



UNIVERSITY OF TWENTE.

**Faculteit Gedragwetenschappen
Psychologie**

**Een onderzoek naar de effectiviteit
van welbevindentherapie bij cliënten
met een Posttraumatische
stressstoornis**

**Liza Leeflang
M.Sc. Thesis
Februari 2016**

Supervisors:
Prof. Dr. E. T. Bohlmeijer
MSc M. Radstaak

Universiteit Twente, Enschede
Faculteit Gedragwetenschappen
Opleiding Psychologie
Thema Positieve Psychologie & Technologie

Voorwoord

Ter afsluiting van mijn afstuderen van de master ‘Positieve Psychologie en Technologie’ aan de Universiteit Twente is deze masterthesis geschreven. De positieve geestelijke gezondheid nam een belangrijke plaats in tijdens deze master. Ik heb dan ook veel kennis opgedaan tijdens mijn mastervakken over de positieve psychologie. Daarbij heb ik tijdens mijn stage in de praktijk de kracht van welbevindentherapie mogen ervaren. Cliënten ervoeren meer kracht, welbevinden en waren vriendelijker voor zichzelf. Ze bloeiden op door deze therapie. Dat er bij het Centrum voor Psychotrauma van Mediant GGZ middels een gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek onderzocht wordt of deze welbevindentherapie daadwerkelijk effectief is vind ik dan ook een goede zaak. Ik hoop met mijn onderzoek een bijdrage te hebben geleverd aan dit grotere onderzoek.

Middels dit voorwoord wil ik ook diegene bedanken die hebben bijgedragen aan het afronden van deze scriptie. Ik bedank ten eerste Laura Hüning voor de kans om bij te dragen aan het onderzoek bij het Centrum voor Psychotrauma. Daarnaast wil ik mijn afstudeerbegeleiders Mirjam Radstaak en Ernst Bohlmeijer bedanken voor de waardevolle feedback. Hierdoor heb ik mijn thesis naar een hoger plan kunnen tillen. Mijn ouders wil ik in het bijzonder bedanken voor alle steun en waardevolle feedback gedurende mijn studie. Zonder jullie vertrouwen en steun had ik dit niet kunnen doen.

Liza Leeftang

Enschede, februari 2016

Samenvatting

Het doel van dit onderzoek is de effectiviteit van welbevindentherapie (WBT) ten opzichte van de 'Treatment as usual' (TAU) en de elementen welbevinden, zelfcompassie en posttraumatische groei te onderzoeken tijdens de rehabilitatiefase in de behandeling van cliënten met een Posttraumatische stressstoornis (PTSS). Daarbij wordt onderzocht of het twee-continua model teruggevonden wordt bij PTSS cliënten.

Er is bij 28 cliënten van Mediant, afdeling Psychotrauma, data verzameld. In deze studie is gebruik gemaakt van een gerandomiseerde en gecontroleerd tussen-proefpersonen design met twee condities. De mate van welbevinden, zelfcompassie, posttraumatische groei en psychopathologie is voor en na de rehabilitatiefase gemeten.

De resultaten van dit onderzoek lieten een positieve Pearson correlatie zien tussen zelfcompassie, posttraumatische groei en welbevinden. Deze bevinding spreekt voor het behouden van de twee elementen, zelfcompassie en posttraumatische groei in de WBT. Er werd bovendien een sterk negatieve Pearson correlatie gevonden tussen psychopathologie en welbevinden. Dit betekent dat het twee-continua niet in sterke mate wordt teruggevonden bij cliënten met PTSS. Ook toonde een RM-ANOVA aan dat zowel het welbevinden als de zelfcompassie significant toe nemen gedurende de rehabilitatiefase. Een rehabilitatiefase in de behandeling van PTSS lijkt dan ook zinvol. Zowel de WBT als de TAU kunnen ingezet worden om welbevinden te bevorderen. Wel lijkt WBT effectiever dan TAU bij cliënten met een laag welbevinden voorafgaand aan de rehabilitatiefase. Deze bevinding dient gerepliceerd te worden in vervolgonderzoek met een grotere steekproef.

Sleutelwoorden: Posttraumatische stressstoornis (PTSS); Posttraumatische groei; Positieve Psychologie; Welbevinden; Welbevindentherapie; Zelfcompassie.

Abstract

The aim of this study is to examine on the one hand the effectiveness of the well-being therapy (WBT) compared to the 'Treatment as usual' (TAU) and on the other hand the elements of well-being, self-compassion and post traumatic growth during the rehabilitation phase in the treatment of clients with posttraumatic stress disorder (PTSD). This study also investigated whether the two-continua model is found by clients with PTSD.

Data has been collected from 28 clients from Mediant, department of Psychotrauma. Pearson's correlation coefficient is used to answer the question to which extent a connection between self-compassion, post traumatic growth and well-being was found by clients with PTSD, as well as to which extent the two-continua model was found by clients with PTSD.

The results of this study showed a positive Pearson correlation between self-compassion, post traumatic growth and well-being. These experience wants to keep the two elements of self-compassion and posttraumatic during the WBT. Besides, there was found a strong negative Pearson correlation between psychopathology and well-being. This means that the two-continua model is not strongly demonstrable with clients with PTSD. Also a RM-ANOVA showed that the well-being and the self-compassion increase significantly during the rehabilitation phase. A rehabilitation phase in the treatment of PTSS seems to make sense. Both the WBT could be used as the TAU to improve well-being. The WBT seems to be more effective than the TAU to clients with a low well-being prior to the rehabilitation phase. This examine should be repeat in further research with a larger sample.

Keywords: Posttraumatic stress disorder (PTSD); Positive psychology; Post traumatic growth; Self-compassion; Well-being; Well-being therapy.

Inhoud

1. Inleiding	6
1.1 Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen.....	10
2. Methode.....	12
2.1 Deelnemers	12
2.2 Inclusie criteria.....	13
2.3 Procedure	13
2.4 Instrumenten	14
2.5 Analyses	15
3. Resultaten	17
3.1 Beschrijvende statistiek	17
3.2 Samenhang.....	17
3.3 Effectiviteit van de rehabilitatiefase	18
3.4 Laag welbevinden	19
4. Discussie.....	20
4.1 Uitkomsten van het onderzoek.....	20
4.2 Sterke kanten, limitaties en aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	23
4.3 Conclusie en een aanbeveling voor de praktijk	24
Referenties.....	25

1. Inleiding

Traumatische gebeurtenissen zijn veelvoorkomend. Onderzoek laat zien dat 60% van de mannen en 50% van de vrouwen minstens eenmaal zijn blootgesteld aan een traumatische gebeurtenis (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas & Walters, 2005). Er wordt gesproken van een traumatische gebeurtenis wanneer er sprake is van een schokkende gebeurtenis die heftige gevoelens van verbijstering, machteloosheid en afschuw oproept (Visser & Lamers-Winkelmann, 2009). Het is veelvoorkomend om na een traumatische gebeurtenis de eerste drie maanden van slag te zijn (Emmelkamp, Bouman & Visser, 2009). Na het ongeloof en de verbijstering als reactie op de gebeurtenis begint de verwerking. In de verwerkingsfase ontstaan vaak stressreacties als gevolg op het trauma die resulteren in verschillende klachten. Dit zijn normale reacties op een zeer ongewone gebeurtenis en in te delen in drie symptoomclusters; herbelevingen, hyperarousal en vermijding (Vandereycken, hoogduin & Emmelkamp, 2008). Herbelevingen zijn nare herinneringen aan het trauma die zich steeds opdringen, waarbij lichamelijk angstreacties ontstaan. Voorbeelden van hyperarousal zijn slechte concentratie, prikkelbaarheid, waakzaamheid en overdreven schrikachtigheid. Vermijding kan zich uiten in het uit de weg gaan van gedachten, gevoelens en gesprekken met betrekking tot het trauma (Emmelkamp, Ehring & Powers, 2008). Bij de populatie die na drie maanden nog steeds klachten ervaart kan er sprake zijn van een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Uiteindelijk resulteert een traumatische ervaring bij ongeveer 6.8% van de bevolking in PTSS (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas & Walters 2005; Pietrzaka, Goldstein Southwick & Grant, 2011).

PTSS wordt in de geestelijke gezondheidszorg behandeld volgens het zogenaamde driefasenmodel bestaande uit een stabilisatie-, verwerkings- en rehabilitatiefase (Cloitre, Koenen, Cohen & Han, 2002; Cloitre, Stovall-McClough, Noonan, Zorbas, Cherry & Jackson, 2010). In de stabilisatiefase wordt gewerkt aan veiligheid, het vestigen van een therapeutische relatie en wordt psycho-educatie gegeven over de gevolgen van de traumatische gebeurtenis. Wanneer de cliënt stabiel blijkt te zijn volgt de verwerkingsfase waarin traumatische herinneringen worden bewerkt en op de juiste manier verwerkt. De verwerkingsfase richt zich puur op de klachtenreductie. Van de drie fasen is de verwerkingsfase het beste uitgewerkt. De rehabilitatiefase is de laatste behandelfase en is gericht op re-integratie, het hervatten van de dagelijkse bezigheden (Bicanic, de Jongh & ten Broeke, 2015).

Cliënten met PTSS houden ondanks behandeling meer klachten dan de gemiddelde Nederlander. De kwaliteit van leven van PTSS cliënten blijft verlaagd en PTSS is vooral op

latere leeftijd gekoppeld aan alcoholmisbruik, gedragsstoornissen en meer gebruik van de gezondheidszorg (Ozdemir, Boysan, Guzel, Ozdemir & Yilmaz, 2015; Cook, O'Donnell, Moltzen, Ruzek & Skeith, 2005). Bovendien blijkt dat 38% van de met succes behandelde cliënten met PTSS terugvalt in PTSS klachten (Pérez Benites et al, 2012).

Volgens van Emmerik en Berretty (2007) wordt de kans op een terugval kleiner door een nazorgbehandeling toe te passen in de rehabilitatiefase. Daarom wordt de rehabilitatiefase, zeker bij complex trauma, ten zeerste aangeraden om terugval te voorkomen. Het ontbreekt in de klinische praktijk echter aan duidelijke richtlijnen en geprotocolleerde nazorgbehandelingen. De gangbare nazorg is dat een cliënt enkele weken tot enkele maanden wordt gevolgd in het weer oppakken van dagelijkse bezigheden, het netwerk, de dagbesteding en vrije tijdsactiviteiten (Bohlmeijer, Bolier & Walburg, 2013). Van echt geprotocolleerde nazorg is dus geen sprake. Dit verklaart mogelijk waarom cliënten na behandeling meer klachten overhouden en de kans op terugval hoog is.

Nog een reden waarom cliënten met PTSS na behandeling veel klachten overhouden is dat in de behandeling alleen aandacht is voor het verhelpen van psychopathologie. Terwijl om geestelijke gezondheid te bereiken er ook aandacht nodig is voor het welbevinden. Met de komst van de positieve psychologie wordt geestelijke gezondheid namelijk niet langer meer gezien als de afwezigheid van psychische klachten en stoornissen. De geestelijke gezondheid bestaat uit de afwezigheid van psychopathologie en de aanwezigheid van welbevinden (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Wat is welbevinden nu precies? Het welbevinden bestaat uit drie componenten: het emotionele welbevinden, het sociaalwelbevinden en het psychologisch welbevinden (Keyes, 2005; Westerhof & Keyes, 2008). Bij emotioneel welbevinden gaat het om de mate waarin positieve gevoelens ervaren worden en de mate waarin negatieve gevoelens afwezig zijn. Het gaat om de ervaren levenstevredenheid (Diener, Lucas & Scollon, 2006). Sociaal welbevinden wordt omschreven als de persoonlijke ervaring en beoordeling van het eigen maatschappelijke functioneren (Keyes, 1998). De afgelopen jaren is de focus steeds meer komen te liggen op het psychologisch welbevinden. Het psychologisch welbevinden is namelijk een belangrijke component van de geestelijke gezondheid (Bohlmeijer, Westerhof, Bolier, Steeneveld, Geurts & Walburg, 2013). Psychologisch welbevinden houdt zelfrealisatie in, het ervaren van persoonlijke groei. Dit is het effectief functioneren van het individu. Bij zelfrealisatie gaat het om het functioneren van het individu volgens normatieve psychologische standaarden. Het gaat dus niet primair om een plezierig leven maar juist om een goed leven vanuit psychologisch perspectief. Ryff (1989) vond uiteindelijk zes dimensies die in de verschillende

theorieën een belangrijke rol spelen en die essentieel zijn in het algemene streven om het eigen potentieel te realiseren: doel in het leven, persoonlijke groei, autonomie, omgevingsbeheersing, zelfacceptatie en positieve relaties.

Door de opkomst van de positieve psychologie is getracht een model te ontwikkelen die psychopathologie en welbevinden met elkaar in verband brengt (Westerhof & Keyes, 2010). Het model, genaamd twee-continua model, stelt dat psychopathologie en welbevinden aparte dimensies zijn die met elkaar verbonden zijn. Eén continuüm staat voor de aanwezigheid of afwezigheid van welbevinden, het andere voor de aan- of afwezigheid van psychopathologie. Hierbij komt het voor dat enerzijds een hoge mate van psychopathologie vaker samengaat met een lage mate van welbevinden en anderzijds een lage mate van psychopathologie vaker samengaat met een hoge mate van welbevinden. Deze relatie is echter niet perfect, maar de twee continua zijn matig aan elkaar gerelateerd (Lamers, 2015). Dit impliceert dat een persoon met veel psychopathologische symptomen een hoog welbevinden kan ervaren en een persoon met weinig psychopathologische symptomen een laag welbevinden kan ervaren. Pas wanneer er sprake is van weinig psychopathologische symptomen en een hoog welbevinden voelt men zich geestelijk gezond.

In de huidige praktijk van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) waarin het bereiken van geestelijke gezondheid wordt bewerkstelligd, lijkt het niet meer te volstaan om te werken aan alleen het wegnemen van psychiatrische klachten. GGZ instellingen zouden meer rekeningen kunnen houden met het twee-continua model en zouden de focus mogelijk meer kunnen richten op het welbevinden. Op dit moment richten de GGZ instellingen zich vooral op de psychopathologie en lijkt er onvoldoende aandacht besteed te worden aan het welbevinden.

Er wordt gepleit voor een integrale benadering in het bevorderen van de geestelijke gezondheid van PTSS cliënten binnen de GGZ omdat wordt verondersteld dat geestelijke gezondheid bestaat uit afwezigheid van psychopathologie en aanwezigheid van welbevinden. Er zijn echter nog meer argumenten die pleiten voor deze integrale benadering. Zo blijkt ten eerste uit het onderzoek van Mills (2006) dat mensen met PTSS beduidend minder welbevinden ervaren dan de algemene bevolking. Het lijkt daarom van belang om in behandeling aandacht voor het welbevinden te hebben omdat anders geestelijke gezondheid niet volledig bereikt wordt. Ten tweede blijkt een hoge mate van welbevinden beschermend te werken tegen psychische klachten (Lamers, 2012). Mensen met meer welbevinden hebben namelijk minder kans op psychische klachten en daardoor maken ze ook minder gebruik van de gezondheidszorg (Keyes, 2007). Tenslotte laat onderzoek zien dat mensen die meer

welbevinden ervaren beter omgaan met dagelijkse stressoren en levensgebeurtenissen (Cohn & Fredrickson, 2009). Klaarblijkend is welbevinden voorspellend voor minder psychopathologie. Het bevorderen van de geestelijke gezondheid heeft daarmee een gunstige invloed op het beloop van psychiatrische stoornissen. Dit vormt een extra reden om dit als focus in de behandeling in de GGZ mee te nemen en te kiezen voor een integrale benadering van het bevorderen van geestelijke gezondheid. Geestelijke gezondheid zal dan bereikt kunnen worden middels behandeling en daarmee wordt de kans op terugval ook verkleind.

Een interventie die het welbevinden daadwerkelijk beoogt te versterken is de welbevindentherapie (WBT). WBT kan worden ingezet als vervolgbehandeling op reguliere behandelingen en is gebaseerd op de zes dimensies van welbevinden volgens Ryff (1989) (Fava & Tomba, 2009). WBT richt zich vooral op het versterken van het psychologisch welbevinden door het zich bewust worden en uitbreiden van positieve ervaringen. Dit gebeurt onder andere door het monitoren van momenten dat een cliënt zich goed voelt en de cognities die een eind maken aan deze momenten. Niet- realistische gedachten worden uitgedaagd en vervangen door realistische gedachten. Ook formuleert de cliënt concrete acties om specifieke aspecten van psychologisch welbevinden te versterken (Bohlmeijer, Bolier & Walburg, 2013).

Uit verschillende onderzoeken is al gebleken dat WBT een toegevoegde waarde heeft bij verschillende doelgroepen, met name bij angst- en stemmingsstoornissen. Zo is de effectiviteit van WBT onderzocht bij cliënten met een gegeneraliseerde angststoornis (Fava, Ruini, Rafaneli, Finos, Salaso & Mangelli, 2005). Twintig cliënten met een gegeneraliseerde angststoornis werden willekeurig toegewezen aan acht sessies van cognitieve gedragstherapie of de toediening van vier sessies cognitieve gedragstherapie en vier sessies WBT. Beide behandelingen zorgden voor een significante vermindering van de angst. Echter waren de significante voordelen van WBT dat de symptoomreductie en verhoogde mate van welbevinden werden gehandhaafd na één jaar (Fava et al., 2005). Ook toonde Fava, Ruini, Rafanelli, Finos, Conti, en Grandi (2004) aan dat een combinatiebehandeling van cognitieve gedragstherapie en WBT in de nazorgfase van cliënten met een recidiverende depressieve stoornis zorgt voor een significante reductie van depressieve klachten en lagere terugvalpercentages. Waar de groep zonder WBT een terugvalpercentage van 80% kent is deze bij de groep met WBT 25% gebleken. Ook op lange termijn bleef dit terugvalpercentage significant lager. Voor toepassing bij mensen met PTSS is er vooralsnog slechts een casestudie bekend van Belaise, Fava en Marks (2005). Bij twee casussen bleek na een follow up van zes maanden en van een jaar sprake te zijn van volledige remissie en toegenomen psychologisch welbevinden. Vanwege dit minimale onderzoek is experimenteel onderzoek

naar deze nieuwe veelbelovende interventie bij mensen met PTSS gewenst.

Bohlmeijer en Hüning (2014) hebben de WBT aangepast voor toepassing in de rehabilitatiefase van de behandeling van PTSS. Er wordt getracht, middels zes individuele sessies, de zelfcompassie en posttraumatische groei te bevorderen om zo het welbevinden te verhogen. Zelfcompassie omvat volgens Neff (2011) het vermogen om jezelf vriendelijkheid en zorg te geven. Het gaat om een ruimhartige, belangloze houding ten opzichte van lijden, vanuit een besef van medemenselijkheid (Van den Brink & Koster, 2013). Posttraumatische groei ontstaat volgens Tedeschi en Caldhoun (2004) wanneer na een trauma blijkt dat het oorspronkelijk idee over de wereld niet langer houdbaar is en er nieuwe ideeën en schema's ontwikkeld worden om met het trauma en de wereld om te kunnen blijven gaan. Op deze manier kan een nieuwe persoonlijke visie ontstaan op het trauma waardoor een positief gevoel ontstaat en mensen ook groei kunnen ervaren. Traumatische ervaringen bieden dus een mogelijkheid tot psychologische groei, die niet mogelijk zou zijn zonder de uitdaging die een traumatische gebeurtenis brengt (Tedeschi & Caldhoun, 1995).

1.1 Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen

Uit onderzoek is gebleken dat mensen met PTSS na behandeling snel terugvallen, veel klachten overhouden en weinig welbevinden ervaren. Bovendien ontbreekt geprotocolleerde nazorg. Daarom is bij het Centrum voor Psychotrauma van Mediant GGZ besloten om na de doorgaande behandeling WBT aan te bieden om zo mogelijk het welbevinden te verhogen. Uit meerdere onderzoeken is WBT namelijk al effectief bevonden (Fava et al., 2004; Fava et al., 2005; Fava et al., 2011).

Bohlmeijer en Hüning (2014) hebben de WBT aangepast voor toepassing in de rehabilitatiefase van de behandeling van PTSS. Hierdoor staan zelfcompassie en posttraumatische groei centraal in de WBT. Eerst wordt dan ook onderzocht of deze elementen daadwerkelijk samenhangen met welbevinden. Dit is niet eerder onderzocht. Enkel uit de studie van Bensimon (2012) is gebleken dat veerkracht en posttraumatische groei positief met elkaar correleren en uit de studie van Goldwasser en Lerary (2012) bleek dat mensen met een hoger niveau van zelfcompassie in meerdere mate welbevinden ervaren. De eerste onderzoeksvraag is dan ook: *'In hoeverre hangen welbevinden, zelfcompassie en posttraumatische groei met elkaar samen?'* Verwacht wordt een sterk positieve samenhang tussen welbevinden, zelfcompassie en posttraumatische groei. Verder wordt getracht een indicatie te geven over de samenhang tussen welbevinden en psychopathologie om te ontdekken of het twee-continua model opgaat voor PTSS cliënten. Hiervoor wordt specifiek

gekeken naar angst- en depressieve klachten omdat deze een belangrijk onderdeel van de psychische klachten zijn die cliënten met PTSS ervaren (Nixon, Resick & Nishith, 2004). Nog niet eerder is onderzocht of het twee-continua model opgaat voor PTSS cliënten. Er wordt wel verwacht dat het twee-continua model teruggevonden wordt omdat Westerhof en Keyes (2008) aantoonde dat het twee-continua model toepasbaar is op de algemene Nederlandse bevolking ($r = -.32$; $p < .001$). De tweede onderzoeksvraag is: *‘Wat is de mate van samenhang tussen angst- en depressieve klachten en welbevinden, zelfcompassie, posttraumatische groei?’* Er wordt een matig negatieve samenhang verwacht tussen angst- en depressieve klachten en welbevinden, zelfcompassie en posttraumatische groei.

Vervolgens wordt de effectiviteit van WBT onderzocht in vergelijking tot de ‘Treatment as usual’ (TAU) in de rehabilitatiefase. De derde onderzoeksvraag is dan ook: *‘Wat is de mate van effectiviteit van WBT ten opzichte van de TAU in de rehabilitatiefase van traumabehandeling?’* Verwacht wordt dat de WBT effectief is in de rehabilitatiefase bij PTSS cliënten omdat uit eerder onderzoek is gebleken dat de WBT effectief is bij angst- en stemmingsstoornissen (Fava et al., 2005; Fava et al., 2004). Als blijkt dat WBT voor verhoging zorgt van het welbevinden bij PTSS cliënten, dan kan WBT als standaard nazorg aangeboden worden om uiteindelijk geestelijke gezondheid te bereiken. Tenslotte de vierde onderzoeksvraag: *‘Wat is de mate van effectiviteit van WBT bij deelnemers met een laag welbevinden voorafgaand aan de rehabilitatiefase van traumabehandeling ten opzichte van de TAU?’* Met deze laatste onderzoeksvraag wordt specifiek gekeken naar het effect van WBT bij deelnemers met een laag welbevinden in vergelijking met de TAU.

2. Methode

2.1 Deelnemers

Aan huidige studie hebben in totaal 28 deelnemers deelgenomen waarvan 16 mannen en 12 vrouwen en de gemiddelde leeftijd was 37.89 jaar oud. Er is om het effect van WBT te kunnen onderzoeken gebruik gemaakt van een gerandomiseerde en gecontroleerd tussenproefpersonen design met twee condities. De eerste conditie was een experimentele conditie waarbij de deelnemers WBT ontvingen. In Tabel 1 is te zien dat deze conditie bestond uit 14 deelnemers waarvan 7 mannen en 7 vrouwen. De tweede conditie was een controle conditie die ook uit 14 deelnemers bestond waarvan 5 mannen en 9 vrouwen die TAU ontvingen.

Om te onderzoeken of er sprake was van een succesvolle randomisatie zijn de verschillen op T0 tussen de WBT en TAU onderzocht. De resultaten toonden aan dat er op de baseline metingen geen significante verschillen gevonden zijn tussen de experimentele conditie en controle conditie in demografie (Geslacht $\chi^2 = .45$; Leeftijd $F(1,20) = 2.10$, $p = .16$; Opleiding $F(1,6) = 2.48$, $p = .06$; Culturele achtergrond $F(1,5) = 6.4$, $p = .68$). Bovendien verschillen de condities bij T0 niet op het welbevinden $F(1,1) = 3.7$, $p = .55$, zelfcompassie $F(1,1) = .01$ $p = 1$, posttraumatische groei $F(1,1) = .04$, $p = .85$ en angst- en depressieve klachten $F(1,1) = 2.51$, $p = .62$. Gesproken kan worden van een geslaagde randomisatie.

Tabel 1

Demografische gegevens.

	WBT N	WBT %	TAU N	TAU %	Totaal N	Totaal %
Geslacht						
Man	7	50.0	5	35,7	12	42.9
Vrouw	7	50.0	9	64,3	16	57.1
Leeftijd						
Onder de 30	3	21.4	8	57.1	11	39.3
Boven de 30	11	78,6	6	42.9	17	60.7
Opleiding						
Laag	1	7.1	2	14.3	3	10.7
Midden	7	50.0	11	78,6	18	64.3
Hoog	6	42,9	1	7.1	7	25.0
Culturele achtergrond						
Nederlands	9	64,3	11	78,6	20	71.4
Anders	5	35,7	3	21,4	8	28.6

2.2 Inclusie criteria

Het eerste inclusie criteria was dat de deelnemers een minimale leeftijd van achttien jaar oud hadden. Ten tweede werden alleen deelnemers geïnccludeerd die een effectieve behandeling voor PTSS hadden afgerond. Ten derde was een goede beheersing van de Nederlandse taal noodzakelijk omdat de vragenlijsten die afgenomen werden voor de metingen in de Nederlandse taal waren. Ook het materiaal waarmee in de WBT gewerkt werd was in het Nederlands geschreven. Ten vierde was het van belang dat de cliënt beschikte over een mail adres. In de TAU werd namelijk contact onderhouden via e-mail. Tenslotte werden cliënten die werden doorverwezen naar een andere afdeling wegens co-morbiditeit geëxcludeerd van de RCT. Op die manier werd uitgesloten dat co-morbiditeit van invloed is op de effectiviteit van de interventies in de rehabilitatiefase.

2.3 Procedure

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Centrum voor Psychotrauma van Mediant GGZ en is onderdeel van een grotere studie. Cliënten werden na afloop van de behandeling gericht op verwerking in de verwerkingsfase in de periode van 1 maart 2014 tot 1 november 2015 gevraagd of ze mee wilden doen aan een onderzoek. Er werd bij hen vervolgens middels het Internationaal Neuro psychiatrisch Interview (M.I.N.I) vastgesteld of er daadwerkelijk geen sprake meer was van PTSS. Bleek er nog sprake te zijn van PTSS dan werd deelname aan het onderzoek uitgesloten. De M.I.N.I is een mondeling interview dat op systematische wijze DSM-IV-TR diagnoses vaststelt (Sheehan et al.,1998). Het diagnostisch interview werd bij Mediant afgenomen door psychologen van Mediant in de week nadat de klachtgerichte behandeling was afgesloten. Werden de cliënten geïnccludeerd dan werd door de deelnemers een toestemmingsverklaring getekend. Hierna werd middels randomisatie bepaald in welke conditie deelnemers terecht kwamen. De experimentele conditie ontving WBT, die bestond uit zes gesprekken met een hulpverlener en huiswerkopdrachten. In de eerste twee sessies stonden positieve emoties centraal en was er aandacht voor irrationele gedachten. Bovendien waren er oefeningen om meer positieve emoties te ervaren en de zelfcompassie te vergroten. In sessie 3, 4 en 5 stond posttraumatische groei centraal. In sessie 6 kon door cliënt een thema naar keuze plaatsvinden. De cliënt ontving bij aanvang van de WBT het hulpboek "Dit is jouw leven" (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2013) waarin uitleg staat over positieve emoties, zelfcompassie en posttraumatische groei en waarin de oefeningen worden beschreven. De controle conditie ontving TAU, die werd reeds toegepast in de rehabilitatiefase bij het centrum voor cliënten die nog behoefte hadden aan nazorg. De TAU is van origine niet

geprotocolleerd. Voor de TAU zoals deze werd toegepast in de RCT is wel een protocol geschreven, om er voor te zorgen dat de contacten in de TAU allemaal dezelfde vorm hebben. De TAU zoals in het protocol bestaat uit drie face-to-face gesprekken en drie email contacten. In deze gesprekken staat de vraag ‘waar loop je tegenaan’ centraal en de inhoud is vooraf dus niet bepaald. Dit in tegenstelling tot de WBT waar volgens een protocol in zes sessies doelgericht gewerkt wordt aan het vergroten van met name het psychologisch welbevinden van cliënten. Voorafgaand aan WBT of TAU (T0) werd een link gestuurd met vragenlijsten. Vervolgens startte de therapie en werd hen na 3 maand (T1) weer gevraagd dezelfde vragenlijsten in te vullen. Cliënten volgden de therapie bij dezelfde behandelaar als waar ze de behandeling gericht op verwerking hadden gevolgd.

2.4 Instrumenten

Psychologisch Welbevinden

Het psychologisch welbevinden werd gemeten met de Positieve Geestelijke Gezondheid Schaal (PGGS) (Dierendonck, 2005). Deze is afgeleid van de psychologisch welbevindenschaal van Ryff (1989). De vragenlijst bestaat uit 26 items waarvoor goede psychometrische eigenschappen werden gevonden. De antwoord categorieën zijn per item weergegeven op een zes-puntschaal die varieert van 1 = *nadrukkelijk mee oneens* tot 6 = *nadrukkelijk mee eens* (Dierendonck, 2005). Een voorbeelditem is: ‘Ik heb het gevoel dat ik een richting en een doel heb in mijn leven’. De interne consistentie is uitstekend gebleken ($\alpha = .92$; Kline, 2000).

Posttraumatische groei

Posttraumatische groei werd gemeten met de 21-item Posttraumatische Groei Inventory (Tedeschi & Calhoun, 1996). Alle items waren positief geformuleerd en bestonden uit vijf factoren: 1) relatie tot anderen; 2) nieuwe mogelijkheden; 3) persoonlijke kracht; 4) spirituele verandering en 5) waardering voor het leven. De antwoord categorieën zijn per item weergegeven op een zes-puntschaal die varieert van 1 = *niet ervaren* tot 6 = *nadrukkelijk mee eens*. Een voorbeelditem is: ‘Mijn eigen leven heeft voor mij meer waarde gekregen’. De vragenlijst heeft goede psychometrische eigenschappen (Calhoun, Cann, & Tedeschi, 2010). De interne consistentie is uitstekend gebleken ($\alpha = .96$; Kline, 2000).

Zelfcompassie

Zelfcompassie werd gemeten met de verkorte versie van de Self-Compassion Scale (Neff & Vonk, 2009; Raes e.a., 2011). De SCS-SF bestond uit 12 items waarbij de respondent keuze had uit een zeven-puntschaal die loopt van 1 = *zelden of nooit* tot 7 = *bijna altijd*. De SCS-SF

meet zes componenten van zelfcompassie: zelf-vriendelijkheid, zelfoordeel, algemene menselijkheid, isolatie, mindfulness, en overidentificatie. Een voorbeeld item is: 'Ik probeer begripvol en geduldig te zijn tegenover die aspecten van mijn persoonlijkheid die me niet bevallen'. De SCS-SF heeft goede psychometrische kwaliteiten (Raes, Pommier, Neff & Van Gucht, 2011). Daarbij is de interne consistentie uitstekend ($\alpha = .87$, Kline, 2000).

Angst- en depressieve klachten

De angst- en depressieve klachten zijn gemeten met de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). De HADS is door Zigmond en Snaith in 1983 ontworpen om stemming- en angstklachten in kaart te brengen bij ziekenhuispatiënten tussen de 16 en 65 jaar (Zigmond & Snaith, 1983). Voor dit onderzoek is de oorspronkelijke HADS in het Nederlands vertaald waarvoor goede psychometrische eigenschappen gevonden werden (Spinhoven, Ormel, Sloekers, Kempen, Speckens & Hemert, 1997). De HADS bestaat uit 14 items. Een voorbeeld item is: 'Ik kan lachen en de dingen van een vrolijke kant zien'. De score per item vindt plaats op een vier-puntschaal van 0 = *helemaal niet*, 1 = *af en toe/soms*, 2 = *meestal/vaak* tot en met 3 = *altijd/zeer vaak*. De interne consistentie is uitstekend ($\alpha = .92$, Kline, 2000).

2.5 Analyses

Om de data van het onderzoek te kunnen analyseren is gebruik gemaakt van het programma Statistical Program for Social Sciences (SPSS) versie 20.0. De Kolmogorov-Smirnov Test is uitgevoerd. Daaruit bleek dat de totaalscores op de HADS bij T1 $D(14) = 0,30$, $p < .001$ en de totaalscores op de PGGG bij T1 $D(14) = 0,24$, $p < 0.05$ beiden significant niet normaal verdeeld waren. Daarom werd gebruik gemaakt van toetsen die robuust zijn onder afwijkingen van normaliteit. Hieronder volgt een beschrijving van de analysetechnieken die gebruikt zijn bij het toetsen van de variabelen.

Om de eerste vraag te beantwoorden of er sprake is van een positieve samenhang tussen welbevinden, zelfcompassie en posttraumatische groei is gebruik gemaakt van de Pearson's correlatiecoëfficiënt. Er werd een correlatie van ten minste .50 verwacht omdat uit onderzoek van Neff (2009) is gebleken dat zelfcompassie samenhangt met een hogere mate van levenstevredenheid, geluk en sociale verbinding.

Om de tweede vraag te beantwoorden werd met de Pearson's correlatiecoëfficiënt getoetst of angst- en depressieve klachten negatief samenhangen met welbevinden, zelfcompassie en posttraumatische groei. Er werd een matige correlatie tussen de -.30 tot -.50 verwacht omdat Westerhof en Keyes (2008) een correlatie van -.32 vonden tussen psychopathologie en welbevinden in de algemene bevolking. De interpretatie van Pearsons

Correlatiecoëfficiënt werd gedaan aan de hand van de criteria van Cohen (1988). Een $r < .30$ betekent een zwakke correlatie, $.30 \geq r < .50$ geeft een matige correlatie weer en $r \geq .50$ geeft een sterke correlatie aan.

Om de derde vraag te onderzoeken of deelname aan WBT leidt tot een significante verhoging van welbevinden, zelfcompassie, posttraumatische groei en een verlaging van de angst- en depressieve klachten in vergelijking met de gebruikelijk zorg is gebruik gemaakt van 2 (Tijd: T0 vs. T1) x 2 (Conditie: WBT vs. TAU) repeated measures ANOVA. Deze toets is robuust onder afwijkingen van normaliteit en aan zijn enige assumptie van specificiteit werd voldaan.

Voor het beantwoorden van de vierde onderzoeksvraag waarbij de effectiviteit van de WBT is onderzocht bij deelnemers met een laag welbevinden voorafgaand aan de rehabilitatiefase ten opzichte van de TAU is eveneens gebruik gemaakt van de repeated measures ANOVA. Er is onderzocht of de mate van welbevinden een moderator is voor het effect van WBT. Hierbij werden verschillende subgroepen onderscheiden en is de subgroep met een laag welbevinden geselecteerd. Deelnemers die een halve standaarddeviatie beneden het gemiddelde welbevinden scoorden voorafgaand aan de rehabilitatiefase bevinden zich in deze subgroep.

3. Resultaten

3.1 Beschrijvende statistiek

In Tabel 2 wordt een overzicht gegeven van de gemiddelden voor beide condities bij de voor- en nameting. Er is onder andere zichtbaar dat deelnemers voorafgaand aan de rehabilitatiefase al in bepaalde mate welbevinden ervaren. Helaas ontbreken normscores van de PGGs en kan het welbevinden van de deelnemers niet vergeleken worden met het welbevinden van de Nederlandse bevolking. In Tabel 2 is verder te zien dat de experimentele conditie zowel meer welbevinden als meer posttraumatische groei ervaart bij de voormeting dan de controle conditie. Ook de angst- en depressieve klachten zijn minder bij de experimentele conditie bij de voormeting ten opzichte van de controle conditie.

Tabel 2

Beschrijvende statistiek van de scores op welbevinden (1-6), zelfcompassie (1-7), posttraumatische groei (1-6) en angst- en depressieve klachten (1-3) weergegeven in gemiddelden (M) en standaard deviaties (SD) voor de voor- (T0) en nameting (T1) onderscheiden op basis van conditie (WBT of TAU).

	WBT (n=14)			TAU (n=14)			Totaal (n=28)		
	T0 M(SD)	T1 M(SD)	T0+T1 M	T0 M(SD)	T1 M(SD)	T0+T1 M	T0 M	T1 M	T0+T1 M
Welbevinden	4.68(.60)	4.96(.63)	4.82	4.51(.81)	4.80(.80)	4.66	4.60	4.85	4.73
Posttraumatische groei	4.02(1.25)	4.45(1.17)	4.24	3.93(1.40)	4.20(1.22)	4.07	3.98	4.33	4.16
Zelfcompassie	4.71(.91)	5.35(1.07)	5.03	4.71(1.33)	5.35(1.22)	5.03	4.71	5.35	5.03
Angst- en depressieve klachten	1.65(.50)	1.50(.38)	1.58	1.76(.70)	1.57(.65)	1.67	1.71	1.54	3.25

3.2 Samenhang

Tabel 3 geeft een overzicht van de Pearson Correlaties ter beantwoording van onderzoeksvraag 1: *‘In hoeverre hangen welbevinden, zelfcompassie en posttraumatische groei met elkaar samen?’* In overeenstemming met de hypothese was de correlatie sterk tussen welbevinden, zelfcompassie en posttraumatische groei. De correlatie tussen welbevinden en zelfcompassie was het sterkst.

Ook de resultaten ter beantwoording van onderzoeksvraag 2: *‘Wat is de mate van samenhang tussen angst- en depressieve klachten en welbevinden, zelfcompassie, posttraumatische groei?’* zijn in Tabel 3 weergegeven. Er werd een negatieve samenhang tussen angst- en depressieve klachten en welbevinden, zelfcompassie, posttraumatische groei verwacht. De hypothese werd bevestigd. Hierbij was de correlatie tussen angst- en depressieve klachten en welbevinden het sterkst. Wel zijn bij zowel onderzoeksvraag 1 als onderzoeksvraag 2 de correlaties sterker dan alvorens verwacht.

Tabel 3

Pearson correlaties tussen welbevinden (PGGS), zelfcompassie (SCS-SF), posttraumatische groei (PTGI) en angst- en depressieve klachten (HADS) op T0 en T1 (N=28).

	T0				T1			
	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.
1. Welbevinden	-				-			
2. Zelfcompassie	0.76**	-			0.90**	-		
3. Posttraumatische groei	0.54**	0.51**	-		0.51**	0.56**	-	
4. Angst- en depressieve klachten	-0.81**	-0.54**	-0.47*	-	-0.72**	-0.59**	-0.49**	-

** Is significant bij $\alpha = <0.01$

* Is significant bij $\alpha = <0.05$

3.3 Effectiviteit van de rehabilitatiefase

De uitkomsten van de Repeated Measures Analyse staan in Tabel 4 ter beantwoording van onderzoeksvraag 3: *‘Wat is de mate van effectiviteit van WBT ten opzichte van de TAU in de rehabilitatiefase van traumabehandeling?’* De resultaten toonden ten eerste aan dat er een significant tijdseffect bestaat voor welbevinden en zelfcompassie. De mate van het welbevinden en zelfcompassie zijn na afloop van de rehabilitatiefase significant hoger dan

voorafgaand aan de rehabilitatiefase. Verdere vergelijkingen indiceren dat er geen significant verschil bestaat tussen de twee condities $p > 0.05$. Over de tijd nemen beide condities in gelijke mate toe op het welbevinden en de zelfcompassie. Dit is in tegenstelling tot de eerdere verwachting.

Posttraumatische groei is de volgende variabele die onderzocht is. De posttraumatische groei is na afloop van de rehabilitatie niet significant hoger dan na afloop van de rehabilitatiefase. Bovendien bestaat ook hier geen significant verschil tussen beiden condities $p > 0.05$. Bovenstaande resultaten zijn in tegenstelling met de verwachting. De nulhypothese is dan ook aangenomen.

Bovendien werd aangetoond dat er geen significant tijdseffect bestaat voor angst- en depressieve klachten. De mate van angst- en depressieve klachten voorafgaand aan de rehabilitatiefase verschilt niet significant van de mate van angst- en depressieve klachten na afloop aan de rehabilitatiefase. Bovendien is er geen significant verschil tussen de twee condities $p > 0.05$. De hypothese dat WBT voor meer afname van klachten zorgt in vergelijking met TAU is niet bevestigd.

Tabel 4

Repeated measures analyses, weergegeven in F-waardes (F) met vrijheidsgraden ($df = 1,26$) en significantie niveau (p) voor verschillen tussen meetmomenten (voormeting [T0], nameting [T1], conditie (WBT [W], TAU [T]) en interacties tussen meetmoment en conditie.

	Tijd (T0-T1)		Conditie (W-T)		Tijd*Conditie	
	$F(1,26)$	p	$F(1,26)$	p	$F(1,26)$	p
Welbevinden	8,48	.01	.41	.53	.00	.97
Posttraumatische groei	2.58	.12	.16	.70	.10	.75
Zelfcompassie	8.52	.01	.00	1.00	.00	1.00
Angst- en depressieve klachten	3.56	.07	.21	.65	.77	.78

3.4 Laag welbevinden

Bij onderzoeksvraag 4: ‘Wat is de mate van effectiviteit van WBT bij deelnemers met een laag welbevinden voorafgaand aan de rehabilitatiefase van traumabehandeling ten opzichte van de TAU?’ blijkt dat zowel de experimentele conditie (M voormeting = 3.59; $SD = .41$, M nameting = 4.82; $SD = 1.39$) als de controle conditie (M voormeting = 3.48; $SD = .32$, M

nameting = 3.88; *SD* = .32) een stijging laat zien in het welbevinden. Deze stijging is echter groter bij de experimentele conditie. De WBT lijkt dan ook effectiever dan de TAU bij deelnemers met een laag welbevinden voorafgaand aan rehabilitatiefase. Middels de Repeated measures analyse is vervolgens gebleken dat dit verschil niet significant is $F(1,5) = 4.96$, $p = .08$, maar significantie wel benadert.

4. Discussie

In huidig onderzoek is allereerst onderzocht hoe de elementen welbevinden, zelfcompassie en posttraumatische groei met elkaar samenhangen bij PTSS cliënten. Er is ook gekeken of het twee-continua model bij PTSS cliënten wordt teruggevonden. Bovendien is het effect van WBT in de rehabilitatiefase bij PTSS cliënten onderzocht in vergelijking met de TAU.

4.1 Uitkomsten van het onderzoek

Ten eerste blijkt er in overeenkomst met de verwachting een positieve en sterke samenhang te bestaan tussen welbevinden, zelfcompassie en posttraumatische groei. De bevinding is convergent aan het onderzoek van Goldwasser en Leray (2012) waaruit blijkt dat mensen met een hoger niveau van zelfcompassie in meerdere mate welbevinden ervaren en dat een hoge mate van zelfcompassie samenhangt met een hogere mate van levenstevredenheid, geluk en sociale verbinding. Ook is dit resultaat in overeenstemming met de bevinding van Bensimon (2012) dat veerkracht en posttraumatische groei positief met elkaar correleren. De gevonden correlaties zijn hoog en daarom spreekt huidige bevinding voor het behouden van de twee elementen, zelfcompassie en posttraumatische groei in de WBT om zo mogelijk het welbevinden te verhogen.

Ten tweede blijkt uit de resultaten dat er een sterk negatieve samenhang bestaat tussen angst- en depressieve klachten en welbevinden, zelfcompassie en posttraumatische groei. Dit komt niet overeen met de matige samenhang (-.33) tussen welbevinden en psychopathologie zoals gevonden in eerder onderzoek (Lamers, 2015). Mogelijk bestaat dit verschil doordat welbevinden en psychopathologie in huidig onderzoek gemeten zijn met andere zelfrapportage vragenlijsten. Zo wordt welbevinden door Lamers (2015) gemeten met de Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) en wordt de psychopathologie gemeten met de Brief Symptom Inventory (BSI). Terwijl in huidig onderzoek de Positieve Geestelijke Gezondheid Schaal (PGGS) gebruikt wordt om het welbevinden te meten en de mate van psychopathologie gemeten wordt met de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). De HADS meet specifiek angst en depressie, wat vaak samengaat met PTSS (Breslau, Neria en Bomet, 2000). De deelnemers in huidig onderzoek hebben klachtgerichte behandeling voor PTSS ontvangen, waardoor mogelijk angst- en depressieve klachten ook afnemen. Andere meer algemene klachten, zoals in de BSI gemeten, worden minder beïnvloed middels een PTSS behandeling. Hierdoor nemen deze algemene klachten waarschijnlijk minder af dan specifiek de angst- en depressieve klachten. Mogelijk is door het gebruik van een meer

specifieke klachtenlijst in plaats van een algemene klachtenlijst de samenhang in huidig onderzoek sterker.

Bovendien is in huidig onderzoek in tegenstelling tot het onderzoek van Lamers (2015) een klinische populatie onderzocht in plaats van de algemene bevolking. Dat in deze klinische populatie een sterkere samenhang is gevonden dan in de algemene bevolking komt mogelijk doordat de klinische populatie meer klachten ervaart waardoor de samenhang groter is tussen angst- en depressieve klachten en welbevinden omdat die klachten veel lijdensdruk met zich meebrengen en daardoor een grotere invloed hebben op het welbevinden.

Kortom de relatie tussen welbevinden en angst- en depressieve klachten is in de huidige studie sterker gebleken dan dat verwacht wordt op basis van het twee-continua model. Dit betekent dat het twee-continua niet in sterke mate wordt teruggevonden bij cliënten met PTSS. Er wordt vervolgonderzoek aangeraden om na te gaan of ook in andere klinische populaties sterke relaties gevonden worden tussen welbevinden en psychopathologie.

Ten derde is de WBT niet effectiever gebleken dan de TAU in de rehabilitatiefase bij PTSS cliënten. Echter wanneer er onderscheid gemaakt wordt tussen deelnemers met een laag welbevinden voorafgaand aan de rehabilitatiefase lijkt WBT effectiever dan TAU. Deze bevinding dient te worden gerepliceerd te worden in vervolgonderzoek met een grotere steekproef. In huidig onderzoek verhogen zowel de WBT als de TAU het welbevinden en de zelfcompassie. Dit betekent dat cliënten meer persoonlijke groei lijken te ervaren na afloop van de rehabilitatiefase. Ze lijken meer grip op de omgeving te ervaren en ervaren mogelijk ook meer positieve relaties (Ryff, 1989). Ook lijken ze na de rehabilitatiefase beter in staat zichzelf vriendelijkheid en zorg te geven. Er is mogelijk meer begrip voor het feit dat pijn en ongemak gedeelde menselijke ervaringen zijn en ze beschikken meer over het vermogen om op een vriendelijke wijze aanwezig te zijn als onplezierige emoties en ervaringen zich voordoen (Neff, 2009). Nog niet eerder is zoals in huidig onderzoek bewezen dat een rehabilitatiefase in staat lijkt het welbevinden te verhogen, wat maakt dat men meer geestelijk gezond is. Gezien dit resultaat lijkt het van belang om een rehabilitatiefase traject aan te bieden na de verwerkingsfase in de behandeling van PTSS. Zoals Johnson (1994) al zei: PTSS behandeling volstaat niet met alleen een behandeling aan te bieden gericht op verwerking. Ook van Emmerik en Berretty (2007) gaven al aan dat een rehabilitatiefase van belang is omdat die de kans op terugval verkleint bij PTSS. Zowel de WBT als de TAU kunnen in de rehabilitatiefase worden ingezet. Vervolgonderzoek dient uit te wijzen of WBT effectiever is dan TAU bij cliënten met een laag welbevinden voorafgaand aan de rehabilitatiefase.

4.2 Sterke kanten, limitaties en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Dit onderzoek beschikt over een aantal sterke kanten. Allereerst is een sterke kant van deze studie dat het een Randomised Controlled Trial (RCT) betreft. Dit geldt als de beste vorm van effectonderzoek. De deelnemers worden namelijk gerandomiseerd toegewezen en hierdoor heeft iedereen evenveel kans om in een van de twee condities terecht te komen. Op deze wijze wordt gecontroleerd voor versturende invloeden zoals specifieke behandelingseffecten (Offringa, Assendelft & Scholten, 2009). Een andere sterkte van deze studie is dat er gebruik is gemaakt van een actieve controle conditie. Hierdoor kan de invloed van non-specifieke factoren ook worden gecontroleerd.

Indien het gehele onderzoek kritisch geanalyseerd wordt spelen een aantal factoren en beperkingen een rol die de resultaten mogelijk beïnvloed hebben. Een eerste belangrijke beperking van het onderzoek is de kleine steekproef. Vanwege beperkte power is er kans op false-negatives. Bij een kleine steekproef worden namelijk niet snel significante verschillen gevonden. Bij een grotere steekproef, zou waarschijnlijk wel een significant effect gevonden zijn voor de WBT in vergelijking met de TAU bij deelnemers met een laag welbevinden voorafgaand aan de rehabilitatiefase. Er wordt dan ook aanbevolen om huidig onderzoek te herhalen met een grotere steekproef om te toetsten of huidige resultaten gerepliceerd worden.

Een tweede beperking van huidig onderzoek is dat de resultaten niet vergeleken zijn met cliënten die behandeling gehad hebben voor PTSS maar geen rehabilitatiefase gevolgd hebben. Hierdoor kan niet met zekerheid gesteld worden dat de toename van welbevinden en zelfcompassie het gevolg zijn van de rehabilitatiefase, mogelijk speelt tijd hierin een rol. Een tweede controlegroep wordt dan ook aanbevolen waarin deelnemers met effectieve behandeling voor PTSS deelnemen die geen rehabilitatiefase doorlopen en ook een voor- en nameting ondergaan. Hierdoor kan een correctere statistische vergelijking gemaakt worden en ontstaat een beter beeld van de ontwikkeling op welbevinden, zelfcompassie, posttraumatische groei en angst- en depressieve klachten gedurende de rehabilitatiefase.

Tevens wordt ten vierde een follow-up meting aanbevolen voor vervolgonderzoek zodat de verschillen tussen WBT en TAU op de lange termijn inzichtelijk worden. Er is uit het onderzoek van Fava et al. (2005) namelijk al eerder gebleken dat zowel cognitieve gedragstherapie als WBT angst significant laten dalen. Echter na een follow-up meting van een jaar bleek deze daling alleen nog zichtbaar bij de WBT conditie.

Een laatste beperking is dat in huidig onderzoek het welbevinden gemeten is met de PGSS. Hierdoor is alleen het psychologisch welbevinden meegenomen terwijl in vorige onderzoeken emotioneel- en sociaal welbevinden samen met het psychologisch welbevinden

het totale welbevinden vormden. Hierdoor is huidig onderzoek niet exact vergelijkbaar met eerder onderzoek en kan er in huidig onderzoek geen uitspraak gedaan worden over het totale welbevinden.

4.3 Conclusie en een aanbeveling voor de praktijk

Deze studie is de eerste aanzet voor het ontwikkelen van WBT als positief psychologische interventie in de rehabilitatiefase van PTSS. Er kan geconcludeerd worden dat een rehabilitatiefase van belang is bij cliënten met PTSS. Middels de nazorg in deze fase wordt zowel het welbevinden als de zelfcompassie significant verhoogd. Er wordt dan ook aan GGZ instellingen aanbevolen om na de verwerkingsfase in de behandeling van PTSS cliënten een nazorgtraject aan te bieden. De WBT is in huidig onderzoek niet effectiever gebleken dan de TAU. Beiden verhogen het welbevinden. Wel ontstaat door huidig onderzoek het vermoeden dat WBT effectiever is dan TAU bij deelnemers met een laag welbevinden. Er wordt dan ook aanbevolen dit nogmaals te onderzoeken met een grotere steekproef. Blijkt namelijk dat deelnemers met een lage mate van welbevinden meer effect hebben bij de WBT dan is deze effectiever om in te zetten dan de TAU in de rehabilitatiefase. Tevens wordt vervolgonderzoek aangeraden om na te gaan of de WBT breed in de GGZ toegepast zou kunnen worden.

Referenties

- Allen, A. B., Goldwasser, E. R., & Leary, M. R. (2012). Self-compassion and well-being among older adults. *Self and Identity*, 11(4), 428-453.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author
- Belaise, C., Fava, G.A. & Marks, I.M. (2005). Alternatives to debriefing and modifications to cognitive behavior therapy for post traumatic stress disorder. *Psychotherapie and Psychosomatics*, 74, 212-217.
- Bensimon, M. (2012). Elaboration on the association between trauma, PTSD and posttraumatic growth: The role of trait resilience. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 782-787.
- Bicanic, I., de Jongh, A., & ten Broeke, E. (2015). Stabilisatie in traumabehandeling bij complexe ptss: noodzaak of mythe?. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57(5), 332-339.
- Bohlmeijer, E. T., Bolier, L., & Walburg, J. (2013). *Handboek positieve psychologie: theorie, onderzoek en toepassingen*: Uitgeverij Boom
- Bohlmeijer, E., & Hulsbergen, M.L. (2013). *Dit is jouw leven. Ervaar de effecten van de positieve psychologie*. Amsterdam: Boom
- Bohlmeijer, E. & Hüning, L. (2014). Welbevindentherapie protocol. Enschede: Mediant, Centrum voor Psychotrauma & Universiteit Twente.
- Bohlmeijer, E., Westerhof, G., Bolier, L., Steeneveld, M., Geurts, M., & Walburg, J. A. (2013). Over de betekenis van de positieve psychologie: Welbevinden: van bijzaak naar hoofdzaak? *Psycholoog*, (nov 2013), 49-59.

- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G.J., Ripper, H., Smit, F. & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health* 13, 1471-2458.
- Breslau, N., Neria, Y., Bromet, E. (2000). Comorbidity of TSD and depression: Linked or separate incidence? *Society of Biological Psychiatry*, 48, 878-880.
- Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2010). The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations. *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe*, 1-14.
- Christenhusz, L., & Meulenbeek, P.A.M. (2013). *Welbevindentherapie in de geestelijke gezondheidszorg*. In: Handboek Positieve Psychologie. Amsterdam: Boom
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(5), 1067.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Nooner, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 167(8), 915-924.
- Cohn, M. & Fredrickson, B. (2009). Positive emotions. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (2nd ed.) (pp. 13-24). New York: Oxford University Press.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2011). *Research methods in education*. Milton Park. Abingdon, Oxon, [England]: Routledge.
- Cook, J. M., O'Donnell, C., Moltzen, J. O., Ruzek, J. I., & Sheikh, J. I. (2006). Clinical observations in the treatment of World War II and Korean War veterans with combat-related PTSD. *Clinical gerontologist*, 29(2), 81-93.

- Delleman, O. (2014). 'Positieve Psychiatrie' als visie voor de praktijk van de GGZ. *MGV*, 69(3), 16-23.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: revising the adaptation theory of well-being. *American psychologist*, 61(4), 305.
- Dierendonk, D. van. (2005). The construct validity of Ryff's scales of psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and individual differences*, 36: 629-643.
- Emmelkamp, P.M.G., Bouman, T.K., & Visser, S. (2009). *Angststoornissen en hypochondrie. Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Emmelkamp, P.M.G., Ehring, T., & Powers, M.P. (2008). *Angststoornissen*. In: Handboek psychopathologie deel 1, basisbegrippen Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Fava, G.A., Rafanelli, C., Tomba, E., Guidi, J., & Grandi, S. (2011). The sequential combination of cognitive behavioral treatment and well-being therapy in cyclothymic disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(3), 136-143. doi:10.1159/000321575
- Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salaso, L., Mangelli, L. et al. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 26-30.
- Ginzburg, K. (2006). Comorbidity PTSD and depression following myocardial infarction. *Journal of affective disorders*, 94, 135-145.
- Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., & Grandi, S. (2004). Six-Year Outcome of Cognitive Behavior Therapy for Prevention of Recurrent Depression. *American Journal of psychiatry*. 161(10), p. 1872-1876. doi: 10.1176/appi.ajp.161.10.187.

- Fava, G.A. & Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of Personality*, 77 (6), 1903-1934.
- Huppert, F. A., & So, T. T. (2013). Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, 110(3), 837-861.
- Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van & Hoogduin, C.A.L. (2011). *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- 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
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing* (2nd ed.). London: Routledge
- 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
- Lamers-Winkelmann, F., & Visser, M. (2009). Hulp aan getraumatiseerde kinderen; obstakels en dilemma's. *Tijdschrift Ouderschap & Ouderbegeleiding*, 12(1).
- Mills, K., Teesson, M., Ross, J., & Peters, L. (2006). Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 652- 658.

- Nixon, R. D., Nishith, P., & Resick, P. A. (2004). The accumulative effect of trauma exposure on short-term and delayed verbal memory in a treatment-seeking sample of female rape victims. *Journal of traumatic stress, 17*(1), 31-35.
- Offringa M, Assendelft WJJ, Scholten RJPM. *Inleiding in evidence-based medicine*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.
- Ozdemir, O., Boysan, M., Guzel Ozdemir, P., Yilmaz, E. (2015). Relationship between posttraumatic stress disorder (PTSD), dissociation, quality of life, hopelessness, and suicidal ideation among earthquake survivors. *Comprehensive Psychiatry, January 2015, Vol.56, pp.161-174*
- Pérez Benítez, C., Zlotnick, C., Stout, R.I., Lou, F., Dyck, I., Weisberg, R. & Keller, M. (2012). A 5 year longitudinal study of post traumatic stress disorder in primary care patients. *Psychopathology, 45 (5), 286-293*.
- Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., & Grant, B. F. (2011). Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of anxiety disorders, 25*(3), 456-465.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57 (6), 1069-1081*).
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction (Vol. 55)*: American Psychological Association.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G.C. (1998). The Mini -International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of consulting and clinical psychology 59, p. 22-33*.

- Spinhoven, P. H., Ormel, J., Sloekers, P. P. A., Kempen, G. I. J. M., Speckens, A. E. M., & Hemert, A. V. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological medicine*, 27(02), 363-370.
- 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 Foundation and Empirical Evidence". *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18
- Thabet, A., Abed, Y., Vostanis, P. (2004). Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 45, 533-542.
- Van den Brink, E., & Koster, F. (2013). *Welbevinden: van bijzaak naar hoofdzaak?* In E. Bohlmeijer,
- L.Bolier, G. Westerhof & J.A. Walburg (Eds), *Handboek positieve psychologie*. (pp. 185-198). Amsterdam:, Nederland: Uitgeverij Boom
- Van Emmerik, A., Berretty, E.(2007). Leven met een trauma. Informatie voor de cliënt en de directe omgeving. *Psychopraxis* (9), 160-165. 3.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., & Emmelkamp, P.M.G. (2008). *Handboek psychopathologie deel 1*, basisbegrippen Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Westerhof, G., & Keyes, C. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 63 (10), 808-820.
- Westerhof, G.J., Keyes, C.L.M. (2010) Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development* 12:110-119 DOI 10.1007/s10804-009-9082.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatr scand*, 67(6), 361-370.