



Welbevinden en klachten als voorspellers van non-adherentie bij patiënten met een Posttraumatische Stress-Stoornis in de tweedelijns GGZ
10 EC

Frederiek Brinks
S1394428

Universiteit Twente
Faculteit gedragswetenschappen
Master positieve psychologie en technologie
21-01-2016

Begeleidingscommissie:
1e begeleider: S.M.A. Lamers en S.M. Kelders
2e begeleider: E.T. Bohlmeijer

26 februari 2016

Voorwoord

De these die voor u ligt is geschreven als afsluiting van de master Positieve Psychologie en Technologie die ik aan de Universiteit Twente gevolgd heb. Tijdens deze master heb ik naast kennis over pathologie en de behandeling hiervan kennis op mogen doen over positieve psychologie en de integratie van behandelingen gericht op het vergroten van geestelijke gezondheid binnen de huidige geestelijke gezondheidszorg. In de praktijk heb ik mogen ervaren dat een dergelijke behandeling een positieve uitwerking heeft op het leven van de patiënt. Daarnaast heb ik de opgedane kennis en ervaring omtrent het behandelen van pathologie in de praktijk mogen testen en uitbreiden. Huidig onderzoek heeft mijn kennis omtrent geestelijke gezondheid en geestelijke ziekte uitgebreid en mij doen inzien dat zowel het behandelen van pathologie als het verbeteren van de mate van welbevinden van belang is voor de patiënt.

Ik ben dankbaar voor de begeleiding die ik in dit proces gehad heb. Graag wil ik mijn begeleiders Sanne Lamers, Saskia Kelders en Ernst Bohlmeijer bedanken voor de waardevolle feedback en ondersteuning die zij mij tijdens dit proces geboden hebben. Door de feedback die ik van jullie heb mogen ontvangen is het mij gelukt om door de crises die ik tijdens dit proces ervaren heb te komen. Ook de kopjes koffie en gesprekken die ik met Sanne en Saskia gehad heb, heb ik als erg prettig ervaren. Daarnaast wil ik Laura Hüning bedanken voor de mogelijkheid om mijn afstudeeronderzoek binnen het Centrum voor Psychotrauma binnen Mediant uit te mogen voeren. Ik wil haar bedanken voor de ondersteuning en de brainstorms die we gehad hebben over het onderzoek en mogelijke uitkomsten daarvan.

Als laatste wil ik mijn vrienden en familie bedanken voor de steun die zij mij gegeven hebben tijdens dit proces. Door de steun in moeilijke tijden en de lach in mooie tijden is het mij gelukt om deze periode door te komen.

Frederiek Brinks, februari 2016

Samenvatting

Achtergrond Non-adherentie wordt al tientallen jaren aangeduidt als een groot probleem binnen de gezondheidszorg. Non-adherentie wordt binnen de huidige studie gedefinieerd als het niet-starten met een voorgeschreven behandeling door de zorgprofessional na de intakefase. Het heeft negatieve gevolgen voor de verergering van de klachten die een persoon ervaart en dat zorgt op zijn plaats voor een verhoging van de kosten van de gezondheidszorg voor de algemene bevolking. Er is veel onderzoek gedaan naar de effecten van non-adherentie op patiënten in de gezondheidszorg. Vooral non-adherentie van medicatiebehandelingen heeft veel aandacht gekregen in dergelijke onderzoeken. Onderzoek naar voorspellers van non-adherentie heeft echter erg weinig aandacht gekregen. Daarnaast is er ook weinig bekend over non-adherentie bij psychologische behandelingen. Huidige studie heeft als doel het identificeren van voorspellers van non-adherentie bij patiënten in de geestelijke gezondheidszorg. Daarbij wordt zowel gekeken naar de mate van klachten als de mate van welbevinden die een persoon ervaart. Dit wordt gedaan op twee verschillende momenten in de behandeling, namelijk aan het begin van de verwerkingsfase en het begin van de rehabilitatiefase van traumabehandeling.

Methode Om te onderzoeken of de mate van welbevinden en de mate van klachten voorspellers zijn van non-adherentie zijn binnen zowel de verwerkings- als de rehabilitatiefase de non-adherente en de adherente groep met elkaar vergeleken. De groepen zijn vergeleken op de mate van PTSS-klachten en de mate van welbevinden die zij rapporteerden voor de start van de fase. Vervolgens is bekeken of deze verschillen voorspellend zijn voor non-adherentie.

Resultaten Binnen de verwerkingsfase van traumabehandelingen worden wat betreft de mate van klachten en welbevinden geen verschillen gevonden tussen de non-adherente en de adherente groep. Binnen de rehabilitatiefase wordt dit verschil echter wel gevonden; non-adherente patiënten laten een significant hogere mate van klachten, en een significant lagere mate van emotioneel welbevinden zien dan adherente patiënten in dezelfde fase. Voor beide fases geldt echter dat de factoren klachten en welbevinden niet als voorspellers van non-adherentie geïdentificeerd konden worden.

Discussie Alleen in de rehabilitatiefase van traumabehandeling lijken de mate van welbevinden en het klachtenniveau van invloed op non-adherentie. Het is goed mogelijk dat de factoren welbevinden en klachten wel degelijk van belang zijn bij aanvang van een therapie, echter is het mogelijk zo dat de mensen die een extreem lage mate van welbevinden en een extreem hoge mate van klachten ervaren zich niet in staat voelen om de klachten die zij ervaren aan te pakken en zich dus in de eerste plaats niet melden voor therapie. Een tweede verklaring voor de verschillen tussen de fases zou een verschuiving in de Locus of Control kunnen zijn die gedurende de traumabehandeling plaatsvindt. Het is mogelijk zo dat de Locus of Control van extern naar meer intern verschuift waardoor de patiënt zich meer in controle voelt over zijn eigen leven en daarmee in staat is zijn problemen aan te pakken door middel van gedragsverandering. Een verbreding van de focus wat betreft klachten en demografische factoren in combinatie met non-adherentie is aan te bevelen voor vervolgonderzoek.

Abstract

Background Non-adherence has been named one of the biggest problems in health care for decades. Non-adherence is defined as not committing to the advised treatment by a healthcare professional after the intake phase of a treatment. It brings a number of negative consequences for the individual as for society, worsening symptoms and making health care costs rise. A lot of researchers addressed this topic, focusing namely on the effects of non-adherence in medication treatment. Little is known about the predictors of non-adherence and little research focused on psychological treatment, making it a priority in this current research. The purpose of this study is to identify predictors of non-adherence in patients undergoing psychological treatment. It will focus on positive mental health and mental illness, covering the whole spectrum of mental health. This study will try to identify these factors at two different phases in the treatment, namely the symptom reduction phase and the rehabilitation phase of Posttraumatic Stress Disorder treatment.

Method To be able to identify wellbeing and pathology as predictors of non-adherence at the different phases of treatment, participants have been split into non-adherent and adherent groups over the different phases. In between the phases the non-adherent and adherent group were compared looking at the level of wellbeing and the level of pathology. Thereafter was examined if the identified factors in fact were predictors of non-adherence.

Results No differences were found between the non-adherent and adherent group in the symptom reduction phase, looking at level of pathology and wellbeing. In the rehabilitation phase however were found differences between the two groups. The non-adherent group showed a significant higher degree of pathology and a significant lower level of emotional wellbeing when compared to the adherent group in the same phase of treatment. Despite of the found differences in the current study, the factors wellbeing and pathology could not be identified as predictors of non-adherence.

Discussion Current study shows that the level of wellbeing and pathology influence non-adherence, only in the rehabilitation phase of trauma treatment. Despite the found differences between the non-adherent and adherent group, indicating a predictive value of the level of wellbeing and pathology on non-adherence, these factors could not be statistically identified as predictors of non-adherence. The level of wellbeing and pathology could certainly be predictors of non-adherence at the beginning of a therapy. The hypothesis is that the people with the lowest levels of wellbeing and the highest level of pathology do not feel the ability to work on their problems in a therapy, and therefore not participate in therapy. Future research should broaden its vision, looking at all kinds of factors that could predict non-adherence. Demographic factors, general symptom level, the relationship between the therapist and the patient and practical barriers are possible predictors. An important finding in the current study is that symptom level and level of wellbeing are identified factors influencing non-adherence in the rehabilitation phase of treatment, whereas these same factors do not seem important in the symptom reduction phase. Future research should take into account that different factors could predict non-adherence at different stages of the same treatment and could differ among different treatments.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
1.0 Inleiding	6
2.0 Methode	13
2.1 Respondenten	13
2.2 Meetinstrumenten.....	14
2.2.1 MHC-SF.....	14
2.2.2 PTSS-klachtenschaal	15
2.3 Statistische analyse	15
3.0 Resultaten	16
3.1 Verwerkingsfase.....	16
3.1.1. Karakteristieken participanten	16
3.1.2 Hypothese 1 Non-adherente patiënten in de verwerkingsfase van traumabehandeling laten een lagere mate van welbevinden en een hogere mate van klachten zien dan adherente patiënten in dezelfde fase.....	16
3.1.3 Hypothese 2 Een lage mate van welbevinden en een hoge mate van klachten zijn voorspellers van non-adherentie in zowel de verwerkingsfase van traumabehandeling	17
3.2 Rehabilitatiefase.....	19
3.2.1 Karakteristieken participanten	19
3.2.2 Hypothese 3 Non-adherente patiënten in de rehabilitatiefase van traumabehandeling laten een lagere mate van welbevinden en een hogere mate van klachten zien dan adherente patiënten in dezelfde fase.....	19
3.2.3 Hypothese 4 Een lage mate van welbevinden en een hoge mate van klachten zijn voorspellers van non-adherentie in zowel de rehabilitatiefase van traumabehandeling	20
4.0 Conclusie & discussie	23
4.1 Discussie	23
4.1.1 Verschillen tussen de non-adherente en adherente groep in de verwerkingsfase	23
4.1.2 Verschillen tussen de non-adherente en adherente groep in de rehabilitatiefase	25
4.1.3 Klachten en welbevinden als voorspellers van non-adherentie	26
4.1.4 Verschillen tussen de verwerkings- en rehabilitatiefase	26
4.2 Beperkingen	27
4.3 Conclusie.....	28
4.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	28
Literatuur	30

1.0 Inleiding

Non-adherentie werd decennia geleden al als één van de grootste problemen in de medische wereld bestempeld (Blackwell, 1977). Sinds die tijd heeft erg veel onderzoek zich gericht op het identificeren van de voorspellers van non-adherentie (Dunbar & Martimer, 2001). De World Health Organization beschrijft adherentie als de mate waarin het gedrag van de persoon die medicatie neemt, een dieet volgt, leefstijlverandering wil invoeren, zich houdt aan de voorgeschreven aanbevelingen door een professional in de gezondheidszorg (WHO, 2003 in Sajatovic, Velligen, Weiden & Valenstein, 2010). Het aantal gemiste afspraken van patiënten met medewerkers binnen de gezondheidszorg, ligt tussen de 30% en 50%. Non-adherentie hindert de effectiviteit van gezondheidsinterventies (Cleemput & Kesteloot, 2002). Hoe hoger de non-adherentie, hoe lager de doeltreffendheid en effectiviteit van de interventie. Het probleem van non-adherentie wordt zowel door de patiënt, als zijn omgeving en de rest van de samenleving bemerkt (Cleemput & Kesteloot, 2002). De ervaren lichamelijke of psychologische klachten van de patiënt verergeren mogelijk, er kunnen zich andere klachten ontwikkelen en de kwaliteit van leven van de patiënt neemt mogelijk verder af (Christensen, 2004). Daarnaast zijn er negatieve effecten voor de samenleving zoals een verhoging van de kosten voor de gezondheidszorg en hogere kosten voor werkgevers door ziekteverzuim (Cleemput & Kesteloot, 2002).

Veel medici gebruiken de term 'compliance' in plaats van adherentie en anderen gebruiken weer de term concordantie (Frank, Perel & Mallinger, 1992). Echter heeft de term adherentie steeds vaker de voorkeur gekregen in de wereld van de gezondheidszorg (Aronson, 2007). Dit, omdat het ook de verantwoordelijkheid van de gezondheidszorgmedewerker benadrukt in het contact met de patiënt, in tegenstelling tot de andere termen, waarbij de gezondheidszorgmedewerker een passieve rol heeft of waarin erg veel gelijkwaardigheid is tussen de specialist en diens patiënt. Dit is dan ook de reden dat in huidige studie gekozen wordt voor de term adherentie. Non-adherentie is een probleem dat gezien wordt in alle takken van de gezondheidszorg, namelijk bij medicatietherapie in de medische wereld, maar ook onder patiënten met psychologische -en gedragsproblemen bij zowel medicamenteuze als psychotherapeutische behandelingen.

Duidelijk is dat non-adherentie in zijn algemeenheid een aanzienlijk probleem is voor zowel de patiënt als voor de rest van de samenleving door de stijgende kosten van de gezondheidszorg.

Onderzoek naar non-adherentie in de afgelopen decennia is hoofdzakelijk uitgevoerd in de medische wereld. Het gevolg hiervan is dat de meeste onderzoeken zich hebben gericht op non-adherentie van medicatie therapie voor lichamelijke ziektes (Bangsberg, Perry, Charlebois, Clark, Roberston, Zolapa & Moss, 2001; Lingam & Scott, 2002; DiMatteo, Haskard & Williams, 2007). De methodologische kwaliteit en het gebruik van het begrip adherentie varieert echter veel (Vermeire, Hearnshaw, van Royen & Denekens, 2001; Blackwell, 1977), waarmee generalisatie van de onderzoeksresultaten lastig is. Onderzoek naar medicatie non-adherentie bij lichamelijke ziektes, heeft zich hoofdzakelijk op de effecten van non-adherentie gericht. Deze onderzoeken wijzen uit dat medicatie non-adherentie bij lichamelijke ziektes de kans om eerder te overlijden vergroot, de ernst

van de ziekte kan vergroten, en de samenleving erg veel geld kost (Fischer, Stedman, Lii, Vegeli, Shrank, Brookhart & Weissman, 2010). Onderzoek naar medicatie non-adherentie bij patiënten met diabetes mellitus laat zien dat medicatie non-adherentie gelinkt wordt aan meer ziekenhuisopnames en een hoger sterftecijfer (Ho, Rumsfeld, Masoudi, McClure, Plomondon, Steiner & Magid, 2006). Onderzoek naar medicatie non-adherentie bij patiënten met een hartinfarct wijst eveneens op een verband tussen medicatie non-adherentie en een hoger sterftecijfer als gevolg van non-adherentie (Ho, Spertus, Masoudi, Reid, Peterson, Magrid, Krumholz & Rumsfeld, 2006). Bij diabetes, een hoog cholesterol en een hoge bloeddruk, heeft medicatie non-adherentie een hoger aantal ziekenhuisopnames tot gevolg (Sokol, McGuigan, Verbrugge & Epstein, 2005).

Onderzoek naar medicatie non-adherentie bij lichamelijke ziektes wijst dus uit dat non-adherentie aan een medicatietherapie, negatieve effecten heeft voor het ziektebeeld van de patiënt en de gezondheidszorgkosten.

Naast non-adherentie bij medicatie therapie bij lichamelijke ziektes, hebben onderzoeken in de geestelijke gezondheidszorg zich vooral gericht op het identificeren van de effecten van non-adherentie bij medicamenteuze behandelingen. De eerste conclusie van deze onderzoeken is dat medicatie non-adherentie bij patiënten met een psychische stoornis een belangrijk probleem is die de effectiviteit van de behandeling negatief beïnvloed (Swanson, Pantaloni, Cohen & Kenneth, 1999). Kijkend naar onderzoeken aangaande medicatie non-adherentie bij specifieke psychische ziektes ligt de focus vooral op onderzoek naar medicatie non-adherentie bij patiënten met schizofrenie en stemmingsstoornissen. Bij patiënten met schizofrenie is medicatie non-adherentie een groot probleem; ongeveer 40% - 60% van de patiënten is niet adherent bij het innemen van antipsychotica (Valenstein, Ganoczy, McCarthy, Myra, Lee & Blow, 2006; Sajatovic, Velligen, Weiden & Valenstein, 2010). Non-adherentie bij patiënten met schizofrenie in medicatie therapie wordt geassocieerd met terugval in klachten, een verhoging van het aantal ziekenhuisopnames, een toename in geweldsdelicten, een stijgend aantal zelfmoordpogingen en minder tevredenheid met het leven (Ascher-Svanum, Faries, Zhu, Ernst, Swartz & Swanson, 2006; Novick, Haro, Suarez, Perez, Dittmann & Haddad, 2010). Daarnaast zorgt het voor een verhoging van het aantal ziekenhuisopnames, en een bemoeilijking van de integratie in de samenleving (Markowitz, Karve, Panish, Candrilli & Alphas, 2013). Een kwart van de mensen met een depressieve stoornis stopt met het innemen van zijn medicatie na een maand. Na drie maanden is het ongeveer 60%. Uit follow-up onderzoek is gebleken dat een kwart van de mensen die behandeld is voor een depressieve stoornis een terugval heeft (Melfi, Chawla, Croghan, Hanna, Kennedy & Sredl, 1998). Non-adherentie is één van de vele factoren die bijdragen aan het hoge percentage aan mensen die terugvallen in een depressie.

Zoals gezegd is er veel onderzoek gedaan naar de non-adherentie bij medicamenteuze behandelingen bij mensen met zowel lichamelijke als psychische ziektes waarbij vooral gekeken is naar de effecten van non-adherentie. Kijkend naar onderzoeken wat betreft non-adherentie bij psychologische behandelingen blijkt dat onderzoek hiernaar erg schaars is. Ondanks het geringe aantal onderzoeken lijkt het echter een groot probleem (Angelli, 2009). Een meta-analyse van onderzoeken naar non-

adherentie bij psychologische behandelingen wijst namelijk op een algemeen non-adherentie percentage van 46.86% (Wierzbicki & Pekarik, 1993). Opvallend is dat onderzoek naar non-adherentie bij medicatie therapie bij zowel lichamelijke als geestelijke ziektes zijn focus vooral richt op de gevolgen van non-adherentie en dat het onderzoeken naar non-adherentie bij psychologische behandelingen zich vooral bezighoudt met het identificeren van voorspellers van non-adherentie. Naast alle eerder genoemde gevolgen van medicatie non-adherentie wijst onderzoek naar medicatie non-adherente bij patiënten met diabetes mellitus uit dat een jonge leeftijd een voorspeller van non-adherentie is (Ho, Rumsfeld, Masoudi, McClure, Plomondon, Steiner & Magid, 2006). Angelli (2009) beschrijft dat het, net als bij de onderzoeken naar medicatie non-adherentie lastig is om conclusies te trekken over non-adherentie bij psychologische behandelingen omdat de studies veelal een andere operationalisatie van het begrip adherentie/non-adherentie gekozen hebben. Non-adherentie wordt beschreven als te laat komen bij een behandeling of niet beginnen met de voorgeschreven behandeling (Tarrier, Sommerfield, Pilgrim, & Faragher, 2000), stoppen met de behandeling nadat patiënt al gestart is (Kubiak, 2004) of het opgeven huiswerk niet voltooien (van Minnen & Hagens, 2002). Demografische variabelen hebben de meeste aandacht gekregen in de onderzoeken die gedaan zijn naar de voorspellers van non-adherentie bij psychologische behandelingen. Wierzbicki en Pekarik (1993) concluderen uit een meta-analyse van 125 studies naar non-adherentie dat er drie factoren die non-adherentie bij psychologische behandelingen voorspellen, namelijk; etnische afkomst, opleidingsniveau en inkomen. Non-adherentie neemt toe naarmate het opleidingsniveau en het inkomen lager worden. Daarnaast is uit het onderzoek gebleken dat afro-amerikanen een hoger non-adherentie niveau laten zien dan westerse patiënten. Duidelijk is dat er een behoorlijk aantal onderzoeken gedaan zijn naar de voorspellers van non-adherentie bij psychologische behandelingen. Toch is er belang bij verder onderzoek naar de voorspellers van non-adherentie bij psychologische behandelingen. De reden hiervoor is ten eerste dat de studies naar deze voorspellers veelal verouderd zijn. Daarnaast worden de begrippen non-adherentie en drop-out binnen de verscheidene studies niet eenduidig gedefinieerd en door elkaar gebruikt, wat voor lastig generaliseerbare onderzoeksresultaten geleid heeft.

Opvallend is dat onderzoek naar non-adherentie bij zowel lichamelijke als geestelijke ziektes zijn focus voornamelijk richt op het identificeren van de gevolgen van non-adherentie, zoals de verergering van pathologie, waarbij de voorspellers van non-adherentie weinig onderzocht worden. Het identificeren van deze voorspellers is van belang om interventies te kunnen ontwikkelen die inspelen op deze factoren. Deze interventies kunnen ingezet worden om het percentage patiënten die non-adherent zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg terug te dringen. Daarnaast is het opvallend dat de onderzoeken naar zowel medicatie non-adherentie als non-adherentie bij psychologische behandelingen zich hoofdzakelijk richt op het onderzoeken van non-adherentie in combinatie met pathologie, waarmee de positieve geestelijke gezondheid in combinatie met non-adherentie onderbelicht blijft. De oorzaak hiervan lijkt dat er binnen de psychologie altijd een focus op het

identificeren en behandelen van pathologie gelegen heeft. Dit heeft ervoor gezorgd dat er weinig aandacht is geweest voor de positieve dingen die het leven van de mens de moeite waard maken (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Tegenwoordig is er meer aandacht voor de positieve aspecten van de geestelijke gezondheid (Diener, 1984). De reden hiervoor is dat er een besef is gekomen dat het genezen of verminderen van pathologie slechts een deel is van de levensontwikkeling van een mens; alleen maken wat kapot is, is niet voldoende voor het optimaal laten functioneren van een persoon (Westerhof & Keyes, 2009; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). De WHO (World Health Organization) omschrijft geestelijke gezondheid tegenwoordig ook als "A state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease" (WHO, 2001). De tweedeling tussen positieve geestelijke gezondheid en pathologie, wordt het twee continua-model genoemd (Westerhof & Keyes, 2009). Het model zegt dat geestelijke ziekte en geestelijke gezondheid gerelateerd zijn aan elkaar, maar dat het twee aparte dimensies zijn. Het ene continuum geeft aan of er pathologie aanwezig is of niet, en de ander geeft aan of er al dan niet sprake is van geestelijke gezondheid (Westerhof & Keyes, 2009).

Welbevinden is de mate waarin een persoon geestelijk gezond is. Het wordt omschreven als de aanwezigheid van positieve gevoelens en levenstevredenheid en het streven naar optimaal individueel functioneren en optimaal functioneren in de samenleving (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011). De mate van emotioneel, psychologische en sociaal welbevinden bepaalt samen de geestelijke gezondheid van een persoon (Keyes, 1998). Emotioneel welbevinden is de mate waarin positieve gevoelens aanwezig zijn, negatieve gevoelens afwezig zijn en de mate waarin een persoon tevredenheid is met het leven (Deci & Ryan, 2000). Psychologisch welbevinden gaat vooral over het proces van zelfrealisatie (Ryff, 1989). Waarbij de overtuiging heerst dat niet zozeer het ervaren van geluk, maar het leven van een waardevol leven tot welbevinden leidt (Deci & Ryan, 2000). Psychologisch welbevinden omvat zes dimensies namelijk: doelgerichtheid, persoonlijke groei, autonomie, omgevingsbeheersing, zelfacceptatie en positieve relaties (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Doelgerichtheid betekent dat je het idee hebt dat je leven doel of richting heeft, persoonlijke groei is dat je ervaringen kent die je uitdagen om te groeien en een beter mens te worden, autonomie is het vertrouwen dat een persoon heeft in het uiten van zijn of haar eigen ideeën of meningen, omgevingsbeheersing is dat je als persoon het idee hebt dat je goed om kunt gaan met verantwoordelijkheden die je in het leven hebt, zelfacceptatie is dat je het grootste deel van je persoonlijkheid leuk vindt en met positieve relaties wordt bedoeld dat je het idee hebt dat je warme en vertrouwde relaties met anderen hebt (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011). Met sociaal welbevinden wordt optimaal sociaal functioneren in de maatschappij bedoeld (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Keyes (1998) onderscheidt vijf dimensies van sociaal welbevinden. Een persoon die in hoge mate sociaal welbevinden ervaart, heeft een positieve visie op andere mensen, gelooft in maatschappelijke vooruitgang, begrijpt de maatschappij en participeert hierin en voelt zich tegelijkertijd ook thuis in de maatschappij.

Dat non-adherentie een probleem is in zowel de medische wereld als in de wereld van de geestelijke gezondheidszorg is duidelijk. Vooral de gevolgen voor de pathologie bij patiënten is uitvoerig onderzocht. Onderzoeken naar de voorspellers van non-adherentie in combinatie met positieve geestelijke gezondheid bij psychologische behandelingen hebben methodologische beperkingen en zijn veelal verouderd.

De gevolgen van non-adherentie, vooral voor het verergeren van pathologie, zijn vooral in de medische wereld grondig onderzocht. Verder is duidelijk dat alleen kijken naar pathologie een beperkt beeld geeft van de geestelijke toestand van een patiënt. Om wat te kunnen zeggen over de geestelijke toestand van een persoon is het van belang om onderzoek te doen naar zowel geestelijke gezondheid als geestelijke ziekte; pathologie én welbevinden. Het alleen genezen van een geestelijke ziekte betekent dus niet dat een persoon daarna geestelijk gezond is (Keyes, 2007).

Een persoon die geen geestelijke ziekte heeft en een lage mate van welbevinden ervaart laat namelijk dezelfde gezondheidsbeperkingen en beperkingen in het dagelijks leven zien als mensen met een psychische stoornis (Keyes, 2007). Zij laten zelfs een lagere mate van psychosociaal functioneren zien als volwassenen met een psychische stoornis die een gemiddelde mate van welbevinden ervaren. Iemand is pas volledig geestelijk gezond wanneer deze persoon zowel vrij is van psychische stoornissen als een gemiddelde tot hoge mate van welbevinden ervaart (Keyes, 2007). Compleet gezonde volwassenen rapporteren de hoogste mate van controle over het leven, weten het beste wat zij willen in het leven, ervaren een hoge mate van veerkracht bij tegenslagen en voelen zich het meest verbonden met familie en vrienden. Veerkracht is de persoonlijke kracht die je hebt om, om te gaan met een tegenslag, grote uitdaging of een ander soort negatieve gebeurtenis (Howe, 2005).

Een persoon die welbevinden ervaart in gemiddelde of hoge mate is veerkrachtiger in tijden van stress. Deze veerkracht, samen met het gevoel van controle en de mate van verbondenheid die ervaren wordt met de sociale omgeving heeft zowel voordelen voor de behandelprognose als de preventie van psychische stoornissen (Keyes, 2007). Welbevinden is daarmee mogelijk een belangrijke factor bij het identificeren van factoren die ervoor zorgen dat een cliënt al dan niet aan een behandeling begint.

Er is nog maar weinig onderzoek gedaan naar zowel de voorspellers als de effecten van non-adherentie in combinatie met de mate van welbevinden die een persoon ervaart. Het onderzoek dat gedaan is naar de relatie tussen non-adherentie en positieve geestelijke gezondheid heeft zich tot op dit moment grotendeels gericht op het onderzoeken van de kwaliteit van leven in combinatie met non-adherentie. De onderzoeken die wel naar welbevinden in combinatie met non-adherentie gekeken hebben, onderzoeken vaak slechts de relatie tussen emotioneel welbevinden en non-adherentie, waarmee sociaal en psychologisch welbevinden onderbelicht blijven.

Waar eerder onderzoek zich uitsluitend gericht heeft op de voorspellers van emotioneel welbevinden op non-adherentie, richt huidig onderzoek zich op het gehele domein welbevinden. Dit betekent dat

zowel emotioneel, als psychologisch en sociaal welbevinden als voorspeller van non-adherentie onderzocht zal worden. Daarnaast wordt gekeken naar de mate van klachten als voorspeller van non-adherentie. Het onderzoek richt zich daarmee op de vraag wat het verschil is tussen de mate van welbevinden en de mate van pathologie tussen non-adherente en adherente patiënten. Door naar zowel welbevinden als pathologie te kijken wordt de gehele geestelijke gezondheid van de persoon meegenomen, waarmee recht gedaan wordt aan het twee continua model van positieve geestelijke gezondheid en pathologie.

Binnen Mediant te Enschede wordt op de afdeling Psychotrauma momenteel een uniek onderzoek gedaan naar een therapie om het welbevinden te bevorderen, aansluitend op de reguliere behandeling gericht op het reduceren van de klachten waar de patiënt zich mee aanmeldt. De welbevindentherapie wordt aangeboden binnen de optionele rehabilitatiebehandeling die zich richt op het versterken van de positieve geestelijke gezondheid, aansluitend op de klachtenreductiefase. Wanneer patiënten de keuze maken om te starten aan deze fase, stemmen zij in met deelname aan een onderzoek naar de effectiviteit van welbevindentherapie bij PTSS-patiënten na klachtvermindering. Dit houdt in dat de patiënt at random toegewezen wordt aan de ofwel de Treatment As Usual (TAU) ofwel de welbevindentherapie (WBT). De TAU bestaat uit drie face-to-face contacten en drie e-mail contacten die elkaar afwisselen. Binnen deze sessies wordt besproken waar de patiënt tegenaan loopt. De TAU heeft daarmee geen vaste inhoud. De welbevindentherapie (WBT) heeft dit wel. Het bestaat uit 8 sessies met als doel het vergroten van het algemeen welbevinden door middel van het leren herkennen van positieve emoties, het opheffen van gedachten die de positieve emoties tegenhouden en gedragsoefeningen en psycho-educatie ten aanzien van welbevinden. Met het toevoegen van de welbevindentherapie aan de bestaande klachtreductiefase wordt recht gedaan aan het twee-continua model. Huidig onderzoek richt zich op het identificeren van de voorspellers van non-adherentie bij zowel de verwerkingsfase als de rehabilitatiefase van traumabehandeling en zal zich om die reden richten op bij patiënten met een posttraumatische stress-stoornis, bij wie non-adherentie een groot probleem is (Angeli, 2009). Ongeveer 33% van de cliënten met een PTSS stopt namelijk op een bepaald punt met therapie of begint helemaal niet met de voorgeschreven therapie (Devilley, Spence & Rapee, 1998). Er is nog maar weinig bekend over PTSS cliënten en de factoren die non-adherentie in de hand werken. Uit onderzoek onder de Nederlandse bevolking blijkt dat PTSS geregeld voorkomt. 80,7% van de Nederlandse bevolking maakt een traumatische gebeurtenis mee in zijn of haar leven en 7,4% houdt hier een PTSS aan over (de Vries & Olff, 2009).

Het doel van huidige studie is om de voorspellers van non-adherentie bij psychotherapie te identificeren, waarbij niet alleen naar pathologie, maar ook naar de mate van welbevinden en leeftijd gekeken wordt. Dit wordt gedaan op twee verschillende momenten in de behandeling, namelijk aan het begin van de verwerkingsfase en aan het begin van de rehabilitatiefase van traumabehandeling. De hypothese is dat wanneer het welbevinden erg laag is, de non-adherentie toeneemt. Dit, omdat mensen met een lage mate van welbevinden minder veerkracht bezitten en daarmee minder opgewassen zijn

tegen tegenslagen zoals de klachten passend bij een psychische stoornis. Wanneer het welbevinden dergelijk laag is, heeft de patiënt mogelijk het idee dat hij/zij het gevecht nooit zal kunnen winnen waarmee de strijd tegen de ziekte mogelijk snel wordt opgegeven. Wanneer deze hypothese aangenomen wordt kan gekeken worden of de welbevindentherapie mogelijk vooraf aan de verwerkingsfase van de traumabehandeling ingezet kan worden om non-adherentie bij deze groep patiënten te verlagen.

Hoofdvraag: Wat is het verschil wat betreft de mate van welbevinden en de mate van PTSS klachten tussen non-adherente en adherente patiënten binnen de verwerkingsfase en de rehabilitatiefase van traumabehandeling?

Hypothese 1 Non-adherente patiënten in de verwerkingsfase van traumabehandeling laten een lagere mate van welbevinden en een hogere mate van klachten zien dan adherente patiënten in dezelfde fase

Hypothese 2 Een lage mate van welbevinden en een hoge mate van klachten zijn voorspellers van non-adherentie in zowel de verwerkingsfase van traumabehandeling

Hypothese 3 Non-adherente patiënten in de rehabilitatiefase van traumabehandeling laten een lagere mate van welbevinden en een hogere mate van klachten zien dan adherente patiënten in dezelfde fase

Hypothese 4 Een lage mate van welbevinden en een hoge mate van klachten zijn voorspellers van non-adherentie in zowel de rehabilitatiefase van traumabehandeling

2.0 Methode

Iedere persoon die wordt aangemeld voor een behandeling binnen Mediant vult voor het begin van de behandeling en na het beëindigen van de behandeling de ROM vragenlijsten in. ROM staat voor Routine Outcome Monitoring en wordt binnen Mediant gebruikt om behandelresultaten te meten. Dit is een eis van de zorgverzekeraar en maakt daarnaast de reductie van de klachten na het volgen van een behandeltraject inzichtelijk voor de patiënt. Ieder behandelprogramma binnen Mediant heeft een eigen ROM samenstelling; zo ook het Centrum voor Psychotrauma. De patiënten worden gevraagd een aantal klachtenlijsten in te vullen, waaronder de Posttraumatische Stress-Stoornis klachtenschaal (PTSS klachtenschaal). Vanaf 4 april 2013 is de Mental Health Continuum short form (MHC-SF) toegevoegd aan de ROM meting ten behoeve van het onderzoek naar de welbevindentherapie op de afdeling Psychotrauma van Mediant. Deze lijst heeft tot doel om de mate van welbevinden van patiënten te meten. De vragenlijsten zijn online ingevuld op locatie, of via een link die de patiënt via zijn email thuisgestuurd gekregen heeft. De data voor huidig onderzoek is verzameld van 3 april 2013 tot en met 31 december 2014. De patiënten hebben de ROM bij aanmelding (T0) en na afronding van de behandeling (T1) ingevuld. Deze meetmomenten zijn overzichtelijk weergegeven in figuur 1. Het betreft een retrospectief observationeel longitudinaal onderzoek.

Figuur

1

Overzicht afname vragenlijsten over tijd



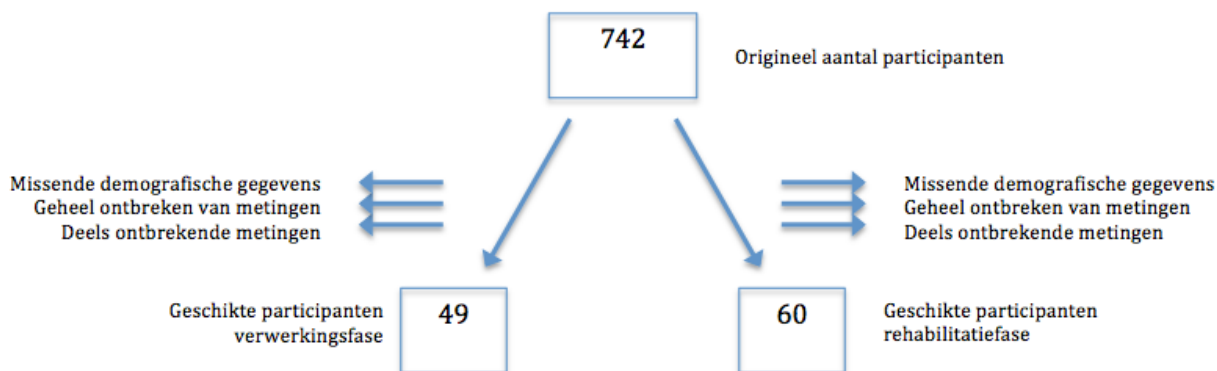
2.1 Respondenten

In totaal werden de PTSS-klachtenschaal en de MHC-SF in dit onderzoek ingevuld door 742 respondenten die aangemeld waren voor een intake bij het Centrum voor Psychotrauma in de periode van april 2013 tot en met december 2014. Er zijn in totaal 110 participanten overgebleven die aan de inclusiecriteria van het onderzoek voldeden. De factoren die de participanten hebben doen afvallen zijn overzichtelijk weergegeven in figuur 2. De participanten waren ofwel adherent, ofwel non-adherent aan de behandeling. In de huidige studie wordt met non-adherentie bedoeld dat de patiënt niet begint met de verwerkingsfase of de rehabilitatiefase van traumabehandeling. In de verwerkingsfase betekent dit dat de patiënt een intakegesprek gehad heeft maar niet start met het aanbevolen behandeltraject. In de rehabilitatiefase betekent het dat de patiënt na de verwerkingsfase niet deelneemt aan de optionele verwerkingsfase van de traumabehandeling. Patiënten werden

geëxcludeerd wanneer er geen beginmeting aanwezig was of wanneer 1 vragenlijst wel ingevuld was en de andere lijst niet. Patiënten die de lijsten maar deels ingevuld hadden zijn ook geëxcludeerd. Daarnaast werden patiënten waarvan de geboortedatum en het geslacht ontbraken niet meegenomen in het onderzoek.

Figuur 2

Flowchart uiteindelijk aantal participanten binnen de steekproef



2.2 Meetinstrumenten

2.2.1 MHC-SF

De MHC-SF is een zelfrapportagevragenlijst die positieve geestelijke gezondheid meet (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keys, 2011). Het omvat de drie componenten van welbevinden namelijk sociaal, emotioneel en psychologisch welbevinden die samen de totale positieve geestelijke gezondheid weergeven. Emotioneel welbevinden is de mate waarin positieve gevoelens aanwezig zijn, negatieve gevoelens afwezig zijn en de mate waarin een persoon tevredenheid is met het leven (Deci & Ryan, 2000). Psychologisch welbevinden gaat vooral over het proces van zelfrealisatie (Ryff, 1989). Waarbij de overtuiging heerst dat niet zozeer het ervaren van geluk, maar het leven van een waardevol leven tot welbevinden leidt (Deci & Ryan, 2000). Psychologisch welbevinden omvat zes dimensies namelijk: doelgerichtheid, persoonlijke groei, autonomie, omgevingsbeheersing, zelfacceptatie en positieve relaties (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Doelgerichtheid betekend dat je het idee hebt dat je leven doel of richting heeft, persoonlijke groei is dat je ervaringen kent die je uitdagen om te groeien en een beter mens te worden, autonomie is het vertrouwen dat een persoon heeft in het uiten van zijn of haar eigen ideeën of meningen, omgevingsbeheersing is dat je als persoon het idee hebt dat je goed om kunt gaan met verantwoordelijkheden die je in het leven hebt, zelfacceptatie is dat je het grootste deel van je persoonlijkheid leuk vindt en met positieve relaties word bedoeld dat je het idee hebt dat je warme en vertrouwde relaties met anderen hebt (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011). Met sociaal welbevinden wordt optimaal sociaal functioneren in de maatschappij bedoeld (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Keyes (1998) onderscheidt vijf dimensies van sociaal welbevinden. Een persoon die in hoge mate sociaal welbevinden ervaart,

heeft een positieve visie op andere mensen, gelooft in maatschappelijke vooruitgang, begrijpt de maatschappij en participeert hierin en voelt zich tegelijkertijd ook thuis in de maatschappij.

De verkorte MHC-SF is gebaseerd op een lange versie bestaand uit 40 items (Keyes, 2002). De verkorte versie bestaat uit 14 items. De MHC-SF is vertaald naar het Nederlands en vertoont goede psychometrische eigenschappen (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, & Keyes, 2011). De items van de MHC-SF worden beantwoord met een 6-puntsschaal die loopt van 0-nooit tot 5-elke dag. De gemiddelde score van de Nederlandse bevolking op deze vragenlijst is 2,98 met een standaarddeviatie van 0,85 (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011). De interne consistentie van de eerste meting van de MHC-SF is hoog met een Cronbach's Alpha van .924. De tweede meting laat eveneens een hoge interne consistentie zien met een Cronbach's alpha van .934.

2.2.2 PTSS-klachtenschaal

De PTSS-klachtenschaal is een zelfrapportagevragenlijst die meet in hoeverre een persoon last heeft van de klachten passend bij een posttraumatische stress-stoornis. Het is de Nederlandse vertaling van de PTSD Symptom scale-self report. De vragenlijst bestaat uit 17 items die de drie symptoomclusters van de posttraumatische stress-stoornis meet. Dit zijn; vermijding, hyper-arousal en herbelevingen. De items worden beantwoord met een 4-puntsschaal die loopt van 0-nooit tot 3-5 keer of meer per week. De psychometrische eigenschappen van de engelse versie van de vragenlijst zijn goed (Ruggiero, del Ben, Scott & Rabalais, 2003). De interne consistentie van de eerste meting van de PTSS klachtenschaal is .889. De interne betrouwbaarheid van de eerste meting van de PTSS klachtenschaal is hoog. De interne consistentie van de tweede meting van de PTSS klachtenschaal is hoog met een Cronbach's alpha van .960.

2.3 Statistische analyse

De statistische analyses zijn uitgevoerd met behulp van de Statistical Package for Social Science (SPSS 23). Met een descriptieve analyse werden de demografische gegevens van de patiënten binnen het Centrum voor Psychotrauma verkend. Met behulp van de Independent Samples t-test is vervolgens bekeken of er significante verschillen gevonden konden worden tussen de starters en niet starters in de verwerkingsfase. Hetzelfde is gedaan voor de starters en niet starters van de rehabilitatiefase. Vervolgens is met behulp van een meervoudige logistische regressieanalyse bekeken of er een lineair verband gevonden kon worden tussen de verschillende afhankelijke en onafhankelijke variabelen voor zowel de verwerkingsfase als de rehabilitatiefase.

3.0 Resultaten

3.1 Verwerkingsfase

3.1.1. Karakteristieken participanten

De totale verwerkingsfase bestaat uit 49 respondenten waarvan 30 deelnemers aan de adherente groep en 19 deelnemers aan de non-adherente groep. De gemiddelde leeftijd van de adherente groep is 39,5 waarmee deze lager is dan die van de non-adherente groep waarbij de gemiddelde leeftijd 42,5 is. Leeftijd is in beide groepen ongeveer gelijk verdeelt. Het aantal mannen en vrouwen in zowel de adherente als non-adherente groep is normaal verdeelt. De gemiddelde score op de MHC-SF is bij de adherente groep 2,14 op een schaal van 0 tot 5. Het gemiddelde score van de Nederlandse bevolking op de MHC-SF is 2.98, waarmee de score van de adherente groep in de verwerkingsfase benedengemiddeld genoemd wordt. Bij de non-adherente groep is de score op de MHC-SF gemiddeld 1,94 en daarmee vergeleken met de Nederlandse bevolking benedengemiddeld tot laag. De gemiddelde score op de PTSS klachtenschaal bij de adherente groep is 26,23. Het afkappunt voor deze lijst is een score van 15, waarmee gezegd kan worden dat er een hoge mate van klachten aanwezig is. Bij de non-adherente groep is de gemiddelde score iets lager namelijk 23,53, waarmee ze nog steeds hoog zijn. Deze uitkomsten zijn overzichtelijk weergegeven in tabel 1.

3.1.2 Hypothese 1 Non-adherente patiënten in de verwerkingsfase van traumabehandeling laten een lagere mate van welbevinden en een hogere mate van klachten zien dan adherente patiënten in dezelfde fase

Om de hypothese te kunnen testen is gebruik gemaakt van de Independent Samples t-test. Er worden geen significante verschillen gevonden tussen de adherente en non-adherente groep wat betreft de metingen op de vragenlijsten. Te zien valt dat de adherente groep ietwat hoger scoort op welbevinden dan de non-adherente groep, voornamelijk emotioneel welbevinden. Verder valt op dat de adherente groep een hogere mate van klachten laat zien aan het begin van de behandeling dan de non-adherente groep.

Omdat de kleine verschillen die gevonden worden niet significant zijn wordt de hypothese verworpen; er worden geen verschillen gevonden wat betreft de mate van welbevinden en klachten tussen de non-adherente en de adherente groep.

Tabel 1

Karakteristieken van adherente en non-adherente groep in de verwerkingsfase

Participanten	Adherente groep (n=30)	Non-adherente groep (n=19)	Totaal (N=49)
Leeftijd (M jaren)	39,5	42,5	40,5
Geslacht (Vrouwen;%)	26,5	26,5	53,1
MHC-SF eerste meting (M)	2,14	1,94	2,14
Psychologisch welbevinden	2,31	2,22	2,26
Emotioneel welbevinden	2,37	2,00	2,38
Sociaal welbevinden	1,79	1,58	1,86
PTSS klachtenschaal eerste meting (M)	26,23	23,53	26,49
Herbeleving	7,63	6,05	8,03
Vermijding	10,27	9,21	10,18
Hyperarousal	8,33	8,36	8,28

3.1.3 Hypothese 2 Een lage mate van welbevinden en een hoge mate van klachten zijn voorspellers van non-adherentie in zowel de verwerkingsfase van traumabehandeling

Om de relatie te onderzoeken tussen non-adherentie en de mate van welbevinden en klachten in de verwerkingsfase van traumabehandeling is gebruik gemaakt van een meervoudige logistische regressieanalyse. De uitkomsten van dit model zijn overzichtelijk weergegeven in tabel 2. Het regressiemodel met de starters aan de verwerkingsfase als afhankelijke variabele en leeftijd, de eerste meting van de MHC-SF en de eerste meting van de PTSS-klachtenschaal als voorspellers. Dit model laat zien dat 1,9% van de variantie bij starters van de verwerkingsfase verklaard wordt door bovenstaande vragenlijsten en leeftijd. Het model is niet significant waarmee het geen significante proportie van de variantie verklaart. Een tweede regressiemodel is opgezet met de verwerkingsfase als afhankelijke variabele en de subschalen van de MHC-SF en de PTSS klachtenschaal als voorspellers. De uitkomsten van dit model zijn overzichtelijk weergegeven in tabel 3. Te zien valt dat 7,7% van de variantie bij starters van de verwerkingsfase, verklaard wordt door de subschalen van de vragenlijsten MHC-SF en PTSS-klachtenschaal. Het regressiemodel is echter niet significant: Het verklaart geen significante proportie van de variantie.

Omdat er geen significanties gevonden worden in beide regressiemodellen wordt de hypothese verworpen; er kan niet bewezen worden dat de factoren welbevinden en klachten voorspellers van non-adherentie zijn.

Tabel 2

Multiple regressie resultaten van invloed van welbevinden en klachten op non-adherentie verwerkingsfase

Coefficienten				
Variabelen	B	SE B	Beta	t
(Constant)	.554	.325		1,704
Leeftijd	.004	.006	.126	.694
MHC-SF eerste meting	.033	.065	.090	.503
PTSS-klachtenschaal eerste meting	-.001	.007	-.018	-.096
F	.226			
R2	.019			
Adjusted R2	-.065			

Tabel 3

Multiple regressie resultaten van invloed van welbevinden en klachten op non-adherentie verwerkingsfase

Coefficienten				
Variabelen	B	SE B	Beta	t
(Constant)	.668	.298		.2,243
MHC-SF eerste meting				
Psychologisch welbevinden	-.084	.123	-,242	-.678
Emotioneel welbevinden	.114	.101	.384	1,120
Sociaal welbevinden	-.005	.095	-.014	-.050
PTSS-klachtenschaal eerste meting				
Herbeleving	.034	.026	.343	1,306
Vermijding	-.011	.026	-.126	-.436
Hyperarousal	-.011	.033	-.092	-.342
F	.446			
R2	.077			
Adjusted R2	-.096			

Note. * = significantie $P < 0.05$

3.2 Rehabilitatiefase

3.2.1 Karakteristieken participanten

De totale rehabilitatiefase bestaat uit 60 deelnemers waarvan 30 non-adherent en 30 adherent zijn. De gemiddelde leeftijd van de adherente groep is 39,7 jaar en is daarmee lager dan die van de non-adherente groep met 40,7 jaar. De gemiddelde mate van welbevinden is bij de adherente groep 2,65 wat vergeleken met de Nederlandse bevolking iets lager is dan het gemiddelde. Het welbevinden van de non-adherente groep aan de rehabilitatiefase is laag met een score van 1,92. Kijkend naar de klachten scoort heeft de adherente groep een score van 10.5. Bij een afkapscore van 15 op de PTSS-klachtenschaal kan gezegd worden dat deze groep klinisch gezien niet voldoet aan de kenmerken van een PTSS, het klachtenniveau is laag. De non-adherente groep laat een aanzienlijk hoger klachtenniveau zien met een gemiddelde score van 23,92. Een dergelijke score is vrij hoog.

3.2.2 Hypothese 3 Non-adherente patiënten in de rehabilitatiefase van traumabehandeling laten een lagere mate van welbevinden en een hogere mate van klachten zien dan adherente patiënten in dezelfde fase

Om de hypothese te testen wordt gebruik gemaakt van de Independent Samples t-test. Gemiddeld genomen laat de adherente groep een hogere score ($M= 2,97$, $SE = ,28$) op het onderdeel emotioneel welbevinden van de MHC-SF zien dan de non-adherente groep ($M= 1,93$, $SE=,36$). Dit verschil, $-1,044$, BI 95% BI $[-1,979, -,110]$, is significant $t(29,936) = -2,283$ $p < 0.05$. Daarnaast laat de non-adherente groep een hogere score ($M= 23.92$, $SE=2,584$) op de tweede meting van de PTSS klachtenschaal zien dan de adherente groep ($M= 10,05$, $SE=2,403$). Dit verschil, $13,875$, BI 95% BI $[6,630, 21,121]$, is significant $t(45) = 3,857$ $p < .0001$. Kijkend naar de subschalen binnen de PTSS-klachtenschaal, tweede meting valt te zien dat zowel herbeleving als vermijding en hyperarousal significant verschillen tussen de non-adherente en de adherente groep. Kijkend naar de subschaal herbeleving is te zien dat de adherente groep een lagere score ($M=2,57$, $SE=,850$) laat zien dan de non-adherente groep ($M=7,65$, $SE= ,901$). Dit verschil, $5,082$, BI 95% BI $[2,543, 7,622]$, is significant $t(45) = 4,031$ $p < 0,0001$. De subschaal vermijding laat zien dat de adherente groep lager scoort ($M=4,33$, $SE=1,079$) dan de non-adherente groep ($M=8,81$, $SE=1,026$). Dit verschil, $4,474$, BI 95% BI $[1,458, 7,491]$, is significant $t(45) = 2,987$ $p < .01$. De subschaal hyperarousal laat eveneens een lagere score zien in de adherente groep ($M=3,14$, $SE=.659$) dan in de non-adherente groep ($M=7,46$, $SE=,819$). Dit verschil, $4,319$, BI 95% BI $[2,127, 6,510]$, is significant $t(45) = 3,969$ $p < 0,0001$.

De hypothese dat non-adherente patiënten een lagere mate van welbevinden en een hogere mate van klachten laten zien dan adherente patiënten wordt daarmee aangenomen. De uitkomsten zijn overzichtelijk weergegeven in tabel 4.

Tabel 4

Karakteristieken van adherente en non-adherente groep in de rehabilitatiefase

Participanten	Adherente groep (n=30)	Non-adherente groep (n=30)	Totaal (N=60)
Leeftijd (M jaren)	39,7	40,7	41
Geslacht (Vrouwen;%)	25	35	60
MHC-SF tweede meting (M)	2,65	1,92	2,17
Psychologisch welbevinden	2,94	2,26	2,42
Emotioneel welbevinden	2,97*	1,92*	2,45
Sociaal welbevinden	2,10	1,50	1,71
PTSS klachtenschaal tweede meting (M)	10,5*	23,92*	20,48
Herbeleving	2,57*	7,65*	6,08
Vermijding	4,33*	8,81*	8,16
Hyperarousal	3,13*	7,46*	6,24

Note. * = significantie $P < 0.05$

3.2.3 Hypothese 4 Een lage mate van welbevinden en een hoge mate van klachten zijn voorspellers van non-adherentie in zowel de rehabilitatiefase van traumabehandeling

Om te onderzoeken of het inderdaad zo is dat de factoren welbevinden en klachten voorspellers van non-adherentie zijn in de rehabilitatiefase van traumabehandeling is gebruik gemaakt van een meervoudige logistische regressieanalyse. De uitkomsten van dit model zijn overzichtelijk weergegeven in tabel 5. Het regressiemodel met de starters aan de rehabilitatiefase als afhankelijke variabele en leeftijd, de tweede meting van de MHC-SF, de tweede meting van de PTSS-klachtenschaal en leeftijd als voorspellers. Dit model laat zien dat 27,6% van de variantie in de rehabilitatiefase verklaard wordt door bovenstaande vragenlijsten. Het regressiemodel is echter niet significant: het verklaart geen significante proportie van de variantie. Verder valt te zien dat de tweede meting van de PTSS klachtenschaal ($t = -2,535$) significant is. De regressiecoëfficiënt wijkt daarmee in de populatie significant af van nul. Een tweede regressiemodel is opgezet met de rehabilitatiefase als afhankelijke variabele en de subschalen van de MHC-SF en de PTSS klachtenschaal als voorspellers. De uitkomsten van dit model zijn overzichtelijk weergegeven in tabel 6. Te zien valt dat 38,1% van de variantie in de rehabilitatiefase, verklaard wordt door de subschalen van de vragenlijsten MHC-SF en PTSS-klachtenschaal. Het regressiemodel is echter niet significant: Het verklaart geen significante proportie van de variantie. Te zien valt dat de subschaal hyperarousal van de PTSS-klachtenschaal significant is ($t = -2,226$). De regressiecoëfficiënt wijkt daarmee in de populatie significant af van nul.

Beide regressiemodellen laten geen significantie zien waarmee de hypothese verworpen wordt; er worden geen bewijzen gevonden dat de factoren welbevinden en klachten voorspellers van non-adherentie zijn.

Tabel 5

Multiple regressie resultaten van invloed van welbevinden en klachten op non-adherentie rehabilitatiefase

Coefficienten				
Variabelen	B	SE B	Beta	t
(Constant)	,387	,467		,828
Leeftijd	.008	.008	.177	1,047
MHC-SF tweede meting	.022	.086	.053	.257
PTSS klachtenschaal tweede meting	-.019	.008	-.514	-2,535*
F	3,562			
R2	,276			
Adjusted R2	,199			

Note. * = significantie $P < 0.05$

Tabel 6

Multiple regressie resultaten van invloed van welbevinden en klachten op non-adherentie rehabilitatiefase

Coefficienten				
Variabelen	B	SE B	Beta	t
(Constant)	,913	,412		2,219
MHC-SF tweede meting				
Psychologisch welbevinden	-.047	,107	-,119	-,442
Emotioneel welbevinden	-.56	,101	,162	,552
Sociaal welbevinden	-.070	,128	-,175	-,552
PTSS klachtenschaal tweede meting				
Herbeleving	-.015	.041	-.141	-.356
Vermijding	.038	0.35	.395	1,087
Hyperarousal	-.102	.046	-.841	-2,226*
F	2,565			
R2	.381			
Adjusted R2	.233			

4.0 Conclusie & discussie

4.1 Discussie

Het doel van huidige studie was het identificeren van de voorspellers van non-adherentie, waarbij zowel gekeken is naar de mate welbevinden als de mate van klachten, rekening houdend met het gehele spectrum van geestelijke gezondheid. Het doel was om deze voorspellers op verschillende momenten in de behandeling te identificeren, namelijk bij de start van de verwerkingsfase en bij de start van de rehabilitatiefase. Om dit te doen zijn in de verschillende fases de non-adherente en de adherente patiënten met elkaar vergeleken.

Het doel binnen de huidige studie heeft tot de volgende onderzoeksvraag geleid: "*Wat is het verschil wat betreft de mate van welbevinden en de mate van PTSS klachten tussen non-adherente en adherente patiënten in de verwerkingsfase en de rehabilitatiefase van traumabehandeling?*"

Kijkend naar de verwerkingsfase van traumabehandeling kan gezegd worden dat er geen verschillen gevonden worden wat betreft de mate van welbevinden en de mate van PTSS klachten tussen de non-adherente en de adherente patiënten. Een vergelijking tussen de non-adherente en adherente patiënten in de rehabilitatiefase van traumabehandeling wijst uit dat hier wel een significant verschil is tussen de non-adherente en adherente patiënten wat betreft de mate van klachten en de mate van welbevinden die zij ervaren. De mate van klachten is bij de non-adherente patiënten significant hoger en de mate van emotioneel welbevinden significant lager dan bij de adherente patiënten in dezelfde fase. De mate van welbevinden van de adherente groep in de rehabilitatiefase is gelijk met het Nederlandse gemiddelde, waar de mate van welbevinden van de non-adherente groep in vergelijking met het Nederlandse gemiddelde benedengemiddeld genoemd wordt. Het verschil tussen de verwerkingsfase en rehabilitatiefase in combinatie met de mate van welbevinden en klachten en non-adherentie is daarmee dat de mate van welbevinden en de mate van klachten in de verwerkingsfase geen, en in de rehabilitatiefase wel invloed heeft op non-adherentie. De factoren welbevinden en klachten worden in beide fases niet als voorspellers van non-adherentie geïdentificeerd.

4.1.1 Verschillen tussen de non-adherente en adherente groep in de verwerkingsfase

De hypothese die opgesteld is aangaande de verschillen tussen de non-adherente en adherente groep in de verwerkingsfase van traumabehandeling is dat de non-adherente patiënten in de verwerkingsfase van traumabehandeling een lagere mate van welbevinden en een hogere mate van klachten laten zien dat de adherente patiënten in dezelfde fase. Er worden geen verschillen gevonden tussen de non-adherente en adherente groep wat betreft de mate van klachten en de mate van welbevinden. Het klachtenniveau is in beide groepen hoog en de mate van welbevinden in beide groepen laag. De lage mate van welbevinden komt overeen met bevindingen van eerder onderzoek naar de mate van welbevinden bij PTSS patiënten (Acikel, 2014). De bevinding dat er geen verschillen zijn tussen beide groepen wat betreft de mate van klachten en welbevinden is niet passend bij de gestelde hypothese en verrassend.

Het is verrassend dat de mate van welbevinden niet meespeelt bij het besluiten om al dan niet deel te nemen aan de voorgestelde behandeling. Een lage mate van welbevinden impliceert namelijk een aantal belangrijke dingen voor de persoon die dit rapporteert. Het betekent voor die persoon dat hij of zij het idee heeft geen controle over het leven te hebben, niet weet wat hij of zij in het leven wil en een extreem lage mate van veerkracht ervaart (Keyes, 2007). Veerkracht is de persoonlijke kracht die je hebt om met moeilijkheden, zoals een psychische stoornis, om te gaan (Howe, 2005). Wanneer een persoon dus een lage mate van welbevinden, en daarmee een lage mate van veerkracht ervaart is het goed mogelijk dat de persoon niet het idee heeft dat hij of zij de kracht heeft om deze problemen aan te pakken en zich daarmee niet in staat voelt om hulp te zoeken. Daarmee wordt ook verwacht dat het een voorspeller van non-adherentie is. Verwacht zou dus worden dat de mensen die het geboden behandeladvies opvolgen over voldoende veerkracht beschikken en zich in staat voelen om een behandeling aan te gaan, waar de mensen die dit advies niet opvolgen deze overtuiging minder hebben. De bevindingen van dit onderzoek zijn echter dat de mate van klachten en de mate van welbevinden niet belangrijk lijken te zijn bij het voorspellen van non-adherentie voor het deelnemen aan de eerste fase van een behandeling, de verwerkingsfase in dit geval. Een mogelijke verklaring zou de definitie van het begrip non-adherentie in de huidige studie kunnen zijn. Deze is gedefinieerd als het niet-starten met een voorgeschreven behandeling door de zorgprofessional na de intakefase of het niet beginnen met de rehabilitatiefase na het afronden van de intakefase. Onderzoekers operationaliseren het begrip non-adherentie veelal verschillend. Non-adherentie is beschreven als te laat komen bij een behandeling of niet beginnen met de voorgeschreven behandeling (Tarrier, Sommerfield, Pilgrim, & Faragher, 2000), stoppen met de behandeling nadat patiënt al gestart is (Kubiak, 2004) of het opgegeven huiswerk niet voltooien (van Minnen & Hagens, 2002). Wierzbicki en Pekarik (1993) beschrijven in de meta-analyse die zij uitvoerden dat de manier waarop het begrip non-adherentie gedefinieerd werd door de verschillende onderzoeken, heeft gezorgd voor veel verschil in drop-out percentages die gevonden werden. Het is dus mogelijk dat een andere definitie van het begrip non-adherentie voor een andere steekproef gezorgd zou hebben, waarmee de uitkomst wel passend was geweest bij de gestelde hypothese.

Een andere mogelijke verklaring voor de verrassende uitkomst van huidig onderzoek is mogelijk de flow van de huidige studie. De steekproef is van een aanzienlijk aantal deelnemers naar een geringe steekproef gegaan, door het ontbreken van gegevens van een aanzienlijk aantal participanten. Alleen participanten die de vragenlijsten volledig ingevuld hadden zijn meegenomen in de analyses. Het is goed mogelijk dat de patiënten die de lijsten in zijn geheel niet, of slechts deels ingevuld hadden, een dergelijk lage mate van welbevinden of hoge mate van klachten ervaarden dat zij zich niet in staat voelden om de vragenlijsten in te vullen. Daarmee zit er een bias in de getrokken steekproef die gebruikt is voor huidige studie. Dit betekent dat de steekproef in de huidige studie mogelijk geen goede representatie is voor de populatie die onderzocht is, in dit geval PTSS-patiënten (Shringarpure & Xing, 2014). Het is dus mogelijk dat het in de gehele populatie wel zo is dat non-adherente

patiënten een lagere mate van welbevinden en een hogere mate van klachten ervaren maar dat het door de bias in de huidige sample niet gevonden wordt.

4.1.2 Verschillen tussen de non-adherente en adherente groep in de rehabilitatiefase

De tweede hypothese die opgesteld is in huidig onderzoek is, dat non-adherente patiënten in de rehabilitatiefase van traumabehandeling een lagere mate van welbevinden en een hogere mate van klachten laten zien dan adherente patiënten in dezelfde fase. De mate van klachten is bij de adherente groep in de rehabilitatiefase significant lager dan de mate van klachten die de non-adherente groep in dezelfde fase rapporteert. Daarnaast is het emotioneel welbevinden significant hoger in de adherente groep vergeleken met de non-adherente groep in de rehabilitatiefase. De mate van klachten en de mate van welbevinden lijken dus een voorspellende waarde te hebben voor non-adherentie in de rehabilitatiefase waar dit in de verwerkingsfase niet het geval is. Deze uitkomst is passend bij de gestelde hypothese en werd verwacht op basis eerdere onderzoeken. Een persoon met een gemiddelde mate van welbevinden voelt zich weinig hulpeloos en ervaart een grotere mate van veerkracht dan een persoon met een lage mate van welbevinden. Deze veerkracht zorgt ervoor dat een persoon zijn problemen in perspectief tot de rest van het leven kan zien (Salami, 2010). Het voordeel daarvan is dat een persoon zich in mindere mate overspoelt voelt door zijn problemen en daarmee in meerdere mate het idee heeft dat hij of zij de kracht en mogelijkheden heeft om deze problemen aan te pakken. Daarnaast zorgt veerkracht voor een soort buffer tegen negatieve gebeurtenissen (Keyes, 2007). Wanneer een persoon dus te maken krijgt met psychische klachten voelt een persoon met een hogere mate van veerkracht zich beter in staat hard te werken binnen een behandeltraject om deze problemen te overkomen dan een persoon met een lage mate van veerkracht. Huidige studie wijst uit dat niet welbevinden in het algemeen, maar louter het emotioneel welbevinden significant verschilt tussen de non-adherente en adherente groep in de rehabilitatiefase. Emotioneel welbevinden wordt veelal beschreven als de kern van het welbevinden, ook wel hedonisch welbevinden genoemd (Keyes, 2007). De hedonische benadering van welbevinden, stelt welbevinden gelijk aan plezier en pijn (Ryan & Deci, 2001). Het verschil tussen de non-adherente en adherente groep is dat de non-adherente groep in meerdere mate positieve emoties ervaart, in mindere mate negatieve emoties ervaart en meer tevreden is over het leven in het algemeen. De broaden-and-built theory over positieve emoties kan verklaren waarom een hogere mate van emotioneel welbevinden, adherentie voorspelt (Fredrickson, 2004). Het ervaren van positieve emoties, een onderdeel van emotioneel welbevinden, zorgt bij een persoon dat hij of zij meer wil ontdekken, wil spelen en meer liefde ervaart. Deze verbreding zorgt op er op zijn beurt voor dat een individu onder andere meer psychologische hulpbronnen kan opbouwen die er voor zorgen dat een patiënt beter om kan gaan met negatieve gebeurtenissen. Het vergrootten van het emotioneel welbevinden kan dus uiteindelijk zorgen voor een verbetering van de veerkracht van een persoon en daarmee dus met het verbeteren van het algemeen welbevinden.

4.1.3 Klachten en welbevinden als voorspellers van non-adherentie

De derde hypothese, dat klachten en welbevinden voorspellers van non adherentie zijn, wordt voor zowel de verwerkings- als de rehabilitatiefase niet bewezen in de huidige studie. Eerder onderzoek wijst wel uit dat het lastig is om voorspellers te identificeren. Een meta-analyse naar de voorspellers van non-adherentie bij de behandeling van angststoornissen met cognitieve gedragstherapie wijst uit dat er over de decennia dat geprobeerd is voorspellers van non-adherentie te identificeren, er geen factoren zijn die consistent naar voren komen (Taylor, Abramowitz & McKay, 2012). Wel is angst in het algemeen aangewezen als voorspeller (Jack, McLean, Moffett & Gardiner, 2010). Omdat een Posttraumatische Stress-stoornis onder de angststoornissen geschaard wordt, zou het kunnen zijn dat een hoge mate van klachten non-adherentie zou kunnen voorspellen. Dit wordt echter in huidige onderzoek niet gevonden. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat er uitsluitend gekeken is naar PTSS-klachten en niet naar comorbiditeit met andere stoornissen. Uit onderzoek komt namelijk naar voren dat een PTSS sterk geassocieerd is met andere psychische klachten/stoornissen zoals depressies, angsten en middelenafhankelijkheid (Kessler et al., 1995). Het bestaan van psychische stoornissen vergroot de kans op een PTSS en er is sprake van een hoge mate van comorbiditeit met andere psychische stoornissen (Perkonigg, Kessler, Storz & Wittchen, 2000). Bij een onderzoek naar het effect van symptoomernst op non-adherentie bij depressieve patiënten wordt gezien dat hoe heviger de symptomen zijn, hoe hoger de non-adherentie is (Manber, Bernert, Suh, Nowakowski, Siebern & Ong, 2011). Gezien de co-morbiditeit met andere stoornissen is het goed mogelijk dat patiënten in huidige studie naast PTSS klachten een hoge mate van klachten op allerlei andere gebieden ervaren, waarmee klachtniveau waarschijnlijk ook in huidige studie een voorspeller van non-adherentie is. Een andere mogelijke verklaring voor de huidige bevinding is de kleine steekproef die gebruikt is in de huidige studie waarmee het identificeren van voorspellers lastig is.

4.1.4 Verschillen tussen de verwerkings- en rehabilitatiefase

Huidig onderzoek wijst uit dat de factoren klachtniveau en de mate van welbevinden vooral een voorspellende waarde hebben in de rehabilitatiefase van traumabehandeling en minder belangrijk lijken bij het voorspellen van behandel non-adherentie bij aanvang van een behandeling. De mate van klachten en de mate van welbevinden hebben dus op een ander moment in de behandeling een voorspellende waarde dan van tevoren verwacht werd. Mogelijk is het zo dat vooral voor een behandeling waarbij de focus op de sterke kanten van een persoon ligt, zoals het geval is bij de rehabilitatiefase, de mate van klachten en de mate van welbevinden belangrijk zijn voor het voorspellen van non-adherentie. Verschillende momenten in de behandeling en verschillende behandelingen in het algemeen kunnen dus verschillende voorspellers van non-adherentie voorspellen. Een mogelijke verklaring voor de verschillen tussen de twee fases is dat de mensen met een extreem laag welbevinden nog voor de verwerkingsfase afvallen; zij melden zich niet voor behandeling. Daarmee lijkt het dus zo te zijn dat de mate van welbevinden en de mate van klachten wel degelijk voorspellers van non-adherentie zijn. Deze patiënten komen echter niet in beeld omdat de mate van klachten die zij ervaren zo hoog, en de mate van welbevinden, en daarmee de mate van veerkracht die

zij ervaren zo laag zijn, dat zij niet het idee hebben dat zij in staat zijn om hun problemen aan te pakken door in therapie te gaan (Keyes, 2007 ; Manber, Bernert, Suh, Nowakowski, Siebern & Ong, 2011). Een andere mogelijke verklaring voor de verschillen tussen de twee fases is mogelijk de Locus of Control die zij ervaren. Het construct Locus of Control behelst in welke mate het individu de dingen die hij beleeft toeschrijft aan externe factoren zoals het lot en belangrijke anderen of aan interne factoren zoals zijn eigen gedragingen en beslissingen (Erickson, 1983). Een externe Locus of Control betekent dat een persoon de problemen die hij of zij ervaart niet toeschrijft aan zijn of haar eigen gedragingen of keuzes, maar in plaats daarvan buiten zichzelf plaatst (Erickson, 1983). Er lijkt weinig inzicht in het eigen aandeel dat de persoon heeft bij het voortbestaan en verergeren van problemen als gevolg van eigen acties. Het doel van therapie kan zijn om dit inzicht bij een persoon te vergrootten, waarmee de Locus of Control ook intern wordt. Wanneer er sprake is van een interne locus of control heeft de persoon het idee dat hij of zij zelf in de hand heeft wat hem of haar in het leven overkomt (Erickson, 1983). In het leven is er geen zwart witte scheiding mogelijk tussen interne en externe gebeurtenissen die bijvoorbeeld zorgen voor een psychische stoornis, beiden zijn van belang. Echter is het wel zo dat een uitsluitend externe Locus of Control zorgt voor moeilijkheden bij het veranderen van het gedrag door gebrek aan inzicht in gevolgen van eigen acties. Wanneer de therapie dit inzicht verschaft heeft, is het dus mogelijk zo dat de patiënt door heeft dat niet alles toegeschreven kan worden aan anderen of aan geluk maar dat hij of zij ook controle kan nemen over het eigen leven. De patiënten die aan het einde van de verwerkingsfase een lagere mate van klachten en een hogere mate van welbevinden rapporteren bezitten mogelijk in meerdere mate een interne Locus of Control. Het is goed mogelijk dat deze groep patiënten het idee heeft zelf een aandeel te hebben in zijn of haar leven en daarmee ook graag zijn of haar sterke kanten wil uitbouwen in de rehabilitatiefase. Dit is daarmee de adherente groep. De non-adherente groep heeft deze ervaringen tijdens de verwerkingsfase mogelijk minder gehad en heeft daarom mogelijk het idee dat een rehabilitatiefase niets gaat veranderen aan zijn of haar klachten.

4.2 Beperkingen

De uitkomsten van de huidige studie dienen met inachthouding van de limitaties geïnterpreteerd te worden. Ten eerste zijn er een aantal methodologische limitaties zoals de grootte van de steekproef, de bias in de steekproef en de operationalisatie van het begrip non-adherentie. Ten tweede dient rekening gehouden te worden met de beperkte demografische gegevens die beschikbaar waren in de huidige studie. Er is geen kennis van verschillen in ethniciteit en opleidingsniveau, factoren die in eerdere onderzoeken genoemd worden als voorspellers van non-adherentie. Mogelijk speelt dat in huidige onderzoek ook een rol, hier is nu geen zicht op. Een derde limitatie van de huidige studie is het ontbreken van kennis over comorbiditeit. Uit de literatuur is bekend dat patiënten met een PTSS in hoge mate comorbiditeit laten zien. In de huidige studie is echter alleen gebruik gemaakt van de PTSS-klachtenschaal waarmee andere klachten die een aanzienlijke invloed uit zouden kunnen oefenen op non-adherentie onderbelicht blijven. Een derde limitatie is het ontbreken van informatie over de relatie tussen de patiënt en de therapeut. Deze relatie heeft een belangrijke invloed op het

verloop van de behandeling en is daarmee mogelijk ook een erg belangrijke factor bij het onderzoeken van non-adherentie en de voorspellers daarvan.

4.3 Conclusie

Concluderend kan gezegd worden dat er binnen de verwerkingsfase van traumabehandeling geen verschil is gevonden tussen de non-adherente en de adherente patiënten wat betreft de mate van welbevinden en de mate van klachten die zij ervaren. Binnen de rehabilitatiefase wordt dit verschil wel gevonden; de non-adherente patiënten laten een significant hogere mate van klachten zien en een significant lagere mate van emotioneel welbevinden zien dan de adherente patiënten in dezelfde fase. Klachten en welbevinden worden binnen beide fases niet als voorspellers van non-adherentie geïdentificeerd. De resultaten wijzen uit dat de factoren welbevinden en klachten op een ander moment in de behandeling van belang zijn voor non-adherentie dan verwacht werd. Methodologische beperkingen zouden een verklaring kunnen zijn voor het feit dat er geen verschillen gevonden zijn tussen de non-adherente en de adherente groep in de verwerkingsfase. Daarnaast blijft de hypothese bestaan dat welbevinden en klachten, wel degelijk van belang zijn bij aanvang van een behandeling. Echter is het mogelijk zo dat de mensen met een extreem laag welbevinden en een extreem hoge mate van klachten zich in zijn geheel niet melden voor behandeling en daarom al voor de verwerkingsfase uitvallen. Toekomstig onderzoek doet er goed aan op de focus te verbreden wanneer het gaat om het identificeren van voorspellers van non-adherentie. Zowel demografische factoren, algemeen klachtenniveau, de relatie tussen therapeut en patiënt en praktische zaken kunnen alleen voorspellers zijn. Daarnaast is het van belang om te bekijken of er sprake is van verschillende voorspellers van non-adherentie op verschillende momenten binnen eenzelfde behandeling en binnen verschillende behandelsoorten.

4.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Voor vervolgonderzoek wordt een brede visie geadviseerd waarin het gehele klachtniveau meegenomen wordt en er in meerdere mate gekeken wordt welke demografische variabelen voorspellers van non-adherentie kunnen zijn. Het opleidingsniveau, burgerlijke staat, etniciteit en bezigheid wat betreft werk kunnen allen voorspellers van non-adherentie zijn. Daarnaast is het ook aan te raden om de focus meer te leggen op het aandeel van de relatie tussen de thearapeut en de patiënt bij non-adherentie aangezien deze factor eerder als voorspeller van non-adherentie geïdentificeerd is (Taylor, Abramowitz & McKay, 2012). Ook het bekijken van meer praktische zaken zoals financiën en vervoer kunnen bijdragen aan het beter kunnen identificeren van voorspellers van non-adherentie (Taylor, Abramowitz & McKay, 2012). Wanneer er meer zicht is op deze factoren, kan voorafgaand aan een behandeling bekeken in welke mate er negatieve behandelindicatoren zijn. Hier kan vervolgens op ingespeeld worden om non-adherentie te kunnen verminderen in de toekomst.

Huidig onderzoek wijst uit dat verschillende momenten in de behandeling en verschillende behandelingen in het algemeen verschillende voorspellers van non-adherentie kunnen hebben. Dit is een belangrijke bevinding voor het onderzoeksgebied. Van belang is dat bij vervolgonderzoek een

onderscheid gemaakt wordt van het moment in de behandeling en de behandelvorm wanneer bekeken wordt welke factoren non-adherentie voorspellen, omdat deze blijken te verschillen op verschillende momenten binnen dezelfde behandeling. Door hierop te controleren kan hier in de toekomst op ingespeeld worden, waarmee zowel non-adherentie als uitval tijdens de therapie voorkomen kunnen worden.

Literatuur

- Acikel, Y (2014). Een studie naar het welbevinden van cliënten met een posttraumatische stress-stoornis voor en na behandeling. (Masterthese, Universiteit Twente). Verkregen via: <http://essay.utwente.nl/66233/1/A%C3%A7ikel,%20Y.%20-%20s1020455%20%28verslag%29.pdf>
- Angeli, N. C. (2009). Adherence to Psychotherapy for Post-Traumatic Stress in Veterans of Military Combat in Afghanistan (Operation Enduring Freedom) and Iraq (Operation Iraqi Freedom). Dissertation, Georgia State University, 2009
- Aronson, J.K. (2007). Editor's view. Compliance, concordance, adherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 63(4), 383-384
- Asher-Svanum, H., Faries, D.E., Zhu, B., Ernst, F.R., Swartz, M.S., & Swanson, J.W. (2006). Medication adherence and long-term functional outcomes in treatment of schizophrenia in usual care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (3), 453-60
- Bangsber, D. R., Perry, S., Charlebois, E.D., Clark, R. A., Roberston, M., Zolopa, A. R., Moss, A. (2001). Non-adherence to highly active Antiretroviral Therapy Predicts Progression to Aids. *AIDS*, 15 (9), 1181-1183
- Blackwell, B., (1977) Treatment Adherence. *British Journal of Psychiatry*, 129, 313-531
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G., & J. A. Walburg. (2013) Handboek Positieve Psychologie. Boom: Amsterdam.
- Buss, D. M., (2000). The Evolution of Happiness. *American Psychologie*, 55(1), 15-23.
- Cleemput, i. & Kesteloot, K. (2002). Economic implications of non-compliance in health care. *The Lancet*, 359(9324), 2129-2130
- Christensen, A. J. (2004). Patient adherence to medical treatment regimens. New Haven: Yale University Press.
- Davidson, P.R., Parker, K.C.H. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (2), 305-316.

- Dimatteo, M.R., Haskard, K.B., Williams, S.L. (2007). Health Beliefs, Disease Severity, and Patient adherence: a meta-analysis. *Med Care*, 45 (6) 521-528
- Diener, E., (1984). Subjective Well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575
- Devilley, G. J., Spence, S. H., & Rapee, R. M. (1998). Statistical and reliable change with eye movement desensitization and reprocessing: Treating trauma within a veteran population. *Behavior Therapy*, 29, 435-455.
- Dunbar, J.J., Mortimer, S.M.K. (2001) Treatment Adherence in Chronic Disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54
- Erickson, R. C. (1983). Psychotherapy and the Locus of Control. *Journal of Religion and Health* (22), 1, 74-81
- Fava, G.A. (2009). Well-Being Therapy: Conceptual and Technical Issues. *Psychotherapy and Psychosomatics* 68, 171-179.
- Fava, G.A., Tomba, E. (2009). Increasing Psychological Well-Being and Resilience by Psychotherapeutic Methods. *Journal of Personality*, 77 (6), 1904-1934.
- Fischer, M.A., Stedman, M.R., Lii, J., Vogeli, C., Shrank, W.H., Brookhart, M.A., Weissman, J.S. (2010). Primary Medication nonadherence: Analysis of 195930 Electronic Prescriptions. *Journal of General Internal Medicine*, 25 (4), 284-290
- Frank, E., Perel, J.M., Mallinger, A.G. (1992). Relationship of Pharmacological compliance to long-term prophylaxis in recurrent depression. *Psychopharmacol Bull*, 28, 231-235
- Fredrickson, B.L. (2004). The broaden-and-built theory of positive emotions. *Phil. Trans. R. Soc. London*, 359, 1367–1377
- Ho, P.M., Rumsfeld, J.S., Masoudi, F.A., McClure, D.L., Plomondon, M.E., Steiner, J.F., Magid, D.J. (2006) Effect of Medication Nonadherence on Hospitalization and Mortality among Patients with Diabetes Mellitus. *Arch. Intern. Med.*, 166 (17), 1836-41
- Ho, P.M., Spertus, J.A., Masoudi, F.A., Reid, K.J., Peterson, E.D., Magrid, D.J., Krumholz, H.M., Rumsfeld, J.S. (2006). Impact of Medication Therapy Discontinuation on Mortality after Myocardial Infarction. *Arch. Intern. Med.*, 166 (17), 1842-7

- Jack, McLeanm, Moffett & Gardiner (2010). Barriers to treatment adherence in psysiotherapy outpatient clinics: A systematic review. *Man Ther.*, 15(3-2): 220–228.
- Kahn, R. L., & Thomas, J. F. (2002) ‘Well-Being: Concepts and Measures’, *Journal of Social Issues*, 58(4), 641.
- Kane, J.M., Kishimoto, T., Corell, C. U. (2013). Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. *World Psychiatry*, 12(3): 216–226.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B.(1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52 (12), 1048-60.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121–140.
- 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.M. (2004). The nexus of cardiovascular disease and depression revisited: the complete mental health perspective and the moderating role of age and gender. *Aging and mental health*, 8(3), 266-274
- Keyes, C. L. M. (2007) Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing. *American Psychologist*, 62(2), 95-108
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., Ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the Psychometric Properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67 (2), 99-110
- Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 105, 164-172.
- Linley, P. A., Joseph, S. (2004). *Positive Psychology in Practice*. John Wiley & Sons inc.: New Jersey
- Manber, R., Bernert, R.A., Suh, S., Nowakowski, S., Siebern, A.T., Ong, J.C. (2011) CBT for Insomnia in Patients with High and Low Depressive Symptom Severity: Adherence and Clinical Outcomes. *J Clin Sleep Med.*, 7(6): 645–652.

- Markowitz, M., Karve, S., Panish, J., Candrilli, S.D., & Alphs, L. (2013). Antipsychotic adherence patterns and health care utilization and costs among patients discharged after a schizophrenia-related hospitalization. *BMC Psychiatry*, 13
- Melfi, C.A., Chawla, A.J., Croghan, T.W., Hanna, M.P., Kennedy, S., Sredl, K. (1998). The effects of adherence to antidepressant treatment guidelines on relapse and recurrence of depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 55(12), 1128-32
- McKenny, J. M. (1976) The pharmacist's role in patient counselling. Unpublished paper presented to the First International Congress on Patient Counselling. Amsterdam.
- van Minnen, A., & Hageaars, M. (2002). Fear activation and habituation patterns as early process predictors of response to prolonged exposure treatment in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 359-367.
- Novick, D., Haro, J.M., Suarez, D., Perez, V., Dittmann, R.W., Haddad, P.M. (2010). Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Res.*, 176 (2-3)
- Ong, A.D., Bergeman, C.S., Bisconti, T.L. & Wallace, K.A. (2006) Psychological Resilience, Positive Emotions and Successful Adaption to Stress in Later Life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(4), 730-749
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and Posttraumatic Stress-Disorder in the Community: Prevalence, Comorbidity and Risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 101, 46-59
- Power, M.J. (2003). Quality of life. In S.J. Lopez & C.R. Snyder(Eds.), positive psychological assessment: a handbook of models and measures, 431-435. Washington, DC: American psychological association.
- Reis, A.C.R.S., Guerra, M.N.P., Lancastre, L.M.F.Q. (2013) Treatment Adherence and Subjective Well-being in HIV/AIDS Infection. *AIDS care*, 25 (12), 1604
- Rodis, J.L., & Kibbe, P. (2010). Evaluation of medication adherence and quality of life in patients with hepatitis C virus receiving combination therapy. *Gastroenterol Nurs.*, 33(5), 368-73

- Ruggiero, K.J., del Ben, K., Scott, J.R., & Rabalais, A.E. (2003). Psychometric Properties of the PTSD Checklist-Civilian Version. *Journal of Traumatic Stress, 16*(5), 495-502
- Ryan, R. M., Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology, 52*, 141-166.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations and the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1069-1081.
- Sajatovic, M., Velligan, D.I., Weiden, P.J., & Valenstein, M.A. (2010). Measurement of psychiatric treatment adherence. *Journal of Psychosomatic Research, 69*, 591-599
- Salami, S.O. (2010). Moderating Effects of Resilience, Self-Esteem and Social Support on Adolescents' Reactions to Violence. *Asian Social Science (6)*12
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55* (1), 5-14.
- Sheldon, K.M., King, L. (2001). Why Positive Psychology is Necessary. *American Psychologist, 56* (3) 216-217
- Shemesh E, Rudnick A, Kaluski E, Milovanov O, Salah A, Alon D, Dinur I, Blatt A, Metzkor M, Golik A, Verd Z, Cotter G (2001) A prospective study of posttraumatic stress symptoms and nonadherence in survivors of myocardial infarction (MI). *Gen Hosp Psychiatry, 23*, 215–222
- Sokol, M.C., McGuigan, K.A., Verbrugge R.R., Epstein, R.S. (2005) Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost. *Med Care., 43* (6), 521-30
- Sparr L.F., Moffitt M.C., Ward M.F. (1993) Missed psychiatric appointments: Who returns and who stays away. *Am J Psychiatry, 150*, 801–805.
- Swanson, A.J., Pantalon, M.V., & Cohen, K.R. (1999) Motivational Interviewing and Treatment Adherence among Psychiatric and Dually Diagnosed Patients. *The Journal of Nervous & Mental Disease, 187* (10), 630-635
- Tarrier, N., Sommerfield, C., Pilgrim, H., & Faragher, B. (2000). Factors associated with outcome of cognitive-behavioural treatment of chronic post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*(2), 191-202.

- Taylor, S., Abramowitz, J.S., & McKay, D. (2012). Non-adherence and non-response in the treatment of anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 583–589
- Trivedi, R.B., Ayotte, B., Edelman, D., & Bosworth, H.B. (2008). The association of emotional well-being and marital status with treatment adherence among patients with hypertension. *Journal of Behavioural Medicine*, 31, 489-497
- Valenstein, M., Ganoczy, D., McCarthy, J.F., Myra, K.H., Lee, T.A., & Blow, F.C. (2006). Antipsychotic adherence over time among patients receiving treatment for schizophrenia: a retrospective review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (10), 1542-50
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., VanRoyen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26, 331-342
- De Vries, G. J., & Olf, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of traumatic stress*, 22 (4), 259-267.
- Westerhof, G., Bohlmeijer, E., (2010). *Psychologie van de levenskunst*. Boom: Amsterdam
- Westerhof, G. J., Keyes, C.L.M. (2009). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24 (2), 190-195.
- World Health Organization (2015). Verkregen via: http://www.who.int/topics/mental_health/en/
- World Health Organization. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO.