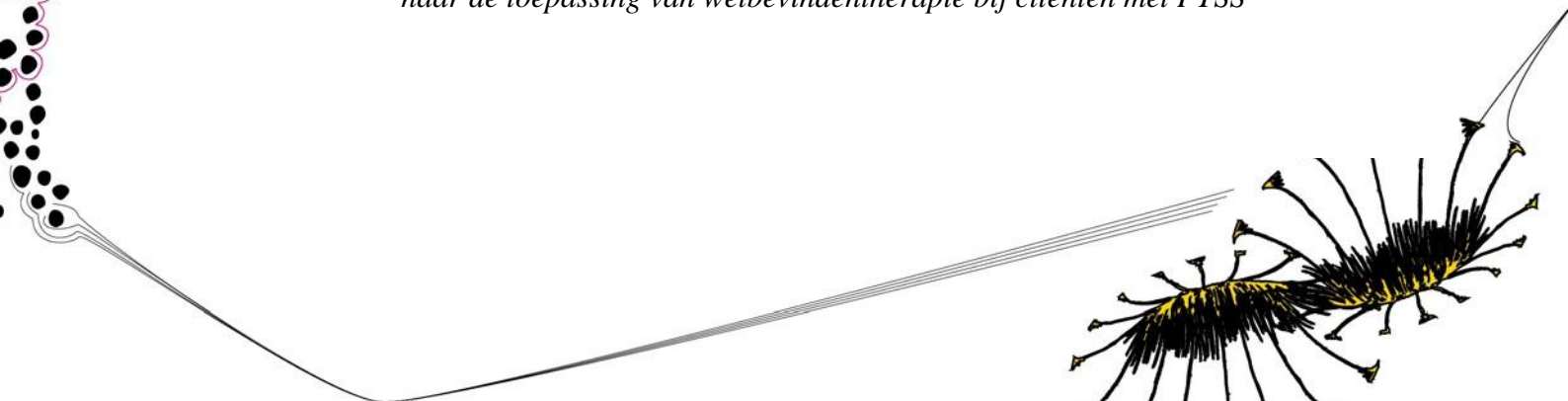




De behandelintegriteit binnen welbevindentherapie

*Een studie naar de adherentie van de therapeut en de behandeldifferentiatie binnen een RCT
naar de toepassing van welbevindentherapie bij cliënten met PTSS*



Door:

Lotte van der Lelij s1208985

Eerste begeleider:

Sanne Lamers

Tweede begeleider:

Jan Walburg



17 November 2015



Voorwoord

Voor u ligt de masterthesis die ik heb geschreven ter afsluiting van mijn master Positieve Psychologie en Technologie aan de Universiteit Twente. Dit onderzoek richt zich op welbevindentherapie, een vorm van therapie die zich niet uitsluitend richt op het verminderen van klachten, maar ook op het vergroten van psychologisch welbevinden. In dit onderzoek is gekeken of therapeuten welbevindentherapie zo uitvoeren als deze bedoeld is. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van een randomised controlled trial die wordt uitgevoerd door Laura Hüning, binnen het Centrum voor Psychotrauma van Mediant.

Mijn dank gaat uit naar Mediant en alle therapeuten die hun medewerking hebben verleend bij het uitvoeren van dit onderzoek. Laura, bedankt dat ik deel mocht uitmaken van jouw mooie onderzoek, ik hoop dat deze masterthesis een nuttige bijdrage voor jou zal zijn. Bedankt voor alles wat ik van jou heb mogen leren.

Graag wil ik ook mijn begeleiders bedanken, Sanne Lamers en Jan Walburg. Jullie feedback heeft mij zeer geholpen om deze masterthesis te schrijven. Sanne, door jouw positieve en opbouwende benadering was ik steeds weer gemotiveerd en geïnspireerd om aan de slag te gaan na een bespreking.

Ten slotte wil ik alle mensen in mijn omgeving bedanken die mij gedurende mijn hele studie zo gesteund hebben. Mijn familie, vrienden en vriend. Zonder jullie steun had ik het niet gered.

Lotte van der Lelij

Enschede, Oktober 2015

Samenvatting

Welbevindentherapie is een therapievorm die aansluit bij de positieve psychologie.

Welbevindentherapie richt zich niet uitsluitend op het verminderen van klachten, maar ook op het bevorderen van psychologisch welbevinden. Voor therapeuten betekent dit dat ze op een andere manier moeten behandelen dan ze gewend zijn. Deze studie richt zich op de vraag in hoeverre zij welbevindentherapie uitvoeren zoals deze bedoeld is, de behandelintegriteit. Om dit te onderzoeken is gebruik gemaakt van een randomised controlled trial (RCT) van Hüning (2013). Zij vergeleek de effectiviteit van welbevindentherapie met de effectiviteit van de treatment as usual (TAU) in de rehabilitatiefase van de behandeling van PTSS. In de huidige studie is er gekeken naar de adherentie van de therapeut binnen de welbevindentherapie en de TAU en naar de behandeldifferentiatie.

Aan de hand van de protocollen die gehanteerd zijn binnen de RCT zijn er scoreformulieren opgesteld, met hierop de handelingen die door de therapeut uitgevoerd dienen te worden. Vervolgens zijn er video's bekeken van verschillende sessies welbevindentherapie (N=7) en TAU (N=4) en is bijgehouden welke van de handelingen er werden uitgevoerd. Om de adherentie van de therapeut te bepalen, is er berekend hoeveel procent van de handelingen per sessie werd uitgevoerd. Hiernaast is bijgehouden op welke manier de therapeuten de handelingen hebben uitgevoerd. Voor het bepalen van de behandeldifferentiatie is gekeken of er geen elementen van welbevindentherapie werden toegepast binnen de TAU en of er verschillen zichtbaar waren tussen de twee therapievormen.

Binnen de welbevindentherapie was bij zes van de sessies sprake van honderd procent adherentie van de therapeut en bij één van de sessies was er 85,71 procent adherentie van de therapeut. Binnen de TAU was er bij twee sessies sprake van 100 procent adherentie van de therapeut en bij twee sessies was er 75 procent adherentie van de therapeut. Er was veel variatie te zien binnen de uitvoering van de vereiste handelingen van beide therapievormen. Er was sprake van genoeg behandeldifferentiatie. Binnen de TAU werden geen elementen toegepast die uitsluitend binnen de welbevindentherapie toegepast dienen te worden.

De behandelintegriteit binnen de RCT van Hüning (2013) blijkt gewaarborgd. Therapeuten blijken in staat om de omslag te maken en de welbevindentherapie zo uit te voeren als deze bedoeld is. Dit wil zeggen dat de behandelintegriteit geen negatieve invloed heeft gehad op de validiteit van de vergelijkingen die binnen de RCT werden gedaan. In hoeverre het precies naleven van het protocol daadwerkelijk invloed heeft op de effectiviteit van de welbevindentherapie zelf zou nog verder onderzocht kunnen worden.

Abstract

Well-being therapy is a form of therapy that fits within the positive psychology movement. This means that its aim is not just to decrease psychological symptoms, but also to increase psychological well-being. Therapists will have to treat their patients in a different way than they are used to. This study was conducted to investigate whether therapists deliver well-being therapy as it was intended, this is called the treatment integrity. To investigate the treatment integrity within well-being therapy, a randomised controlled trial (RCT) performed by Hüning (2013) was used. She compared the effectiveness of well-being therapy to the effectiveness of the treatment as usual (TAU) within the rehabilitation phase of the treatment of PTSD. The current study aimed to research the therapist adherence within the well-being therapy and the TAU, and the treatment differentiation.

The protocols that were used in the RCT were used to make score sheets, with all the actions that the therapists had to perform during the well-being therapy or the TAU. After this, videos of multiple well-being therapy (N=7) and TAU (N=4) sessions were watched and scored on how many of the required actions were performed. To determine the level of therapist adherence, a percentage of performed actions was calculated for both the well-being therapy and the TAU sessions. The way in which the actions were performed was also noted. To determine the level of treatment differentiation, it has been reviewed whether no elements of well-being therapy were applied within the TAU sessions and if there were clear differences between the well-being therapy and the TAU.

Within six of the well-being therapy sessions, the therapist adherence was one hundred percent. In one of the sessions the therapist adherence was 85.71 percent. Within two of the TAU sessions, the therapist adherence was one hundred percent. In two of the sessions the therapist adherence was 75 percent. There was a lot of variation in the way the required actions were performed in both types of therapy. The treatment differentiation was sufficient. No elements of well-being therapy were applied within the TAU sessions.

The treatment integrity within the RCT of Hüning (2013) appears to be secured. Therapists are able to make the change from the treatment they are used to give to well-being therapy. This means that the treatment integrity was not a negative influence on the validity of the results of the RCT. It is still up to further research to what extent the exact compliance of the protocol influences the effectiveness of well-being therapy.

Inhoud

Voorwoord	2
Samenvatting.....	3
Abstract	4
Inleiding	6
Positieve psychologie	6
Welbevindentherapie.....	7
Een omslag voor de therapeut	8
Behandelintegriteit	9
Welbevindentherapie bij PTSS	10
Methode	13
Data	13
Procedure.....	13
Materiaal.....	14
Analyse.....	15
Resultaten.....	18
Adherentie therapeut binnen de welbevindentherapie	18
Adherentie van de therapeut binnen de TAU	23
Behandeldifferentiatie	26
Discussie	28
Implicaties	29
Protocol en competentie van de therapeut.....	30
Sterke kanten en beperkingen studie.....	31
Conclusies	32
Referenties	33

Inleiding

In deze studie zal er worden gekeken naar de behandelintegriteit binnen de uitvoering van welbevindentherapie. Welbevindentherapie is een vorm van therapie die past binnen het gedachtegoed van de positieve psychologie. Het is een therapievorm die zich niet alleen richt op het verminderen van psychopathologie en klachten, maar ook op het verhogen van psychologisch welbevinden (Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conti, & Grandi, 1998). Dit vraagt aan therapeuten een andere manier van behandelen dan wat er in het verleden werd gedaan (Bohlmeijer et al. 2013; Fava & Ruini, 2003). De vraag die in dit onderzoek wordt gesteld is of de therapeuten die deze therapievorm geven, deze wel zo uitvoeren als die bedoeld is.

Positieve psychologie

In het verleden werd er binnen de geestelijke gezondheidszorg bijna uitsluitend gekeken naar psychologisch disfunctioneren (Ryff & Singer, 1996; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Geestelijke gezondheid werd gezien als de afwezigheid van pathologie in plaats van de aanwezigheid van welbevinden. De positieve psychologie pleit ervoor meer onderzoek te doen naar de aspecten die belangrijk zijn voor optimaal functioneren van individuen, relaties en samenlevingen (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Ook de World Health Organisation (WHO), (2005) pleit ervoor om de aandacht voor geestelijke gezondheid niet te beperken tot de afwezigheid van geestelijke ziekten. De WHO (2015, p.2.) definieert 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”. Hieruit kunnen de drie kerncomponenten van welbevinden worden herleidt: emotioneel welbevinden, sociaal welbevinden en psychologisch welbevinden (Westerhof & Keyes, 2010). Emotioneel welbevinden is de subjectieve ervaring van welbevinden. Volgens Diener (1984) omvat emotioneel welbevinden drie aspecten; de mate waarin positieve emoties aanwezig zijn, de mate waarin negatieve emoties afwezig zijn en in hoeverre er sprake is van levenstevredenheid. Sociaal welbevinden is de individuele ervaring en beoordeling van het maatschappelijke of publiekelijke functioneren (Keyes, 1998). Psychologisch welbevinden heeft betrekking op hoe een individu functioneert in de zin van zelfrealisatie en het vervullen van psychologische behoeften. Het draait hierbij om persoonlijke groei en ontwikkeling (Ryff, 1989).

Vanuit de positieve psychologie is het twee continua model van geestelijke gezondheid ontstaan (Keyes, 2005; Westerhof & Keyes, 2010). Dit model stelt dat geestelijke gezondheid bestaat uit twee dimensies, namelijk de afwezigheid van psychopathologie en de

aanwezigheid van positieve mentale gezondheid. Keyes (2005) voerde een onderzoek uit onder 3000 Amerikanen, waarin hij onderzocht hoe deze twee dimensies zich tot elkaar verhouden. Hieruit kwam naar voren dat een hoge score op welbevinden samenhangt met minder psychische klachten en andersom, maar dat deze samenhang niet perfect is. Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster en Keyes (2011) ontdekten in hun studie onder een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking, dat een verhoging van positieve geestelijke gezondheid negatief correleert met de mate van psychische klachten. Dit onderzoek toont aan dat hoge mate van positieve geestelijke gezondheid kan dienen als een buffer tegen de ontwikkeling van psychopathologie. Dit betekent dat het verhogen van welbevinden gebruikt zou kunnen worden voor het voorkomen van terugval na psychologische behandeling (Fava, Tomba, & Grandi, 2007).

Welbevindentherapie

Welbevindentherapie is ontwikkeld door de Italiaanse psycholoog Fava (Fava et al., 1998). Het is een therapievorm die zich richt op zowel het terugdringen van klachten en pathologie, als op het verhogen van het psychologisch welbevinden. Hiermee sluit het dus aan op het twee continua model. Het doel van welbevindentherapie is het verminderen van terugval na behandeling van depressies en angsten. De therapie is gebaseerd op het conceptueel model van Ryff (1989), over psychologisch welbevinden. Zij beschouwt positief functioneren vanuit menselijke groei en ontwikkeling, hierbij noemt ze zes criteria die essentieel zijn voor het algemene streven om het eigen potentieel te realiseren: Doelgerichtheid, zelfacceptatie, autonomie, positieve relaties, omgevingsbeheersing en persoonlijke groei (zie Tabel 1 voor een omschrijving).

De effectiviteit van welbevindentherapie is inmiddels bij verschillende groepen aangetoond. Fava et al. (1998) voerden een onderzoek uit onder cliënten die al een behandeling hadden gehad voor een stemmings- of angststoornis. De nabehandeling vond plaats door middel van welbevindentherapie of cognitieve gedragstherapie. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat de beide therapievormen effectief waren in het verhogen van het psychologisch welbevinden, maar dat de welbevindentherapie significant effectiever was in het terugdringen van restsymptomen. De effectiviteit van welbevindentherapie is ook onderzocht bij cliënten met een gegeneraliseerde angststoornis (Fava et al., 2005). Uit dit onderzoek kwam naar voren dat een behandeling die cognitieve gedragstherapie en welbevindentherapie combineert, effectiever is in het terugdringen van klachten en het verhogen van welbevinden dan cognitieve gedragstherapie alleen. Verder is ook bij de

behandeling van een cyclothyme stoornis de effectiviteit van welbevindentherapie aangetoond (Fava, Rafanelli, Tomba, Guidi, & Grandi, 2011). Een combinatie van cognitieve gedragstherapie en welbevindentherapie leidde tot significante en langdurige vooruitgang bij cliënten met een cyclothyme stoornis.

Tabel 1

Dimensies van psychologisch welbevinden volgens Ryff (1989)

Doelgerichtheid	Plannen en doelen hebben: gevoel van richting in het leven; ervaring van zinvolheid in heden en verleden; erin geloven dat het leven ergens naartoe gaat.
Zelfacceptatie	Positieve attitude ten opzichte van zichzelf: herkenning en acceptatie van verschillende kanten van de eigen persoon, inclusief positieve en negatieve eigenschappen; positief gevoel over het verleden en het verloop van het eigen leven.
Autonomie	Zelfbepaling en onafhankelijkheid. Weerstand tegen sociale druk om op bepaalde manieren te denken en zich te gedragen: gedragsregulatie van binnenuit; zelfbeoordeling aan de hand van persoonlijke maatstaven.
Positieve relaties	Warme, vertrouwensvolle relaties met anderen; bezig zijn met het welzijn van anderen; capaciteiten voor empathie, affectie en intimiteit; begrip voor geven en nemen in menselijke relaties.
Omgevingsbeheersing	Gevoel van beheersing en competentie bij het omgaan met de eisen die de omgeving stelt; controle over een complex geheel van activiteiten; effectief gebruik van mogelijkheden die zich voordoen; kiezen en creëren van contexten die passen bij persoonlijke behoeften en waarden.
Persoonlijke groei	Gevoel van voortgaande ontwikkeling; perceptie van de eigen persoon als groeiend en zich ontwikkelend; openheid voor nieuwe ervaringen; gevoel van realisatie van de eigen mogelijkheden; verandering in de richting van meer zelfkennis en effectiviteit.

Een omslag voor de therapeut

Welbevindentherapie vraagt van therapeuten om een andere manier van behandelen dan wat ze in het verleden hebben gedaan (Bohlmeijer et al. 2013; Fava & Ruini, 2003) Fava en Ruini (2003) noemen twee belangrijke verschillen tussen welbevindentherapie en cognitieve gedragstherapie. Het eerste verschil is de focus, bij cognitieve gedragstherapie ligt de focus op psychisch lijden, binnen welbevindentherapie gaat het voornamelijk om het psychologisch welbevinden. Het tweede verschil is het doel van de behandeling. Bij cognitieve

gedragstherapie is het doel een afname van psychisch leiden door het leren beheersen van automatische gedachten, binnen welbevindentherapie is het doel het verhogen van de verschillende dimensies van psychologisch welbevinden zoals deze zijn omschreven door Ryff (1989). Duckworth, Steen en Seligman, (2005) benoemen dat goede therapeuten zich waarschijnlijk al zullen richten op zowel het verminderen van tekortkomingen bij cliënten als het uitbouwen van sterke kanten. Er is echter vanuit het verleden veel meer empirische aandacht en expliciete training geweest voor het verminderen van de tekortkomingen. Dit roept de vraag op in hoeverre therapeuten in staat en gemotiveerd zijn om de overgang van de therapievorm die ze gewend, naar welbevindentherapie te maken. In een kleine casestudie van Post (2011) is er onder andere gekeken naar de ervaringen van therapeuten met welbevindentherapie. Hieruit komt naar voren dat de therapeuten welbevindentherapie als positief ervaren. Zij ervaren dat het niet alleen de cliënt, maar ook henzelf positieve energie oplevert. Wel geven ze aan te merken dat er een andere manier van werken wordt gevraagd en dat dit een alerte en sturende houding vergt. Er bleek behoefte aan een duidelijk gestructureerd protocol. Het is een valkuil voor therapeuten om in oude patronen terug te vallen. In de studie van Post (2011) is er dus wel aandacht besteedt aan de motivatie van de therapeuten, er is echter niet gekeken in hoeverre de therapeuten er in zijn geslaagd zich aan het protocol te houden en de welbevindentherapie op een juiste manier te geven. De huidige studie zal zich richten op de behandelintegriteit bij welbevindentherapie.

Behandelintegriteit

Behandelintegriteit wordt gedefinieerd als de mate waarin de behandeling wordt uitgevoerd zoals deze bedoeld is (Perepletchikova, Treat, & Kazdin, 2007). Frylling, Wallaca en Yassine (2012) beschouwen in hun artikel verschillende studies die aantonen dat behandelintegriteit invloed heeft op de effectiviteit van interventies gericht op gedragsverandering. Binnen effectonderzoek naar behandelingen is het belangrijk de behandelintegriteit te bewaken, zodat er eerlijke, krachtige en valide vergelijkingen kunnen worden gemaakt tussen behandelvormen (Moncher & Prinz, 1991). Wanneer dit niet gedaan wordt, kunnen er namelijk significante effecten worden gevonden die niet veroorzaakt zijn door de behandeling, maar door andere factoren die bij de behandeling aanwezig waren. Wanneer er geen significante effecten worden gevonden is dan ook niet duidelijk of dat komt doordat de behandeling niet effectief is, of dat deze niet correct is uitgevoerd (Borrelli, 2011). Verder kunnen behandelingen niet gerepliceerd worden in andere onderzoeken en kan de generaliseerbaarheid van het onderzoek niet worden gegarandeerd (Perepletchikova et al.,

2007). Binnen welbevindentherapie wordt er van therapeuten gevraagd op een andere manier te behandelen dan ze gewend zijn. Dit zou ertoe kunnen leiden dat de behandelintegriteit afneemt. Bij onderzoek naar deze relatief nieuwe vorm van therapie is het dan ook zeer belangrijk om te onderzoeken of de behandelintegriteit wel gewaarborgd blijft.

Hoewel het dus erg belangrijk is om behandelintegriteit te bewaken wordt dit niet vaak gedaan. Pereplechikova et al. (2007) deden een meta-analyse naar randomised controlled trials (RCT's) in zes belangrijke tijdschriften voor psychologie en psychiatrie. Ze onderzochten hierbij of er binnen onderzoek naar interventies aandacht werd besteedt aan de behandelintegriteit en in hoeverre maatregelen om behandelintegriteit te bewaken adequaat werden toegepast. Ze kwamen tot de conclusie dat controle op behandelintegriteit erg zeldzaam is en dat in slechts 3,5% van de behandelingen adequaat rekening is gehouden met de behandelintegriteit.

Behandelintegriteit bevat drie aspecten: De adherentie van de therapeut, dit houdt in dat de therapeut de voorgeschreven procedures volgt; de competentie van de therapeut, dit heeft betrekking op de vaardigheden en het beoordelingsvermogen van de therapeut; en de behandelingsdifferentiatie, of behandelingen die worden gebruikt als de verschillende experimentele condities genoeg van elkaar verschillen op relevantie dimensies (Pereplechikova et al., 2007; Waltz, Addis, Koerner & Jacobson, 1993).

Welbevindentherapie bij PTSS

Om te onderzoeken in hoeverre de behandelintegriteit gewaarborgd blijft binnen welbevindentherapie, zal er worden gekeken naar de behandelintegriteit binnen een RCT van Hüning (2013). Zij voert een onderzoek uit naar de toepassing van welbevindentherapie in de rehabilitatiefase van de behandeling van cliënten met een posttraumatische stress stoornis (PTSS).

Epidemiologisch onderzoek laat zien dat ongeveer 8% van de bevolking boven de 18 jaar PTSS heeft (de Jongh & Arts, 2004). De life-time prevalentie van blootstelling aan trauma bij mannen is 61%, bij vrouwen is dat 51%. Er zijn twee evidence-based behandelingen voor PTSS: Eye Movement Desentization and Reprocessing (EMDR) en Prolonged Exposure. Hoewel effectieve behandeling mogelijk is, is uit een longitudinale studie van Pérez, Zlotnick, Stout en Lou (2012) gebleken dat de terugval na een succesvolle behandeling 29,5% is. Dit cijfer laten zien dat er vraag is naar een methode die deze terugval kan verminderen. Aangezien het verhogen van welbevinden de kans op terugval vermindert, lijkt welbevindentherapie deze rol te kunnen vervullen. Er is echter nog zeer weinig onderzoek

gedaan naar de toepassing van welbevindentherapie bij PTSS. Tot nu toe is er slechts een casestudie gedaan met 2 cliënten. Bij hen bleek na een follow-up zes maanden en een jaar geen sprake meer te zijn bij PTSS en was het psychologisch welbevinden toegenomen (Belaise, Fava, & Marks, 2004).

Gezien de wenselijkheid van een groter, experimenteel opgezet onderzoek, hebben Bohlmeijer en Hüning (2014) de welbevindentherapie zo aangepast dat deze kan worden uitgevoerd in de rehabilitatie fase van de behandeling van PTSS. Binnen een RCT wordt de effectiviteit van welbevindentherapie vergeleken met de effectiviteit treatment as usual (TAU) in rehabilitatiefase van de behandeling. Binnen de RCT van Hüning (2013) zijn verschillende maatregelen genomen om ervoor te zorgen dat de behandelintegriteit gewaarborgd blijft. Er wordt gewerkt middels protocollen, de therapeuten hebben een training gevolgd en er zijn intervisie bijeenkomsten. Tevens wordt er binnen elke behandeling een video-opname gemaakt van één van de sessies.

De onderzoeksvraag uit de huidige studie is: In hoeverre blijft de behandelintegriteit gewaarborgd binnen welbevindentherapie? Deze vraag is wetenschappelijk relevant, omdat welbevindentherapie om een nieuwe manier van behandelen vraagt van therapeuten en het nog onduidelijk is in hoeverre therapeuten er in slagen deze omslag te maken. Hierbij wordt er gekeken naar de behandelintegriteit binnen de RCT van Hüning (2013). De onderzoeksvraag wordt verdeeld in drie deelvragen: Hoe hoog is de adherentie van de therapeut bij het toepassen van de welbevindentherapie? Hoe hoog is de adherentie van de therapeut bij het toepassen van de TAU? en Is er sprake van behandeldifferentiatie tussen de welbevindentherapie en de TAU? Er is voor gekozen het onderzoek te richten op de adherentie van de therapeut en de behandeldifferentiatie en dus niet op de competentie van de therapeut. Deze keuze is gemaakt om de praktische uitvoerbaarheid van de studie te waarborgen. Verder is de verwachting dat therapeuten in de overgang die zij maken van de therapievorm die zij gewend zijn uit te voeren naar de welbevindentherapie, mogelijk problemen kunnen ondervinden in het adherent uitvoeren van het protocol. De kans dat zij hierdoor minder competent zullen zijn, wordt als zeer klein geschat.

Het is voor de validiteit van de RCT belangrijk dat de behandelintegriteit gewaarborgd blijft. De uitkomst van de RCT kan zeer bepalend zijn voor keuzes die er in de toekomst gemaakt worden over de rehabilitatiefase van de behandeling van PTSS. Hierdoor is het belangrijk dat de uitkomst van het onderzoek valide is. Verder is het relevant om te kijken naar de behandelintegriteit voor het verder ontwikkelen van het protocol van welbevindentherapie bij PTSS. Het zou bijvoorbeeld zo kunnen zijn dat instructies in het

protocol onduidelijk zijn of vatbaar voor meerdere interpretaties. Observeren of en op welke manier therapeuten zich aan het protocol houden zegt niet alleen iets over of een therapeut wel of niet op de juiste manier handelt, maar allicht ook over het protocol zelf. In dat geval kunnen er suggesties gedaan worden voor aanpassingen aan het protocol en hierdoor zou ook de uitvoering van de welbevindentherapie zelf verbeterd kunnen worden.

Methode

Data

Om de behandelintegriteit binnen de RCT te bewaken zijn er video-opnames gemaakt van de twee therapievormen. Van meerdere behandelingen, zowel binnen de welbevindentherapie als binnen de TAU, is een sessie opgenomen. (Hüning, 2013). Voor deze studie zijn in totaal elf sessies bekeken. In zeven van de video's werd welbevindentherapie gegeven. Het gaat om sessies van vier verschillende therapeuten, van wie één vrouw en drie mannen. Twee van deze therapeuten hadden al voor de training in welbevindentherapie ervaring opgedaan met, of kennis opgedaan over welbevindentherapie. De video's die van de welbevindentherapie zijn bekeken, waren allemaal van latere sessies in de behandeling. Eén video was van een vierde sessie, drie video's waren van een vijfde sessie en twee video's waren van een zesde sessie.

In vier van de bekeken video's wordt TAU gegeven. Hierbij gaat het om sessies van vier verschillende therapeuten, van wie twee vrouwen en twee mannen. Twee van deze therapeuten zijn ook beoordeeld op hun adherentie in het uitvoeren van de welbevindentherapie. Ook de video's die van de TAU zijn bekeken, waren allemaal van latere sessies in de behandeling, één video was van de tweede sessie en drie video's waren van de laatste sessie.

Procedure

De randomised controlled trial (RCT) naar welbevindentherapie in de rehabilitatiefase van de behandeling van PTSS werd uitgevoerd door Hüning (2013). Het doel van deze RCT was het onderzoeken of deelname aan welbevindentherapie leidt tot een significant hoger niveau van welbevinden en een significant lager niveau van PTSS klachten dan deelname aan de TAU. De RCT vond plaats op het Centrum voor Psychotrauma van de GGZ-instelling Mediant, te Enschede. Participanten werden geworven uit de groep cliënten die een klachtgerichte behandeling hebben doorlopen voor PTSS. De inclusiecriteria voor deelname aan de RCT waren dat de cliënt minimaal 18 jaar was en dat er geen sprake meer was van een PTSS. Dit laatste criterium werd gemeten met een diagnostisch interview (de M.I.N.I.).

Deelnemers aan het onderzoek werden random verdeeld tussen twee condities. De experimentele conditie was de welbevindentherapie. De welbevindentherapie bestond uit zes face-to-face gesprekken van 45 minuten. Deze sessies vonden plaats aan de hand van een protocol geschreven door Bohlmeijer en Hüning (2014). In de eerste twee sessies werden de momenten van welbevinden die een deelnemer ervaren had, bijgehouden in een dagboek en

besproken. Tevens was er in sessie één aandacht voor de rol van positieve emoties en kwam in sessie twee zelfcompassie aan bod. In sessie drie leerde de cliënt hoe om te gaan met gedachten die invloed hebben op het ervaren van welbevinden. Verder stond in sessies drie, vier en vijf posttraumatische groei centraal. In sessie zes was er ruimte voor een thema naar keuze van de cliënt. Aan het begin van de welbevindentherapie ontving de cliënt het zelfhulpboek *Dit is jouw leven* (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2013). Uit dit boek werden oefeningen gedaan en hoofdstukken gelezen. De welbevindentherapie werd uitgevoerd door therapeuten die werkzaam zijn binnen het Centrum voor Psychotrauma. Zij hebben hiervoor een training gevolgd die is gegeven door docenten van de Universiteit Twente. De welbevindentherapie werd bij elke deelnemer uitgevoerd door de therapeut die ook de klachtgerichte behandeling had uitgevoerd.

De controleconditie was de treatment as usual (TAU). Deze bestond uit drie face-to-face gesprekken van 45 minuten en drie e-health contacten. Ook voor deze contacten is door Hüning een protocol opgesteld (2014). Binnen deze contacten werden bevindingen van de deelnemer in de afgelopen week besproken. Er werd besproken welke moeilijkheden de deelnemer in de afgelopen week had ondervonden en hoe hij hiermee was omgegaan. Van de therapeut werd hierbij een actieve luisterhouding verwacht. Verder kwamen coping, dag-routine, sociale contacten en vrijetijdsbesteding aan bod. De gebruikelijke rehabilitatie werd uitgevoerd door de therapeuten van het Centrum voor Psychotrauma. Zij zijn bevoegd en gekwalificeerd om deze uit te voeren. De gebruikelijke rehabilitatie werd, net als de welbevindentherapie, uitgevoerd door de therapeut die ook de klachtgerichte behandeling had uitgevoerd.

Materiaal

Aan de hand van het protocol voor de welbevindentherapie (Bohlmeijer en Hüning, 2014) en de TAU (Hüning, 2014) zijn scoreformulieren opgesteld, het scoreformulier voor de welbevindentherapie staat weergegeven in Tabel 2. De sessies van de welbevindentherapie verschillen onderling van elkaar, aangezien er verschillende onderdelen van welbevinden aan bod komen. Aan de hand van het protocol van de welbevindentherapie zijn er scoreformulieren opgesteld, met hierop acht handelingen die in alle, of in het grootste deel van de welbevindentherapie sessies uitgevoerd dienen te worden. De handelingen zijn zo gekozen dat alle punten die in het protocol beschreven staan onder een van de acht handelingen van het scoreformulier te categoriseren zijn

Tabel 2*Scoreformulier welbevindentherapie*

Handeling	Toelichting	j/n
1 Verwelcoming/introductie	Het welkom heten van de cliënt	
2 De juiste oefening in de juiste sessie	Alle oefeningen die voor elke sessie in het protocol staan worden gedaan of gesproken. Er worden geen oefeningen besproken die niet worden voorgeschreven. De oefeningen worden op de juiste manier uitgelegd en uitgevoerd.	
3 Bespreken positieve emoties/positieve geestelijke gezondheid	Expliciet uitleggen wat positieve geestelijke gezondheid of positieve emoties zijn en waarom ze belangrijk zijn. In de eerste sessie wordt bijvoorbeeld voorgeschreven het belang van positieve emoties te bespreken. (staat niet voor iedere sessie voorgeschreven)	
4 Bespreken van het huiswerk	Het huiswerk wordt besproken en de doorvragen die in het protocol staan worden gesteld.	
5 Bespreken van het boek	Het juiste hoofdstuk uit het boek wordt besproken en de doorvragen die in het protocol staan worden gesteld.	
6 Doen van oefeningen	De oefeningen worden uitgevoerd zoals uitgelegd in het protocol of zoals beschreven in het zelfhulpboek <i>Dit is jouw leven</i> .	
7 Het ombuigen van iets negatiefs naar iets positiefs	Wanneer de cliënt bijvoorbeeld tegen problemen aan is gelopen bij het uitvoeren van de oefeningen de nadruk op iets positiefs leggen of positief heretiketteren. (staat niet voor iedere sessie voorgeschreven)	
8 Uitnodigen om naar de positieve kant te kijken	Bijvoorbeeld het geven van complimenten, het bespreken van waardevolle zaken en het vragen naar wat er goed ging bij het uitvoeren van oefeningen.	

De TAU-sessies worden in het protocol minder uitvoerig besproken dan de welbevindentherapie-sessies. Wel zijn er vijf handelingen die in iedere sessie van het protocol terugkomen. Die staan weergegeven in het scoreformulier in Tabel 3.

Analyse

Om de adherentie van de therapeuten te meten zijn de video-opnames gescoord aan de hand van de vooraf opgestelde scoreformulieren. Volgens (Borrelli, 2011) is dit de gouden standaard voor het bepalen van de adherentie van de therapeut. Andere methoden, zoals

Tabel 3*Scoreformulier TAU*

Handeling	Toelichting	j/n
1 Verwelkoming/introductie	Het welkom heten van de cliënt	
2 Uitvragen wat er goed gaat	Vragen wat er sinds het laatste e-mailcontact goed is gegaan met de cliënt	
3 Uitvragen wat er beter kan	Vragen wat er beter kan en of er problemen zijn waar de cliënt tegenaan is gelopen	
4 Bespreken verschillende levensgebieden	In de eerste sessie wordt een overzicht met levensgebieden opgesteld dat centraal dient te staan binnen de rehabilitatiefase. De levensgebieden moeten iedere sessie terugkomen.	
5 Vaststellen aandachtspunten tot aan volgende sessie	Aandachtspunten tot aan de volgende sessie vaststellen. (In de laatste sessie is hier geen sprake meer van)	

vragenlijsten voor therapeuten of interviews met cliënten zijn subjectief en daardoor minder betrouwbaar (Waltz et al., 1993). Ze correleren dan ook weinig met objectievere meetmethoden. (Chevron & Rounsaville, 1983). Bij het bekijken van de video's is op de scoreformulieren aangegeven of de therapeut de handelingen vanuit het protocol wel of niet uitvoert. Uiteindelijk kon er zo per sessie berekend worden hoeveel procent van de voorgeschreven handelingen door de therapeut werd uitgevoerd. Hierbij is er rekening gehouden met het feit dat een aantal handelingen niet in iedere sessie werd voorgeschreven. Wanneer er een handeling niet werd voorgeschreven en dus ook niet werd uitgevoerd, is deze niet meegenomen in het berekenen van de adherentie. De adherentie van de therapeut werd als gewaarborgd beschouwd wanneer er niet meer dan één van de voorgeschreven handelingen niet werd uitgevoerd.

Er is ook er gekeken op welke manier de handelingen werden uitgevoerd. Aangezien er niet bij iedere handeling in het protocol staat voorgeschreven hoe deze dient te worden uitgevoerd en aangezien het bij het bekijken van de video's duidelijk werd dat dit op verschillende manieren en in verschillende mate gebeurde. Hierop is zowel bij de welbevindentherapie als de TAU een kwalitatieve analyse uitgevoerd. Bij het kijken naar de video's is bijgehouden op welke manier de therapeut de handelingen uitvoerde. Hierbij is geprobeerd zo dicht mogelijk bij de feitelijk uitvoering en de letterlijke bewoording van de therapeuten te blijven. Hierna zijn de verschillende manieren zo samengevoegd dat er een lijst ontstond met alle manieren waarop de verschillende handelingen zijn uitgevoerd. Voor

de welbevindentherapie staat deze lijst weergegeven in Tabel 5. Voor de TAU staat deze lijst weergegeven in Tabel 7. Er is berekend hoe vaak handelingen op een bepaalde manier zijn uitgevoerd. Ten slotte is gekeken of er handelingen plaatsvonden die niet in het protocol beschreven staan.

Voor de behandelingsdifferentiatie is het belangrijk dat er geen elementen van welbevindentherapie gebruikt worden in de TAU. Om deze reden is bij het bekijken van de video's van de sessies waarin TAU werd gegeven niet alleen gekeken naar of de handelingen die volgens het protocol uitgevoerd dienen te worden, daadwerkelijk worden uitgevoerd. Er is ook gekeken welke positieve elementen in de sessies worden toegepast, waarna is bepaald of het gaat om een element dat slechts toegepast zou mogen worden in de welbevindentherapie of een element dat ook toelaatbaar en toepasbaar is binnen de TAU. Er zijn elementen die binnen de positieve psychologie toegepast worden, maar die ook passend zijn binnen de TAU, zoals bijvoorbeeld het geven van complimenten of het gebruiken van de sterke kant van een cliënt. Omdat het toepassen van deze elementen passend is in beide behandelingen, gaat deze niet ten koste van de behandelingsdifferentiatie. Om deze reden is ervoor gekozen alleen handelingen die uitsluitend toepasselijk zijn voor de welbevindentherapie te beoordelen als een bedreiging voor de behandelingsdifferentiatie. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om het doen van een oefening uit het handboek *Dit is jouw leven* (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2013).

Resultaten

Adherentie therapeut binnen de welbevindentherapie

De eerste deelvraag van deze studie was: Hoe hoog is de adherentie van de therapeut bij het toepassen van de welbevindentherapie? Om dit te bepalen is er per sessie beoordeeld hoeveel van de voorgeschreven handelingen er werden uitgevoerd. De resultaten per sessie staan weergegeven in Tabel 4.

Tabel 4

Adherentie van de therapeut binnen de welbevindentherapie

	Sessie A	Sessie B	Sessie C	Sessie D	Sessie E	Sessie F	Sessie G
Handeling 1	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Handeling 2	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Handeling 3	Ja	n.v.t	Ja	Ja	n.v.t	Ja	Ja
Handeling 4	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Handeling 5	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Handeling 6	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	n.v.t	Ja
Handeling 7	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Handeling 8	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Totaal (%)	100	85.71	100	100	100	100	100
Adherent?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

In sessies B, E en F was er sprake van een handeling die niet stond voorgeschreven in het protocol. In sessies B en E was dat handeling drie, ‘Bespreken positieve geestelijke gezondheid/positieve emoties’. Bij sessie F was dat handeling zes ‘het doen van oefeningen’. Omdat deze handelingen niet stonden voorgeschreven voor die sessies in het protocol worden deze ook niet meegenomen in het berekenen van de adherentie. In sessie B werd handeling zes; ‘het doen van oefeningen’ wel voorgeschreven door het protocol, maar niet uitgevoerd. Het ontbreken van deze handeling wordt dus wel meegerekend in het bepalen van de adherentie van de therapeut. In totaal was er bij zes van de sessies sprake van honderd procent adherentie van de therapeut en bij één van de sessies 85,71 procent adherentie van de therapeut. Aangezien er in geen van de sessies meer dan één handeling niet werd uitgevoerd, is de adherentie van de therapeut in alle sessies gewaarborgd.

Per handeling is gekeken op welke manier de handeling wordt uitgevoerd. In Tabel 5 wordt een overzicht gegeven van hoe vaak en op welke manier de handelingen in totaal worden uitgevoerd.

Tabel 5*Uitvoering van de vereiste handelingen binnen de welbevindentherapie*

Handeling		N	%
1.Verwelkoming/introductie		7	100
Opmerking over het boek/huiswerk	<i>“Je hebt een brief naar jezelf geschreven?”</i>	4	57,14
Algemene vraag over hoe het met de cliënt gaat	<i>“Hoe gaat het met je?”</i>	2	28,57
Vraag over een specifieke situatie	<i>“Hoe is het gegaan in het ziekenhuis?”</i>	1	14,28
2.De juiste oefeningen in de juiste sessie		7	100
Onvolledige uitleg van de opdracht	<i>Er wordt slechts uitgelegd dat er een brief vanuit de toekomst moet worden geschreven en niet dat het over een positieve afloop of oplossing van een probleem moet gaan.</i>	2	28,57
Fout in nabespreking van de opdracht	<i>Brief wordt niet door de cliënt zelf voorgelezen</i>	2	28,57
3.Bespreken positieve geestelijke gezondheid/positieve emoties		5	71,43
Opmerking van de cliënt wordt door therapeut op de positieve psychologie betrokken.	<i>Cliënt vertelt dat goede dingen zich verspreiden en therapeut zegt dat dat ook de gedachte is achter het boek.</i>	3	42,86
Een opmerking van de therapeut	<i>“Mensen die dingen doen waar ze gelukkig van worden, zijn gezonder”</i>	1	14,28
Positieve opmerking van de cliënt waar niet door de therapeut op wordt ingegaan.	<i>Cliënt vertelt dat hij nu makkelijker met tegenslag om kan gaan</i>	1	14,28
4.Bespreken van huiswerk		7	100
Doorvragen	<i>“Waar ben je in gegroeid?”</i>	5	71,43
Complimenteren	<i>“Wat een positieve brief, ik krijg er kippenvel van”</i>	6	85,71
5.Bespreken van het boek		7	100
Inhoudelijke bespreking	<i>“In dit hoofdstuk gaat het over lief zijn voor jezelf, kun je dat wel?”</i>	5	71,43
Mening van de cliënt over het boek zelf	<i>Cliënte geeft aan dat ze het boek te zwaar vind</i>	2	28,57
6.Oefeningen doen		5	71,43

Huiswerk dat nog niet door de cliënt gedaan is	<i>Een bespreking van wat de sterke kanten van een cliënt zijn</i>	2	28,57
Nieuwe oefening uit het protocol	<i>“Is er iemand die jou inspireert?”</i>	4	57,14
7.Het ombuigen van iets negatiefs naar iets positiefs		7	100
Een negatieve situatie aangedragen door de cliënt, wordt positief geïnterpreteerd door de therapeut.	<i>Cliënt heeft het over afvallen en therapeut noemt het “Iets doen wat belangrijk is voor je”</i>	3	42,86
Een cliënt kijkt negatief naar een levensfase en de therapeut kijkt juist naar de positieve kanten.	<i>“Maar het heeft wel bijgedragen aan wie je nu bent. Moet je kijken hoe je nu straalt.”</i>	2	28,57
De cliënt beschouwt zelf positieve coping in een negatieve situatie	<i>Cliënt vertelt over negatieve reactie van een vriendin op een opdracht, waar hij zelf wel goed op gereageerd heeft.</i>	1	14,28
De therapeut benoemt een sterke kant van een cliënt die hij zelf niet als sterke kant herkende	<i>Therapeut benoemt de behulpzaamheid van een cliënt als sterke kant.</i>	1	14,28
8.Uitnodigen om naar de positieve kant te kijken.		7	100
Reflectie op wat er nu beter gaat dan vroeger	<i>“Wat is er nu beter dan vroeger?”</i>	4	57,14
Benoemen van een onderwerp uit het boek	<i>“Herken je hierin ook die positieve spiraal?”</i>	3	42,86
Complimenten als reactie op een opdracht	<i>“Mooi hoor, dat heb je goed gedaan”</i>	6	85,71

1. Verwelkoming/introductie

In alle video's werd begonnen met een vorm van introductie. In vier van de zeven sessies begon de therapeut meteen met een referentie naar een opdracht of een hoofdstuk uit het boek, bijvoorbeeld: *“Je hebt een brief naar jezelf geschreven?”*. In twee van de sessies werd geopend met een open vraag over hoe het met de cliënt gaat. In één sessie werd een directe vraag gesteld naar een belangrijke situatie uit het leven van de cliënt: *“Hoe is het gegaan in het ziekenhuis?”*

2. De juiste oefeningen in de juiste sessie

In alle sessies werden de hoofdstukken besproken die ook voor die sessie in het protocol staan. Ook werden de juiste hoofdstukken besproken. In twee sessies waarin de toekomstbrief werd besproken door therapeuten (door verschillende therapeuten), werd een uitleg gegeven die niet volledig was. Er werd in de uitleg alleen verteld dat er een brief vanuit de toekomst moet worden geschreven, maar niet dat dit een brief moest zijn waaruit blijkt hoe een bepaald

probleem is opgelost of hoe situatie waar de cliënt zich zorgen over maakte een positief einde heeft gekregen. Ook gebeurde het in twee van de sessies dat de brief niet werd voorgelezen door de cliënt. In een van die gevallen las de therapeut de brief voor zichzelf, in het andere geval las de therapeut de brief hardop voor.

3. Bespreken positieve emoties / positieve geestelijke gezondheid.

Dit punt staat in het protocol niet voorgeschreven in iedere sessie, maar werd toch in vijf van de zeven sessies aangehaald. In drie van de sessies was het zo dat de cliënt zelf een opmerking maakte over het meer ervaren van positieve geestelijke gezondheid en als reactie hierop verwees de therapeut naar het boek. Zo gaf bijvoorbeeld een cliënte aan dat ze merkte dat de goede dingen die er nu zijn in haar leven zich verspreiden. De therapeut ging hier verder op in door te zeggen dat dat ook de insteek is van het boek. In een van de sessies maakte de therapeut een meer algemene opmerking over positieve geestelijke gezondheid: *“Mensen die dingen doen waar ze gelukkig van worden, zijn gezonder”*. In een andere sessie vertelde de cliënt zelf veel over de positieve kanten van zijn leven. De therapeut ging hier verder zelf niet op in.

4. Bespreken van huiswerk.

In alle zeven sessies werd er een bespreking gedaan van het huiswerk. Het kwam in 2 sessies voor dat de cliënt het huiswerk niet had gedaan. Dit werd beide keren door de therapeut opgelost door de oefening alsnog te bespreken in de sessie. In reactie op de oefeningen werden er in vijf sessies doorvragen gesteld, zoals bijvoorbeeld: *“wat betekenen de kinderen dan voor je?”* of *“waar ben je in gegroeid?”*. Ook werd in zes van de sessies op het huiswerk gereageerd met een compliment zoals; *“Mooi”* of *“Wat een positieve brief, ik krijg er kippenvel van”*.

5. Bespreken van het boek.

In alle zeven sessies werd er in ieder geval gesproken over de hoofdstukken die in die week relevant waren in het boek. In vijf van de gevallen ging het om een inhoudelijke bespreking van wat er in het boek staat *“In dit hoofdstuk gaat het over lief zijn voor jezelf, kun je dat wel?”*. Ook werd ruimte geboden voor vragen. In twee van de gevallen werd er door de cliënt zelf een kritische opmerking geplaatst over het boek. De eerste was een cliënt die aangaf dat het boek volgens hem meer is geschreven voor mensen die in de bloei van het leven staan en dat het daardoor niet altijd aansluit bij mensen die, zoals hijzelf, al in de laatste fase van het leven zitten. De tweede was een cliënt die aangaf dat ze het boek te zwaar vindt en altijd nog

uitleg nodig heeft van de therapeut.

6. Doen van oefeningen.

In vijf van de sessies werden oefeningen gedaan. In twee van de sessies ging het om oefeningen die de cliënt eigenlijk als huiswerk had moeten doen. In vier sessies werden oefeningen gedaan die volgens het protocol worden voorgeschreven.

7. Het ombuigen van iets negatiefs naar iets positiefs.

In zes van de zeven sessies werd gebruik gemaakt van het omdraaien van minstens één negatieve opmerking/ervaring van een cliënt naar iets positiefs. In drie van de sessies droeg een cliënt een negatieve situatie aan en werd deze door de therapeut positief geherinterpreteerd. Zo vertelde een cliënt dat ze af wilde gaan vallen en formuleerde de therapeut dit als *“Iets doen wat belangrijk is voor je”*. In een andere sessie noemde de cliënt veel lichamelijke klachten en vroeg de therapeut of hij zijn optimisme ook in kan zetten wanneer hij daarover nadenkt. In de derde sessie vertelde een cliënt dat hij bij het uitvoeren van een oefening een negatieve reactie had gekregen van zijn vriendin. De therapeut legde hierbij de nadruk op het feit dat hij zelf de opdracht wel erg goed heeft uitgevoerd, maar dat zijn omgeving misschien nog even moet wennen aan de veranderingen die hij doormaakt. In twee sessies keek de cliënt zeer negatief naar een levensfase en nam de therapeut een positieve houding in tegenover die levensfase. Een cliënte vertelde dat ze de eerste dertig jaar van haar leven nooit heeft kunnen genieten en dat ze daardoor zoveel kostbare tijd heeft gemist. De therapeut regeerde met: *“Maar het heeft wel bijgedragen aan wie je nu bent. Moet je kijken hoe je nu straalt.”*

In één van de sessies ging het over sterke kanten en benoemde de therapeut een sterke kant van een cliënt, terwijl de cliënt dat als iets heel normaal beschouwde. Veder kwam het in één van de sessies voor dat de cliënt uit zichzelf al naar de positieve kant keek. Hij vertelde over een negatieve persoonlijke ervaring, maar reflecteerde op zijn eigen coping en beseftte zich dat hij er wel goed mee om kan gaan.

8. Uitnodigen om naar de positieve kant te kijken.

In alle sessies werd er in ieder geval één keer een positieve kant van een kwestie belicht. In vier sessies ging het om een reflectie van wat er nu beter gaat ten opzichte van vroeger. Zo vroeg een therapeut *“Wat is er nu beter dan vroeger?”* de cliënte vertelde daarop dat ze zich vroeger steeds eenzaam voelde en dat dat nu heel anders is. In drie gevallen werd er door de

therapeut een onderdeel uit het boek benoemd wanneer de cliënt een situatie beschreef. Bijvoorbeeld: “*Herken je hierin ook die positieve spiraal?*” of “*Dit is dus ook weer die posttraumatische groei.*” Ook werden er in zes sessies door de therapeuten complimenten gegeven in reactie op een opdracht.

Wat opvalt is dat de therapeuten binnen alle sessies de handelingen uitvoerden die ze moesten uitvoeren en dat er ook weinig tot geen handelingen werden uitgevoerd die ze niet uit hoorden te voeren. Dit gebeurde echter wel op heel verschillende manieren. Bij het bespreken van positieve psychologie of positieve emoties was het bijvoorbeeld heel wisselend op wat voor manier dit besproken werd. Soms legde de therapeut zelf de aandacht bij iets positiefs en op andere momenten bracht de cliënt iets naar voren. Ook het bespreken van het boek gebeurde op wisselende manieren, soms vond er een inhoudelijk bespreking plaats en binnen andere sessies lag de nadruk juist meer op de manier waarop het boek geschreven is.

Adherentie van de therapeut binnen de TAU

De tweede deelvraag van deze studie was: Hoe hoog is de adherentie van de therapeut bij het toepassen van de TAU? Om dit te bepalen is wederom beoordeeld hoeveel van de voorgeschreven handelingen er in iedere sessie werden uitgevoerd. De resultaten per sessie staan weergegeven in Tabel 6.

Tabel 6

Adherentie van de therapeut binnen de TAU

	Sessie H	Sessie I	Sessie J	Sessie K
Handeling 1	Ja	Ja	Ja	Ja
Handeling 2	Ja	Ja	Ja	Ja
Handeling 3	Nee	Ja	Ja	Ja
Handeling 4	Ja	Ja	Ja	Nee
Handeling 5	n.v.t	Ja	n.v.t	n.v.t
Totaal (%)	75	100	100	75
Adherent?	Ja	Ja	Ja	Ja

In sessies H, J en K werd handeling 5 ‘vaststellen aandachtspunten voor de volgende sessie’ niet uitgevoerd. Deze handelingen stonden niet voorgeschreven voor die sessies in het protocol en worden dan ook niet meegenomen in het bereken van de adherentie van de therapeut. In sessie H wordt handeling 3 ‘bespreken verschillende levensgebieden’ niet uitgevoerd en in sessie K wordt handeling 4 ‘bespreken wat er nog beter kan’ niet uitgevoerd. Deze handelingen stonden wel voorgeschreven in het protocol en worden dus meegenomen in

het bepalen van de adherentie van de therapeut. In totaal was bij twee sessies sprake van 100 procent adherentie van de therapeut en bij twee sessies 75 procent adherentie van de therapeut. Aangezien in geen van de sessies meer dan één handeling niet werd uitgevoerd, is de adherentie van de therapeut in alle sessies gewaarborgd.

Er is per handeling gekeken in hoeveel sessies de handeling is uitgevoerd en op welke manier de therapeuten deze handeling uitvoerden. In Tabel 7 wordt een overzicht gegeven van hoe vaak en op welke manier de handelingen worden uitgevoerd.

Tabel 7

Uitvoering van de vereiste handelingen binnen de TAU

Handeling	Voorbeeld	N	%
1.Verwelkoming/introductie		4	100
Open vraag over hoe de afgelopen week is gegaan	<i>“Hoe is het de afgelopen week gegaan?”</i>	2	50
Open vraag breder dan afgelopen week	<i>“Hoe gaat het met je?”</i>	2	50
2.Bespreken wat er goed gaat		4	100
Positieve veranderingen na de traumabehandeling	<i>Er wordt besproken dat het sinds de behandeling beter gaat. binnen het gezin van een cliënte</i>	3	
Doorvragen positieve verandering door therapeut	<i>“Maar het lukt je nu dus wel om kalm te blijven?”</i>	2	50
Positieve situatie besproken.	<i>Een cliënt heeft een goed gesprek met zijn baas gehad, er wordt op gereflecteerd.</i>	2	50
3.Bespreken wat er beter kan		0	0
Cliënt vertelt zelf wat er minder goed gaat	<i>Een cliënt vertelt over rugklachten.</i>	2	50
Doorvraag door therapeut	<i>“Zijn er nog dingen waar je het over wilt hebben?”</i>	1	25
4.Verschillende levensgebieden		3	75
Directe vraag door therapeut		0	0
Vraag naar gezinsleven/partner	<i>“En hoe gaat het nu thuis?”</i>	2	50
Werk aangedragen door cliënt	<i>Cliënt vertelt dat het nu beter gaat op zijn werk.</i>	2	50
Slaapproblemen aangedragen door cliënt	<i>Client vertelt dat hij 's avonds lang wakker ligt en vraagt of hij hier wat aan kan doen</i>	1	25
5.Vaststellen aandachtspunten volgende sessie		1	25
Niet van toepassing, want laatste sessie		3	75

6. Evaluatie van de behandeling		3	75
7. Welbevindentherapie		0	0
Gebruik boek of opdrachten welbevindentherapie		0	0
Positieve ontwikkelingen sinds de behandeling	<i>Cliënte vertelt dat ze sinds de behandeling het gevoel heeft dat ze haar leven weer terug heeft.</i>	3	75
Complimenten	<i>“Dat heb je goed gedaan”</i>	2	50

1. Verwelkoming/introductie

In alle sessies werd geopend met een open vraag over hoe het met de cliënt gaat. In twee van de gevallen richtte die vraag zich vooral over hoe het de afgelopen week was gegaan. Bij de andere twee sessies werd een algemene vraag gesteld over hoe het met de cliënt ging.

2. Uitvragen wat er goed gaat

In alle sessies werd besproken wat er goed ging bij de cliënt. In drie van de sessies was het zo dat de cliënt vertelde over positieve dingen die er sinds de traumabehandeling zijn veranderd. In twee van de sessies vroeg de therapeut hier zelf ook nog op door, bijvoorbeeld: *“Maar het lukt je nu dus wel om kalm te blijven?”*. In twee gevallen vertelde de cliënt over een positieve situatie die had plaatsgevonden.

3. Uitvragen wat er beter kan.

Er werd in geen van de sessies direct gevraagd door de therapeut wat er nog beter zou kunnen. Wel werd dat in drie van de sessies besproken, doordat de cliënt er zelf over begon. In twee van de gevallen begon de cliënt zelf over dingen die minder goed gaan. In één sessie vertelde de cliënt dat hij nog wel eens last heeft van een terugval en vroeg hij om tips om hiermee om te gaan. In een andere sessie vertelde de cliënt dat zij rugklachten heeft en vroeg de therapeut hier zelf op door. In één van de sessies vroeg de therapeut zelf: *“Zijn er nog dingen waar je het over wilt hebben?”*.

4. Bespreken van verschillende levensgebieden

In drie van de sessies werden verschillende levensgebieden besproken. In geen enkele sessie stelde de therapeut de directe vraag *“Zijn er nog levensgebieden waarop je verbetering zou willen zien?”*. In twee van de sessies stelde de therapeut een vraag naar het gezinsleven en de partner. In twee van de sessies kwam het werk van de cliënt ter sprake, maar dit werd door de

cliënten zelf aangedragen. Ook werd er in een sessie slaapproblemen besproken, dit kwam ook vanuit het initiatief van de cliënt.

5. Vaststellen aandachtspunten tot aan de volgende sessie

In drie van de sessies kwam dit niet ter sprake, omdat het niet van toepassing was, omdat het de laatste sessie was. In één sessie werd wel besproken wat het doel van de volgende sessie zou moeten zijn.

De therapeuten hielden zich binnen de TAU redelijk aan het protocol, maar daar werd vrijer mee omgegaan dan binnen de welbevindentherapie. Dit uitte zich bijvoorbeeld in het feit dat er in niet één van de sessies direct werd uitgevraagd wat er nog beter zou kunnen gaan bij de cliënt. Ook wordt de structuur van het bespreken van verschillende levensgebieden wat losgelaten.

Naast het al dan niet uitvoeren van de handelingen is er ook gekeken naar handelingen die niet in het protocol voorkomen. Wat hierbij opviel is dat er in drie van de vier TAU sessies sprake was van een vorm van evaluatie van de eerdere fases van de behandeling en de gevolgen van de behandeling. Dit staat niet voorgeschreven in het protocol en toch gebeurde het vaak. Dit zou ermee te maken kunnen hebben dat het bij de video's van de TAU vaak de laatste sessie betrof.

Behandeldifferentiatie

De derde deelvraag van deze studie was: Is er sprake van behandeldifferentiatie tussen de welbevindentherapie en de TAU? Voor de behandeldifferentiatie was het belangrijk dat er geen elementen van welbevindentherapie in de TAU voor zouden komen. De resultaten staan weergegeven in Tabel 7. In geen van de sessies werd gebruik gemaakt van elementen die uitsluitend bedoeld zijn voor de welbevindentherapie, zoals oefeningen of hoofdstukken uit het boek. Wel werden in alle vier de sessies positieve dingen benadrukt en besproken. In drie van de sessies lag de nadruk vooral op hoe goed het sinds de behandeling met de cliënt was gegaan, het initiatief lag daarbij vooral bij de cliënten. De cliënten vertelden positieve dingen en hier reageerde de therapeut bevestigend op. Ook werden er in twee van de gesprekken complimenten gegeven. Dit zijn elementen die passen binnen de positieve psychologie, maar die niet uitsluitend binnen welbevindentherapie toegepast dienen te worden en ook passend zijn binnen de TAU. Om deze reden worden deze elementen niet gezien als een beperking voor de behandeldifferentiatie.

Er waren verschillen aanwezig tussen de TAU en de welbevindentherapie. Wat vooral

naar voren kwam is het meer open karakter van de TAU. In de verwelkoming werd meer gebruik gemaakt van open vragen. Verder werden de gesprekken minder gestructureerd door de therapeut en lag het initiatief van waarover gesproken werd meer bij de cliënt. Ten slotte valt op dat er binnen de TAU geëvalueerd werd op de behandelfase van de traumabehandeling, terwijl dit binnen de welbevindentherapie niet het geval was.

Discussie

Welbevindentherapie is een therapievorm die aansluit op het gedachtegoed van de positieve psychologie. Dit wil zeggen dat welbevindentherapie zich niet uitsluitend richt op het verminderen van psychopathologie en klachten, maar ook op het bevorderen van het psychologisch welbevinden. Dit vraagt van therapeuten dat zij op een andere manier behandelen dan zij gewend zijn. De huidige studie richt zich op de vraag in hoeverre therapeuten welbevindentherapie zo uitvoeren als deze bedoeld is, oftewel de behandelintegriteit. Er wordt hierbij een onderscheid gemaakt tussen adherentie van de therapeut en de behandeldifferentiatie. Om deze vragen te kunnen onderzoeken is gebruik gemaakt van een randomized controlled trial (RCT), naar de toepassing van welbevindentherapie in de rehabilitatiefase van de behandeling van cliënten met PTSS, uitgevoerd door Hüning (2013). Er zijn video's bekeken van zowel sessies welbevindentherapie als de treatment as usual (TAU). Er is aan de hand van die video's beoordeeld of de therapeuten zich aan de protocollen hebben gehouden en op welke manier ze dat hebben gedaan.

Hieruit komt naar voren dat de adherentie van de therapeut bij de sessies welbevindentherapie goed is. In zes van de sessies worden alle handelingen uitgevoerd die door het protocol worden voorgeschreven. In één sessie wordt één handeling overgeslagen. Hier dient wel bij vermeld te worden dat er in de literatuur weinig bekend is over hoe hoog behandelintegriteit over hoort te zijn en hoeveel procent van de handelingen binnen een sessie moet worden uitgevoerd om te spreken van gewaarborgde adherentie. Er kunnen dus geen vergelijkingen worden getrokken tussen de behandelintegriteit van welbevindentherapie en andere vormen van therapie. In de huidige studie is ervoor gekozen om een sessie nog wel als adherent te beoordelen wanneer er één handeling niet was uitgevoerd, maar in hoeverre dit binnen andere studies ook gebeurd is niet bekend.

De adherentie van de therapeut is goed. Het ligt wel wat lager dan binnen de welbevindentherapie. Wat verder opvalt is dat er vrijer met het protocol wordt omgegaan dan binnen de welbevindentherapie. Zo wordt de structuur van het bespreken van verschillende levensgebieden losgelaten en wordt er nooit direct door de therapeut de vraag gesteld wat er nog beter zou kunnen bij de cliënt. De invloed hiervan op de adherentie lijkt echter niet erg hoog te zijn, de meeste handelingen worden uiteindelijk toch in iedere sessie uitgevoerd. Het protocol van de TAU (Hüning, 2014) is minder uitgebreid dan dat van de welbevindentherapie (Bohlmeijer & Hüning, 2014). Er worden minder handelingen voorgeschreven en er wordt ook geen theoretische achtergrond bij geboden. Hierdoor is er

meer ruimte gelaten voor de eigen interpretatie van de therapeut.

De behandeldifferentiatie tussen de welbevindentherapie en de TAU is goed. Er worden geen elementen die uitsluitend passen binnen de welbevindentherapie toegepast binnen de TAU. Er worden wat elementen toegepast die passen binnen de positieve psychologie, maar deze passen ook binnen de TAU en hebben hierdoor geen negatieve invloed op de behandeldifferentiatie. Het karakter van beide behandelvormen is verschillend. De TAU wordt toegepast als een aantal sessies dat als afronding dient van de behandeling die al heeft plaatsgevonden, terwijl de welbevindentherapie een nieuw uitgangspunt biedt en hierdoor meer een nieuwe behandeling is

Implicaties

Voor wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van een behandelmethode is het precies werken volgens een protocol cruciaal voor het waarborgen van de validiteit (Moncher & Prinz, 1991; Perepletchikova et al., 2007; Waltz et al., 1993). Naar aanleiding van deze studie kan geconcludeerd worden dat de behandelintegriteit geen negatieve invloed zal hebben op de validiteit van de vergelijken die binnen de RCT van Hüning (2013) worden gedaan. Opvallend is echter wel dat er veel variatie bestaat in de manier waarop de handelingen worden uitgevoerd. Dit valt voor een groot deel te verklaren uit het feit dat er veel variatie bestaat tussen de cliënten. Bijvoorbeeld bij het bespreken van positieve geestelijke gezondheid of positieve emoties is het soms zo dat de cliënt hier zelf al over begint of hier zelf al wat inzicht over heeft verworven, waardoor het voor de therapeut makkelijker en logischer is hier verder op in te gaan. . Deze variatie zou een bedreiging voor de validiteit van het onderzoek kunnen vormen. Er blijken namelijk verschillende manieren te zijn om het protocol adherent uit te voeren. Wanneer er uit de RCT naar voren zou komen dat welbevindentherapie effectief is, is het nog onduidelijk over welke manier van het uitvoeren van welbevindentherapie dat dan gaat. Aan de andere kant zou het ook als kenmerk van de welbevindentherapie gezien kunnen worden dat er verschillende manieren van het uitvoeren van de handelingen zijn, omdat het een therapievorm is die toegespitst dient te worden op de cliënt (Fava et al., 1998).

Uit de resultaten van de studie kan worden afgeleid dat therapeuten in staat zijn om de overgang te maken van de eerdere manier van behandelen, waarbinnen alleen gericht werd op afname van psychopathologie, naar de welbevindentherapie, waarbinnen naast afname van psychopathologie ook wordt gericht op toename van psychologisch welbevinden. Dit sluit aan bij de resultaten van de casestudie van Post (2012). Hieruit kwam naar voren dat

therapeuten zeer gemotiveerd zijn voor het uitvoeren van welbevindentherapie, hoewel ze het soms lastig vinden niet in oude patronen terug te vallen.

Het is de vraag in hoeverre behandelintegriteit van belang is voor de effectiviteit van welbevindentherapie zelf. Hoewel Frylling et al. (2012) beweren dat de effectiviteit van een interventie samenhangt met de behandelintegriteit, geven Keijsers et al (2011) aan dat de enige reden die te bedenken is voor het precies naleven van een protocol in de behandelpraktijk is, dat dit de meeste garantie geeft voor het repliceren van positieve onderzoeksresultaten van eerder effectonderzoek. Er is echter van geen enkele protocollaire behandeling onderzocht in hoeverre kleine afwijkingen van het protocol daadwerkelijk invloed hebben op de effectiviteit van de behandeling. Om dit te kunnen bepalen zou er een grootschalig onderzoek moeten plaatsvinden met honderden cliënten en de kans is reëel dat de gevonden verschillen in een dergelijk onderzoek klein en triviaal zullen zijn (G. P. J. Keijsers et al., 2011).

Protocol en competentie van de therapeut

Wat opvalt is dat in het protocol van de welbevindentherapie (Bohlmeijer, Hüning, 2014) weinig aandacht wordt besteedt aan hoe therapeuten de handelingen bij verschillende cliënten uit dienen te voeren. Hoe ga je er bijvoorbeeld mee om wanneer een cliënt zijn huiswerk niet heeft gedaan of het boek niet begrijpt? Wat doe je wanneer een cliënt een sterke neiging heeft veel te vertellen over zijn klachten en maar moeilijk zijn sterke kanten kan benoemen?

Hoewel het protocol voor de therapeuten goed te volgen blijkt, zouden nog wat zaken kunnen worden toegevoegd aan het protocol. Zo zou meer duidelijkheid gegeven kunnen worden over hoe bepaalde handelingen bij bepaalde cliënten moeten worden uitgevoerd. Ook zou het toe kunnen voegen wat informatie te bieden over de houding die de therapeut dient aan te nemen in de sessies.

Het is echter de vraag in hoeverre de bovengenoemde zaken in een protocol horen en noodzakelijk zijn. Keijsers et al., (2011) geven aan dat in een behandelprotocol dient te staan hoe een behandeling uitgevoerd dient te worden, welke behandeltechnieken moeten worden gebruikt, in welke volgorde en welke opdrachten de cliënt moet uitvoeren. Deze zaken zijn in het protocol van Bohlmeijer en Hüning (2014) aanwezig. Ook kan gemakkelijk de misvatting ontstaan dat een therapeut die werkt met een protocol zelf niets anders hoeft te doen dan het stap voor stap voorleggen van het protocol aan de cliënt (Keijsers, Verbraak, Broeke, & Korrelboom, 2010). Van de therapeut wordt echter ook verwacht dat hij zorgt voor aansluiting, motivering en zorgvuldige begeleiding van de cliënt. Keijsers, Verbraak, Broeke

& Korrelboom (2010) geven aan dat voor het werken met protocollen een training gericht op het protocol noodzakelijk is, maar dat ook de algemene scholing in therapeutische vaardigheden niet mag ontbreken. Voor het correct uitvoeren van een protocol dient dus sprake te zijn van zowel een duidelijk protocol, als een competente therapeut. De competentie van de therapeuten is een van de drie aspecten van behandelintegriteit, het heeft betrekking op de vaardigheden en het beoordelingsvermogen van de therapeut (Waltz et. al., 1993). In de huidige studie is er niet naar dit aspect gekeken, vanwege de praktische uitvoerbaarheid hiervan. Voor het onderzoeken van de competentie van therapeuten zijn zeer uitvoerig getrainde en ervaren onderzoekers nodig (Waltz et al., 1993). Het zou nuttig zijn om in de toekomst een onderzoek naar de competentie van therapeuten uit te voeren. Dit zou een completer beeld geven van de behandelintegriteit en zou kunnen helpen te bepalen of er een uitvoeriger protocol nodig is, of dat de therapeuten zelf in staat zijn het huidige protocol competent toe te passen.

Sterke kanten en beperkingen studie.

Een sterke kant van deze studie is dat er gebruik is gemaakt van video-opnames. Dit is volgens Waltz et al (1993) een meer objectieve methode voor het beoordelen van behandelintegriteit dan bijvoorbeeld het afnemen van vragenlijsten bij therapeuten.

Het is niet duidelijk in hoeverre de resultaten van deze studie generaliseerbaar zijn naar een bredere populatie. De versie van welbevindentherapie die is gebruikt binnen de RCT is een aangepaste versie voor cliënten met een PTSS. Verder is het aantal video's wat is gebruikt niet groot. Ook is niet duidelijk in hoeverre de therapeuten in deze afdeling representatief zijn voor de algemene populatie van therapeuten. In ieder geval hebben drie van de therapeuten die in deze studie onderzocht zijn n al voor het begin van de RCT kennis of ervaring opgedaan met welbevindentherapie. Het gaat er in deze studie meer om een beeld te geven van in hoeverre het protocol wordt nageleefd door therapeuten. Het is aan te raden dit onderzoek nog eens te herhalen, maar dan met een grotere hoeveelheid video's. Ook zou dit onderzoek herhaald kunnen worden binnen een andere groep cliënten, bijvoorbeeld in de nabehandeling van cliënten met een depressie.

Een beperking aan dit onderzoek is dat het is uitgevoerd door een onderzoeker die op dezelfde afdeling werkzaam is als de therapeuten die onderzocht worden. Op deze afdeling is ook een van de onderzoekers werkzaam die de RCT uitvoeren. Hierdoor zou het kunnen zijn dat er bij het beoordelen van de video's sprake geweest van een minder objectieve beoordeling dan wanneer er een onderzoeker was geweest die volledig onafhankelijk was.

Ook zijn de video's maar bekeken en beoordeeld door één onderzoeker. Hierdoor was het ook niet mogelijk om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te berekenen. De resultaten zouden hierdoor gekleurd kunnen zijn. Er is echter toch voor deze manier van dataverzameling gekozen, omdat dit praktisch gezien de meest haalbare was.

Conclusies

Rekening houdend met de voor deze studie geldende beperkingen, kan er worden geconcludeerd dat de behandelintegriteit binnen de RCT gewaarborgd is. Zowel de adherentie van de therapeut als de behandeldifferentiatie blijven gewaarborgd. Er kunnen aanbevelingen gedaan worden om het protocol beter uitvoerbaar te maken, maar zoals eerder beschreven zou een onderzoek naar de competentie van therapeuten meer inzicht kunnen geven over de noodzaak van aanpassingen binnen het protocol. De behandelintegriteit binnen de RCT is goed bevonden. Dat wil zeggen dat de behandelintegriteit geen negatieve invloed zal hebben op de validiteit van de vergelijkingen die binnen de RCT worden gedaan.

Op basis van deze resultaten kan geconcludeerd worden dat therapeuten in staat zijn om de overgang van de eerdere manier van behandelen, waarbinnen alleen gericht werd op afname van psychopathologie, naar de welbevindentherapie, waarbinnen naast afname van psychopathologie ook wordt gericht op toename van psychologisch welbevinden. De behandelintegriteit kan gewaarborgd worden binnen welbevindentherapie.

Referenties

- Belaise, C., Fava, G. A., & Marks, I. M. (2005). Alternatives to debriefing and modifications to cognitive behavior therapy for posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *74*(4), 212–217.
- Bohlmeijer, B., & Hulsbergen, M. (2013). *Dit is jouw leven*. Amsterdamh: Uitgeverij Boom.
- Bohlmeijer, E. & Hüning, L. (2014). Welbevindentherapie protocol. Enschede: Mediant, Centrum voor Psychotrauma & Universiteit Twente.
- Borrelli, B. (2011). The assessment, monitoring, and enhancement of treatment fidelity in public health clinical trials. *Journal of Public Health Dentistry*, *71*(1), 52–63.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, *95*, 542–575.
- Duckworth, A. L., Steen, T., & Seligman, M. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 629–651.
- Fava, G., 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*(2), 475–480.
- Fava, G., 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., & Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: Well-being therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *34*(1), 45–63.
- Fava, G., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Magelli, L., & Sitigatti, S. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *74*(1), 26–30.
- Fava, G., Tomba, E., & Grandi, S. (2007). The road to recovery from depression—don't drive today with yesterday's map. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *76*(5), 260–265.
- Frylling, M., Wallaca, M., & Yassine, J. (2012). Impact of Treatment Integrity in intervention Effectiveness. *Journal of Applied Behavior Analasys*, *45*(2), 449–453.
- Hüning, L. (2013). Onderzoeksprotocol: Welbevinden therapie: een nieuwe speler in de rehabilitatiefase bij traumabehandeling. Enschede: Mediant, Centrum voor Psychotrauma & Universiteit Twente.
- Hüning, L. (2014). Protocol rehabilitatiefase PTR (TAU). Enschede: Mediant, Centrum voor Psychotrauma & Universiteit Twente.

- Jongh, A. de, & Arts, B. (2004). Eye Movement Desensitization and Reprocessing bij PTSS. *Patient Care*, 61.
- Keijsers, G. P. J., Minnen, A. van, & Hoogduin, C. A. L. (2011). Toepassing van protocollaire behandelingen bij psychische stoornissen. In *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten, deel 1* (pp. 13–34). Amsterdam : Boom. 5
- Keijsers, G., Verbraak, M., Broeke, E., & Korrelboom, C. (2010). Werken met protocollaire behandelingen. *GZ-Psychologie*, 2, 10–15.
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121–140.
- Keyes, C. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99–110.
- Moncher, F., & Prinz, R. (1991). Treatment fidelity in outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 11(3), 247–266.
- Perepletchikova, F., Treat, T., & Kazdin, E. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 829–841.
- Pérez, B., Zlotnick, C., Stout, R., Lou, F., Dyck, I., Weisberg, R., & Keller, M. (2012). A 5-year longitudinal study of posttraumatic stress disorder in primary care patients. *Psychopathology*, 45(5), 286–293.
- Post, A. (2011, August 18). De welbevinden therapie, een nieuwe therapie voor de GGZ in Nederland: een pilot casestudie (bachelorthesis). Enschede, the Netherlands: University of Twente.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.
- Ryff, C., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(1), 14–23.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14.
- Waltz, J., Addis, M., Koerner, K., & Jacobson, N. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and ...*, 63(4), 620–630.

Westerhof, G., & Keyes, C. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development, 17*(2), 110–119.

World Health Organisation. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Genève: WHO.