



UNIVERSITY OF TWENTE.

Een onderzoek naar de toepassing van het twee continuamodel bij cliënten met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) voor en na behandeling

Sheleen Pool
s0198528
Februari 2016

Eerste begeleiders: Dr. S.M.A. Lamers & Msc. M. Radstaak
Tweede begeleider: Prof. Dr. E. T. Bohlmeijer

Universiteit Twente, Enschede
Positieve Psychologie & Technologie

VOORWOORD

Deze masterthesis is geschreven ter afsluiting van de master ‘Positieve Psychologie en Technologie’ aan de Universiteit Twente. Binnen deze master is er veel aandacht geweest voor de positieve geestelijke gezondheid welke een centrale rol heeft gekregen binnen mijn studie. De theoretische kennis die ik heb opgedaan gedurende mijn studie heb ik binnen mijn stage bij het ‘Centrum voor Psychotrauma’ van Mediant GGZ kunnen toepassen. Hier werd een positieve instelling en aandacht voor positieve emoties erg waardevol geacht. Ik ben me meer gaan realiseren dat enkel een klachtgerichte behandeling niet per se de mate van welbevinden van iemand hoeft te verhogen. Welbevinden is een hele andere dimensie waar naar mijn mening meer aandacht op zou moeten worden gevestigd. Gelukkig zijn, vriendelijk zijn voor jezelf en het hebben van ambities, zijn in mijn ogen enkele van de belangrijke onderdelen voor een positieve geestelijke gezondheid. Deze onderdelen hebben mij gedurende mijn masterthesis doen beseffen dat een positieve kijk op het leven veel meerwaarde geeft en samengaat met positieve gevoelens. Ik ben erg dankbaar dat ik dit heb mogen ervaren.

Ik wil graag de mensen bedanken die mij gedurende mijn masterthesis hebben bijgestaan. Zo wil ik Sanne Lamers, Mirjam Radstaak en Ernst Bohlmeijer bedanken voor de begeleiding en ondersteuning tijdens mijn onderzoek. Mede door jullie feedback en input heb ik mijn thesis tot een waardig eind kunnen brengen. Een algemeen dankwoord wil ik uitspreken voor het feit dat ik mijn masterthesis binnen het ‘Centrum voor Psychotrauma’ heb mogen realiseren. In het bijzonder wil ik mijn stagebegeleidster Laura Hüning bedanken voor alle keren dat we samen hebben gespard over de uitkomsten van dit onderzoek. Vele minuten zijn daaraan besteedt en mede door jouw visie en hulp heb ik het op een goede manier weten vorm te geven. Mijn dank gaat uit naar alle hulpverleners bij Psychotrauma die mij gedurende mijn werkzaamheden een erg fijne periode hebben bezorgd. Ik heb me vanaf dag één thuis gevoeld binnen de afdeling.

Tenslotte wil ik mijn vrienden, familie en in het bijzonder mijn ouders bedanken voor het geloof in mijn kunnen en alle steun en kracht die ze mij hebben gegeven gedurende mijn studie. Dank jullie wel!

Sheleen Pool

Oldenzaal, februari 2016

SAMENVATTING

Achtergrond – Met de opkomst van de positieve psychologie vindt er een verschuiving plaats in de visie van GGZ-instellingen. GGZ-instellingen zijn vooral gericht op het reduceren van psychopathologie. Naast de focus op psychopathologie, komt er ook aandacht voor welbevinden. Het twee continuamodel stelt dat welbevinden meer is dan de afwezigheid van psychopathologie. Dit model is meermaals onderzocht in de algemene bevolking en amper binnen klinische populaties. Voor dit onderzoek is een klinische populatie gebruikt, namelijk cliënten met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) die in behandeling zijn geweest bij Mediant. De volgende onderzoeksvraag is geformuleerd: *in hoeverre is het twee continuamodel van geestelijke gezondheid van toepassing op PTSS cliënten voor en na de behandeling?*

Methode – Om te onderzoeken of het twee continuamodel van toepassing was op de PTSS patiëntengroep werden welbevinden (MHC-SF) en psychopathologie (BSI) onderzocht. Beide vragenlijsten waren afkomstig uit de ROM database welke vanuit de Benchmark beschikbaar was. Van elke respondent was van beide vragenlijsten een voor- en nameting beschikbaar. In totaal hebben 140 respondenten (51 man en 89 vrouw) geparticipeerd met een gemiddelde leeftijd van 40,9 jaar (SD=11,6).

Resultaten – Klachtgerichte behandeling zorgde in de huidige PTSS-patiëntengroep voor een toename in welbevinden en een afname in psychopathologie hoewel de mate van welbevinden laag bleef en de mate van psychopathologie hoog bleef na behandeling in vergelijking met de algemene bevolking. Er werd geen significante correlatie gevonden tussen welbevinden en psychopathologie. Wel werd gevonden dat het twee aparte dimensies zijn. Dit diende als bewijs voor het twee continuamodel.

Conclusie – De klachtgerichte behandeling blijkt effectief bij PTSS cliënten. In deze klinische populatie blijken welbevinden en psychopathologie twee onafhankelijke dimensies. Dit kan verklaard worden doordat een algemene klachtenlijst is gebruikt in plaats van een specifieke PTSS-klachtenlijst. Investeren in welbevinden lijkt aannemelijk. Er is bewijs voor het twee continuamodel bij de huidige PTSS-patiëntengroep. Aanbevolen wordt om meer onderzoek naar het twee continuamodel bij klinische populaties te realiseren.

ABSTRACT

Background – With the introduction of positive psychology there is a shift in the vision of mental health care. Mental health care settings are mainly aimed at reducing psychopathology. In addition to this focus on psychopathology, more attention is being paid to well-being. The two continuamodel states that well-being is more than the absence of psychopathology. This model has been repeatedly investigated in general populations and barely in clinical populations. This study used a clinical population; clients diagnosed with a posttraumatic stress disorder (PTSD) who have been treated at Mediant. The following research question was formulated: *“to what extent is the two continuamodel of mental health applied to PTSD clients before and after treatment?”*

Method – To investigate if the two continuamodel applied to PTSD patients, well-being (MHC-SF) and psychopathology (BSI) were studied. Questionnaires for both were provided from the ROM database, which was available from Benchmark. Respondents completed both questionnaires pre- and post-test. In total 140 respondents (51 male and 89 female) participated with an average age of 40,9 years (SD=11,6).

Results – The current PTSD patient group showed that complaint-focused treatment increased well-being and decreased psychopathology, although the degree of well-being remained low and the degree of psychopathology remained high after treatment compared to the general population. There was no significant correlation between well-being and psychopathology. It was found that they are two different dimensions. This was evidence for the two continuamodel.

Conclusion – Complaint-focused treatment seems effective among PTSD clients. In this clinical population well-being and psychopathology seem to be two independent dimensions. One explanation may be that a general complaints list was used instead of a specific PTSD-complaints list. Investigation in well-being seems admissible. There is evidence for the two continuamodel among the current PTSD patient group. More research into the two continuamodel among clinical populations is recommended.

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	1
SAMENVATTING	2
ABSTRACT	3
1. INLEIDING	5
1.1 Positieve psychologie en welbevinden.....	5
1.2 Het twee continuamodel.....	6
1.3 Doel van het onderzoek.....	9
1.4 Onderzoeksvragen	9
2. METHODE	10
2.1 Participanten en procedure	10
2.2 Instrumenten.....	11
2.2.1 Welbevinden.....	11
2.2.2 Psychopathologie	11
2.3 Analyse.....	12
2.3.1 Effectiviteit van behandeling.....	13
2.3.2. Verband welbevinden en psychopathologie.....	13
3. RESULTATEN	15
3.1 Effectiviteit van behandeling	15
3.1.1 Mate van welbevinden.....	15
3.1.2 Mate van psychopathologie.....	15
3.2 Verband welbevinden en psychopathologie.....	17
4.DISCUSSIE.....	20
4.1 Effectiviteit van behandeling	20
4.1.1 Welbevinden.....	20
4.1.2 Psychopathologie	21
4.2 Verband welbevinden en psychopathologie.....	21
4.3 Limitaties en suggesties voor vervolgonderzoek	22
4.4 Conclusie en implicaties.....	24
REFERENTIES.....	26

1. INLEIDING

Binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) ligt de focus al jarenlang op het reduceren van psychische klachten. In de GGZ domineert het medisch model, wat zich richt op het slechtste en het zwakste van een persoon (klachtgericht) in plaats van te focussen op het beste en het sterkste van een persoon (krachtgericht) (Maddux, 2009). De bestaande behandelmethoden richten zich vooral op de preventie en behandeling van psychopathologie (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg, 2013). Psychopathologie kan worden gezien als de wetenschap of studie van het geestelijk of psychisch lijden (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008). De GGZ, die classificeert volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), is erop gericht psychopathologie op te sporen en vervolgens te verminderen met als doel de geestelijke gezondheid te bevorderen (Keyes, 2005).

De visie van GGZ-instellingen is daarmee dan ook klachtgericht. Dit betekent dat er wordt gestreefd om bij het behandelen van psychische problematiek de klachten van cliënten zoveel mogelijk te reduceren. Het bestrijden van de symptomen behorende bij de betreffende stoornis(sen) worden hierbij als uitgangspunt genomen. Wanneer de klachten verdwijnen of wanneer de klachten dusdanig zijn verminderd wordt de cliënt geestelijk gezien gezond beschouwd (Keijsers, Van Minnen & Hoogduin, 2004). De focus van de behandeling richt zich dan ook op het verhelpen van psychopathologie. Deze focus wordt binnen de psychologie al jarenlang gehanteerd. Hierdoor is er minder aandacht voor de positieve geestelijke gezondheid, terwijl een investering in de geestelijke gezondheid juist kan leiden tot zelfredzaamheid van mensen (Bohlmeijer, 2012).

In de huidige psychologie vindt met de komst van de positieve psychologie een verschuiving plaats (Gillham & Seligman, 1999). Waar eerder geestelijke gezondheid grotendeels werd gedefinieerd als de afwezigheid van psychopathologie (Westerhof & Bohlmeijer, 2010), stelt de positieve psychologie dat de geestelijke gezondheid het welbevinden en optimaal functioneren behelst (Seligman & Csikszentmihaly, 2000). Om binnen GGZ-instellingen behandelingen tevens op de geestelijke gezondheid te richten, zou de klachtgerichte visie kunnen worden aangevuld met de visie van de positieve psychologie, welke zich juist richt op het opbouwen van positieve kwaliteiten. Verschillende interventies hebben laten zien dat het mogelijk is welbevinden en optimaal functioneren te bevorderen (Bohlmeijer et.al, 2013). De positieve psychologie brengt een nieuwe manier van denken over menselijk gedrag teweeg en bevat aspecten als welbevinden, levenstevredenheid, geluk, sterke kanten, talenten, wijsheid en verantwoordelijkheid (Maddux, 2009).

1.1 Positieve psychologie en welbevinden

Met de komst van de positieve psychologie komt binnen de psychologie naast de focus op psychopathologie ook aandacht voor de geestelijke gezondheid (Lamers, 2012). Niet langer wordt geestelijke gezondheid gezien als de afwezigheid van psychopathologie, maar gaat het om het welbevinden en optimaal functioneren (Bohlmeijer et.al, 2013). Dit wordt ondersteund door de World

Health Organization (WHO), welke ervoor pleit om geestelijke gezondheid niet te beperken tot de afwezigheid van geestelijke ziekte en definieert geestelijke gezondheid als iets positiefs: ‘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, p2).

Geestelijke gezondheid is gericht op het bevorderen van welzijn en geluk (Keyes, 2002) en behelst drie componenten van welbevinden; emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. Emotioneel welbevinden is de mate waarin je positieve gevoelens ervaart zoals geluk, de mate waarin negatieve gevoelens afwezig zijn en de mate waarin je tevreden bent met je leven (Diener, Sandvik, Seidlitz, & Diener, 1993; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Diener, Lucas & Scollon, 2006). Psychologisch welbevinden verwijst naar positief individueel functioneren in termen van zelfrealisatie. Psychologisch welbevinden is onder te verdelen in zes dimensies; grip op de omgeving, persoonlijke groei, doel in het leven, autonomie, positieve relaties met anderen en zelf acceptatie (Ryff, 1989). Hierbij gaat het om een goed leven vanuit psychologisch perspectief dat bepaald wordt door het functioneren van het individu (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Sociaal welbevinden verwijst naar sociaal functioneren in termen van sociaal waardig zijn in de maatschappij (Westerhof & Keyes, 2010). Sociaal welbevinden wordt onderverdeeld in vijf dimensies; sociale coherentie, sociale actualisatie, sociale integratie, sociale acceptatie en sociale contributie (Keyes, 2002; Keyes & Shapiro, 2004). Het is de persoonlijke ervaring en beoordeling van het eigen publieke of maatschappelijke functioneren. Er is sprake van floreren (flourishing) wanneer een persoon op alle drie de componenten een hoge mate van beleving heeft en van wegwijnen (languishing) wanneer een persoon op alle drie de componenten een lage mate van beleving heeft (Keyes, 2005). Mensen met hogere niveaus van welbevinden zijn fysiek gezonder, productiever op het werk en maken minder vaak gebruik van de gezondheidszorg (Keyes, 2007).

De afgelopen jaren zijn er verschillende interventies ontwikkeld die gebaseerd zijn op het gedachtegoed van de positieve psychologie (Bohlmeijer et al., 2013). Deze interventies zijn gericht op het vergroten van het welbevinden. Dit gegeven zorgt voor een opmars van de positieve psychologie, waarbij de krachtgerichte behandeling aandacht krijgt met als belangrijkste uitgangspunt; de geestelijke gezondheid.

1.2 Het twee continuamodel

Door de jarenlange visie dat geestelijke gezondheid de afwezigheid van psychopathologie behelst (Westerhof & Bohlmeijer, 2010), is er binnen de psychologie vanuit gegaan dat geestelijke gezondheid één continuüm behelst met aan de ene zijde psychopathologie en aan de andere zijde welbevinden. Dit betekent dat wanneer de psychische klachten van een individu toenemen, de mate van welbevinden zal afnemen. Andersom geldt hetzelfde, er wordt verondersteld dat wanneer de psychische klachten van een individu worden gereduceerd, het welbevinden zal toenemen. Maar het

volstaat niet om alleen de psychische klachten weg te nemen, er dient tevens aandacht te worden gegeven aan het bevorderen van emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. Er zijn ook mensen zonder psychopathologie met een lage mate van welbevinden (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Het volstaat dus niet om te zeggen dat welbevinden zich beperkt tot de afwezigheid van psychopathologie. Welbevinden is méér dan de afwezigheid van psychopathologie.

Een belangrijke vraag die nu kan worden gesteld is op welke manier welbevinden en psychopathologie dan aan elkaar gerelateerd zijn. Een goed passend model hiervoor is het twee continuamodel van geestelijke gezondheid, welke stelt dat welbevinden en psychopathologie gerelateerd zijn maar dat het twee verschillende dimensies zijn (Keyes, 2005; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011; Bohlmeijer, Lamers, & Fledderus, 2014): één continuüm geeft de aanwezigheid of afwezigheid van welbevinden weer en het andere continuüm geeft de aanwezigheid of afwezigheid van psychopathologie weer (Keyes, 2005; Westerhof & Keyes, 2010; Keyes & Westerhof, 2011). De mate van psychopathologie zegt niet alles over de mate van welbevinden, en andersom. Welbevinden en psychopathologie zijn matig aan elkaar gerelateerd, waardoor iemand met veel psychopathologie tevens een hoge mate van welbevinden (emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden) kan ervaren en iemand met weinig psychopathologie tevens een lage mate van welbevinden kan ervaren (Lamers et.al, 2011; Lamers, 2012). Bevindingen uit eerder onderzoek hebben de assumpties van het twee continuamodel ondersteund (Keyes, 2005; Keyes, 2007; Keyes, Wissing, Potgieter, Temane, Kruger, & van Rooy, 2008).

Bewijs voor het twee continuamodel is vooral afkomstig uit studies onder de algemene bevolking. De MIDUS-studie (Midlife Development in the United States) van Keyes (2005) werd uitgevoerd bij een algemene populatie waarbij gekeken werd naar de aanwezigheid van psychopathologische klachten zoals stemmingsklachten, gegeneraliseerde angstklachten, panieklachten en alcoholafhankelijkheid. Hieruit bleek dat welbevinden en psychopathologie twee onafhankelijke maar gerelateerde factoren zijn. Het onderzoek van Keyes (2005) is gerepliceerd onder Nederlandse volwassenen (Westerhof & Keyes, 2008), Amerikaanse volwassenen (Keyes & Grzywacz, 2005), Zuid-Afrikaanse volwassenen (Keyes et al., 2008) en Amerikaanse adolescenten (Keyes, 2006). Hoewel andere instrumenten gebruikt zijn om welbevinden en psychopathologie te meten, kwamen bovenstaande onderzoeken tot dezelfde eenduidige conclusies; een combinatie van welbevinden en psychopathologie is een betere voorspeller voor psychologisch functioneren dan alleen welbevinden of alleen psychopathologie, wat impliceert dat ze elkaar aanvullen (Keyes, 2002; 2005; 2007; Keyes & Grzywacz, 2005; Suldo & Schaffer, 2008; Keyes et al., 2008; Delleman, 2014). Ander bewijs voor het twee continuamodel blijkt uit het onderzoek van Westerhof en Keyes (2010) naar de levensloopontwikkeling. Zij concludeerden dat oudere volwassenen tegenwoordig minder psychopathologie ervaren, maar hierdoor geen hogere mate van welbevinden ervaren dan jongere volwassenen. Uit het onderzoek van Lamers et.al (2011) naar de relatie tussen welbevinden en psychopathologie werden beiden gedurende negen maanden vier maal gemeten onder de Nederlandse

bevolking. Hieruit bleek een matige significante correlatie van $-.34$. Dit was bewijs voor het twee continuamodel. Ook bleken veranderingen in welbevinden voorspellend voor de mate van psychopathologie later en vice versa (Lamers, Cees, Westerhof & Bohlmeijer, 2011).

Bovengenoemde studies van het twee continuamodel zijn voornamelijk uitgevoerd onder de algemene bevolking en impliceren dat het twee continuamodel van toepassing is op de algemene bevolking. Echter er is weinig onderzoek gedaan naar het twee continuamodel bij klinische populaties. De studie van Keyes (2005) heeft daarentegen wel onderzoek gedaan naar psychopathologische klachten maar is tevens uitgevoerd onder de algemene bevolking. Gekeken naar het twee continuamodel voor klinische populaties wordt bij cliënten met chronische pijnklachten een correlatie van $-.31$ gevonden tussen welbevinden en psychopathologie (Boumeester, 2015) en bij cliënten met posttraumatische stressstoornis (PTSS) wordt een correlatie van $-.42$ gevonden tussen welbevinden en psychopathologie (Acikel, 2014). Dit impliceert dat er bewijs is voor het twee continuamodel. Verder onderzoek naar het twee continuamodel bij klinische populaties is niet voorhanden. Klinische populaties zijn echter relevant omdat de behandelingen in de GGZ juist alleen op de klachten wordt gericht en niet op het welbevinden (Keijsers, Van Minnen & Hoogduin, 2004). Door welbevinden tevens te onderzoeken kan de zorg worden geoptimaliseerd.

Gekeken naar behandelingen blijkt dat de klachtgerichte behandeling van de meeste stoornissen slechts bij een kleine meerderheid van de cliënten effectief is. Ruim de helft van de depressieve cliënten reageert gunstig op een geprotocolleerde klachtgerichte behandeling met cognitieve gedragstherapie (CGT) of interpersoonlijke therapie (IPT) (Luty, Carter, Mc. Kenzie, Rae, Frampton, Mulder & Joyce 2007; Macaskill, 2012). Ook de cijfers van de behandeling van psychosen, verslavingen en angststoornissen geven gelijke of lagere effecten (Hofmann & Smits, 2008). Ander onderzoek heeft uitgewezen dat een hoge gevoeligheid voor angst zelfs als voorspeller voor een PTSS kan dienen (Lang, Kennedy & Stein, 2002; Marshall, Miles & Stewart, 2010) en dat sommige cliënten bij een PTSS behandeling juist een symptoomverhoging ervaren (Benish, Imel & Wampold, 2008; Bradley, Greene, Russ, Dutra & Westen, 2005; Foa, Zoellner, Feeny, Hembree & Alvarez-Conrad, 2002). Deze bevindingen bieden ruimte om de klachtgerichte behandeling binnen klinische populaties te verbeteren en mogelijk aan te vullen met de krachtgerichte behandeling. Welbevinden en psychopathologie werden voornamelijk apart onderzocht en er is slechts beperkt onderzoek gedaan naar de relatie tussen beiden. Onderzoek bij een klinische populatie kan de zorg optimaliseren. Zodoende zal voor huidig onderzoek een specifieke patiëntengroep worden gebruikt, namelijk PTSS-patiënten. Het blijkt dat 29,5% van de PTSS cliënten terugvalt in PTSS klachten na een succesvolle klachtgerichte behandeling (Pérez Benites, Zlotnick, Stout, Lou, Dyck, Weisberg, & Keller, 2012). Een krachtgerichte behandeling zou wellicht terugval kunnen voorkomen (Bohlmeijer et.al, 2013). Huidig onderzoek betreft PTSS-clieënten die in behandeling zijn geweest bij Mediant afdeling Psychotrauma (PTR).

1.3 Doel van het onderzoek

Het doel van deze studie is onderzoeken of het twee continuamodel van toepassing is bij een klinische populatie binnen de GGZ. Hiervoor zal allereerst het effect van de huidige klachtgerichte behandeling van PTSS-cliënten op de mate van welbevinden en psychopathologie worden onderzocht. Indien de klachtgerichte behandeling niet of te weinig zorgt voor een toename in welbevinden en een afname in klachten, kan een krachtgerichte behandeling wellicht aanvullingen bieden. Daarnaast is het interessant om te onderzoeken of er een verband bestaat tussen welbevinden en psychopathologie voor en na de behandeling. Huidig onderzoek is één van de eerste onderzoeken dat het twee continuamodel binnen een klinische populatie gaat onderzoeken en waarbij alle drie de componenten van welbevinden worden onderzocht. Er wordt gebruik gemaakt van een specifieke patiëntengroep (PTSS) binnen de GGZ-instelling Mediant. De respondenten hebben allen een behandeling gevolgd bij Mediant afdeling Psychotrauma (PTR) en van alle respondenten is zowel een voor- als een nameting beschikbaar.

1.4 Onderzoeksvragen

Met dit onderzoek wordt er getracht antwoord te geven op de hoofdvraag: *in hoeverre is het twee continuamodel van geestelijke gezondheid van toepassing op PTSS cliënten voor en na behandeling?* Binnen deze onderzoeksvraag worden er twee condities vergeleken, namelijk PTSS cliënten voor behandeling, en PTSS cliënten na behandeling. De deelvragen die zullen worden gebruikt zijn:

- Wat zijn de effecten van klachtgerichte behandeling op de mate van welbevinden en psychopathologie bij PTSS cliënten?
- Is er een matig verband tussen welbevinden en psychopathologie voor de behandeling en na de behandeling bij PTSS cliënten?

2. METHODE

2.1 Participanten en procedure

Huidig onderzoek werd uitgevoerd in samenwerking met het Centrum voor Psychotrauma van de GGZ-instelling Mediant, te Enschede. Voor het verkrijgen van de onderzoeksdata werd gebruik gemaakt van de Routine Outcome Monitoring database (ROM-database) van de afdeling Psychotrauma. De gebruikte data waren al vastgelegd in de ROM-database. De ROM werd door cliënten ingevuld alvorens zij starten met de behandeling, halverwege de behandeling en aan het einde van de behandeling. Er was sprake van passief consent. De ROM-gegevens werden anoniem (zonder vermelding van naam en andere persoonlijke gegevens) verwerkt in het kader van vergelijking tussen instellingen (Benchmark). Via het management is toegang verleend tot de benodigde onderzoeksdata. Er werden twee vragenlijsten uit de ROM-database gebruikt; de Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF) en de Brief Symptom Inventory (BSI). De resultaten van beide vragenlijsten waren voor alle respondenten geanonimiseerd om de privacy te waarborgen. Daarnaast werd van elke cliënt de leeftijd en het geslacht meegenomen in het onderzoek.

Alle respondenten hadden een behandeling gericht op Psychotrauma (PTR) bij Mediant gevolgd. Mediant hanteert vier soorten traumabehandeling; Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Exposure, Narrative Exposure Therapy (NET) en Stabilisatie. Een overzicht van de gevolgde behandelingen is weergegeven in Tabel 1. De behandelingsvormen waren allen gericht op het verhelpen van psychopathologie, waardoor er sprake was van een klachtgerichte behandeling.

De BSI werd bij Mediant vanaf 2013 afgenomen in de ROM en de MHC-SF werd vanaf 2014 afgenomen in de ROM. Dit resulteerde in een totaal van 842 respondenten. Vervolgens werd gekeken of het aantal respondenten voldeed aan de inclusiecriteria. Dit betrof; gediagnosticeerd met een PTSS voor behandeling, een PTR behandeling gevolgd en een voor- en nameting van zowel de MHC-SF als de BSI. De tussenmeting werd hierbij weggelaten, omdat het om het effect van de klachtgerichte behandeling ging. Er waren veel respondenten waarvan wel een voormeting maar geen nameting beschikbaar was, of waarvan wel een voor- en nameting van de MHC-SF was, maar geen meting van de BSI. Om deze redenen konden veel respondenten niet participeren in het onderzoek. Uiteindelijk bleef een totaal aantal over van 140 respondenten waarvan 51 man (36,4%) en 89 vrouw (63,4%) met een gemiddelde leeftijd van 40,9 jaar met een standaarddeviatie van 11,6. De jongste respondent had een leeftijd van 20 jaar en de oudste respondent had een leeftijd van 88 jaar.

De gemiddelde duur van de gevolgde klachtgerichte behandeling was 9,5 maand met een standaarddeviatie van 3,8. De kortste behandelduur bedroeg 3,1 maanden en de langste behandelduur bedroeg 18,5 maanden. Van de 140 respondenten volgden 108 (77.1%) een behandeling binnen de Specialistische GGZ en 32 (22.9%) in de Basis GGZ.

Tabel 1

Overzicht behandelvormen bij $N=140$.

Behandelvorm	N	%
EMDR	74	52.9
Exposure	35	25
NET	24	17.1
Stabilisatie	7	5

2.2 Instrumenten

De mate van positieve geestelijke gezondheid en de mate van psychopathologie werden met behulp van twee vragenlijsten gemeten.

2.2.1 Welbevinden

De *Mental Health Continuum-Short Form* (MHC-SF; Keyes et al., 2008; Lamers et al., 2011) werd gebruikt om positieve geestelijke gezondheid te meten. De MHC-SF bestond uit 14 items verdeeld over drie subschalen; emotioneel welbevinden, psychologisch welbevinden en sociaal welbevinden. De psychometrische eigenschappen van de MHC-SF waren uitstekend (Keyes, 2002, 2005; Keyes et al., 2008). De Nederlandse versie van de MHC-SF beschikte over goede psychometrische kwaliteiten (Lamers et al., 2011; Lamers, 2012; Lamers, Cees, Westerhof & Bohlmeijer, 2011). Daarmee wordt de MHC-SF als één van de best onderzochte vragenlijsten naar positieve geestelijke gezondheid in Nederland beschouwd. In deze studie had de vragenlijst een uitstekende interne consistentie: $\alpha=.91$.

Emotioneel welbevinden (EMO) werd gemeten met drie items ($\alpha=.88$). Een voorbeeld was “in de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u gelukkig was?”. *Psychologisch welbevinden* (PSY) werd gemeten met zes items ($\alpha=.83$). Een voorbeeld was “in de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u zelfverzekerd uw ideeën en meningen gedacht en geuit hebt?”. *Sociaal welbevinden* (SOC) werd gemeten met vijf items ($\alpha=.81$). Een voorbeeld was “in de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat mensen in principe goed zijn?”. Elk item van de MHC-SF presenteert een mate van welbevinden van de afgelopen maand gescoord op een zes-punt Likertschaal die loopt van *nooit* (0) tot *elke dag* (5). In deze studie hadden de subschalen een goede interne consistentie.

De normgegevens voor de Nederlandse bevolking waren bepaald aan de hand van een representatieve steekproef (Lamers et al., 2011). Het gemiddelde voor de algemene mate van welbevinden was 2.98 met een standaarddeviatie van 0.85.

2.2.2 Psychopathologie

De *Brief Symptom Inventory* (BSI; Nederlandse versie: de Beurs & Zitman, 2006) werd gebruikt om de mate van psychopathologie te meten en was een zelfbeoordelingsvragenlijst. De BSI bevatte in

totaal 53 items verdeeld over 9 schalen ($\alpha=.97$), welke allen een verschillende dimensie van psychopathologie maten (de Beurs & Zitman, 2006). De schaal *somatische klachten (SOM)* werd gemeten met zeven items ($\alpha=.88$) en mat naast de lichamelijke klachten ook de symptomen die optreden bij angst. Een voorbeelditem was “duizeligheid of moeite je evenwicht te bewaren”. De schaal *cognitieve problemen (COG)* werd gemeten met zes items ($\alpha=.86$) en mat de mate van obsessieve-compulsieve klachten en andere cognitieve domeinen zoals aandacht en concentratie. Een voorbeelditem was “moeite iets te onthouden”. De schaal *interpersoonlijke gevoeligheid (INT)* werd gemeten met vier items ($\alpha=.81$) en mat de mate van persoonlijke kritiek, minderwaardigheid en ongemakkelijkheid tijdens interpersoonlijke relaties. Een voorbeelditem was “gauw gekwetst of geraakt zijn”. De schaal *depressieve stemming (DEP)* werd gemeten met zes items ($\alpha=.87$) en mat de mate van depressieve gevoelens als somberheid, hopeloosheid en verlies aan interesse en vitaliteit. Een voorbeelditem was “je somber voelen”. De schaal *angst (ANG)* werd gemeten met zes items ($\alpha=.87$) en mat de mate van symptomen die behoren bij angst zoals onrust, nervositeit en spanning. De symptomen van een gegeneraliseerde angststoornis en een paniekstoornis werden tevens door deze schaal omvat. Voorbeelditems waren “zenuwachtigheid of beverigheid” en “zomaar plotseling bang worden”. De schaal *hostiliteit (HOS)* werd gemeten met vijf items ($\alpha=.85$) en mat de mate van boosheid of vijandigheid. Een voorbeelditem was “woede-uitbarstingen die je niet kan beheersen”. De schaal *fobische angst (FOB)* werd gemeten met vijf items ($\alpha=.84$) en mat de mate van irreële angst voor situaties, plaatsen en/of objecten. Een voorbeelditem was “bang om te reizen met bus, trein of tram”. De schaal *paranoïde gedachten (PAR)* werd gemeten met vijf items ($\alpha=.82$) en mat de mate van wantrouwen en achterdocht. Een voorbeelditem was “het gevoel dat de meeste mensen niet te vertrouwen zijn”. De schaal *psychoticisme (PSY)* werd gemeten met vijf items ($\alpha=.78$) en mat de mate van psychotische verschijnselen als wanen en hallucinaties. Een voorbeelditem was “het gevoel dat je in de gaten gehouden wordt of dat er over je gepraat wordt, achter je rug”. Deze negen schalen bevatten 49 items in plaats van de gebruikelijke 53 items van de BSI. De vier ontbrekende items werden niet onder de negen schalen geplaatst omdat ze op meerdere dimensies van toepassing zijn. Toch zijn ze klinisch relevant en werden ze bij de totaalscore van de BSI gebruikt.

In de Verenigde Staten was de BSI één van de meest gebruikte instrumenten in de geestelijke gezondheidszorg (De Beurs & Zitman, 2006). Deelnemers moesten aangeven in welke mate ze in de afgelopen week last hebben gehad van psychologische klachten op een vijf-punt Likertschaal van *helemaal geen* (0) tot *heel veel* (4). De normgegevens voor de BSI waren bepaald voor de Normale Steekproef Algemene Bevolking – Normalen (N=200) met een gemiddelde totaalscore van .42 en een standaarddeviatie van .40.

2.3 Analyse

Voor de analyse van de data is gebruik gemaakt van het statistische analyseprogramma IBM SPSS 20. De Central Limit Theorem (CLT) veronderstelde volgens Field (2013) dat bij een steekproef groter

dan $N > 30$ per groep uit kan worden gegaan van een normale verdeling. Daarom werd in dit onderzoek gebruik gemaakt van parametrische toetsen.

2.3.1 Effectiviteit van behandeling

Voor de onderzoeksvraag wat de effecten zijn van een klachtgerichte behandeling op de mate van welbevinden en psychopathologie bij PTSS cliënten, werd eerst gekeken naar de gemiddelde scores op de MHC-SF bij de voor- en nameting in vergelijking met de algemene bevolking. Voor de mate van het algemene welbevinden werd daarna een Repeated Measures ANOVA uitgevoerd met als within subjectfactor de voor- en nameting en als afhankelijke variabele welbevinden. Er werd afzonderlijk naar de drie verschillende subschalen gekeken, waardoor er drie Repeated Measures ANOVA's werden uitgevoerd met als within subjectfactor de voor- en nameting en als afhankelijke variabelen respectievelijk EMO, PSY en SOC. Verwacht werd dat de algemene mate van welbevinden en de mate van welbevinden voor de afzonderlijke schalen na behandeling toenam. Voor de algemene mate van psychopathologie werd eerst gekeken naar de gemiddelde scores op de BSI bij de voor- en nameting in vergelijking met de algemene bevolking. Daarna werd een Repeated Measures ANOVA uitgevoerd met als within subjectfactor de voor- en nameting en als afhankelijke variabele psychopathologie. Er werd afzonderlijk naar de negen subschalen gekeken, waardoor er negen Repeated Measures ANOVA's werden uitgevoerd met als within subjectfactor de voor- en nameting en als afhankelijke variabelen respectievelijk; SOM, COG, INT, DEP, ANG, HOS, FOB, PAR en PSY. Verwacht werd dat de algemene mate van psychopathologie en de mate van psychopathologie voor de afzonderlijke schalen na behandeling afnam.

2.3.2. Verband welbevinden en psychopathologie

Voor de onderzoeksvraag of er een matig verband tussen welbevinden en psychopathologie voor de behandeling en na de behandeling bij PTSS cliënten bestaat, werd op vier verschillende manieren gekeken. Allereerst werd een factoranalyse uitgevoerd, om groepen of clusters te identificeren. Op basis hiervan werd inzicht verkregen in de structuur van de variabelen en werden onderliggende variabelen gemeten (Field, 2013). Er werd gekeken naar de intercorrelatie tussen de items van de MHC-SF en de BSI. De verwachting was dat ze twee verschillende dimensies zouden meten.

Vervolgens werd gekeken naar de totaalscores van de MHC-SF en de BSI en werd met de bivariate correlatieanalyse (Pearson) berekend of er sprake was van een lineair verband tussen welbevinden en psychopathologie. Er werd verondersteld dat er bij een waarde van 0 geen correlatie is, bij .1 een kleine correlatie en .3 een matige correlatie (Field, 2013). Bij een matige correlatie zou er sprake zijn van het twee continuamodel, dus wanneer er een correlatie gevonden werd van rond .3 was er voldoende bewijs om te stellen dat het twee continuamodel van toepassing was op de huidige PTSS patiëntengroep.

Daarna werden de verschillscores berekend tussen de voor- en nameting van de MHC-SF en de BSI. Hiervoor werd een bivariate correlatieanalyse (Pearson) uitgevoerd waardoor de verandering in tijd kon worden onderzocht. Verwacht werd een matige correlatie van rond de .3 tussen een toename in welbevinden en een afname van psychopathologie als bewijs voor het twee continuamodel.

Als toelichting op de correlaties werden er als laatste kruistabellen gemaakt. Zie hiervoor Tabel 5. Er werd een onderscheid gemaakt tussen een hoge en lage mate van welbevinden en een hoge en lage mate van psychopathologie. Verwacht werd dat wanneer er na behandeling veel respondenten waren met een hoge mate van welbevinden in combinatie met een hoge mate van psychopathologie en veel respondenten met een lage mate van welbevinden in combinatie met een lage mate van psychopathologie, dit een sterke aanname is voor het twee continuamodel. Om de groepsindeling van de MHC-SF mogelijk te maken werd, omdat er geen normgegevens voor een klinische populatie beschikbaar waren, gekozen om de groep ‘laag’ ($M - 1SD$) en ‘hoog’ ($M + 1SD$) te creëren aan de hand van de normgegevens van de algemene bevolking. Om de groepsindeling van de BSI mogelijk te maken werd tevens vergeleken met de normgegevens van de algemene bevolking. Er werd gekozen om de groep ‘laag’ ($M - 1SD$) en ‘hoog’ ($M + 1SD$) te creëren.

3. RESULTATEN

3.1 Effectiviteit van behandeling

3.1.1 Mate van welbevinden

De gemiddelden en de standaarddeviaties voor de totale score en de score op de subschalen van de voor- en nameting van de MHC-SF van PTSS cliënten worden in Tabel 2 weergegeven. Het gemiddelde van de algemene mate van welbevinden in de huidige PTSS patiëntengroep was aanzienlijk lager wanneer vergeleken werd met de normgegevens van de algemene bevolking. Voor de algemene bevolking gold 2.98 (.85) en voor de PTSS patiëntengroep gold 1.80 (1.07) bij de voormeting en 1.99 (1.28) bij de nameting. Dit lag ver onder het gemiddelde van de algemene bevolking. De huidige PTSS patiëntengroep ervaaarde een lagere mate van welbevinden, zelfs na behandeling in vergelijking met de algemene bevolking.

De One Way Repeated Measures ANOVA liet zien dat de voormeting van de MHC-SF significant verschilde van de nameting van de MHC-SF. De klachtbehandeling leidde tot een toename van welbevinden. De drie Repeated Measures ANOVA's lieten zien dat emotioneel en sociaal welbevinden marginaal significant waren bij de voor- en nameting. Emotioneel en sociaal welbevinden namen niet toe na behandeling. Er werd wel een significant verschil gevonden bij de voor- en nameting van psychologisch welbevinden. De mate van psychologisch welbevinden was hoger na behandeling. Geconcludeerd kon worden dat er een significant verschil bestond in de resultaten op de voor- en nameting voor de algemene mate van welbevinden en de mate van psychologisch welbevinden voor de specifieke PTSS patiëntengroep, maar dat wanneer deze resultaten werden vergeleken met de algemene bevolking, het gemiddelde van de specifieke PTSS patiëntengroep hier ver onder lag. Zie Tabel 2.

3.1.2 Mate van psychopathologie

De gemiddelden en de standaarddeviaties voor de totale score en de score op de subschalen van de voor- en nameting van de BSI van PTSS cliënten worden in Tabel 2 weergegeven. Het gemiddelde van psychopathologie in de huidige PTSS patiëntengroep was aanzienlijk hoger wanneer vergeleken werd met de algemene bevolking. Voor de algemene bevolking gold .42(.40) en voor de PTSS patiëntengroep gold 1.84 (.82) bij de voormeting en 1.53 (.96) bij de nameting. Dit lag ver boven het gemiddelde van de algemene bevolking. De huidige PTSS patiëntengroep ervaaarde een hogere mate van psychopathologie, zelfs na behandeling in vergelijking met de algemene bevolking.

De One Way Repeated Measures ANOVA liet zien dat de BSI voormeting significant verschilde van de BSI nameting. De klachtbehandeling leidde tot een afname van psychopathologische klachten. De negen Repeated Measures ANOVA's lieten zien dat voor alle subschalen van de BSI; SOM, COG, INT, DEP, ANG, HOS, FOB, PAR en PSY een significant verschil bestond op de voor- en nameting. De klachtgerichte behandeling leidde tot een afname van somatische klachten, cognitieve

problemen, interpersoonlijke gevoeligheid, depressieve stemming, angst, hostiliteit, fobische angst, paranoïde gedachten en psychoticisme. Zie Tabel 2.

Tabel 2

Gemiddelde testcores voor welbevinden en subschalen en psychopathologie en subschalen bij PTSS cliënten bij de voor- en nameting bij N=140 met df = 1, 139.

	Voormeting		Nameting		<i>F</i>	<i>p</i>
	Mean	SD.	Mean	SD.		
Welbevinden	1.80	1.07	1.99	1.28	4.74	.031
Emotioneel welbevinden	2.00	1.38	2.21	1.47	3.69	.057
Psychologisch welbevinden	1.96	1.22	2.19	1.41	5.01	.027
Sociaal welbevinden	1.48	1.15	1.62	1.31	1.89	.172
Psychopathologie	1.84	.82	1.53	.96	26.15	.000
SOM	1.67	1.07	1.37	1.09	20.47	.000
COG	2.20	.99	1.88	1.09	17.92	.000
INT	1.85	1.06	1.54	1.34	16.97	.000
DEP	1.95	.98	1.61	1.09	19.88	.000
ANG	2.07	1.00	1.66	1.15	26.63	.000
HOS	1.43	.98	1.2	1.00	9.65	.002
FOB	1.64	1.08	1.37	1.13	13.43	.000
PAR	1.97	1.03	1.7	1.14	16.17	.000
PSY	1.55	.93	1.35	.99	8.37	.004

3.2 Verband welbevinden en psychopathologie

Als eerste werd een factoranalyse uitgevoerd waaruit bleek dat bijna alle variabelen met elkaar correleren en daarvoor waren ze bruikbaar voor de factoranalyse. In overeenstemming met het twee continuamodel onthulde de explanatory factor analyse twee factoren met een eigenvalue groter dan 1. Samen verklaarden deze factoren 74,4% van de variantie. Alle subschalen hadden de hoogste lading op de beoogde factor, met hoogste factor lading tussen de .63 en .93. Zie hiervoor Tabel 3. De twee factoren hadden een negatieve correlatie van -.01.

Table 3.

Exploratory Factor Analysis met Two-factor Oblimin Rotation voor de MHC-SF en de BSI.

Subschaal	Welbevinden	Psychopathologie
MHC-SF		
Emotioneel welbevinden	.76	.01
Psychologisch welbevinden	.93	.04
Sociaal welbevinden	.88	-.02
BSI		
Somatische klachten	.03	.80
Cognitieve problemen	-.03	.83
Interpersoonlijke gevoeligheid	.08	.82
Depressieve stemming	.08	.88
Angst	.06	.87
Hostiliteit	-.23	.63
Fobische angst	.11	.80
Paranoïde gedachten	-.08	.85
Psychoticisme	.05	.88

Note. MHC-SF = Mental Health Continuum-Short Form; BSI = Brief Symptom Inventory. **Bold** = Highest factor loading for the item.

Als tweede werd een bivariate correlatieanalyse (Pearson) uitgevoerd waaruit een verband bleek tussen het welbevinden van de voor- en nameting van de MHC-SF. Dit verband was significant ($r = .62$; $p < 0.01$; $n = 140$). Daarnaast bleek een verband tussen psychopathologie van de voor- en nameting van de BSI. Dit verband was significant ($r = .69$; $p < 0.01$; $n = 140$). Maar er was geen significant verband tussen de voormeting van de MHC-SF en de voormeting van de BSI ($r = .015$; $p > .05$; $n = 140$), en ook bleek er geen verband tussen de nameting van de MHC-SF en de nameting van de BSI ($r = .035$; $p > .05$; $n = 140$). De gemiddelde correlatie tussen welbevinden en psychopathologie was .03. Zie Tabel 4.

Tabel 4

Correlatie bij de voor-en nameting van de MHC-SF en de BSI voor N=140.

		BSI
MHC-SF voormeting	<i>R</i>	.015
	<i>p</i>	.865
MHC-SF nameting	<i>R</i>	.035
	<i>p</i>	.684
Totaal	<i>R</i>	.03

Als derde is er met een bivariate correlatieanalyse (Pearson) gekeken naar de verschillen tussen de voor- en nameting van de MHC-SF en de BSI, waarbij ook geen correlatie werd gevonden ($r = -.042$; $p > .05$; $n = 140$). Dit impliceerde geen verband tussen de toename van welbevinden en de afname van psychopathologie. Het gemiddelde verschil bij de MHC-SF bij de voor- en nameting bedroeg .19 (1.04) en het gemiddelde verschil bij de BSI bij de voor- en nameting bedroeg -.31 (.71). In overeenstemming met de verwachtingen bleek uit de resultaten van de factoranalyse en de bivariate correlatieanalyses (Pearson) dat welbevinden en psychopathologie twee verschillende dimensies zijn, wat diende als bewijs voor het twee continuïteitsmodel. Echter werd geen matige correlatie gevonden.

Als vierde zijn er kruistabellen gemaakt om de mate van welbevinden en psychopathologie te verdelen over hoog en laag. Voor de MHC-SF werd bij M-1SD (2.13) een lage mate van welbevinden toegekend bij 87 respondenten (62.1%) voor behandeling en bij 81 respondenten (57.9%) na behandeling. Bij M+1SD (3.83) werd een hoge mate van welbevinden toegekend bij 6 respondenten (4.3%) voor behandeling en bij 19 respondenten (13.6%) na behandeling. Door deze groepsindeling werden er 47 respondenten bij de voormeting en 40 respondenten bij de nameting uitgesloten. Zie Tabel 5. Geconcludeerd werd dat de meeste respondenten voor behandeling een laag welbevinden hadden. Er bleek wel een lichte toename van welbevinden, maar na behandeling bleken nog steeds veel cliënten een lage mate van welbevinden te ervaren. Voor de BSI werd bij M-1SD (.02) een lage mate van psychopathologie toegekend bij 0 respondenten voor behandeling en bij 1 respondent (0.7%) na behandeling. Bij M+1SD (.82) werd een hoge mate van psychopathologie toegekend bij 125 respondenten (89.3%) voor behandeling en bij 94 respondenten (67.1%) na behandeling. Door deze groepsindeling werden er 15 respondenten bij de voormeting en 45 respondenten bij de nameting uitgesloten. Zie Tabel 5. Geconcludeerd werd dat de mate van psychopathologie onder de PTSS cliënten aanzienlijk hoog was voor de behandeling en er niemand was met weinig klachten. Er bleek wel een afname van klachten, maar na behandeling bleken nog steeds veel cliënten een hoge mate van psychopathologie te ervaren.

Tabel 5

Verdeling PTSS cliënten over de mate van welbevinden en psychopathologie bij de voor- en nameting

Variabele	Voormeting		Nameting	
	N	%	N	%
Mate van welbevinden				
Laag	87	62.1	81	57.9
Hoog	6	4.3	19	13.6
Totaal	93	66.4	100	70.5
Mate van psychopathologie				
Laag	0	0	1	0.7
Hoog	125	89.3	94	67.1
Totaal	125	89.3	95	67.8

Noot. Laag: M-1SD, Hoog: M+1SD

Verdere kruistabellen toonden dat, uitgaande van de gemiddelde scores op de MHC-SF en de BSI, de meerderheid van de respondenten voor behandeling veel klachten in combinatie met een laag welbevinden ervaarden. De minderheid van de respondenten had weinig klachten in combinatie met een hoog welbevinden. Zie Tabel 6. Na behandeling bleek een afname van klachten, maar de mate van klachten bleef hoog. De respondenten bleken na behandeling meer verdeeld te zijn dan voor behandeling. In overeenstemming met de verwachtingen waren er na behandeling veel respondenten met weinig klachten in combinatie met een laag welbevinden en veel respondenten met veel klachten in combinatie met een hoog welbevinden. De mate van klachten neemt dus af maar blijft hoog na behandeling en de mate van welbevinden neemt wel toe maar blijft laag na behandeling.

Tabel 6

Mate van welbevinden en psychopathologie bij de voor- en nameting.

		Voormeting					Nameting				
		Psychopathologie					Psychopathologie				
		Laag		Hoog		Totaal	Laag		Hoog		Totaal
		N	%	N	%		N	%	N	%	
Welbevinden	Laag	21	15	66	47.1	87	39	27.9	42	30	81
	Hoog	11	7.9	42	30	53	22	15.7	37	26.4	59
	Totaal	32	22.9	108	77.1	140	61	43.6	79	56.4	140

4.DISCUSSIE

Binnen Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)-instellingen worden veelal behandelingen geboden welke gericht zijn op het behandelen van psychische problematiek en op het reduceren van psychopathologie bij cliënten (Keyes, 2005). Wanneer de klachten verdwijnen of wanneer de klachten dusdanig zijn verminderd wordt de cliënt geestelijk gezond beschouwd (Keijsers, Van Minnen & Hoogduin, 2004). Hierbij is de focus vooral klachtgericht, waarbij er weinig aandacht wordt besteed aan de geestelijke gezondheid van cliënten. Met de komst van de positieve psychologie komt er naast de focus op psychopathologie, een verandering in de visie over geestelijke gezondheid. Niet langer wordt geestelijke gezondheid gezien als de afwezigheid van psychopathologie, maar gaat het om het welbevinden en optimaal functioneren (Seligman & Csikszentmihaly, 2000). Het twee continuamodel stelt dat welbevinden en psychopathologie matig gerelateerd zijn waarbij een toe- of afname van het één niet automatisch hoeft te leiden tot een toe- of afname van het ander (Keyes, 2005; Lamers et. al., 2011). Het twee continuamodel is meermaals onderzocht onder de algemene bevolking en slechts bij enkele klinische populaties. Door het twee continuamodel te onderzoeken bij klinische populaties wordt er meer zicht verkregen op de ervaren mate van welbevinden en psychopathologie en kunnen er wellicht nieuwe interventies worden ontwikkelt voor de betreffende patiëntengroep. Voor dit onderzoek is gekozen voor de specifieke PTSS-patiëntengroep. Om te onderzoeken of GGZ-instellingen zich naast de klachtgerichte behandeling ook dienen te richten op het vergroten van het welbevinden is het effect onderzocht van een klachtgerichte behandeling op de mate van welbevinden en op de mate van psychopathologie voor en na behandeling van PTSS cliënten. Daarnaast werd het verband tussen welbevinden en psychopathologie voor en na behandeling onderzocht.

4.1 Effectiviteit van behandeling

4.1.1 Welbevinden

De eerste vraag was wat de effecten waren van de klachtgerichte behandeling op de mate van welbevinden en psychopathologie bij PTSS cliënten. Zowel voor als na de behandeling blijken PTSS cliënten een veel lagere mate van welzijn, geluk en positieve emoties te ervaren dan de algemene bevolking. Dit kan worden verklaard doordat zij veel psychopathologische klachten ervaren ten gevolge van hun PTSS en een hoge lijdensdruk ervaren. Toch blijkt er na behandeling wel een toename van welzijn, geluk en positieve emoties. De verhoogde mate van welbevinden na behandeling ten opzichte van voor behandeling is bij PTSS cliënten ook gevonden in het onderzoek van Acikel (2014) naar het welbevinden van PTSS cliënten voor en na behandeling. Het onderzoek van Esen (2011) heeft tevens aangetoond dat mensen met een angststoornis, waar ook PTSS onder valt, na behandeling een hogere mate van welbevinden ervaren dan voor behandeling. In overeenstemming met de verwachtingen zorgde de klachtgerichte behandeling voor een toename van de algemene mate

van welbevinden.

Gekeken naar de afzonderlijke schalen van welbevinden; emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden, blijkt dat tegen de verwachting in, emotioneel en sociaal welbevinden marginaal significant zijn. Alleen de mate van psychologisch welbevinden neemt na behandeling significant toe. Dit kenmerkt zich door de mate van positief individueel functioneren in termen van zelfrealisatie, de mate van persoonlijke groei en zelfacceptatie. Traumatische ervaringen kunnen mogelijkheid bieden voor psychologische groei (Tedeschi & Calhoun, 1995). Kilmer, Gil-Rivas, Tedeschi, Cann, Calhoun, Buchanan en Taku (2006) spreken zelfs over posttraumatische groei (PTG) wat duidt op de positieve verandering die ervaren wordt als resultaat van het ‘worstelen’ met een trauma. Dit kan ervoor zorgen dat iemand na een trauma sterker wordt. Tedeschi en Calhoun (2004) zien posttraumatische groei als een proces waarin doelen, gedragingen, overtuigingen en de identiteit van een individu veranderen naar aanleiding van een traumatische gebeurtenis welke iemands wereldbeeld kan veranderen. Op basis van deze bevindingen is er een waarschijnlijkheid dat de uitkomsten van de PTSS patiëntengroep uit huidig onderzoek samenhangen met posttraumatische groei.

4.1.2 Psychopathologie

De gemiddelde mate van psychopathologie bij PTSS cliënten ligt zowel voor als na behandeling ver boven het gemiddelde van de algemene bevolking. Dit betekent dat zij aanzienlijk meer psychopathologische klachten ervaren, zelfs na een klachtgerichte behandeling. Dit is wellicht te wijten aan de lijdensdruk die de PTSS-symptomen met zich meebrengen. In overeenstemming met de verwachtingen blijkt er na de behandeling een significante afname van de psychopathologische klachten. Dit sluit aan bij een onderzoek van Jeffries en Davis (2013) naar de bewezen werkzaamheid van EMDR en de reductie van PTSS symptomen bij PTSS cliënten. Ook de NET blijkt voor een reductie van PTSS symptomen te zorgen (Robjant & Fazel, 2010). Bovendien toonde eerder onderzoek dat de exposure therapie zorgde voor een afname van PTSS symptomen en daarnaast zorgde voor een afname van angst- en depressieve symptomen (Wells, Walton, Lovell & Proctor, 2015). Gekeken naar de negen afzonderlijke schalen van de BSI; somatische klachten, cognitieve problemen, interpersoonlijke gevoeligheid, depressieve stemming, angst, hostiliteit, fobische angst, paranoïde gedachten en psychoticisme, toonden allen in overeenstemming met de verwachtingen een afname van klachten na de behandeling.

4.2 Verband welbevinden en psychopathologie

De tweede vraag was of er een verband bestaat tussen welbevinden en psychopathologie bij PTSS cliënten voor en na een klachtgerichte behandeling. Dit is op vier verschillende manieren onderzocht. Zowel de factoranalyse als de correlatieanalyses toonden aan dat welbevinden en psychopathologie twee verschillende dimensies zijn. Dit was in overeenstemming met de verwachtingen. Tegen de

verwachting in is er geen correlatie gevonden tussen de mate van welbevinden en psychopathologie voor en na behandeling. Gekeken naar de verschillen tussen de voor- en nameting wordt er ook geen correlatie gevonden tussen een toename in welbevinden en een afname in psychopathologie. Eerder onderzoek naar het twee continuamodel in algemene populaties toonde een correlatie van $-.33$ tussen de MHC-SF en de BSI (Lamers et.al, 2011). Westerhof en Keyes (2008) vonden een correlatie van $-.32$ bij de algemene Nederlandse bevolking. Gekeken naar klinische populaties werd bij patiënten met chronische pijnklachten een correlatie van $-.31$ gevonden (Boumeester, 2015) en bij PTSS-patiënten een correlatie van $-.42$ (Acikel, 2014) tussen de MHC-SF en de BSI. Bovengenoemde correlaties voldoen aan een matige correlatie tussen welbevinden en psychopathologie van rond de $.3$ (Field, 2013) en voldoen aan de twee assumpties van het twee continuamodel. Huidig onderzoek voldoet wel aan de assumptie dat welbevinden en psychopathologie twee aparte dimensies zijn die onafhankelijk van elkaar fungeren, maar toonde daarentegen geen correlatie tussen welbevinden en psychopathologie. Dit in tegenstelling tot bovengenoemde onderzoeken. Een verklaring hiervoor kan zijn dat een traumabehandeling zich vooral richt op het reduceren van specifieke PTSS-symptomen, welke niet met een algemene klachtenlijst (BSI) kunnen worden gemeten.

Als aanvulling op de correlatie zijn kruistabellen gemaakt. Hieruit blijkt dat na behandeling de mate van welbevinden toeneemt en de mate van psychopathologie afneemt. Voor behandeling zijn er veel respondenten met veel klachten en een laag welbevinden en weinig respondenten met weinig klachten en een hoog welbevinden. In overeenstemming met de verwachtingen blijken er na behandeling veel respondenten met veel klachten in combinatie met een hoog welbevinden en veel respondenten met weinig klachten in combinatie met een laag welbevinden. Dit dient als bewijs voor het twee continuamodel. Bij een klachtgerichte behandeling verwacht men in een klinische populatie dat er een afname van psychopathologische klachten ontstaat. Omdat in de klachtgerichte behandeling geen aandacht wordt besteed aan het welbevinden, hoeft het welbevinden niet automatisch toe te nemen na de behandeling. Zo kan het zijn dat cliënten na een klachtgerichte behandeling wel een afname van klachten ervaren maar nog steeds een lage mate van welbevinden hebben. In de huidige PTSS-patiëntengroep is dit het geval. Dit dient eveneens als bewijs voor het twee continuamodel.

4.3 Limitaties en suggesties voor vervolgonderzoek

De onderzoeksresultaten dienen te worden geïnterpreteerd in het licht van de limitaties. De eerste limitatie betreft het aantal deelnemers. Vanwege de inclusiecriteria voor het onderzoek; gediagnosticeerd met een PTSS, een Psychotrauma (PTR) behandeling gevolgd en een voor- en nameting van zowel de MHC-SF als de BSI, konden veel respondenten niet participeren aan het onderzoek. Uiteindelijk zijn er $N = 140$ respondenten overgebleven. De huidige onderzoeksresultaten zeggen specifiek iets over de PTSS-patiëntengroep binnen Mediant. Voor vervolgonderzoek is aan te raden om een PTSS-patiëntengroep te gebruiken van een andere GGZ-instelling omdat de huidige onderzoeksresultaten representatief zijn voor PTSS cliënten van Mediant. Door een PTSS-

patiëntengroep van een andere GGZ instelling te onderzoeken kan gekeken worden of eenduidige onderzoeksresultaten voor PTSS cliënten bij een andere GGZ-instellingen ook gelden.

Een tweede limitatie is dat de achtergrondvariabelen zoals opleidingsniveau en etniciteit niet zijn gemeten. Wellicht zouden deze variabelen wel een belangrijke invloed kunnen hebben op de mate van welbevinden en de mate van psychopathologie. Het blijkt namelijk dat psychologisch welbevinden gerelateerd is aan sociaaleconomische status en etniciteit (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Opleidingsniveau en etniciteit blijken een verhoogde kans te geven op de ontwikkeling van PTSS (Sayed, Iacoviello & Charney, 2015).

Een derde limitatie is dat er verschillende behandeltrajecten worden gevolgd door verschillende respondenten. Hiervan is een overzicht gemaakt (zie Tabel 1). Voor huidig onderzoek zijn de verschillende behandeltrajecten echter niet onderzocht. In toekomstig onderzoek zou het effect van verschillende klachtgerichte behandelingen op de mate van welbevinden en psychopathologie wel kunnen worden onderzocht. Per cliënt verschilt namelijk welke behandeling effectief is, omdat verschillende mechanismen invloed hebben op de verandering van klachten en daarbij op de effectiviteit van de behandeling (Barlow, Bullis, Comer & Ametaj, 2013). Ook zou dan de behandelduur kunnen worden onderzocht om het effect van de behandelduur op de mate van welbevinden en psychopathologie te onderzoeken. Dit omdat sommige cliënten bij een traumabehandeling juist een symptoomverhoging ervaren (Benish et al., 2008; Bradley et al., 2005; Foa et.al, 2002).

Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is om de BSI als algemene klachtenlijst te vervangen door de specifieke PTSS-klachtschaal. Het huidige onderzoek betreft een klinische populatie (PTSS) welke over het algemeen veel klachten hebben. De algemene klachten zijn na behandeling nog in hoge mate aanwezig. De BSI schetst waarschijnlijk een te algemeen klachtenbeeld waardoor specifieke PTSS-symptomen zoals nachtmerries, herbelevingen, verhoogde arousal en vermijding onvoldoende in kaart worden gebracht. Voor de behandeling van PTSS blijkt een traumagerichte behandeling meer effectief te zijn dan niet-traumagerichte behandeling (Bisson, Roberts, Andrew, Cooper & Lewis, 2013). Deze traumabehandeling wordt toegespitst op het reduceren van PTSS-symptomen, waarbij minder aandacht wordt besteed aan algemene klachten zoals lichamelijke klachten en psychosociale klachten zoals werkproblemen of financiële problemen. Een traumagerichte behandeling reduceert dus de PTSS-symptomen maar hoeft daarmee de algemene klachten of psychosociale klachten niet automatisch te reduceren waardoor deze hoog kunnen blijven na behandeling.

Een volgende aanbeveling is om de groepsindeling van de MHC-SF en de BSI op individueel niveau te gaan vergelijken met een kleinere selecte steekproef van rond de N=30 (Field, 2013). Hiermee kunnen individuele scores hoog/laag op beide vragenlijsten inzichtelijk worden gemaakt en vergeleken, waardoor meer zicht wordt verkregen op het twee continuamodel. In huidig onderzoek is de groepsindeling hoog/laag gerealiseerd op basis van de gemiddelde totaalscores op de twee vragenlijsten. Voor vervolgonderzoek is aan te bevelen om de hoog/laag scores van beide

vragenlijsten op individueel niveau te vergelijken. Daarbij kan tevens de correlatie tussen alle drie de componenten van welbevinden (emotioneel, psychologisch en sociaal) op individueel niveau worden onderzocht om te kijken in hoeverre een toe- of afname van het één ook voor een toe- of afname van het ander zorgt. Het is essentieel dat de respondenten toestemming geven om individuele onderzoeksgegevens te gebruiken.

4.4 Conclusie en implicaties

Huidig onderzoek heeft een eerste inzicht gegeven in de toepassing van het twee continuamodel bij een klinische populatie, namelijk een PTSS-patiëntengroep binnen de GGZ-instelling Mediant. De mate van welbevinden van de PTSS-patiëntengroep is lager dan dat van de algemene bevolking. Er blijkt een significante toename van welbevinden na de klachtgerichte behandeling, maar het welbevinden blijft laag. Emotioneel en sociaal welbevinden blijken marginaal significant en psychologisch welbevinden neemt significant toe. De mate van psychopathologie van de PTSS-patiëntengroep is hoger dan dat van de algemene bevolking. Er is een significante afname van klachten na de klachtgerichte behandeling, maar de klachten blijven hoog. Huidig onderzoek toont aan dat welbevinden en psychopathologie van het twee continuamodel onafhankelijke dimensies zijn.

De resultaten van dit onderzoek impliceren dat er binnen GGZ-instellingen meer onderzoek nodig is naar het twee continuamodel. Uit diverse onderzoeken blijkt dat dit model van toepassing is op verschillende groepen (Keyes, 2005; 2007; Lamers et.al, 2011; Westerhof & Keyes, 2008). In tegenstelling tot eerder onderzoek (Lamers et.al, 2011; Westerhof & Keyes, 2008; Boumeester, 2015; Acikel, 2014) toonden de resultaten van huidig onderzoek aan dat er geen correlatie bestaat tussen de dimensies van het twee continuamodel. Het is aan te bevelen om meer onderzoek te verrichten naar het twee continuamodel in combinatie met klinische populaties. De focus binnen GGZ-instellingen is vooral klachtgericht, waarbij het reduceren van de psychopathologische klachten centraal staat. Huidig onderzoek toont echter aan dat bij een afname van klachten, de mate van welbevinden niet automatisch hoeft toe te nemen. Zo kan er na een klachtgerichte behandeling wel een afname van klachten ontstaan, maar kan iemand zich nog steeds ongelukkig voelen. Investeren in welbevinden bij klinische populaties is nuttig omdat een hoge mate van welbevinden beschermend kan werken tegen psychische klachten en invloed heeft op het beloop ervan (Lamers et.al, 2011; Lamers, 2012; Bohlmeijer et.al, 2013). In huidig onderzoek neemt het welbevinden na behandeling wel toe, echter ervaren veel respondenten nog steeds een laag welbevinden. Voor deze respondenten is het nuttig om te investeren in emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden door bijvoorbeeld Welbevindentherapie (WBT) als nazorgtraject aan te bieden na de klachtgerichte behandeling. De WBT als aansluiting op een klachtgerichte behandeling (Cognitieve Gedragstherapie CGT) zorgt voor een lagere mate van terugval dan wanneer alleen een klachtgerichte behandeling wordt gevolgd (Fava, Ruini, Rafanelli, Finos, Conti & Grandi, 2004; Fava, Ruini, Rafanelli, Finos, Salmaso, Mangelli, 2005b). Terugval onder PTSS cliënten komt in zo'n 29,5% van de gevallen voor (Pérez Benites et.al,

2012). Investeren in welbevinden kan wellicht de kans op terugval verkleinen. Huidig onderzoek heeft gekeken naar de klachtgerichte behandeling waarbij het reduceren van psychopathologie centraal staat. Een sterker krachtgerichte benadering in de GGZ zou, naast enkel een reductie van klachten, kunnen zorgen voor een toename van welbevinden, geluk en positieve emoties, waardoor de kans op terugval wellicht kan verkleinen.

REFERENTIES

- Acikel, Y. (2014). Een studie naar het welbevinden van cliënten met posttraumatische stressstoornis voor en na behandeling.
- Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S., & Ametaj, A. A. (2013). Evidence-based psychological treatments: An update and a way forward. *Annual review of clinical psychology*, 9, 1-27.
- Benish, S. G., Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 28, 746-758.
- Beurs, E. de (2006). *Brief Symptom Inventory: Handleiding*. Leiden: PITS.
- Beurs, E., & Zitman, F. (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI): De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90 [The Brief Symptom Inventory (BSI): The reliability and validity of a practical alternative to the SCL 90]. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 120-141.
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults (Review). The Cochrane Collaboration.
- Bohlmeijer, E. T. (2012). *Eudaimonia. Voer voor psychologen. Pleidooi voor een heroriëntatie van de geestelijke gezondheidszorg. Oratie*. Enschede: Universiteit Twente.
- Bohlmeijer, E. T., Bolier, L., Steeneveld, M., Westerhof, G., & Walburg, J.A. (2013). *Handboek Positieve Psychologie*. Amsterdam: Boom.
- Bohlmeijer, E. T., Lamers, S. M. A. & Fledderus, M. (2014). Flourishing in people with depressive symptomatology increases with Acceptance and Commitment Therapy. Post-hoc analyses of a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 65, 101-106.
- Boumeester, M. (2015). Welbevinden en psychopathologie bij chronische pijn: Het twee-continua model.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 214-227.
- Delleman, O. (2014). 'Positieve psychiatrie als visie voor de praktijk van de GGZ'. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 3, 69.
- Diener, E., Sandvik, E., Seidlitz, L., & Diener, M. (1993). The relationship between income and subjective well-being: relative of absolute? *Social Indicators Research*, 28, 195-223.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: revising the adaption theory of well-being. *Psychological bulletin*, 95, 542-575.

- Esen, Ö. (2011). Een kwantitatieve studie naar de positieve geestelijke gezondheid van cliënten met stemming en angstproblematiek.
- 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), 1872-1876.
- Fava, G., A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L. et al. (2005b). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 26-30.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage.
- Foa, E. B., Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Hembree, E. A., & Alvarez-Conrad, J. (2002). Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 1022-1028.
- Gillham, J., E. & Seligman, M., E., P. (1999). Footsteps on the road to a positive psychology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 163–173.
- Hofmann, S., G. & Smits, J., A., J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of clinical psychiatry*, 69 (4), 621–632.
- Jeffries, F., W. & Davis, P. (2013). What is the Role of Eye Movements in Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)? A Review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41.
- Keijsers, G. P. J., Minnen, van, A. & Hoogduin, C. A. L. (2004). *Protocollaire behandelingen in de ambulante GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.
- 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. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Keyes, C. L. M., & Grzywacz, J. G. (2005). Health as a complete state: The added value in work performance and healthcare costs. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 47(5), 523-532.
- Keyes, C.L.M. (2006). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 395-402.
- Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95-108.
- Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum—Short Form (MHC-SF) in Swetsana-speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 181–192.

- Keyes, C.L.M. & Westerhof, G.J. (2011). Chronological and subjective age differences in flourishing mental health and major depressive episode. *Aging and Mental Health*, 16 (1), 67–74.
- Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., Buchanan, T., & Taku, K. (2006). Posttraumatic Growth Inventory for Children. Charlotte: University of North Carolina.
- Lang, A., J., Kennedy, C., M. & Stein, M., B. (2002). Anxiety sensitivity and PTSD among female victims of intimate partner violence. *Depression and Anxiety*, 16, 77–83.
- Lamers, S. M. A., Cees, A. W., Westerhof, G. J. & Bohlmeijer, E. T. (2011). Longitudinal Evaluation of the Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF). Measurement Invariance Across Demographics, Physical Illness, and Mental Illness. *European Journal of Psychological Assessment*, 28, 290-296.
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., Klooster, P.M. ten, & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the Psychometric Properties of the Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF) in the Dutch Population. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 99- 110.
- Lamers, S.M.A. (2012) *Reciprocal impact of positive mental health and psychopathology*. In Lamers, S.M.A. *Positive mental health: Measurement, relevance and implications* (pp 139-162). Enschede, the Netherlands: University of Twente.
- Luty, S., E., Carter, J., D., Mc. Kenzie, J., Rae, A., M., Frampton, C., M., A., Mulder, R., T., Joyce, P., R. (2007). Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive–behavioural therapy for depression . *The British Journal of Psychiatry*, 190 (6), 496-502.
- Macaskill, A. (2012). A feasibility study of psychological strengths and well-being assessment in individuals living with recurrent depression. *The Journal of Positive Psychology*, 7-5, 372-386.
- Maddux, J. (2009). Stopping the ‘madness’: Positive psychology and deconstructing the illness ideology and the DSM. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (2nd ed.) (pp. 61-69). New York, NY: Oxford University Press.
- Marshall, G., N., Miles, J., V. & Stewart, S., H. (2010). Anxiety sensitivity and PTSD symptom severity are reciprocally related: evidence from a longitudinal study of physical trauma survivors. *Journal of Abnormal Psychology*, 119.
- Pérez Benítez, C., Zlotnick, C., Stout, R.I., 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.
- Robjant, K. & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 8, 1030-1039.
- 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, 1069.

- Sayed, S., Iacoviello, B., M. & Charney, D., S. (2015). Risk Factors for the Development of Psychopathology Following Trauma. *Curr Psychiatry Rep*, 17, 70.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Suldo, S. M., & Shaffer, E. J. (2008). Looking beyond psychopathology: the dual-factor model of mental health in youth. *School Psychology Review*, 37, 52–68.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.M.G. (2008). *Handboek psychopathologie, deel 1 basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wells, A., Walton, D., Lovell, K., Proctor, D. (2015). Metacognitive Therapy Versus Prolonged Exposure in Adults with Chronic Post-traumatic Stress Disorder: A Parallel Randomized Controlled Trial. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 70-80.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte (Mental health is more than the absence of mental illness). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 63, 808–820.
- Westerhof, G.J., & Bohlmeijer, E.T. (2010). *Psychologie van de levenskunst*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Westerhof, G.J., & Keyes, C.L.M. (2010). Mental Illness and Mental Health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Dev*, 17, 110–119. DOI 10.1007/s10804-009-9082-y
- World Health Organization. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Genève: WHO.