychopathologie	Mate van welbevinden	
	Hoog welbevinden	Laag welbevinden
PTSS voor behandeling (n=94)		
Veel psychopathologie	10 (10.64%)	78 (82.98%)
Weinig psychopathologie	3 (3.2%)	3 (3.2%)
PTSS na behandeling (n=43)		
Veel psychopathologie	19 (44.19%)	16 (37.21%)
Weinig psychopathologie	3 (6.98%)	5 (11.63%)

4. DISCUSSIE

In de huidige GGZ-instellingen is de focus klachtengericht waardoor de behandelingen gericht zijn op het verminderen van psychopathologie. Dit is ook het geval bij het behandelen van PTSS. Echter is deze focus langzamerhand aan het veranderen met de komst van de Positieve Psychologie. In de Positieve Psychologie wordt een persoon geestelijk gezond beschouwd bij afwezigheid van psychopathologie en de aanwezigheid van welbevinden. Hierdoor wordt er steeds meer de aandacht gevestigd op het in kaart brengen van het welbevinden van verschillende psychiatrische groepen. Er is echter nog weinig bekend over het welbevinden van PTSS cliënten. In deze studie is er daarom getracht te achterhalen wat de mate van welbevinden is van PTSS cliënten voor behandeling en na behandeling. Dit werd gedaan door de mate van emotioneel, sociaal, psychologisch en algemeen welbevinden van PTSS cliënten voor behandeling, na behandeling en de algemene bevolking te meten met de MHC-SF en de scores hier op met elkaar te vergelijken. Ook werd er onderzocht of het twee-continua model van toepassing is op PTSS cliënten aan de hand van de BSI en de MHC-SF.

4.1 Resultaten

4.1.1 Emotioneel, sociaal, psychologisch en algemeen welbevinden

De eerste vraag was of er een verschil is tussen emotioneel, sociaal, psychologisch en algemeen welbevinden tussen PTSS cliënten voor behandeling en PTSS cliënten na behandeling. In onze studie vonden we dat PTSS cliënten voor behandeling een lager welbevinden hebben dan PTSS cliënten na behandeling.

Een tweede belangrijke vraag was of er een verschil is tussen emotioneel, sociaal, psychologisch en algemeen welbevinden tussen PTSS cliënten voor behandeling en de algemene bevolking. Uit de resultaten bleek ook dat de PTSS cliënten voor behandeling een lager welbevinden hebben dan de algemene bevolking.

De verwachting dat PTSS cliënten voor behandeling een lager welbevinden zullen hebben dan PTSS cliënten na behandeling en de algemene bevolking wordt hiermee ondersteund. Deze twee resultaten sluiten aan bij eerder onderzoek dat laat zien dat mensen met een angststoornis, waar PTSS volgens de DSM-IV tot behoort, een lager welbevinden hebben dan cliënten na behandeling en de algemene bevolking Esen (2011). Ook komen deze resultaten overeen met het onderzoeken van Olatujni et al. (2007) en van Rapaport et al. (2005), waaruit blijkt dat mensen met PTSS minder tevreden zijn met hun leven. In deze onderzoeken kwam ook naar voren dat mensen met PTSS minder tevreden zijn op

emotioneel, sociaal en psychologisch vlak in hun leven dan de algemene bevolking. Het hebben van een PTSS heeft grote invloed op de kwaliteit van leven. Het is dus logisch dat mensen met een PTSS lagere niveaus van welbevinden ervaren.

Een derde vraag was of er een verschil is tussen emotioneel, sociaal, psychologisch en algemeen welbevinden tussen PTSS cliënten na behandeling en de algemene bevolking. Uit deze studie blijkt dat er geen significant verschil is tussen PTSS cliënten na behandeling en de algemene bevolking, behalve bij emotioneel welbevinden. Dit komt overeen met het onderzoek van Esen (2011), die dergelijke resultaten heeft gevonden. Deze resultaten wijzen er op dat de verschillende behandelingen voor PTSS niet alleen de klachten van PTSS verminderd, maar waarschijnlijk ook bijdragen aan het verhogen van het algemeen welbevinden van PTSS cliënten. Ook zou er sprake kunnen zijn van een correlatie tussen algemeen welbevinden en PTSS. Dit wordt ondersteund door een eerder onderzoek waarin een sterk negatieve correlatie gevonden werd tussen algemeen welbevinden en angst (Headey & Wearing, 1992). Ook in een recenter onderzoek werd er een negatieve correlatie gevonden tussen algemeen welbevinden en angst (Westerhof & Keyes, 2008). Dit geeft aan dat bij een verlaging van psychische klachten vanzelfsprekend ook een verhoging van welbevinden wordt teweeg gebracht. Echter was het zeer interessant om te zien dat PTSS cliënten na behandeling alleen lager scoorden op emotioneel welbevinden dan de algemene bevolking. Ook na een behandeling hadden PTSS cliënten minder positieve gevoelens en een lager levenstevredenheid in vergelijking met de algemene bevolking. Dit kan mogelijk verklaard worden door de negatieve impact van de trauma op het kunnen ervaren of vatbaar zijn voor plezierige emotionele ervaringen en dat er binnen de behandelingen geen aspecten hierop gericht zijn. PTSS cliënten kunnen dus het vermogen om zich op plezierige emoties te focussen verloren hebben of onbewust minder gebruik maken van dit vermogen en zich onbewust meer richten op negatieve emoties. Dit wordt ondersteund door verschillende onderzoeken waarbij naar voren komt dat mensen met PTSS moeite hebben met het reguleren van hun emoties en er emotioneel verdoving plaats vindt bij mensen met PTSS (Ehring & Quack, 2010; Feeny, Zoellner, Fitzgibbons, & Foa, 2000; Kashdan, Elhai, & Frueh, 2006; Roemer, Litz, Orsillo, & Wagner, 2001).

4.1.2 Twee-continua model en PTSS

Een vierde vraag was of het twee-continua model terug te vinden is bij PTSS cliënten voor en na behandeling. Er zou sprake zijn van het twee-continua model wanneer er sprake zou zijn van participanten in de groep met weinig psychopathologie in combinatie met hoog mate van welbevinden en in de groep veel psychopathologie in combinatie met laag mate van welbevinden. Uit deze studie blijkt dit het geval te zijn bij PTSS cliënten voor en na behandeling. Dit betekent dat het twee-continua model ook voorkomt bij PTSS cliënten voor en na behandeling.

Echter zijn de verschillen bij PTSS cliënten voor behandeling niet groot tussen weinig psychopathologie en hoog mate van welbevinden en tussen veel psychopathologie en laag mate van welbevinden. Een verklaring hiervoor kan zijn dat cliënten met een hoog mate van welbevinden en veel psychopathologie zich niet aanmelden voor een behandeling omdat zij door een hoog mate van welbevinden goed om kunnen gaan met hun psychopathologie.

Bij PTSS cliënten na behandeling is het opvallend dat er bijna evenveel participanten zijn met een hoog mate van welbevinden en een laag mate van welbevinden en veel meer participanten met veel psychopathologie. Dit is een belangrijke aanduiding dat er sprake is van het twee-continua model, omdat er meer participanten met psychopathologie zijn dan met een laag mate van welbevinden. Hieruit kan er opgemaakt worden dat er participanten zijn met veel psychopathologie en een hoog mate van welbevinden. Los van de mate van welbevinden zou er verwacht worden dat er meer participanten met weinig psychopathologie zouden zijn dan met veel psychopathologie, omdat deze mensen juist behandeld worden voor de psychopathologische klachten. Deze bevindingen geven aan dat van de helft van de PTSS cliënten het welbevinden niet hoger wordt na een behandeling. Dit is een belangrijke bevinding omdat er in de vorige paragraaf werd geconcludeerd dat het welbevinden van PTSS cliënten na behandeling niet lager waren dan het welbevinden van de algemene bevolking.

Wanneer er meer duidelijkheid gekregen wilt worden over of het twee-continua model daadwerkelijk van toepassing is bij PTSS cliënten voor en na behandeling, door een indeling te maken zoals in tabel 5, komt er wederom naar voren dat dit het geval is. Hierin is te zien dat er bij PTSS cliënten voor behandeling meer participanten zijn met veel psychopathologie en een hoog mate van welbevinden dan bij weinig psychopathologie en hoog welbevinden. Het zelfde geldt ook voor PTSS cliënten na behandeling. Zou er sprake zijn van een één-continua model, dan zou het omgekeerde zichtbaar moeten zijn. Dus er zijn meer participanten met veel psychopathologie en verschillende mate van welbevinden bij PTSS

cliënten voor en na behandeling.

De verwachting dat het twee-continua model ook terug te vinden zou zijn bij PTSS cliënten wordt hier mee sterk ondersteund. Ook is te zien dat de relatie tussen psychopathologie en mate van welbevinden niet perfect is zoals door Keyes (2005) en Lamers (2012) ook is aangegeven. Deze bevindingen komen ook overeen met de bevindingen uit de algemene bevolking van Westerhof & Bohlmeijer (2010) waaruit blijkt dat bij de algemene bevolking sprake is van het twee-continua model.

4.2 Limitaties van de studie

De onderzoeksresultaten dienen geïnterpreteerd te worden in het licht van de limitaties. De belangrijkste limitatie van dit onderzoek is dat er gebruik is gemaakt van twee verschillende respondentengroepen. Om een adequaat beeld te krijgen van de ontwikkeling van het algemeen welbevinden zouden de zelfde cliënten gebruikt moeten worden. Deze cliënten zouden een voormeting en nameting moeten krijgen zodat er een beter statisch vergelijking gemaakt en een beter beeld van de ontwikkeling van algemeen welbevinden weergegeven kan worden.

Ook kon er geen onderscheid gemaakt worden aan de hand van de achtergrondvariabelen, zoals afkomst en studie. Deze variabelen zouden een belangrijk invloed kunnen hebben op het algemeen welbevinden. Zo blijkt bijvoorbeeld dat psychologisch welbevinden systematisch gerelateerd is aan leeftijd, geslacht, sociaaleconomische status en etniciteit (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Ook is sociaaleconomische status en opleidingsniveau gerelateerd aan sociaal welbevinden (Keyes & Shapiro, 2004; Keyes, 1998).

Een ander belangrijke limitatie is dat er verschillende behandeltrajecten worden gevolgd door verschillende participanten. In deze studie kon er daarom niet bepaald worden welke behandeling het meest of minst bijdraagt aan het algemeen welbevinden. Het kan zo zijn dat het grootste gedeelte van de cliënten de zelfde behandeling volgen, waardoor er geen representatief groep is ontstaan voor PTSS cliënten. Zo kan het zijn dat een groot gedeelte van de cliënten een traumagerichte CGT behandeling hebben gevolgd waarbij er meer onderwerpen worden besproken over de situatie van een PTSS cliënt dan bij EMDR of farmacotherapie. In de traumagerichte CGT behandeling zou er daarom meer componenten kunnen zijn die het welbevinden van cliënten beïnvloeden dan bij EMDR of farmacotherapie.

De vierde belangrijke limitatie is dat er van de PTSS cliënten geen informatie bekend is over of deze cliënten tevens gediagnosticeerd zijn met ander stoornis en of ze daarvoor ook een behandeling volgen. Cliënten met PTSS hebben vaak ook andere stoornissen, zoals depressie, andere angststoornissen en somatoformestoornissen (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995).

Als laatste punt is er dat er in de groep PTSS cliënten na behandeling weinig participanten zijn na het maken van een indeling op basis van de mate van psychopathologie in combinatie met de mate van welbevinden. Dit kan ervoor zorgen dat er een vertekend beeld ontstaat over de aantallen in deze groepen waardoor de resultaten niet helemaal betrouwbaar zouden kunnen zijn.

4.3 Conclusie & Aanbevelingen

Deze kwantitatieve studie heeft als eerste studie een eerste inzicht gegeven over het emotioneel, sociaal, psychologisch en algemeen welbevinden van PTSS cliënten in de huidige GGZ-instellingen. Het algemeen welbevinden van de PTSS cliënten voor behandeling en na behandeling blijkt lager te zijn dan het algemeen welbevinden van de algemene bevolking. En het algemeen welbevinden van PTSS cliënten voor behandeling blijkt significant lager te zijn dan het algemeen welbevinden van PTSS cliënten na behandeling. Echter komt naar voren dat de helft van de PTSS cliënten na behandeling nog steeds een laag welbevinden hebben. PTSS cliënten na behandeling verschilden van de algemene bevolking door een lager emotioneel welbevinden. Ook blijkt het twee-continua model terug te vinden is bij PTSS cliënten voor behandeling, maar ook bij PTSS cliënten na behandeling.

Met de resultaten van dit onderzoek kan er aanbevolen worden aan GGZ-instellingen om meer aandacht te besteden aan het emotioneel welbevinden van PTSS cliënten, omdat deze na de behandeling significant lager is dan het emotioneel welbevinden van de algemene bevolking. Een zeer belangrijk aandachtspunt is dat de helft van de PTSS cliënten na behandeling een laag mate van algemeen welbevinden heeft. Het is daarom van belang om met de MHC-SF na een behandeling PTSS cliënten te screenen op de mate van algemeen welbevinden en/of sociaal welbevinden, zodat PTSS cliënten met een laag mate van algemeen welbevinden of een laag mate van emotioneel welbevinden geselecteerd kunnen worden. Het emotioneel, sociaal, psychologisch en algemeen welbevinden kan verhoogd worden door de Welbevindentherapie (WBT), dat ontwikkeld is door de Italiaanse psychiater en wetenschapper Giovanni Fava, te geven als nazorg. Uit meerdere onderzoeken is gebleken dat

WBT voor een hoger welbevinden zorgt bij mensen met depressieve klachten, gegeneraliseerde angststoornis en een cyclothyme stoornis (Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conti, & Grandi, 1998; Fava, Rafanelli, Tomba, Guidi, & Grandi, 2011; Fava, Ruini, Rafanelli, Finos, Conti, et al., 2004; Fava, Ruini, Rafanelli, Finos, Salmaso, et al., 2004).

Ook zou er binnen de GGZ-instellingen meer aandacht besteedt moeten worden aan het twee-continua model omdat er uit steeds meer onderzoek duidelijk wordt dat dit model van toepassing is op veel groepen binnen de GGZ-instellingen. Dit kan gedaan worden door meer onderzoek te doen naar het welbevinden van verschillende psychiatrische patiënten. Hierbij is de MHC-SF een zeer belangrijk instrument. Aan de hand van de resultaten kunnen nieuwe behandelingen geïmplementeerd worden of beter nazorg aangeboden worden.

Het is tevens gewenst om meer onderzoek te verrichten naar het algemeen welbevinden van PTSS cliënten op groter schaal. Deze studie heeft gezorgd voor belangrijke inzichten, maar een onderzoek met meer participanten zou voor een beter beeld kunnen zorgen over het algemeen welbevinden van PTSS cliënten. Een groter onderzoek zou dan ook rekening moeten houden met verschillende achtergrond variabelen, zoals afkomst, opleiding, leeftijd, etc. Een vergelijking van het welbevinden van PTSS cliënten met andere psychiatrische patiënten zou ook een belangrijk vervolg onderzoek kunnen zijn, zodat het welbevinden van PTSS cliënten nog beter in kaart gebracht wordt.

Echter is de belangrijkste aanbeveling om PTSS cliënten met de MHC-SF te screenen op de mate van welbevinden en de cliënten met een laag welbevinden de WBT als nazorg te bieden. Vervolgens kan er onderzocht worden of de WBT zorgt voor een verhoging van het niveau van welbevinden bij deze cliënten. Als blijkt dat de WBT voor verhoging zorgt van het niveau van welbevinden bij PTSS cliënten, dan kan WBT als standaard nazorg aangeboden worden voor cliënten met een laag mate van welbevinden.

5 REFERENTIES

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Bohlmeijer, E. T., Bolier, L., & Walburg, J. (2013). *Handboek positieve psychologie: theorie, onderzoek en toepassingen*: Uitgeverij Boom.
- Davidson, J. R. T., Stein, D., Hewett, K., Adams, A., Bryson, H., Beebe, K., . . . Ruggerio, L. (2001). Paroxetine in the treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *European Neuropsychopharmacology*, 11, Supplement 3(0), S306. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-977X\(01\)80418-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-977X(01)80418-1)
- de Beurs, E. (2004). Brief symptom inventory, handleiding. *Leiden, The Netherlands*.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61(4), 305.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), 276.
- Ehring, T., & Quack, D. (2010). Emotion Regulation Difficulties in Trauma Survivors: The Role of Trauma Type and PTSD Symptom Severity. *Behavior Therapy*, 41(4), 587-598. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.004>
- Esen, Ö. (2011). Een kwantitatieve studie naar de positieve geestelijke gezondheid van cliënten met stemming & angstproblematiek.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., & Grandi, S. (1998). Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine*, 28(02), 475-480.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Tomba, E., Guidi, J., & Grandi, S. (2011). The sequential combination of cognitive behavioral treatment and well-being therapy in cyclothymic disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*, 80(3), 136-143.
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., & Grandi, S. (2004). Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 161(10), 1872-1876.
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., & Sirigatti, S. (2004). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*, 74(1), 26-30.

- Feeny, N. C., Zoellner, L. A., Fitzgibbons, L. A., & Foa, E. B. (2000). Exploring the roles of emotional numbing, depression, and dissociation in PTSD. *Journal of traumatic stress*, 13(3), 489-498.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (2008). *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*: Guilford Press.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772-799.
- Frommberger, U., Stieglitz, R.-D., Nyberg, E., Richter, H., Novelli-Fischer, U., Angenendt, J., . . . Berger, M. (2004). Comparison between paroxetine and behaviour therapy in patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): a pilot study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 8(1), 19-23.
- Gillham, J. E., & Seligman, M. E. (1999). Footsteps on the road to a positive psychology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S163-S173.
- Headey, B., & Wearing, A. J. (1992). *Understanding happiness: A theory of subjective well-being*: Longman Cheshire.
- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N. J., & Johnson, A. (2010). The Effectiveness of an Acceptance and Commitment Therapy Self-help Intervention for Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 26(5), 10. doi: 00002508-201006000-00006
- Kafka, G. J., & Kozma, A. (2002). The construct validity of Ryff's scales of psychological well-being (SPWB) and their relationship to measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 57(2), 171-190.
- Kashdan, T. B., Elhai, J. D., & Frueh, B. C. (2006). Anhedonia and emotional numbing in combat veterans with PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 457-467. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.001>
- Keijsers, G. P. J., Van Minnen, A., & Hoogduin, C. (2004). *Protocollaire behandelingen in de ambulante GGZ*: Springer.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Keyes, C. L., & Shapiro, A. (2004). Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. *How healthy are we*, 350-372.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly*, 121-140.

- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539.
- Keyes, C. L. M. (2009). Atlanta: Brief description of the mental health continuum short form (MHC-SF). *Resource document. Emory University web site. Accessed Jan, 25, 2012.*
- Kosten, T. R., Frank, J. B., Dan, E., McDougle, C. J., & Giller Jr., E. L. (1991). Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder using phenelzine or imipramine. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(6), 366-370.
- Lamers, S. M. A. (2012). *Positive Mental Health; measurement, relevance and implications*: Gildeprint.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110.
- Marshall, R. D., Beebe, K. L., Oldham, M., & Zaninelli, R. (2001). Efficacy and safety of paroxetine treatment for chronic PTSD: a fixed-dose, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 158(12), 1982-1988.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 572-581. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.015>
- Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R., & Endicott, J. (2005). Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1171-1178.
- Roemer, L., Litz, B., Orsillo, S., & Wagner, A. (2001). A Preliminary Investigation of the Role of Strategic Withholding of Emotions in PTSD. *Journal of traumatic stress*, 14(1), 149-156. doi: 10.1023/a:1007895817502
- Ruiter, C. d., & Hildebrand, M. (2006). Handboek Psychodiagnostiek. *Van testmethode Vroege*.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction* (Vol. 55): American Psychological Association.
- Stein, D. J., Ipser, J. C., & Seedat, S. (2006). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*, 1(1).
- Stein, D. J., Seedat, S., Van der Linden, G., & Zungu-Dirwayi, N. (2000). Selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of post-traumatic stress disorder: a meta-analysis

- of randomized controlled trials. *International clinical psychopharmacology*, 15, S31-39.
- Tiemens, B., Hutschemaekers, G., & Kaasenbrood, A. (2004). Getrapte zorg als beslismodel. van Balkom A.L.J.M., van Vliet I.M., Emmelkamp P.M.G., Bockting C.L.H., Spijker J., Hermens M.L.M., & J.A.C., M. (2013). Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.
- van der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L., & Simpson, W. B. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1), 37.
- Van Etten, M. L., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis.
- Westerhof, G., & Keyes, C. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 63(10), 808-820.
- Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. (2010). *Psychologie van de levenskunst*: Boom Amsterdam.
- Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J., . . . Hampton Atkinson, J. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152(9), 2098-2107. doi: 10.1016/j.pain.2011.05.016
- World Health Organization. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Genève: WHO.