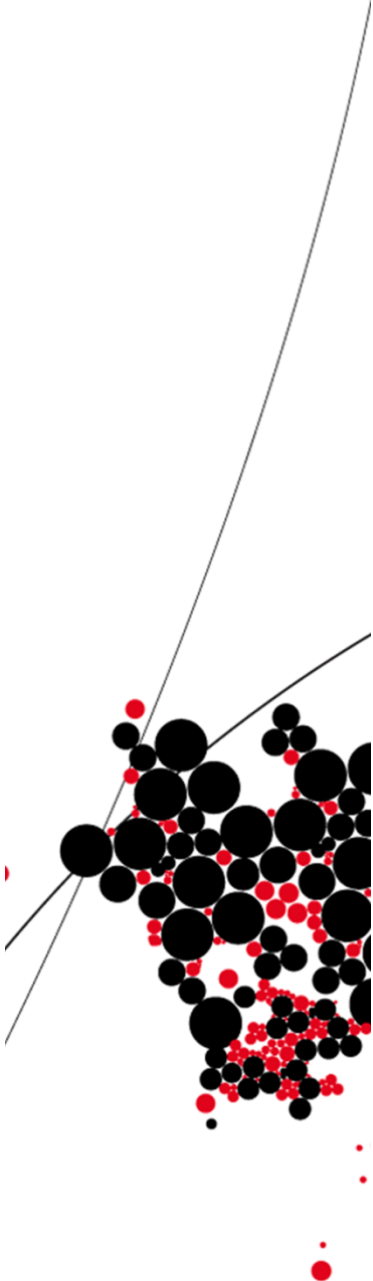




UNIVERSITY OF TWENTE.

**Een onderzoek naar het effect van
welbevindentherapie in de rehabilitatiefase van
traumabehandeling op lange termijn**



Alexandra Harms (1014358)

September 2016

Supervisors

Dr. Marloes Postema

Dr. Lieke Christenhus

Laura Hunin

ABSTRACT

Background: The present study examines in the three stage trauma therapy of stabilization, processing en rehabilitation (Trimbos Instituut, 2009) the efficacy of the rehabilitation phase of trauma treatment in the clinical population of PTSS patients. From 67% of the clients who succeed successful the processing stage (Najavits, 2008), relapses 26% with PTSS symptoms (Davidson, Pearlstein, Londeborg, Brady, Rothbaum, Bell, Maddock, Hegel & Farfel, 2001). To prevent relapse a new strenght focussed treatment from positive psychology (Bohlmeijer, 2013), the wellbeing therapy (Fava (2013) is applied the center for psychotrauma by Mediant. To determine the effects of WBT the correlation of wellbeing (emotional, psychological an social), selfcompassion, posttraumatic growth and PTSS symptoms are analysed across 12 months.

Method: This study included 19 respondents who were allocated to either the experimental condition WBT or the control condition treatment as usual (TAU) through a randomized Controlled Trial (RCT) stratified to gender. The primary measurement of experimental benefit was wellbeing (emotional, psychological and social). The secondary measurement were PTSS symptoms selfcompassion and posttraumatic growth.

Results: The results of this study showed no significant difference between both conditions (WBT and TAU) but showed a significant decleration on the subdimension emotional wellbeing in both conditions after rehabilitation treatment (T1 until T3). Wellbeing in general didn't change in the periode of 12 months. A strong correlation was found between wellbeing and PTSS symptoms. Finally, the results show that many PTSS symptoms predict low emotional wellbeing and the other way around less PTSS symptoms predict high emotional wellbeing.

Conclusion: This study shows that wellbeing therapy is just as effective as TAU for the rehabilitation phase in the population of PTSS patients. With regard to the content WBT is recommended and not TAU. With regard to economicat resources TAU achieves the same effect as WBT does with less costs en minder effort. A recommendation for practice is to start the rehabilitations phase earlier to prolongue the phase and to support the communication with fellow sufferer and an smartphone app to create long term ressources. Furthermore in the stabilizationstage should be focused on dealing with emotions. Limitations of this study especially concern the sample size.

SAMENVATTING

Aanleiding: Dit onderzoek betreft uit het driefasemodel van behandeling van posttraumatische stressstoornis (PTSS) van stabilisatie, verwerking en rehabilitatie (Trimbos Instituut, 2009) de rehabilitatiefase. Van 67.0% van de cliënten die een verwerkingsbehandeling volledig hebben afgerond en niet langer voldoen aan de criteria van een PTSS (Najavits, 2008) blijkt 26% terugval PTSS gerelateerde klachten te ervaren (Davidson, Pearlstein, Londeborg, Brady, Rothbaum, Bell, Maddock, Hegel & Farfel, 2001). Om terugval te voorkomen wordt sinds een paar jaar een krachtgerichte benadering vanuit de positieve psychologie (Bohlmeijer, 2013), de welbevindentherapie (WT) (Fava (2003) bij het centrum voor psychotrauma bij Mediant toegepast. Om het effect van WBT vast te kunnen stellen, wordt de samenhang van welbevinden (emotioneel, psychologisch- en sociaal), zelfcompassie, posttraumatische groei op verschillende meetmomenten gedurende 12 maanden onderzocht.

Methode: Het onderzoek bevatte 19 deelnemers die via een Randomized Controlled Trial (RCT) gestratificeerd naar geslacht gebruikt aan de experimentele conditie 'WBT' of de controleconditie treatment as usual 'TAU' werden toegewezen en aan de inclusie- en exclusiecriteria van het onderzoek (Huning, 2013) voldeden. De primaire uitkomstmaat voor dit onderzoek was welbevinden (psychologisch, emotioneel en sociaal). De secundaire uitkomstmaten waren de PTSS klachten, posttraumatische groei en zelfcompassie.

Resultaten: De resultaten van dit onderzoek toonden geen significant verschil tussen de behandeling aan, maar liet in beide condities (WBT en TAU) een significante daling zien tussen T1 en T3 bij de subdimensie emotioneel welbevinden. Daarnaast blijkt dat de mate van welbevinden over de meetmomenten niet significant veranderd. Er is door de analyses een sterke correlatie tussen welbevinden en PTSS klachten naar voren. Bij nadere beschouwing lijkt dat veel PTSS klachten laag emotioneel welbevinden voorspellen en andersom weinig PTSS klachten hoog emotioneel welbevinden voorspellen.

Conclusie: In dit onderzoek is aangetoond dat de welbevindentherapie net zo geschikt is voor de rehabilitatiefase van mensen met PTSS als TAU. De inhoudelijke beredenering van de behandeling geeft WBT de voorkeur ten opzichte van TAU. Vanuit de economische kant gezien zou TAU hetzelfde effect met minder kosten en minder inzet van de client opleveren. Een aanbeveling voor de praktijk is om de rehabilitatiefase te uit te breiden, door de verwerkingsfase naast de klachtgerichte behandeling te starten om de duur te verlengen en de mogelijkheid tot online lotgenotencontact en een smartphone app te bieden om langdurige hulpbronnen te creëren. Daarnaast wordt het belang van emotieregulatie in de stabilisatiefase benadrukt. De steekproefgrootte bleek één van de voornaamste beperkingen van het onderzoek te zijn.

Inhoudsopgave

Abstract.....	2
Samenvatting.....	3
1. Inleiding.....	6
1.1 PTSS.....	6
1.2 Positieve Psychologie	7
1.3 Welbevinden en welbevindentherapie	8
1.4 Zelfcompassie & posttraumatische groei.....	10
1.5 Huidig onderzoek	11
1.6 Onderzoeksvraag.....	13
2. Methode.....	14
2.1 Design	14
2.2 Steekproef	14
2.3 Meetinstrumenten.....	15
2.4 Procedure	17
2.5 De interventies	19
2.6 Analyse.....	20
3. Resultaten	21
3.1 Effectiviteit van de behandelingen WBT en TAU.....	23
3.2 Samenhang tussen de variabelen op verschillende meetmomenten.....	26
3.3 Flourishers, moderates, languishers	28
3.4 Voorspellende waarde van de variabelen.....	31
4. Discussie.....	35
4.1 Methodologische overwegingen	38
4.2 Conclusie en aanbevelingen voor de praktijk	40
5. Literatuurlijst	41
Bijlage A: Protocol welbevindentherapie.....	46
Bijlage B: Behandeprotocol TAU	51
Bijlage C : Vragenlijst MHC-SF	53
Bijlage D: Vragenlijst PTSS klachtenschaal	54
Bijlage E: Vragenlijst Self-Compassie-Schaal (SCS-SF)	59
Bijlage F: Vragenlijst 21-item Posttraumatische Groei Inventory (PTGI)	60
Bijlage G: SPSS Syntax MHC-SF categories	63

1. INLEIDING

Hoewel iedereen wel eens met een traumatische ervaring wordt geconfronteerd ontwikkelt slechts 6.8% van de bevolking daarna daadwerkelijk een posttraumatische stressstoornis (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas & Walter, 2005). Een posttraumatische stressstoornis (PTSS) kenmerkt zich door aanhoudende psychische en lichamelijke klachten na een traumatische ervaring. Het houden van psychische en lichamelijke klachten na een traumatische ervaring wordt dan als posttraumatische stressstoornis (PTSS) gedefinieerd (Shiromani, Keane & LeDoux, 2009). Enerzijds zijn de behandelingen die specifiek gericht zijn op de verwerking van PTSS effectief, daar 67.0% van de cliënten die een verwerkingsbehandeling volledig hebben afgerond niet langer voldoen aan de criteria van een PTSS (Najavits, 2008). Anderzijds blijkt dat 26% van de behandelde mensen met PTSS twee maanden na afloop van de behandeling terugvallen en dus weer PTSS gerelateerde klachten krijgen (Davidson, Pearlstein, Londeborg, Brady, Rothbaum, Bell, Maddock, Hegel & Farfel, 2001). Nabehandeling met de focus op veiligheid en terugvalpreventie gedurende 6 tot 9 maanden na de verwerkingsbehandeling reduceert terugval (Hien, Cohen, Miele, Litt & Capstick, 2004) (zie driefasemodel op p. 5). De focus van traumabehandeling moet dus naast de verwerking worden gericht op de rehabilitatiefase van de traumabehandeling.

Dit onderzoek beoogt de rehabilitatiefase van de traumabehandeling bij mensen met een posttraumatische stressstoornis. De effectiviteit van de tot nu toegepaste behandeling, TAU 'treatment as usual' wordt vergeleken met een nieuwe behandelmethodes vanuit de positieve psychologie, de welbevindetherapie. Voor het eerst wordt het effect van beide therapievormen op relevante factoren van de geestelijke gezondheid op lange termijn vastgesteld.

1.1 PTSS

Een posttraumatische stressstoornis valt in de vierde editie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) onder de categorie angststoornissen en behoort tot de meest voorkomende psychische stoornissen met veel lijdensdruk (Trimbus instituut, 2008). Volgens de tot nu gebruikte en nog steeds in de praktijk toegepaste classificatie van DSM-VI-TS is er sprake van een PTSS als mensen die een trauma (ingrijpend gebeurtenis met dreiging door dood, ernstig letsel of de beïnvloeding van de lichamelijke integriteit) hebben meegemaakt na drie maanden aanhoudende klachten, die onderverdeeld kunnen worden in drie clusters, blijven houden. In het eerste klachtencluster staat de herbeleving van het trauma centraal en kenmerkt zich door intrusies zoals nachtmerries en terugkomende en verontrustende herinneringen, hallucinaties en dissociaties. Het tweede cluster beschrijft vermijdingsgedrag en emotionele afvlakking met betrekking tot het trauma. Onvermogen aspecten van het trauma te herinneren, gevoelens van vervreemding en weinig toekomstperspectief, vermijding van situaties die te maken hebben met het trauma zijn kenmerkend voor dit cluster. Het derde cluster is 'hyperarousal' en wordt getypeerd door slaapproblemen,

overdreven schrikreacties, woede-uitbarstingen en verhoogde prikkelbaarheid (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013). Voor het kiezen van de passende behandeling wordt er onderscheid gemaakt tussen type 1 trauma bij eenmalige, kortdurende traumatisering en type 2 trauma bij herhaaldelijke traumatisering (Vandereycken, Hoogduin, Emmelkamp, 2008). Mensen met een PTSS komen vaak in een vicieuze cirkel terecht waar ze herinneringen, die met het incident te maken hebben, vermijden. Door onderdrukking van emoties ontstaan allerlei andere klachten, waardoor mensen met PTSS vaak vanuit een andere psychische of somatische aanleiding in behandeling komen (Olf, 2002). Hoge comorbiditeit met andere psychische stoornissen zoals depressie, middelenafhankelijkheid of met onverklaarde lichamelijke symptomen zijn kenmerkend voor mensen met PTSS (Olf, 2002). De lifetime prevalentie voor de ontwikkeling van een PTSS is licht gemiddeld bij 6,8 en varieert op verschillende leeftijden van 6,3 % (18 t/m 29 jaar) tot 9,2 % in de leeftijdsrange van 45 t/m 59 jaar (Kessler et al., 2005) en afhankelijk van verschillende risicofactoren zoals leeftijd en culturele achtergrond (Jongedijk, 2014). Bij de risicogroep voor het ontwikkelen van een PTSS horen oorlogsveteranen en beroepsgroepen zoals politie, personeel van geldinstellingen en hulpverleners tijdens rampen (Olf, 2002). Ook allochtonen en vluchtelingen hebben een verhoogd risico een PTSS te ontwikkelen (Knipscheer, Middendorp & Kleber, 2011). De lifetime prevalentie is in de leeftijdscategorie van 30 t/m 44 jaar met 8.2% en in de periode van 45 t/m 59 jaar met 9.2% het hoogst (Kessler et al., 2015). Een PTSS is dus een veel voorkomende stoornis die een behandeling vereist die goed bij de situatie van de mensen aansluit.

Voor de behandeling van PTSS klachten wordt in de geestelijke gezondheidszorg gebruik gemaakt van het driefasemodel met de stabilisatie-, de verwerking-, en de rehabilitatiefase (Cloitre, Koenen, Cohen & Han, 2002). Het driefasemodel is in Nederland gebaseerd op het stepped care model in de multidisciplinaire richtlijnen voor PTSS van het Trimbos Instituut waarin ook een onderscheid wordt gemaakt in drie behandel fases. (Trimbos Instituut, 2013). De stabilisatiefase is bedoeld voor cliënten met complex trauma die een verwerkingstherapie nog niet aan kunnen en dient ter voorbereiding op de verwerkingsfase (Jongedijk, 2014). De essentiële taak van een behandelaar zit in de tweede fase, de verwerkingsfase, waar pijnvolle gevoelens naar voren worden gehaald en op een veilige manier worden begeleid (Allen, 2005). Door gebruik te maken van evidence-based verwerkingsbehandelingen, zoals Prolongue Exposure Therapie (PET) met name Imaginair Exposure (IE) en exposure en vivo, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (Shapiro, 1989) en Narratieve Exposure Therapie (NET), worden de PTSS klachten effectief gereduceerd (Van Emmerink & Berretty, 2007; Trimbos Instituut, 2009). Onderzoek van Rothbaum, Astin en Marsteller (2005) toont aan dat EMDR en PET bij mensen met PTSS klinisch relevante verbetering van PTSS klachten tot minsten 6 maanden na behandeling aanhoudt. 95% van de deelnemers die PET kregen en 75% van de deelnemers die EMDR ontvingen hadden na de behandeling geen PTSS klachten meer. Het verschil van de behandelvormen was niet statistisch significant. NET is daarentegen nog niet met

EMDR en PET vergeleken. Echter, volgens een vergelijking van Jongedijk (2014) bij 13 gecontroleerd effectstudies levert NET in de 6e t/m de 12e maand na behandeling klinisch relevante verbeteringen van PTSS klachten op. De verwerkingsfase van traumabehandeling blijkt dus goed te werken en wordt in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

De verwerkingsfase lijkt op het eerste oog effectief, echter zijn er gedurende de rehabilitatiefase van traumabehandeling in hoge mate een terugkeer van PTSS gerelateerde klachten (bij 29.5% van de cliënten) te vinden (Benites, Zlotnick, Stout, Lou, Dyck, Weisberg, & Keller, 2012). Effectieve terugvalpreventie levert kwalitatief goede curatieve zorg voor mensen met PTSS (Huning, Bohlmeijer & Lamers, 2013). In de klinische praktijk zijn geen specifieke richtlijnen vastgelegd hoe nabehandeling na de traumaverwerking eruit moet zien (Trimbos Instituut, 2009), mede omdat er op dit moment nog geen wetenschappelijke evidentie over de effectiviteit van terugvalpreventie is. Zo is de tot nu gebruikte behandeling in de rehabilitatiefase TAU ('treatment as usual') bij het centrum voor psychotrauma bij Mediant (GGZ regio Twente) een klachtgerichte, psychodynamische therapie gericht op dagelijkse problemen (Zie methode, p.20). Ondanks het feit dat cliënten de verwerkingsfase succesvol afronden is er sprake van terugval van PTSS gerelateerde klachten wat aanleiding geeft deze fase nader te onderzoeken. Mills, Teesson, Ross en Peter (2006) laten in hun onderzoek zien dat mensen met PTSS duidelijk lager welbevinden vertonen dan de gemiddelde bevolking. Een mogelijke verklaring voor de terugval is dan dat tijdens de verwerkingsfase alleen aandacht wordt besteedt aan de klachten maar weinig aandacht aan het welbevinden. Een herstel- en kracht georiënteerde rehabilitatie lijkt goed geschikt als terugvalpreventie na een verwerkingsbehandeling (Stäbler-Kruidhof, 2012). Om die reden wordt sinds 2013 bij het centrum voor psychotrauma van Mediant voor het eerst een rehabilitatie behandeling vanuit de positieve psychologie, de welbevindentherapie, een krachtgericht perspectief aangeboden naast TAU (Bohlmeijer & Huning, 2014).

1.2 Positieve Psychologie

De rehabilitatiefase focuste tot nu op het behandelen van klachten. Door de aanpak vanuit de positieve psychologie komt de vraag op of investeringen in welbevinden een bijdrage kan leveren aan het herstelproces bij trauma patiënten. De rehabilitatiefase kan via een krachtgerichte benadering, met focus op het vergroten van welzijn, de tot nu gebruikte klachtgerichte aanpak, gericht op psychopathologie, inbedden. Daardoor wordt de kwaliteit en de effectiviteit van behandelen in de GGZ bevorderd (Bohlmeijer, Bolier & Walburg, 2013). Het blijkt namelijk dat mensen die aan een psychische stoornis lijden een relatief hoog niveau van welbevinden kunnen ervaren, terwijl mensen zonder psychische problemen een laag welbevinden kunnen laten zien (Bohlmeijer, Bolier en Walburg, 2013). Het tweecontinua model van Keyes (2005) verklaart deze bevindingen vrij duidelijk. Het stelt dat welbevinden en psychopathologie twee te onderscheiden maar gerelateerde dimensies zijn. Hoewel hoge mate aan welbevinden en weinig psychische klachten vaak samen gaan lijkt deze

correlatie niet perfect (Bohlmeijer, Bolier, Settenveld, Geurts, & Walburg 2013). Recent onderzoek van Westerhof en Keyes (2009) bevestigt het tweecontinua model door te concluderen dat jonge volwassenen meer psychopathologie, maar niet minder welbevinden vertonen dan oudere volwassenen. Ook onderzoek van Keyes (2005) laat zien dat mensen met psychopathologie vaker een laag welbevinden hebben, maar dat er evenzo mensen zijn die een laag welbevinden hebben maar geen stoornis. Een laag welbevinden impliceert dus niet noodzakelijk het hebben van een stoornis. Het twee continuamodel lijkt een geschikt uitgangspunt en geeft aanleiding welbevinden los van psychopathologie te beschouwen. Voor de behandeling in de rehabilitatiefase van PTSS klachten betekent dat er meer aandacht voor het welbevinden naast de behandeling van psychopathologie moet zijn. Een behandeling gericht op welbevinden lijkt vanuit het Twee continuamodel beter aan te sluiten bij een succesvol afgeronde klachtgerichte behandeling van PTSS dan treatment as usual.

1.3 Welbevinden en welbevindentherapie

Welbevinden bestaat uit drie subdimensies, namelijk het emotioneel, het psychologisch en het sociaal welbevinden (Bohlmeijer et al., 2013). *Emotioneel welbevinden*, de subjectieve ervaring van welbevinden, omschrijft de mate van aan- en afwezigheid van positieve en negatieve gevoelens en de mate van tevredenheid in iemands leven. Zowel objectieve indicatoren zoals hobby's, sociale contacten en participatie in organisaties, opleiding en gezondheid kan de mate van plezierige emoties die worden ervaren verbreiden en daarmee het emotioneel welbevinden verhogen (Diener, 1984) als ook de subjectieve ervaring ervan (Bohlmeijer et al., 2013) kan bijdragen aan hoog emotioneel welbevinden. De tweede subdimensie, *psychologisch welbevinden*, beschrijft het effectief functioneren en daarmee de zelfrealisatie van het individu. Ryff definieerde in 1989 zes dimensies die het psychologisch welbevinden beschrijven, namelijk doelgerichtheid, persoonlijke groei, autonomie, omgevingsbeheersing, zelfacceptatie en positieve relaties. Er is sprake van hoog psychologisch welbevinden als een individu hoge belevingen op de zes dimensies ervaart. De derde subdimensie *sociaal welbevinden* geeft de mate van het effectief functioneren in de maatschappij aan. De vijf subdimensies acceptatie, actualisatie, contributie, coherentie en integratie beschrijven in hoeverre een persoon een positieve visie op de maatschappij heeft, gelooft in vooruitgang van de maatschappij en zich thuis voelt in de maatschappij (Keyes, 2002). Welbevinden heeft dus drie aangrijpingspunten waarop gefocust kan worden tijdens een behandeling gericht op welzijn.

Om de mate van welbevinden te bepalen wordt er onderscheiden tussen de subgroepen *flourishers* met hoog welbevinden, *moderates* met gemiddeld welbevinden en *languishers* met laag welbevinden (Keyes, 2002). Bij *flourishers* wordt welbevinden met een hoge mate van positieve emoties, hoog psychologisch en sociaal welbevinden geassocieerd (Keyes (2002), terwijl welbevinden bij de groep *languishers* met psychosociale beperkingen zoals verminderd emotioneel welbevinden, beperking in het alledaagse leven en vermindering van de werkprestatie wordt geassocieerd. Mensen

die *flourishers* noch *languishers* zijn vallen in de categorie moderates. De drie categorieën kunnen in aan- en afwezigheid van psychopathologie voorkomen (Keyes (2002). Een studie naar depressieve klachten (Wood, Joseph, 2010) laat zien dat de kans om de aankomende 10 jaar een depressie te ontwikkelen twee keer hoger is voor *languishers* vergeleken met *moderates* en zes keer hoger is vergeleken met *flourishers*. *Flourishers* rapporteren meer alledaagse activiteiten en maken minder gebruik van de gezondheidszorg dan *languishers*. *Tegenovergesteld rapporteren languishers* vier keer meer ziekteverzuim (meer dan 6 dagen achter elkaar ziek) dan *moderates* (Keyes, 2002; 2005; 2009; 2010). De mate van welbevinden lijkt dus bij mensen verschillend en hangt samen met de subcategorieën emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden.

De welbevindentherapie (WBT) is een gestructureerde, kortdurende behandeling met het kernconcept de zes subdimensies van *het psychologisch welbevinden* naar een optimaal niveau uit te breiden (Fava, 2003). De toegepaste technieken zijn cognitieve herstructurering zoals uitdagen van irrationele automatische gedachten, plannen van plezierige activiteiten, assertiviteitstrainingen en leren problemen op te lossen (Fava & Ruini, 2003). Het kernconcept van WBT in de rehabilitatiefase blijkt goed te werken; bij mensen met een gegeneraliseerde angststoornis navolgend op een cognitieve gedragstherapie zorgt de welbevindentherapie voor verhoogd welzijn (Fava et al., 2005; Ruini & Fava, 2009). Tot nu is WBT veel onderzocht bij mensen met depressie. Het blijkt dat WBT bij depressie cliënten na Cognitieve Gedragstherapie (CGT) net zo effectief is als antidepressiva in de rehabilitatiefase en daardoor een goede vervanger is voor medicamenteuze behandeling (Vin & Pieters, 2005). Het bevorderen van welbevinden en veerkracht kan vooral na stressvolle gebeurtenissen zoals trauma's voor beter herstel zorgen (Smith, Dalen, Wiggings, Tolley, Christopher, Bernard, 2008). Vanwege de specifieke doelgroep van mensen met PTSS richt WBT bij Mediant zich alleen op twee subdimensies van *het psychologisch welbevinden*, namelijk zelfcompassie en posttraumatische groei (Bohlmeijer & Huning, 2014). In deze studie zullen de concepten van zelfcompassie en posttraumatische groei centrale onderwerpen zijn.

1.4 Zelfcompassie & posttraumatische groei

Het eerste concept *Zelfcompassie* is de vaardigheid zich betrokken te voelen bij pijn en lijden en de motivatie te ontwikkelen om pijn en/of lijden te verlichten. Bij mensen met PTSS is zelfcompassie vaak minder aanwezig. Aanwijzingen voor gebrek aan zelfcompassie bij trauma patiënten zijn onder andere zelfveroordeling, een zelfkritische houding met negatieve irrationele gedachten en emotionele instabiliteit. Onderzoek toont aan dat zelfcompassie bij PTSS een hulpbron kan zijn voor de overwinning van de trauma gerelateerde vermijding (Neff, 2011). Daarnaast levert toename van *zelfcompassie* een bijdrage aan geluk en flourishing (Bohlmeijer, Tompetter, Schotanus-Dijkstra & Drossaert, 2015) en een verhoogd effect van de behandeling bij patiënten met recidiverende depressie

(Huibers & van Marwijk, 2014). Bij ouderen met de leeftijd 67-90 jaar is de samenhang tussen welbevinden en zelfcompassie onderzocht. Het lijkt dat interventies die zelfcompassie bij deze doelgroep bevorderen ook het welbevinden en de ervaren kwaliteit van leven verhogen (Allen, Goldwasser & Leary, 2012). Het aanleren van *zelfcompassie* vindt plaats door bij het leed stil te staan, het leren te verdragen en de verantwoordelijkheid te nemen om de minst schadelijke weg te begaan (Bohlmeijer et al., 2015). Ademhalingsoefeningen, mindfulness, zelfachtzaamheidsoefeningen en het aanleren van cognitieve en sociale hulpbronnen zijn geschikt om zelfcompassie bij trauma patiënten te verhogen (Neff, 2011). Door in de welbevindentherapie op zelfcompassie te focussen kan bij trauma patiënten de ervaren kwaliteit van leven verhoogd worden.

Het tweede concept *posttraumatische groei* (PGI) gaat over een groeiproces na traumatisch ervaringen. Er is sprake van PGI wanneer na een traumatische ervaring sprake is van een periode van veel negatieve emoties en ruminatie en vervolgens nieuwe betekenis aan de situatie en gebeurtenis wordt gegeven (Bohlmeijer et al., 2015; Helgeson, Reynolds & Tomich, 2006). De traumatische ervaring wordt dan geïntegreerd in het levensverhaal en wordt als keerpunt in het leven beschouwd (Tedeschi & Calhoun, 2004). Verschillende factoren zoals karaktertrekken (extraversie en openheid voor ervaringen), ondersteuning door de familie en ruminatie zijn positief gerelateerd aan posttraumatische groei (Drozdek & Wilson, 2007). Trauma verhoogt PTSS klachten en de mogelijkheid tot posttraumatische groei. PTSS heeft daarmee een mediërende rol voor het ontwikkelen voor veerkracht en posttraumatische groei. PTSS wordt negatief geassocieerd met veerkracht, maar aan de andere kant positief gerelateerd aan posttraumatische groei (Bensimon, 2012). Niet iedereen ontwikkelt naar een ingrijpend gebeurtenis posttraumatische groei, want een studie van Levine, Laufer, Stein, Hamama-Raz & Solomon (2009) laat zien dat veerkracht en posttraumatische groei negatief met elkaar correleren. Het is dus mogelijk door de aandacht op ruminatie te richten, de posttraumatische groei bij mensen met PTSS te bevorderen.

1.5 Huidig onderzoek

In dit onderzoek wordt voor het eerst het longitudinaal effect van de WBT na een effectieve verwerkingsbehandeling bij mensen met PTSS onderzocht. Om het effect vast te kunnen stellen worden veranderingen in relevante metingen van geestelijke gezondheid zoals het welbevinden (emotioneel, psychologisch- en sociaal), de mate van welbevinden (*languishers*, *moderators*, *flourishers*), zelfcompassie en posttraumatische groei op verschillende meetmomenten bekeken. Op korte termijn blijkt in de onderzoekspopulatie bij Mediant dat de effectiviteit van WBT ten opzichte van TAU gelijk is (Leeftang, 2016). De kracht van de WBT is op lange termijn, omdat mensen leren eigen krachtbronnen te ontwikkelen en op lange termijn voor zichzelf te zorgen (Bohlmeijer et al., 2013). Uit onderzoek van Fava et al. (2004) blijkt dat de terugvalpreventie van de welbevindentherapie op lange termijn werkt, want de experimentele groep liet in hun onderzoek

significant minder terugval zien dan de controlegroep. Hieruit komt de verwachting van Huning en Bohlmeijer (2014) naar voren dat effecten van de WBT behandeling door het aanleren van hulpbronnen op lange termijn optreden.

De eerste relevante factor welbevinden wordt in dit onderzoek via de drie subdimensies *emotioneel-, psychologisch en sociaal welbevinden* en in de subgroepen *languishers, moderates en flourishers* onderzocht. Lamers (2012) laat in haar onderzoek zien dat mensen die in de baselinemeting hoog emotioneel welbevinden laten zien meer herstel ervaren dan mensen die laag scoren op de baseline meting. Dit effect wordt verklaard door een positief effect op het immuun- en cardiovasculair systeem door verhoogd welzijn waardoor stress beter kan worden gehanteerd. Het welbevinden is bij mensen met een PTSS verlaagd en verslechtert het functioneren op emotioneel, sociaal, cognitief en lichamelijk niveau (Mevissen & Ross, 2014). Daarnaast wordt aangetoond dat verandering in positieve mentale gezondheid de mate van psychopathologie later in het leven voorspelt en andersom de verandering in psychopathologie het welzijn later in leven voorspelt. De positieve verandering van de mentale gezondheid heeft meer voorspellende waarde dan de mate van de aan- of afwezigheid van psychopathologie op het moment. Omdat de welbevindentherapie zich vooral richt op emotioneel en psychologisch welbevinden wordt verwacht dat verhoging van deze subdimensies bij de hele onderzoekspopulatie op lange termijn optreedt en dat er een sterke en positieve samenhang is tussen de variabelen welbevinden, posttraumatische groei en zelfcompassie. Vooral wordt verwacht dat mensen met hoog emotioneel welbevinden vooraf meer van beide behandelingen profiteren.

Ten tweede beoogt dit onderzoek de twee concepten zelfcompassie en posttraumatische groei. Het eerste concept zelfcompassie hangt in onderzoek van De Kleine & Bohlmeijer (2016) negatief samen met weinig depressie, stress en angst. Het wordt dus verwacht dat in dit onderzoek zelfcompassie en PTSS klachten een negatief verband laten zien. Het tweede concept posttraumatische groei is volgens (Triplett et. al., 2012) positief gerelateerd aan sociale vaardigheid en komt meer tot stand bij mensen die over sociale vaardigheden beschikken. Uit onderzoek van Kunst, Winkel & Bogaerts (2010) komt naar voren dat mensen die veel posttraumatisch stressklachten vertonen weinig posttraumatische groei ervaren. Het valt te verwachten dat in dit onderzoek PTSS klachten negatief samen hangen met posttraumatische groei.

De behandeling met WBT bij het centrum voor psychotrauma van Mediant richt zich op het versterken van de alledaagse sociale omgeving van mensen met PTSS. Het twee continua model is inmiddels bij mensen met PTSS terug gevonden (Acikel, 2014; Pool, 2016, Sönmez, 2015), maar ook verworpen door Leeftang (2016). Ook onderzoek bij ouderen (Matel, 2012; Westerhof & Keyes, 2009) bevestigen het continua model. Aangezien er veel bevestigend onderzoek is voor het continua model wordt in dit onderzoek verwacht dat het twee continua model door matige correlaties (Westerhof & Keyes, 2008) tussen de dimensies PTSS en welbevinden bevestigd wordt.

De behandeling met WBT bij het centrum voor psychotrauma van Mediant richt zich op het versterken van de alledaagse sociale omgeving van mensen met PTSS. Het twee continua model is inmiddels bij mensen met PTSS terug gevonden (Acikel, 2014; Pool, 2016, Sönmez, 2015), maar ook verworpen door Leeftang (2016). Ook onderzoek bij ouderen (Matel, 2012; Westerhof & Keyes, 2009) bevestigen het continuamodel. Aangezien er veel bevestigend onderzoek is voor het continua model wordt in dit onderzoek verwacht dat het twee continuamoel door matige correlaties (Westerhof & Keyes, 2008) van de dimensies PTSS en welbevinden terug gevonden wordt.

1.6 Onderzoeksvraag

De hieruit volgende onderzoeksvraag is de volgende:

Wat is het effect van de WBT bij cliënten met een Posttraumatische stressstoornis op de factoren welbevinden, mate van zelfcompassie en posttraumatische groei op de lange termijn?

Ter beantwoording van de onderzoeksvraag worden de volgende deelvragen en hypothesen opgesteld:

Deelvraag 1: *Is er significant verschil tussen de behandelingen WBT en TAU over de meetmomenten T0, T1, T2 en T3?*

Hypothese 1.1: Verwacht wordt dat welbevindentherapie over de meetmomenten T0, T1, T2 en T3 significant verschilt van TAU.

Hypothese 1.2: Er treedt een significante verbetering bij emotioneel- en psychologisch welbevinden over de meetmomenten T0, T1, T2 en T3 in conditie WBT op.

Deelvraag 2: *Wat is de samenhang tussen welbevinden, PTSS klachten, zelfcompassie en posttraumatische groei op de meetmomenten T0, T1, T2 en T3 bij mensen met PTSS?*

Hypothese 2.1: Er wordt een positieve samenhang tussen de variabelen welbevinden, Zelfcompassie en een negatieve samenhang met PTSS klachten verwacht.

Hypothese 2.2: Er is een positieve samenhang tussen PTSS klachten en posttraumatische groei.

Hypothese 2.3: De mate van samenhang tussen PTSS klachten en welbevinden is matig.

Deelvraag 3: *Veranderen de respondenten van subcategorie (flourishers, moderates, languishers) over de meetmomenten T0, T1, T2 en T3 en verschilt dit per therapievorm WBT en TAU?*

Hypothese 3.1: De mate van welbevinden op de baselinemeting (T0) hangt samen met de mate van welbevinden op T1, T2 en T3.

Hypothese 3.2: WBT laat op lange termijn betere resultaten zien bij mensen met laag welbevinden.

Deelvraag 4: *Welke voorspellende waarde hebben de dimensies PTSS klachten, zelfcompassie en posttraumatische groei in de therapievormen WBT en TAU op het welbevinden tussen de meetmomenten T0 en T3?*

2. METHODE

2.1 Design

Om inzicht te krijgen in het eerder genoemde probleem werd een Randomized Controlled Trial (RCT) gestratificeerd naar geslacht gebruikt om deelnemers aan de experimentele conditie ‘WBT’ of de controleconditie ‘TAU’ toe te wijzen. De randomisatie werd door Huning (2013) uitgevoerd.

2.2 Steekproef

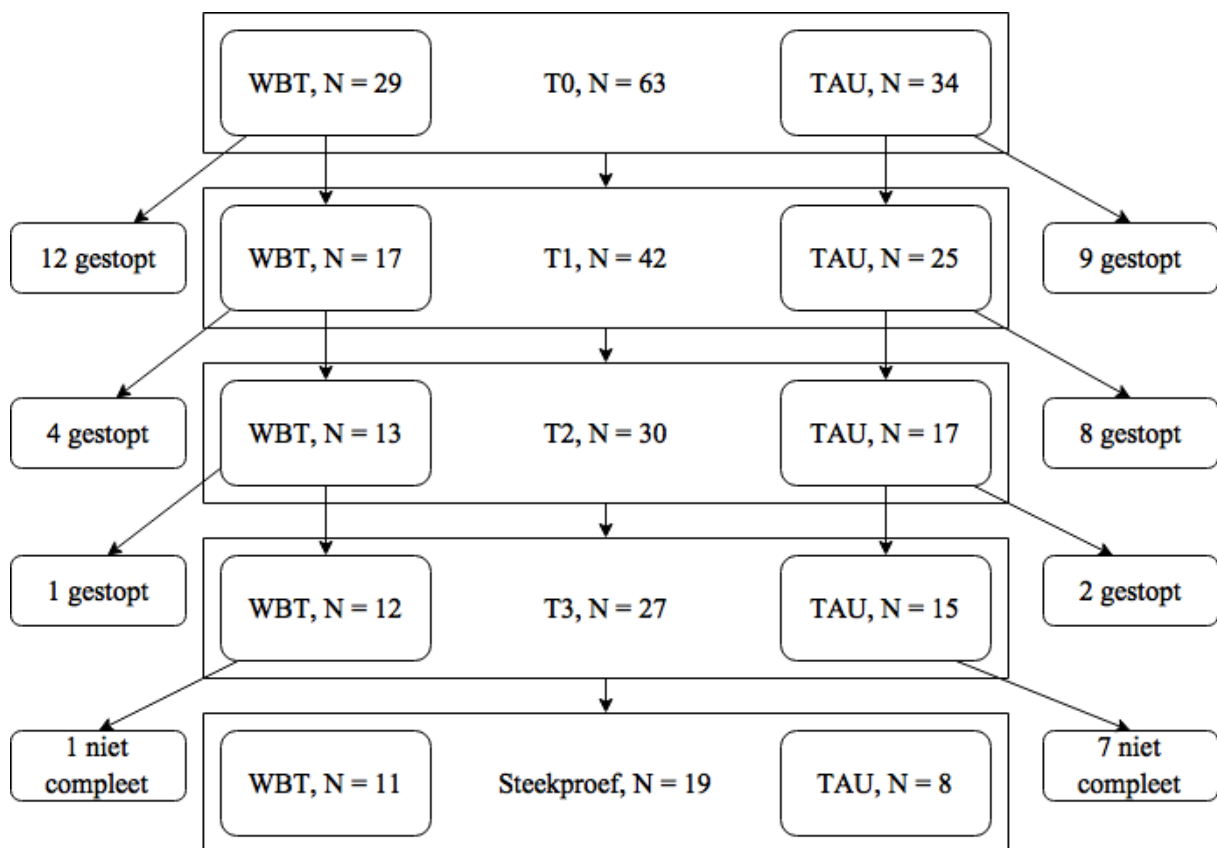
De steekproef van dit onderzoek omvat 63 deelnemers die de reguliere verwerkingsbehandeling bij het centrum voor psychotrauma bij Mediant in de periode van 1 maart 2014 tot en met 1 juli 2016 hebben afgerond en aan de inclusiecriteria (Tabel 1) voldeden. Bij exclusie vanwege aanwezige PTSS klachten of andere acute psychiatrische problemen, werd contact opgenomen met de behandelaar voor klachtgerichte behandeling.

Tabel 1

Overzicht van de inclusie- en exclusiecriteria.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
-Minimum leeftijd van 18 jaar	-De aanwezigheid van een (persisterende) PTSS, gemeten met de M.I.N.I.
-De deelnemer is behandeld voor PTSS	-De aanwezigheid van acute psychiatrische problematiek die om nader psychiatrisch onderzoek of specialistische behandeling vraagt
-Voldoet niet aan de criteria van PTSS, gemeten met de M.I.N.I.	

Figuur 1 laat het aantal respondenten zien zoals deze verdeeld waren over de condities WBT en TAU op alle meetmomenten (T0, T1, T2 en T3). In het tijdsbestek van T0 tot T3 was er een afname van respondenten. De oorzaak van deze afname was drievoudig, namelijk: dropout, niet volledig ingevulde vragenlijsten (completers only) en respondenten die het volgende meetmoment nog niet hadden bereikt. Van de 63 deelnemers heeft 30 % (N= 19) alle 16 vragenlijsten (4 per meetmoment op 4 meetmomenten) ingevuld. De gegevens van deze 19 respondenten zijn meegenomen in de analyse.

**Figuur 1.** Aantal respondenten (N) over de verschillende meetmomenten T0, T1, T2, T3.

2.3 Meetinstrumenten

In dit onderzoek wordt de effectiviteit van WBT ten opzichte van TAU onderzocht. De primaire uitkomstmaat voor dit onderzoek is de Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) (Keyes, 2002; Westerhof & Keyes, 2008; Lamers et al., 20011). Voor het meten van welbevinden is er gebruik gemaakt van drie subschalen, namelijk psychologisch, emotioneel en sociaal. De secundaire uitkomstmaten zijn de PTSS klachtenschaal (Foa et als., 1993) om de ernst van de posttraumatische stressklachten te meten, de PTGI-DV(Jaarsma & Pool, 2003) voor het vaststellen van de mate aan posttraumatische groei en de Self-Compassion Scale Short Form (SCS-SF) (Neff & Vonk, 2009; Raes et al., 2011) voor het vaststellen van de mate van zelfcompassie. Alle hierboven genoemde vragenlijsten zijn op ieder meetmoment afgenomen.

Welbevinden

De verkorte versie van het Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) (Keyes, 2002; Westerhof & Keyes, 2008; Lamerse.a., 20011) is gebaseerd op de lange versie (MHC-Long Form) en omvat 14 items. Zes items meten het psychologisch welbevinden, drie items meten het emotioneel welbevinden en vijf items meten het sociale welbevinden. Elk item wordt met een zespunts-Likert schaal gemeten, met antwoordcategorieën variërend van 0= nooit tot 5= elke dag. Een voorbeeldvraag van deze vragenlijst is *'In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u gelukkig was?'*. Er wordt van hoog welbevinden gesproken bij een waarde boven het afkappunt. De MHC-SF laat op de totale schaal en op de subschalen een goede betrouwbaarheid zien. De test-hertest betrouwbaarheid voor de gehele schaal ligt na negen maanden bij .65 (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster, & Keyes, 2011). De cronbach's alpha bij deze populatie heeft .91 en daarmee een hoge interne betrouwbaarheid.

De resultaten op de MHC-SF werden vervolgens onderverdeeld in drie subcategorieën; *flourishers*, *moderates* en *languishers*. Respondenten werden als *flourishers* gescoord als ze elke dag (5) of bijna elke dag (4) minimaal één van de drie items van emotioneel welbevinden (items 1 t/m 3) aanvinkten en elke dag (5) of bijna elke dag (4) op minimaal zes van de elf items van psychologisch en sociaal welbevinden (items 4 t/m 14) scoorden. Respondenten vielen onder de subcategorie *languishers* wanneer een score van nooit (0) of één of twee keer (1) op minimaal één van de drie items van emotionaal welbevinden (items 1 t/m 3) en een score van nooit (0) of één of twee keer (1) op minimaal zes van de elf items van psychologisch en sociaal welbevinden (items 4 t/m 14) optreedt. Wanneer respondenten niet voldeden aan de categorie flourishers of languishers werden ze aan de subcategorie *moderates* toegewezen (Lamers et al., 2011).

Posttraumatische stressklachten

De PTSS klachtenschaal (Foa et al., 1993) is een vragenlijst voor het meten van PTSS gerelateerde klachten. Respondenten geven op 17 items aan hoeveel posttraumatische stressklachten er aanwezig waren gedurende de afgelopen week. De schaal bestaat uit drie subschalen, namelijk herbeleving, (5 items), hyperarousal (5 items) en vermijding (7 items). Per item is er een vierpunts-Likertschaal met antwoordmogelijkheden van 0= nooit tot 3= 5 keer of meer per week. Een voorbeelditem is *'Hoe vaak heeft u de afgelopen week last gehad van pijnlijke gedachten of beelden over het trauma, terwijl u er niet aan wilde denken?'*. Er wordt een afkappunt van 15 bij de PTSS klachtenschaal gehanteerd. Waarden boven de 15 duiden op posttraumatische stressklachten terwijl waarden beneden de 15 weinig posttraumatische stressklachten aanduiden. De vragenlijst heeft een goede psychometrische kwaliteit, want de cronbach's alpha laat met .87 hoge interne betrouwbaarheid zien (Wohlfarth, van den Brink & Winkel, 2003). De cronbach's alpha bij de populatie in deze studie heeft .89 een hoge interne betrouwbaarheid.

Zelfcompassie

De Self-Compassion Scale Short Form (SCS-SF) (Neff & Vonk, 2009; Raes et al., 2011) meet met 24 items de mate van zelfcompassie bij respondenten. Dit wordt middels zes componenten bij de respondenten vastgesteld, namelijk: zelfvriendelijkheid, zelfoordeel, algemene menselijkheid, isolatie, mindfulness en overidentificatie. Met een zevenpuntsLikertschaal van 1= 'zelden of nooit' tot 7= 'bijna altijd' wordt de mate van zelfcompassie gemeten. Een voorbeelditem van dit formulier is *'Als ik een moeilijke tijd meemaak geef ik mezelf de zorg die ik nodig heb'*. Er waren een aantal negatief geformuleerde items, namelijk zelfbeoordeling, isolatie en overidentificatie, die opgeschaald moesten worden. De psychometrische kwaliteit van de test is hoog, want de interne consistentie is met een Cronbachs alpha > .86 heel goed (Raes, Pommier, Neff & van Gucht, 2011). De Cronbach's alpha bij de populatie van dit onderzoek laat met .85 een hoge interne betrouwbaarheid zien.

Posttraumatische groei

Via de Posttraumatische Groei Inventory (PTGI-DV) (Calhoun & Tedeschi, 1996) werd de aanwezigheid van posttraumatische groei vastgesteld. De vragenlijst bevat 21 positief geformuleerde items die op een zespunts-Likertschaal worden beantwoord, antwoorden variërend van 0= 'niet ervaren' tot 5= 'in zeer sterke mate ervaren'. Een voorbeelditem van de PTGI-DV is *'Ik vind nu andere dingen belangrijk in het leven'*. De scores kunnen variëren van 0 tot en met 50. Des te hoger respondenten scoren des te hoger is hun posttraumatische groei. De totaalscore van de PTGI-DV toont

met een alpha van .90 hoge interne betrouwbaarheid (Cann, Calhou, Tedeschi, Taku, et al., 2010). Ook bij de populatie in dit onderzoek is sprake van hoge interne betrouwbaarheid met .96.

Door het onderzoeksprotocol van Huning (2013) zijn naast de MHC-SF, de PTSS klachtenschaal, de SCS-SF en de PTGI-DV standaard de HADS, de PGGS, de M.I.N.I, de Prodisq, de TiC-P en de CSQ-8 afgenomen.

2.4 Procedure

Voor het algemeen onderzoek werden mensen, die bij het centrum voor psychotrauma van Mediant na PTSS behandeling in de verwerkingsfase klachtenvrij waren, door hun behandelaar geïnformeerd over de mogelijkheid tot deelname aan de rehabilitatiefase. Bij geïnteresseerde potentiële deelnemers werd deze met inschrijfformulier en toestemmingsformulier met informed consent naar huis gestuurd.

Zodra het toestemmingsformulier ondertekend was, werd door de onderzoeker de M.I.N.I plus PTSS afgenomen. Wanneer er geen sprake was van PTSS werd de cliënt door de RCT gestratificeerd naar geslacht aan de conditie WBT of TAU toegewezen. Na toewijzing aan één van de condities, werd de deelnemer via een e-mail gevraagd om een aantal vragenlijsten voor de basislijnmetering (T0) online in te vullen. Vervolgens werden afspraken voor de rehabilitatiefase gemaakt. Na drie (T1), zes (T2) en twaalf (T3) maanden, gemeten vanaf de start van de behandeling, werden dezelfde vragenlijsten opnieuw aan de cliënt toegestuurd. Als deelnemers de vragenlijsten niet invulden werd allereerst een herinnering gestuurd via de e-mail. Indien nodig zocht de onderzoeker alsnog telefonisch contact om deelnemers vriendelijk te verzoeken de vragenlijst alsnog in te vullen. Nadat deelnemers de laatste vragenlijst op papier hadden ingevuld, werd telefonisch nog één keer de M.I.N.I plus afgenomen. Tenslotte, werden de deelnemers bedankt voor hun deelname aan het onderzoek en werd aan ieder van hen (via de post) een VVV bon ter waarde van 20 Euro gestuurd.

Meetmomenten

Het onderzoeksontwerp bevatte 4 meetmomenten, namelijk de basislijnmetering T0 voorafgaand aan de behandeling, de Tussenmetering T1 drie maanden na start van de behandeling, de Tussenmetering T2 zes maanden na start van de behandeling en de nametering T3 twaalf maanden na de start van de behandeling (zie Figuur 2).

Week	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	...	24	...	48
WBT	-	S1	-	S2	-	S3	-	S4	-	S5	-	S6	-	-	-	-	-
TAU	-	S1	-	E1	-	S2	-	E2	-	E3	-	S3	-	-	-	-	-
Meting	T0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	T1	-	T2	-	T3

Figuur 2. Sessies (S= Sessie; E= E-Health contact) en metingen (T= Meetmoment) bij TAU en WBT over de weken verdeeld.

2.5 De interventies

De behandelvormen WBT en TAU zijn voorzien van protocollen. Zie Bijlage A voor Protocol WBT (Huning, 2013) en Bijlage B voor Protocol TAU (Huning, 2014). Beide protocollen geven voor zowel de behandelaar als de deelnemer de ruimte om zelf vorm te kunnen geven aan de behandeling.

De experimentele conditie: WBT

Deelnemers die aan de conditie WBT werden toegewezen, participeerden in zes face-to-face gesprekken van 45 minuten over een periode van 12 weken. Deze gesprekken werden gevoerd met dezelfde persoon die hen had behandeld tijdens de verwerkingsfase. Aan het begin van de behandeling ontving iedere deelnemer het hulpboek ‘Dit is jouw leven’ (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2013). De opbouw van de behandeling en de indeling van de sessies waren gebaseerd op het protocol van Huning (2013). Alle sessies waren voorzien van huiswerkopdrachten. Deze werden bij elke eerstvolgende sessie besproken. Tijdens de *eerste sessie* werden situaties uit het alledaagse leven besproken waarin welbevinden optreedt. Ook werd het eerste hoofdstuk van het boek ‘Dit is jouw leven’ – De hoogste tijd voor vreugde- besproken. De cliënt werd aan het eind van de eerste sessie gevraagd een dagboek bij te houden waarin zij momenten van welbevinden in hun leven moesten verzamelen en deze een cijfer geven tussen nul (afwezig) en honderd (de hoogste mate van welbevinden). *Sessie 1* richtte de aandacht op positieve emoties en de verbreding hiervan. Tijdens *sessie 2* werd ingegaan op de mate waarin de cliënt zelfcompassie ervaarde. De cliënten ontvingen/kregen?? oefeningen om hun zelfcompassie en emotieregulatie te vergroten. In *sessie 3* werden negatieve gedachten bestudeerd door middel van het Gedachte schema (ACT) en op basis hiervan werden mindfulness oefeningen gedaan. Daarnaast werd tijdens de derde sessie aandacht besteed aan oefeningen uit hoofdstuk 5 – Zelfcompassie uit ‘Dit is jouw leven’. In *sessie 4* werd hoofdstuk 6 uit ‘Dit is jouw leven’- Posttraumatische groei en oefeningen voor procesgerichte coping besproken. In *sessie 5* mocht de deelnemer een eigen onderwerp aandragen. Vervolgens werden negatieve gedachten door middel van het gedachteschema uitgedaagd. Aan het eind van de vijfde sessie werd vastgesteld welke behoefte de cliënt nog had en op basis hiervan werd bepaald wat er in de laatste sessie nog moest worden besproken. In *sessie 6* werd een hoofdstuk naar keuze uit ‘Dit is jouw leven’ besproken. Daarnaast

diende *sessie 6* als een evaluatiemoment voor de behandeling. Tenslotte werd de cliënt gevraagd om de ROM (Routine outcomes Measurement) vragenlijsten in te vullen (Huning, 2013).

De controle conditie: TAU

De controleconditie was treatment as usual (TAU) en bestond uit drie face-to-facegesprekken van 45 minuten over een periode van 12 weken. Deze gesprekken werden afgewisseld met drie e-health contactmomenten met de behandelaar uit de verwerkingsfase. De opbouw van de behandeling en de sessies waren gebaseerd op het protocol van Huning (2014). In *sessie 1* (Face to face) werd besproken welke levensgebieden (werk, vrije tijd,...) in de rehabilitatiefase centraal moesten staan. Het *tweede contact* (E-Mail) gaf de deelnemer de mogelijkheid om vastgelegde aandachtspunten in een mail aan de behandelaar te rapporteren en tips en adviezen van de behandelaar te ontvangen. In *sessie 3* (Face-to-face) werd besproken hoe het op dat moment ging en welke aandachtspunten op dat moment belangrijk waren. *Sessies 4 en 5* (E-Mail) dienden als rapportagemoment voor aandachtspunten met daarop aansluitende feedback van de behandelaar. *Sessie 6* (Face to Face) was een eindevaluatie waarin uitkomsten van de ROM vragenlijsten werden ingevuld en besproken. Ook werd tijdens de zesde sessie tijd gemaakt om de deelnemer te complimenteren voor dingen die goed waren gegaan tijdens de behandeling (Huning, 2014).

2.6 Analyse

Voor analyse van de verzamelde gegevens werd gebruik gemaakt van het programma Statistical Program for Social Sciences (SPSS 23.0). Voor alle analyses werd een alpha van .05 aangehouden. Missing values en uitschieters werden case-wise uitgesloten van de analyse. Normaliteit van de dataverdeling werd gecontroleerd op basis van Shapiro-Wilk, skewness en kurtosis. Om effecten überhaupt zichtbaar te laten worden zijn in deze kleine steekproef parametrische toetsen gehanteerd.

Deelvraag 1 ‘Is er significant verschil tussen de behandelingen WBT en TAU over de meetmomenten T0, T1, T2 en T3?’ werd via GLM repeated measures ANOVA berekend. De afhankelijke variabelen waren welbevinden, PTSS klachten, zelfcompassie en posttraumatische groei. De onafhankelijke variabelen waren de conditie (TAU of WBT) en meetherhaling (i.e. t0, t1, t2, en t3).

Voor de beantwoording van de *tweede deelvraag* ‘Wat is de samenhang tussen welbevinden, PTSS klachten, zelfcompassie, posttraumatische groei op de meetmomenten t0, t1, t2 en t3 bij mensen met PTSS?’ werden Pearson’s r ’s berekend. De richting van de relatie werd aangegeven door het voorteken van de Pearson’s r . Er is sprake van significantie bij $p < 0.05$.

Om *Deelvraag 3* 'Wat is het verschil in effectiviteit bij de drie subgroepen (flourishers, moderates, languishers) in de therapievormen WBT en TAU over de meetmomenten T0, T1, T2 en T3?' te beantwoorden, werd met behulp van crosstabs de verdeling van de deelnemers over de categorieën op de meetmomenten T0, T1, T2 en T3 weergegeven. Er was sprake van een verbetering wanneer een verschuiving van groep Languishers (L) naar Moderates (M) of Flourishers (F) en wanneer een verschuiving van (M) naar (F) heeft plaatsgevonden. Ook werd van verbetering gesproken bij respondenten die continu in groep (F) waren. Er werd geen verandering vastgesteld wanneer respondenten over de meetmomenten continu in dezelfde categorieën (L) en (M) bleven. Er was sprake van verslechtering wanneer een verschuiving van (F) naar (M) of (L) of van (M) naar (L) heeft plaats gevonden. Daarna werd met behulp van de Chi kwadraattoets de samenhang tussen de categorieën op de verschillende meetmomenten vastgesteld. Minimumcriterium voor een betrouwbare afname van de Chi kwadraattoets waren 5 respondenten per Item.

Om *Deelvraag 4* 'Welke voorspellende waarde hebben de dimensies welbevinden, PTSS klachten, zelfcompassie en posttraumatische groei in de therapievormen WBT en TAU op de meetmomenten T0 en T3?' te doorgronden, werd een hiërarchische regressieanalyse met de meetmomenten T0 en T3 uitgevoerd. De voorspellende variabelen waren PTSS klachten, zelfcompassie en posttraumatische groei. De te verklaren variabele was welbevinden onderverdeeld in emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. Vervolgens werden interactie effect vastgesteld en werden hiërarchische regressieanalyses voor de condities WBT en TAU van T0 naar T3 apart uitgevoerd.

3. RESULTATEN

Om inzicht te krijgen hoeveel deelnemers in de condities WBT en TAU werden ingedeeld, is er in Tabel 2 een overzicht weergegeven van de verdeling van de demografische variabelen en de verschillen in de condities. In Tabel 2 is te zien dat in de steekproef (N=19) 11 respondenten aan conditie WBT en 8 respondenten aan conditie TAU werden toegewezen. De gemiddelde leeftijd was 41 jaar in conditie WBT en 29 jaar in conditie TAU. De gemiddelde leeftijd wijkt significant ($p=.03$) af in de twee condities. Het significant verschil komt door vier respondenten met een leeftijd boven 50 jaar in conditie WBT. Er waren in conditie WBT 63.6% mannelijke en 36.4% vrouwelijke deelnemers. In conditie TAU waren er 37.5 mannelijke en 62.5 % vrouwelijke deelnemers. De verdeling van opleidingsniveau is over de condities WBT en TAU niet gelijk, maar laat geen significantie zien ($p=.06$). Op de baselinemeting T0 lijkt het welbevinden (emotioneel, psychologisch & sociaal) en posttraumatische groei in conditie WBT iets hoger dan in TAU. Daarentegen lijken PTSS klachten en zelfcompassie op T0 hoger in TAU dan in WBT. Echter is er geen sprake van significante verschillen tussen de scores in de subcategorieën op T0.

Tabel 2

Demografische gegevens van de deelnemers in de revalidatiefase bij Mediant.

	WBT				TAU				Vergelijking WBT vs TAU			
	N	%	Range	M(SD)	N	%	Range	M(SD)	X ²	t	df	p
Leeftijd	11	-	18 - 64	41.18 (14.85)	8	-	23 - 35	29.25 (4.17)		2.53	12.08	.03
Geslacht	Man	7	63.6		3	37.5			1.27		1	.26
	Vrouw	4	36.4		5	62.5						
Culturele achtergr.	Nederlands	7	63.6		5	62.5			0.00		1	.96
	Anders	4	36.4		3	37.5						
Opleiding	Laag	3	27.3		0	0			7.38		3	.06
	middel.	3	27.3		6	75.0						
	Hoog	5	45.5		1	12.5						
	Anders	0	0		1	12.5						
MHC-SF	Total	11	34-58	44.55 (8.73)	8		16-64	39.63 (17.96)		0.72	9.42	.49
	EW	11	5-15	10.73 (2.37)	8		3-14	9.88 (3.91)		0.59	17	.56
	PW	11	15-26	21.18 (3.82)	8		7-29	19.13 (9.25)		0.59	8.75	.57
	SW	11	0-21	12.64 (6.17)	8		3-21	10.63 (6.35)		0.69	17	.50
PTSS	11		1.06-1.83	1.34 (0.27)	8		1.06-2.33	1.58 (0.5)		-1.38	17	.18
PTG	11		1.67-5.90	4.13 (1.33)	8		1.64-5.89	3.61 (1.65)		0.75	17	.46
SCS-SF	11		3.27-5.73	4.65 (0.75)	8		2.27-6.36	4.82 (1.46)		-0.29	9.67	.78

3.1 Effectiviteit van de behandelingen WBT en TAU

Om deelvraag 1 *‘Is er significant verschil tussen de behandelingen WBT en TAU over de meetmomenten T0, T1, T2 en T3?’* te beantwoorden, werd een repeated measures ANOVA uitgevoerd. Tabel 3 weergeeft de effectiviteit van de behandelingen WBT en TAU tussen de meetmomenten T0 en T3. De analyse laat zien dat tijd een hoofdeffect laat zien bij emotioneel welbevinden (EW). Dat betekent dat EW ongeacht de conditie significant veranderd voor de meetmomenten ($p < .05$). Alle andere hoofd- en interactie-effecten laten geen significantie zien. In andere woorden betekent dit dat emotioneel welbevinden significant veranderd in loop van de meetmomenten maar dat er geen significant verschil is tussen de behandelvormen TAU en WBT wat betreft de effectiviteit.

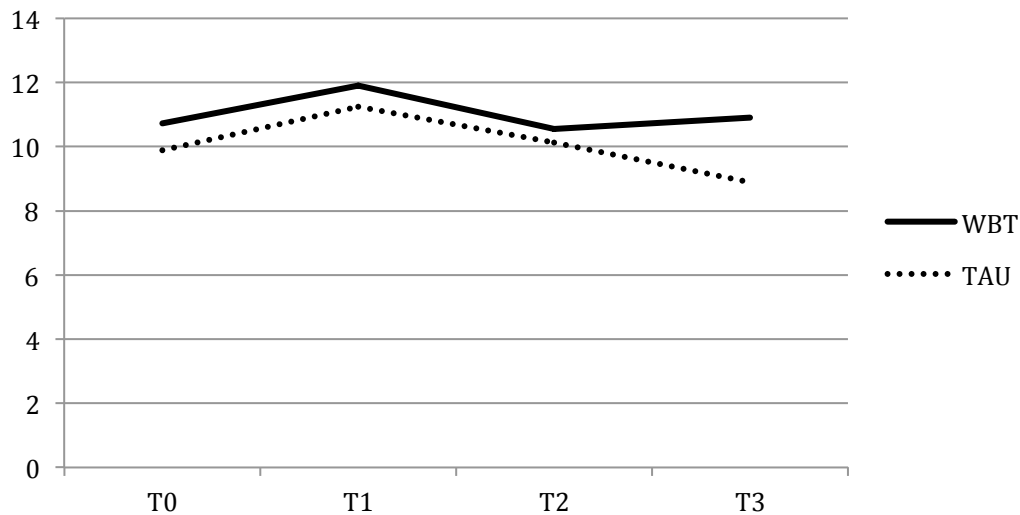
Tabel 3

Gemiddeldes en standaarddeviaties (M(SD)) van de dimensies en Repeated measures analyse weergegeven in F-waardes (F) met vrijheidsgraden (df) en significantie niveau (sig) voor de verschillen tussen de meetmomenten (T0), T3], conditie (WBT, TAU) en interacties tussen meetmoment en conditie.

	T0			T1			T2			T3			Tijd*(T0-T3)			Conditie (WBT-TAU)			Tijd*Conditie		
	Range	WBT	TAU	WBT	TAU	WBT	TAU	WBT	TAU	F	df	sig	F	df	sig	F	df	sig			
MHC-SF	34-58	44.55 (8.73)	39.63 (17.96)	49.91 (8.49)	45.5 (16.2)	46.64 (10.27)	43.5 (14.51)	48 (10.74)	40 (17.89)	1.90	3,15	.17	0.42	3,15	.72	0.93	1,17	.34			
EW	5-15	10.73 (2.37)	9.88 (3.91)	11.91 (1.76)	11.25 (4.33)	10.55 (2.88)	10.13 (3.23)	10.91 (2.47)	8.88 (4.64)	4.06	3,15	.03*	0.68	3,15	.58	0.62	1,17	.44			
PW	15-26	21.18 (3.82)	19.13 (9.25)	22.73 (3.1)	22.63 (7.87)	21.55 (4.46)	21.38 (5.9)	22.18 (5.96)	19.88 (9.01)	1.27	3,15	.32	0.43	3,15	.73	0.22	1,17	.64			
SW	0-21	12.64 (6.17)	10.63 (6.35)	15.27 (5.52)	11.63 (5.53)	14.55 (5.28)	12 (6.39)	14.91 (4.44)	11.25 (5.26)	1.43	3,15	.27	0.63	3,15	.61	1.54	1,17	.23			
PTSS	1.06-1.83	1.34 (0.27)	1.58 (0.5)	1.31 (0.16)	1.53 (0.58)	1.39 (0.33)	1.69 (0.69)	1.45 (0.44)	1.7 (0.62)	2.10	3,15	.14	0.18	3,15	.91	1.73	1,17	.21			
PTG	1.67-5.90	4.13 (1.33)	3.61 (1.65)	4.39 (1.2)	3.89 (1.54)	4.01 (1.26)	3.55 (1.24)	4.35 (0.97)	3.62 (1.31)	9.7	3,15	.43	0.23	3,15	.88	1.09	1,17	.31			
SCS-SF	3.27-5.73	4.65 (0.75)	4.82 (1.46)	4.07 (0.62)	4.11 (0.61)	4.02 (0.51)	4.35 (0.53)	4.2 (0.48)	4.1 (0.69)	0.23	3,15	.87	1.24	3,15	.33	0.00	1,17	.99			

Note: * p < .05. ** p < 0.01, MHC= Welbevinden, EW= Emotioneel welbevinden, PW= Psychologisch welbevinden, SW= Sociaal welbevinden, PTSS= PTSS klachten, PTG= Posttraumatische groei, SCS-SF= Zelfcompassie

Doordat EW als enige variabele een enige significante verandering over de meetmomenten laat zien wordt in het vervolg alleen op EW verder ingegaan. Figuur 3 laat het verloop van EW van beide condities in een range van 5 tot en met 15 over de meetmomenten heen zien. Beide condities stijgen van T0 naar T1 en dalen vervolgens weer van T1 naar T2. Van T2 naar T3 lijkt het welbevinden bij conditie WBT te stijgen, terwijl TAU blijkaar daalt.



Figuur 3. Emotioneel welbevinden per groep per meetmoment.

Tabel 4 laat zien dat het verloop dat in Figuur 2 is beschreven alleen tussen de meetmomenten T1 en T2 ($2.88 [18] = T, p < .05$) en de meetmomenten T1 en T3 ($2.97 [18] = T, p < .05$) significant van elkaar verschilt. Tussen T1 en T2 neemt het emotioneel welbevinden bij beide behandelingen significant af. Ook tussen T1 en T3 is een significante afname van emotioneel welbevinden in beide condities vast te stellen.

Tabel 4

Verschillen tussen de meetmomenten bij emotioneel welbevinden (MHC-SF).

	A	B	A		B		A vs B			
			WBT	TAU	WBT	TAU	M(SD) ^a	t	df	p
EW	T0-	T1	10.73 (2.37)	9.88 (3.91)	11.91 (1.76)	11.25 (4.33)	-1.26 (0.79)	-1.60	18	.13
	T0-	T2	10.73 (2.37)	9.88 (3.91)	10.55 (2.88)	10.13 (3.23)	0.00 (2.60)	0.00	18	1.00
	T0-	T3	10.73 (2.37)	9.88 (3.91)	10.91 (2.47)	8.88 (4.64)	0.32 (3.38)	0.41	18	.69
	T1-	T2	11.91 (1.76)	11.25 (4.33)	10.55 (2.88)	10.13 (3.23)	1.26 (1.91)	2.88	18	.01*
	T1-	T3	11.91 (1.76)	11.25 (4.33)	10.91 (2.47)	8.88 (4.64)	1.58 (2.32)	2.97	18	.01*
	T2-	T3	10.55 (2.88)	10.13 (3.23)	10.91 (2.47)	8.88 (4.64)	0.32 (2.50)	0.55	18	.59

Note: * $p < .05$. ** $p < 0.01$; a= WBT en TAU

De conclusie die uit de analyses van deelvraag 1 getrokken kan worden, is dat emotioneel welbevinden in beide condities (WBT en TAU) tussen drie (T1), zes maanden (T2) en twaalf maanden (T3) maanden na start van de behandeling significant daalt. De andere dimensies laten geen relevante verschillen zien. Hoewel het verloop van emotioneel welbevinden grafisch gezien bij de behandeling niet hetzelfde lijkt, blijkt uit de statistische analyse geen significant verschil tussen de behandelvormen WBT en TAU tussen meetmomenten T2 en T3.

1.1 Samenhang tussen de variabelen op verschillende meetmomenten

Ter beantwoording van de tweede deelvraag ‘*Wat is de samenhang tussen welbevinden, PTSS klachten, zelfcompassie, posttraumatische groei op de meetmomenten T0, T1, T2 en T3 bij mensen met PTSS?*’ werd een correlatieanalyse uitgevoerd om de samenhang tussen de variabelen op de verschillende meetmomenten vast te stellen..

Tabel 5 laat zien dat op T0 alle correlaties tussen de variabelen significant zijn. Er is een sterke positieve samenhang tussen alle factoren te zien, behalve met de variabele PTSS klachten. Deze variabele laat een negatieve correlatie zien met alle andere variabelen, wat enerzijds betekent dat meer PTSS klachten leiden tot een lager welbevinden, zelfcompassie en posttraumatische groei en anderzijds dat een hoge mate aan welbevinden samen gaat met een hoge mate aan zelfcompassie en posttraumatische groei. Ook op de meetmomenten T1, T2 en T3 zijn alle correlaties significant, behalve zelfcompassie op T2 en T3. De richting van de significante correlaties op T1, T2 en T3 is hetzelfde als op T0. De samenhang met de variabele zelfcompassie varieert op de verschillende meetmomenten en is een uitzondering, want op T1 laat Zelfcompassie een negatieve significante samenhang met posttraumatische groei zien. Dat betekent dat een hogere mate van zelfcompassie

ervoor zorgt dat mensen minder posttraumatische groei ervaren. Op T2 laat zelfcompassie een negatieve significante samenhang met psychologisch welbevinden zien, wat betekent dat een verminderde zelfcompassie leidt tot meer psychologisch welbevinden. Een tweede uitzondering is de correlatie posttraumatische groei op T3, die een significante negatieve samenhang met psychologisch welbevinden laat zien. Dat betekent dat hoe meer posttraumatische groei er is, hoe lager het psychologisch welbevinden en andersom.

Tabel 1Bivariate correlatiecoëfficiënten (Pearson's r) voor subschalen MHC-SF, PTSS klachtenschaal, PTGI, SCS-SF per meetmoment.

		1.	2.	3.	4.	5.	6.
T0	1. MHC-SF Welbevinden Totaal						
	2. MHC-SF Emotioneel welbevinden	.81**					
	3. MHC-SF Sociaal welbevinden	.89**	.56**				
	4. MHC-SF Psychologisch welbevinden	.95**	.77**	.75**			
	5. PTSS klachtenschaal	-.61**	-.61**	-.55**	-.65**		
	6. Posttraumatische Groei (PTGI)	.64**	.51**	.56**	.62**	-.44**	
	7. Zelfcompassie SCS-SF	.61**	.43**	.49**	.66**	-.32*	.46**
T1	1.						
	2.	.89**					
	3.	.88**	.63**				
	4.	.95**	.90**	.69**			
	5.	-.81**	-.83**	-.60**	-.83**		
	6.	.77**	.72**	.65**	.73**	-.66**	
	7.	-.08	-.23	.09	-.14	.17	-.60**
T2	1.						
	2.	.91**					
	3.	.83**	.57**				
	4.	.92**	.95**	.55**			
	5.	-.73**	-.76**	-.55**	-.68**		
	6.	.82*	.66**	.81**	.68**	-.54**	
	7.	-.21	-.33	.08	-.38*	-.04	.03
T3	1.						
	2.	.90**					
	3.	.86**	.64**				
	4.	.95**	.87**	.68**			
	5.	-.76**	-.71**	-.70**	.95**		
	6.	.86**	.71**	.81**	-.68**	-.75**	
	7.	.13	.27	.12	-.32	-.19	-.02

Note. $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$.

Uit de analyses van deelvraag 2 wordt de conclusie getrokken dat emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden op alle meetmomenten positief aan elkaar gerelateerd zijn en negatief gerelateerd zijn aan PTSS klachten. Concluderend kan gezegd worden dat er een sterke correlatie is tussen welbevinden en PTSS klachten en dat de correlaties van zelfcompassie en posttraumatische groei veranderen over de meetmomenten.

1.2 Flourishers, moderates, languishers

Om de derde deelvraag *‘Veranderen de respondenten van subcategorie (flourishers, moderates, languishers) over de meetmomenten T0, T1, T2 en T3 en verschilt dit per therapievorm WBT en TAU?’* te beantwoorden, werd met crosstabs naar de verdeling van flourishers, moderates en languishers op de MHC-SF over de meetmomenten gekeken en vervolgens met χ^2 -tests naar de samenhang tussen de categorieën gekeken. Tabel 6 beschrijft de verdeling van de respondenten (N= 42) over de categorieën flourishing, moderating, languishing. De daling van het totaal aantal respondenten tussen de meetmomenten T0 naar T3 worden veroorzaakt door een drop-out en het feit dat respondenten niet alle meetmomenten hebben afgerond en ingevuld (Zie Figuur 1). Uit de analyse komt naar voren dat er een significante samenhang in de subcategorieën flourishing, moderating, en languishing tussen de meetmomenten T0 en T1 ($\chi^2_{(4)} = 20.35$; $p < .05$) en de meetmomenten T0 en T2 ($\chi^2_{(2)} = 6.56$; $p < .05$) is. Dat betekent dat er een significante samenhang is in welke categorie (flourisher, moderates of languishers) respondenten bij start van de behandeling (T0) zitten en in welke categorie ze drie maanden en zes maanden (T2) na start van de behandeling (T1) zitten. De resultaten moeten met enige voorzichtigheid worden beschouwd, omdat er te weinig waarden zijn dat de analyse betrouwbare uitspraken oplevert.

Tabel 2

Verdeling van de deelnemers in de subcategorien Languishing (L), Moderating (M) en Flourishing (F) op de MHC-SF op de meetmomenten T0, T1, T2 en T3.

		T0	T0*T1			T1*T2			T2*T3		
		Totaal	L	M	F	L	M	F	L	M	F
T0	L	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0
	M	28	2	22	4	0	14	6	1	8	7
	F	13	0	2	11	0	2	7	0	2	8
			X ²	df	p	X ²	df	p	X ²	df	p
			20.35	4	.00*	6.56	2	.05*	4.98	4	.29

Note. $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabel 7 laat de categorisering in flourishers (F), moderates (M) en languishers (L) bij elke deelnemer op de verschillende meetmomenten T0, T1, T2 en T3 zien. In conditie WBT werd bij negen deelnemers een positieve verandering, bij twee deelnemers een negatieve verandering en bij zes respondenten geen verandering in de subcategorieën vastgesteld. In conditie TAU werd bij acht respondenten een positieve verandering, bij twee respondenten een negatieve verandering en bij 15 respondenten geen verandering in de subcategorieën vastgesteld. Een Chi²-test laat geen verschil in verandering van subcategorie MHC zien tussen de condities ($X^2_{(2)} = 2.01$, $p = .37$).

Tabel 7

Verdeling van de scores in de subcategorieën Languishing (L), Moderating (M) en Flourishing (F) op de MHC-SF op de meetmomenten T0, T1, T2 en T3 opgedeeld in conditie WBT en TAU.

WBT										TAU									
R	T0	T1	T2	T3	Laatste meting	Reden	N	Verandering		R	T0	T1	T2	T3	Laatste meting	Reden	N	Verandering	
1	M	-	-	-	0	S	-	-		61	L	-	-	-	0	S	1	-	
2	M	-	-	-	0	S	-	-		57	M	-	-	-	0	S	-	-	
3	M	-	-	-	0	S	-	-		30	M	-	-	-	0	S	2	-	
7	M	-	-	-	0	A	-	-		38	F	-	-	-	0	S	1	-	
8	M	-	-	-	0	S	-	-		63	M	L	-	-	1	S	1	Neg	
9	M	-	-	-	0	A	-	-		43	M	M	-	-	1	S	-	Geen	
11	M	-	-	-	0	A	-	-		31	M	M	-	-	1	S	-	Geen	
13	M	-	-	-	0	A	-	-		32	M	M	-	-	1	S	-	Geen	
21	M	-	-	-	0	A	9	-		33	M	M	-	-	1	S	-	Geen	
16	F	-	-	-	0	A	-	-		34	M	M	-	-	1	S	-	Geen	
10	F	-	-	-	0	A	-	-		35	M	M	-	-	1	S	6	Geen	
5	F	-	-	-	0	A	3	-		36	F	F	-	-	1	S	-	Geen	
28	M	M	-	-	1	S	-	Geen		40	F	F	-	-	1	S	2	Geen	
4	M	M	-	-	1	A	-	Geen		39	M	M	M	-	2	S	1	Geen	
15	M	M	-	-	1	A	2	Geen		62	M	M	F	-	2	S	1	Pos	
6	M	M	M	-	2	S	-	Geen		37	M	-	F	-	2	S	1	Pos	
27	M	M	M	-	2	S	2	Geen		60	M	F	M	-	2	S	1	Pos	
19	M	M	M	M	3	-	1	Geen		46	F	-	F	-	2	S	1	Pos	
17	M	M	M	F	3	-	-	Pos		49	F	F	F	-	2	S	1	Pos	
24	M	M	M	F	3	-	2	Pos		48	L	F	M	M	3	-	1	Pos	
14	M	M	F	F	3	-	1	Pos		41	M	L	M	L	3	-	1	Neg	
22	M	F	F	F	3	-	1	Pos		44	M	-	M	M	3	A	-	Geen	
12	M	M	F	M	3	-	1	Pos		45	M	-	M	M	3	A	-	Geen	
18	F	F	F	M	3	-	1	Neg		47	M	-	M	M	3	A	3	Geen	
23	F	M	M	M	3	-	1	Neg		42	M	M		M	3	A	1	Geen	
29	F	F	M	F	3	-	1	Pos		52	M	M	M	M	3	-	-	Geen	
20	F	M	-	F	3	A	1	Pos		58	M	M	M	M	3	-	2	Geen	
25	F	F	F	F	3	-	-	Pos		56	M	M	-	F	3	-	1	Pos	
26	F	F	F	F	3	-	2	Pos		55	M	F	M	F	3	-	1	Pos	

- *R= Respondent, Pos= Positieve verandering, Neg= Negatieve verandering, Geen= Geen verandering, A= Afhaken, S= Stoppen omdat er nog niet meer meetmomenten beschikbaar zijn op dat moment*

Uit de analyses van deelvraag 3 kan met enige voorzichtigheid worden geconcludeerd dat de mate van welbevinden (flourishers, moderates, languishers) samenhangt met de mate van welbevinden drie maanden na start van de behandeling (T1) en zes maanden na start van de behandeling (T2). De

resultaten laten ook zien dat het aantal mensen die verbeterden en verslechterden ongeveer gelijk zijn voor WBT en TAU.

1.3 Voorspellende waarde van de variabelen

Om deelvraag 4 *‘Welke voorspellende waarde hebben de dimensies PTSS klachten, zelfcompassie en posttraumatische groei in de therapievormen WBT en TAU op het welbevinden tussen de meetmomenten T0 en T3?’* te doorgronden, werd een hiërarchische regressieanalyse uitgevoerd. De afhankelijke variabele was welbevinden (emotioneel, psychologisch en sociaal). De onafhankelijke variabelen waren in model 1 PTSS klachten, zelfcompassie en posttraumatische groei en in model 2 PTSS klachten, zelfcompassie en posttraumatische groei en diens interactieterm. Leeftijd werd als controlevariabele meegenomen. Hieruit blijkt dat model 1 alleen bij emotioneel welbevinden statistisch significant is ($F(4; 14) = 5.33; p < 0.05$) en model 2 geen statistisch significante verklaarwaarde toevoegt. Daarnaast zijn er binnen model 1 niet significante trends in de uitkomstmaten welbevinden algemeen ($F(4; 14) = 2.60; p > 0.05$) en sociaal welbevinden ($F(4; 14) = 2.50; p > 0.05$) vast te stellen. Er wordt in het vervolg dus alleen emotioneel welbevinden in model 1 besproken.

Binnen model 1 zijn de variabelen zelfcompassie ($B = 0.34; SE_B = 0.55$) en posttraumatische groei ($B = 1.41; SE_B = 0.74$) statistisch niet significante voorspeller voor emotioneel welbevinden. Daarentegen laten meer PTSS klachten een significant voorspellende waarde zien op de afname van emotioneel welbevinden en weinig PTSS klachten een significant voorspellende waarde op toename van emotioneel welbevinden ($B = -5.06; SE_B = 1.85$). In andere woorden betekent dit hoe meer PTSS klachten er zijn hoe minder emotioneel welbevinden er is en andersom, hoe minder PTSS klachten des te hoger het emotioneel welbevinden.

Tabel 9 laat de resultaten van de hiërarchische regressie analyses opgesplitst voor de condities WBT en TAU zien. De afhankelijke variabele was welbevinden (emotioneel, psychologisch en sociaal) en de onafhankelijke variabelen waren PTSS klachten, zelfcompassie en posttraumatische groei. Leeftijd werd als controlevariabele meegenomen. Uit de analyse blijkt dat er geen statistisch significante verklaarwaarde is door de opgesplitste beschouwing van conditie WBT en TAU. Er wordt aangenomen dat door het kleine aantal proefpersonen geen significante effecten worden gevonden. De resultaten worden daarom buiten beschouwing gelaten.

Tabel 8

Hierarchische regressie analyses, welbevinden (T3) verklaart door PTSS klachten, zelfcompassie en posttraumatische groei (T0) plus leeftijd als controle variabele.

		Welbevinden algemeen					Emotioneel welbevinden					Psychologisch welbevinden					Sociaal welbevinden				
		B	SEB	t	p		B	SEB	T	p		B	SEB	t	p		B	SEB	t	p	
Model 1	PTSS	-13.04	8.01	-1.63	.13		-5.06	1.85	-2.74	.02*		-5.51	4.31	-1.28	.22		-2.47	2.83	-0.87	.40	
	SCS	0.53	2.39	0.22	.83		-0.34	0.55	-0.62	.54		-0.64	1.29	-0.50	.63		1.52	0.84	1.80	.09	
	PTGI	5.86	3.20	1.83	.09		1.41	0.74	1.91	.08		3.53	1.72	2.05	.06		0.92	1.13	0.81	.43	
	Leeftijd	0.05	0.24	0.20	.84		0.02	0.06	0.44	.67		0.03	0.13	0.24	.81		-0.01	0.08	-0.08	.94	
	FA	dfl	df2	p	AR²	FA	dfl	df2	p	AR²	FA	dfl	df2	p	AR²	FA	dfl	df2	p	AR²	
	2.60	4	14	.08	.43	3.67	4	14	.03*	.51	1.92	4	14	.16	.35	2.50	4	14	.09	.42	
Model 2	PTSS	-60.69	45.67	-1.33	.21		-13.27	10.96	-1.21	.25		-23.05	25.23	-0.91	.38		-24.37	15.57	-1.57	.15	
	SCS	9.72	15.97	0.61	.56		-0.61	3.83	-0.16	.88		5.86	8.82	0.66	.52		4.47	5.44	0.82	.43	
	PTGI	-15.91	17.93	-0.89	.39		-3.01	4.30	-0.70	.50		-4.50	9.91	-0.45	.66		-8.40	6.11	-1.37	.20	
	Leeftijd	0.14	0.29	0.47	.65		0.04	0.07	0.63	.54		0.05	0.16	0.32	.75		0.04	0.10	0.41	.69	
	IAT PTSS SCS	-5.34	6.36	-0.84	.42		-0.60	1.53	-0.39	.70		-3.00	3.51	-0.85	.41		-1.74	2.17	-0.80	.44	
	IAT PTSS PTGI	16.59	11.95	1.39	.19		2.60	2.87	0.91	.38		6.95	6.60	1.05	.32		7.04	4.07	1.73	.11	
	IAT SCS PTGI	-0.25	2.30	-0.11	.91		0.25	0.55	0.45	.66		-0.43	1.27	-0.34	.74		-0.07	0.78	-0.09	.93	
	FA	dfl	df2	p	AR²	FA	dfl	df2	p	AR²	FA	dfl	df2	p	AR²	FA	dfl	df2	p	AR²	
	0.71	3	11	.57	.09	0.38	3	11	.77	.05	0.48	3	11	.70	.08	1.03	3	11	.42	.13	

Note. *p* < .10, * *p* < .05, ** *p* < .01.

Tabel 9

Opgesplitste hiërarchische regressie analyses voor WBT en TAU, welbevinden (T3) verklaart door PTSS klachten, zelfcompassie en posttraumatische groei (T0) plus leeftijd als controle variabele.

	Welbevinden algemeen					Emotioneel welbevinden					Psychologisch welbevinden					Sociaal welbevinden					
	B	SEB	t	p		B	SEB	T	p		B	SEB	t	p		B	SEB	t	p		
WBT	PTSS	-14.14	16.93	-0.83	.44	-5.57	3.26	-1.71	.14		-12.14	8.61	-1.41	.21		6.60	0.22	0.61	.21		
	SCS	-0.42	3.60	-0.12	.91	-0.95	0.69	-1.37	.22		-1.03	1.83	-0.57	.59		1.40	0.47	0.31	.59		
	PTGI	0.00	6.19	0.00	1.00	0.19	1.19	0.16	.88		-0.37	3.15	-0.12	.91		2.41	0.03	0.94	.91		
	Leeftijd	-0.15	0.30	-0.50	.63	-0.02	0.06	-0.28	.79		-0.10	0.15	-0.66	.54		0.12	-0.12	0.77	.54		
TAU	F	df1	df2	p	R ²	F	df1	df2	p	R ²	F	df1	df2	p	R ²	F	df1	df2	p	R ²	
		0.21	4	6	.93	.12	0.94	4	6	.50	.38	0.54	4	6	.72	.26	0.22	4	6	.79	.22
	PTSS	-10.70	11.22	-0.95	.41	-4.86	2.79	-1.74	.18		-3.07	5.78	-0.53	.63		2.80	-0.26	0.40	.63		
	SCS	1.07	3.91	0.28	.80	0.23	0.97	0.24	.83		-0.72	2.01	-0.36	.74		0.97	0.49	0.21	.74		
	PTGI	8.26	4.50	1.84	.16	1.69	1.12	1.51	.23		5.30	2.32	2.29	.11		1.12	0.35	0.34	.11		
	Leeftijd	0.54	1.29	0.42	.71	0.21	0.32	0.66	.56		0.56	0.66	0.85	.46		0.32	-0.19	0.51	.46		
	F	df1	df2	p	R ²	F	df1	df2	p	R ²	F	df1	df2	p	R ²	F	df1	df2	p	R ²	
		2.21	4	3	.27	.75	2.49	4	3	.24	.77	0.74	4	3	.29	.74	3.36	4	3	.17	.82

Note. *p* < .10, * *p* < .05, ** *p* < .01.

Uit de analyses van deelvraag 4 kan worden geconcludeerd dat hoge mate van PTSS klachten het emotioneel welbevinden verlagen en andersom weinig SPSS klachten hoog emotioneel welbevinden kunnen voorspellen.

4. DISCUSSIE

Deze studie moest aantonen welke behandeling (WBT of TAU) effectiever was in de rehabilitatiefase op lange termijn (tot 12 maanden na start van de behandeling) .

Ten eerste bleek uit de resultaten van deelvraag 1 'Is er significant verschil tussen de behandelingen WBT en TAU over de meetmomenten T0, T1, T2 en T3?' dat de WBT op de lange termijn geen effect laat zien. Bovendien daalt het emotioneel welbevinden tussen drie en twaalf maanden bij beide behandelingen. Hypothese 1.1. *'Verwacht wordt dat welbevindentherapie over de meetmomenten T0, T1, T2 en T3 significant verschilt van TAU.'* en Hypothese 1.2. *'Er treedt een significante verbetering bij emotioneel- en psychologisch welbevinden over de meetmomenten T0, T1, T2 en T3 op.'* worden verworpen. Dit is in tegenstrijd met het onderzoek van Lamers (2012) en de verwachting dat er significante verschillen tussen de behandelvormen WBT en TAU zijn op de dimensies emotioneel en psychologisch welbevinden na afloop van de behandeling. Een verklaringsmodel voor het dalen van het emotioneel welbevinden is dat mensen door de behandeling hun talent leren kennen, maar dat er ook tijd nodig is om het talent te laten groeien (Moeenizadeh & Salagme, 2010). Emotioneel welbevinden betekent met onder tevredenheid met het leven (Bohlmeijer et al., 2013). Tevredenheid met het leven omschrijft bepaalde aspecten zoals gezondheidstoestand, huisvesting of sociale contacten maar is veel meer de subjectieve ervaring van het leven dan het objectief kunnen uitvoeren van activiteiten (Deeg & Braam, 1997). Aan de ene kant is het bevorderen van de tevredenheid dus afhankelijk van omgevingsfactoren en individuele karakteristieken van de omgeving en aan de andere kant moet een verschuiving van de waarneming van het leven plaats (Verlet & Callens, 2010). Als deze twee processen nog niet voldoende zijn ontwikkeld is er nog geen langdurige krachtbron aangeleerd en het emotioneel welbevinden kan dalen.

Daarnaast betekent emotioneel welbevinden de aanwezigheid van positieve en de afwezigheid van negatieve gevoelens (Bohlmeijer et al., 2013). Door de verwerkingsbehandeling zijn mensen met PTSS reeds in contact gekomen met negatieve gevoelens (Tuut, 2013). Zowel in verwerkingsfase als ook in rehabilitatiefase bij Mediant worden door CGT elementen gedachtens die negatieve gevoelens oproepen en in stand houden, op de lange termijn uitgedaagd en worden gevoelens besproken (Korrelboom & ten Broeke, 2004). Door de specifieke focus van het protocol van WBT (Huning, 2013) op zelfcompassie en posttraumatische groei worden de deelnemers met de ingrijpende gebeurtenissen in hun leven geconfronteerd. Voordat posttraumatische groei ontstaat, vindt een

langere periode van intense worsteling plaats, waardoor negatieve gevoelens naar boven komen (Bohlmeijer et al., 2013). Als deze emoties bij mensen met PTSS niet voldoende behandeld worden, bestaat de kans dat er geen posttraumatische groei ontstaat, maar negatieve gedachten en gevoelens blijven bestaan. Uit de bevindingen van het huidige onderzoek lijkt het leren omgaan met emoties dus essentieel. Ook uit wetenschappelijke literatuur komt naar voren dat emotieregulatie een belangrijk onderdeel is van de behandeling bij mensen met PTSS (Dorrepaal, Thomase, Draijer, Veltman, van Balkom, 2015). Aangezien emotieregulatie bij mensen met PTSS voornamelijk in de stabilisatiefase wordt toegepast (Bicanic, Jongh, Ten Broeke, 2015) en alleen mensen met complexe PTSS de stabilisatiefase doorlopen (Jongerdijk, 2014) komt de vraag op of het driefasemodel (Trimbos Instituut, 2013) goed aansluit bij de behoeftes van mensen met PTSS. Bicanic & De Jongh (2015) bekritiseren in recent onderzoek het driefasemodel en tonen aan dat mensen met PTSS evenzo van traumabehandeling profiteren wanneer ze geen stabilisatiefase met emotieregulatie ervaren. De bevindingen van het huidige onderzoek spreken tegen de conclusie van Bicanic & De Jongh (2015) de voorafgaande stabilisatie aan traumabehandeling niet standaard toe te passen, want emotieregulatie blijkt uit de resultaten van het huidige onderzoek in de rehabilitatiefase niet voldoende behandeld. Het huidige onderzoek zal het belang van emotieregulatie in de stabilisatiefase juist benadrukken en de focus erop vergroten.

Het afvallen van psychologisch welbevinden kan evenzo verklaart worden doordat zelfrealisatie en effectief functioneren nog niet voldoende ontwikkelt zijn om langdurig te functioneren. Meer focus op psychologisch en emotioneel welbevinden in de rehabilitatiefase door WBT volgens Fava (2003) zou bijdrage kunnen opleveren aan het behouden van zowel emotioneel- als ook psychologisch welbevinden.

Ten tweede bleek uit de resultaten van deelvraag 2 'Wat is de samenhang tussen welbevinden, PTSS klachten, zelfcompassie en posttraumatische groei op de meetmomenten T0, T1, T2 en T3 bij mensen met PTSS?' dat er een sterke positieve samenhang is van emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden en dat welbevinden negatieve samenhang laat zien met PTSS klachten. De samenhang van zelfcompassie en posttraumatische groei blijkt te veranderen over de twaalf maanden. Hypothese 2.1. *'Er wordt een positieve samenhang met de variabelen welbevinden en zelfcompassie verwacht en een negatieve samenhang met PTSS klachten'* wordt dus aangenomen. Dit komt overeen met de bevindingen van Mevissen & Ross (2014) die ontdekten dat mensen met PTSS een verlaagd emotioneel, sociaal, cognitief welbevinden laten zien en op cognitief en lichamelijk niveau slechter presteren. Daarentegen worden hypothese 2.2. *'Er is een positieve samenhang tussen PTSS klachten en posttraumatische groei'* en hypothese 2.3. *'De mate van samenhang tussen PTSS klachten en welbevinden is matig'* verworpen. Het verwerpen van hypothese 2.2 spreekt tegen de bevindingen dat het ontwikkelen van posttraumatische groei gerelateerd is aan sociaal welbevinden (Triplett et. al.,

2012). Er lijkt een andere mechanisme voor het ontstaan van posttraumatische groei ten grondslag te liggen. Daarnaast lijkt in het huidige onderzoek dat hoog welbevinden sterk samen hangt met weinig PTSS klachten en andersom. Deze bevinding is tegenstrijdig met het Twee continuamodel (Keyes, 2002), waarin een matige samenhang tussen welbevinden en psychopathologie wordt verwacht (Westerhof & Keyes, 2008) en met verschillende onderzoeken waarin het twee continuamodel bij mensen met PTSS is bevestigd (Acikel, 2014; Pool, 2016; Sönmez, 2015). Onderzoek van Leeftang (2016) heeft aangetoond dat er sterke samenhang is tussen welbevinden en PTSS klachten en dat wordt tevens bevestigd door dit onderzoek. Doordat in het huidige onderzoek ervan uit wordt gegaan dat respondenten in begin van de rehabilitatiebehandeling vrij zijn van PTSS klachten, leidt deze bevinding tot de aanbeveling in de rehabilitatiefase voor een krachtgerichte aanpak met verhogen van van alle drie dimensies van welbevinden (emotioneel, psychologisch en sociaal) middels WBT de voorkeur te geven aan TAU. De effectiviteit van WBT volgens Fava (2003) is reeds aangetoond (Fava et al., 2005; Ruini & Fava, 2009) en wordt door het huidige onderzoek voor de rehabilitatiefase voor mensen met PTSS aanbevolen.

Ten derde blijkt uit de analyse van Deelvraag 3 *‘Wat is het verschil in effectiviteit bij de drie subgroepen (flourishers, moderates, languishers) in de therapievormen WBT en TAU over de meetmomenten T0, T1, T2 en T3?’* dat tussen begin van de behandeling en zes maanden na de behandeling geen veranderingen in de mate van welbevinden optreden met uitzondering van enkele uitschieters. Daarnaast komt naar voren dat noch de WBT noch de TAU in de loop van 12 maanden betere resultaten laten zien. Hypothese 3.1. *‘De mate van welbevinden op de baselinemeting (T0) hangt samen met de mate van welbevinden op T1, T2 en T3’* wordt dus verworpen. Hypothese 3.2. *‘WBT laat op lange termijn betere resultaten zien bij mensen met laag welbevinden’* kan nog worden aangenomen nog worden verworpen omdat er geen respondenten waren met laag welbevinden in begin van de rehabilitatiefase in WBT. Respondenten ervaren ongeacht het welbevinden geen voor- of nadeel wanneer ze de behandeling TAU of WBT volgen. TAU is in de rehabilitatiefase bij Mediant al jaren in gebruik en lijkt tot nu de beste behandelmethode in de rehabilitatiefase. De bevinding dat WBT net zo goed als TAU werkt, betekent dan voor de praktijk dat WBT evengoed een geschikte behandeling is in de rehabilitatiefase. Als er echter andere factoren zoals kosten en belasting van de respondenten worden meegenomen lijkt TAU meer geschikt dan WBT. Door de e-health contacten is TAU voor Mediant goedkoper en vereist minder inzet van de client.

Tenslotte blijkt uit de analyse van deelvraag 4 *‘Welke voorspellende waarde hebben de dimensies PTSS klachten, zelfcompassie en posttraumatische groei in de therapievormen WBT en TAU op het welbevinden tussen de meetmomenten T0 en T3?’* dat hoge mate van PTSS klachten het emotioneel welbevinden verlagen en andersom weinig SPSS klachten hoog emotioneel welbevinden kunnen voorspellen gedurende 12 maanden na de behandeling. Aangezien emotioneel welbevinden na de

rehabilitatiebehandeling in zowel WBT als ook TAU verlaagd kan aangenomen worden dat PTSS klachten die in de verwerkingsfase nog aanwezig waren het afvallen van welbevinden na de rehabilitatiebehandeling veroorzaken. Onderzoek van Erbes (2007) toont een negatieve samenhang aan tussen PTSS klachten en laag emotioneel welbevinden. Door de behandeling met WBT en TAU is de terugval van emotioneel welbevinden gedurende de behandeling voorkomen. Het dalen van emotioneel welbevinden na afloop van de rehabilitatiebehandeling betekent dat het emotioneel welbevinden door de rehabilitatiebehandeling niet voldoende is ontwikkelt/ verhoogd om langdurig niet te worden verstoort door de PTSS klachten. Een mogelijke versterking van dit effect treedt op door het feit dat mensen die lang in behandeling waren na afloop van de rehabilitatiefase niet meer de steun en hulp krijgen die ze door de therapeutische relatie hebben ervaren. Uitbreiding van de rehabilitatiefase via online lotgenotencontact (Delleman, 2014) en een smartphone app (Haagen (2014) zou mogelijkheid kunnen bieden de effectiviteit van de rehabilitatiefase te vergroten en langdurige hulpbronnen te creëren.

4.1 Methodologische overwegingen

Deze studie kent een aantal sterke punten, maar ook een aantal beperkingen. Een sterke kant van dit onderzoek is het onderzoeksdesign dat respondenten via een Randomised Controlled Trial (RCT) random en gestratificeerd naar geslacht, aan de experimentele conditie ‘WBT’ of de controleconditie ‘TAU’ toeweest. Storende factoren, zoals specifieke behandelingseffecten, worden daardoor vermeden. Deze manier is methodologisch gezien de beste vorm van randomisatie bij effectonderzoek (Bouter, 1992). De randomisatie is in dit onderzoek tegelijkertijd een zwak punt, omdat de leeftijd wel een versturende factor van de randomisatie bleek te zijn. Boven was er een trend zichtbaar dat de culturele achtergrond niet goed verdeeld was over de groepen. Bij dit punt sluit aan dat andere variabelen, zoals de voorafgaande behandeling in de verwerkingsfase, de type traumatisering (type 1 of 2) en comorbiditeit met andere aandoeningen, onbekend waren en zodoende versturende variabelen zijn in dit onderzoek. De mate waarin CGT is toegepast is in de verwerkingsfase en het wel of niet doorlopen van de stabilisatiefase met de focus op emotieregulatie, afhankelijk van de type traumatisering zouden achtergrondinformatie kunnen geven die mogelijk van invloed zijn op het succes van de rehabilitatiefase.

Ten tweede zijn er methodologische sterke punten, zoals de dataverzameling over een lange termijn en de controlevariabele. De lange periode van dataverzameling liet toe dat meetmomenten tot twaalf maanden na start van behandeling bij deelnemers afgenomen konden worden. De uitspraken die over het lange termijn effect worden gedaan, zijn dus exploratief getoetst en geven een indicatie voor onderzoek met grote effectgrootte. Door de beschikbaarheid van een actieve controleconditie konden effecten uit de experimentele conditie vergeleken worden.

Een kritiek punt van deze studie is het aantal respondenten en de steekproef in het algemeen. Door de vrijwillige deelname aan het onderzoek is mogelijk selection bias ontstaan, waardoor de steekproef niet representatief is voor de populatie. Daarnaast is er sprake van een redelijk kleine steekproef, waardoor de betrouwbaarheid van de resultaten niet gegarandeerd zijn. De power van minstens 50 respondenten per conditie, die door Huning, Bohlmeijer & Lamers (2013) wordt aanbevolen, werd in deze studie niet behaald. Door de kleine steekproef is er slechts beperkte power en bestaat de kans dat er false negatives zijn optreden. De kleine steekproef kan de oorzaak zijn dat er in dit onderzoek weinig significante effecten naar voren komen en er geen duidelijke uitspraken over effecten op lange termijn gemaakt kunnen worden. Er wordt vanuit gegaan dat een grotere power duidelijkere significante effecten teweeg zou brengen. Een punt die de steekproef verder heeft beperkt is dat in de analyses alleen completers only (resultaten van deelnemers die alle vragenlijsten hebben ingevoerd en geen missende waarden hadden) werden meegenomen, omdat er anders geen betrouwbare gegevens in de analyse waren. Dit onderzoek geeft dus aanleiding voor vervolgonderzoek op de lange termijn met meer respondenten. Aangezien de dataverzameling bij het centrum voor psychotrauma sinds augustus 2016 is stopgezet, is er geen mogelijkheid meer dit onderzoek bij deze populatie met een grotere steekproef uit te voeren. Dit roept wel ethische kwesties op, want een kwetsbare doelgroep is door dit onderzoek op lange termijn belast met het herhaaldelijk invullen van vragenlijsten voor een onderzoek die door beperkingen in de steekproef geen betrouwbare uitspraken kan maken. Dit zal mogelijk consequenties hebben voor de goedkeuring van dergelijke onderzoeken door de ethische commissie.

Daarnaast is er kritiek met betrekking tot de behandelprotocollen. Terwijl TAU meer op het ontwikkelen van sociaal welbevinden focust ligt de focus bij WBT op psychologisch- en emotioneel welbevinden. Aangezien de kleine steekproef in het huidige onderzoek komen deze verschillen niet duidelijk naar voren. Bij een grotere steekproef zou met de vergelijkbaarheid van de protocollen rekening gehouden moeten worden. Om de twee behandelingen echt vergelijkbaar te kunnen maken zou het sociale welbevinden in WBT meer behandeld moeten worden. Een tweede punt die kritiek geeft op de behandelprotocollen is dat in beide protocollen open keuzeruimte is, waardoor de behandeling van het protocol bij het individuele contact afwijkt. In dit onderzoek is geen controle over hoe behandelaars de behandelsessies uitvoeren en in hoeverre ze zich aan het protocol houden. Een hierop aansluitend kritiek punt is dat behandelaars jarenlang ervaring hebben met TAU en daardoor mogelijk minder geneigd zijn WBT toe te passen. De ontbrekende ervaring met WBT zou kwalitatief slechtere behandelsessies kunnen veroorzaken.

4.2 Conclusie en aanbevelingen voor de praktijk

In dit onderzoek is aangetoond dat welbevindentherapie even geschikt is als TAU voor de rehabilitatiefase van mensen met PTSS. De inhoudelijke beredenering van de behandeling geeft WBT de voorkeur ten opzichte van TAU. Vanuit de economische kant gezien zou TAU hetzelfde effect met minder kosten en minder inzet van de client opleveren. Een aanbeveling voor de praktijk is om de rehabilitatiefase te uit te breiden, zodat de respondenten in de gelegenheid zijn om nieuwe betekenis aan het leven te leren geven en dit ook in het alledaagse leven toe te kunnen passen. Een mogelijkheid zou dan zijn met WBT in de verwerkingsfase naast de klachtgerichte behandeling te starten om de duur te verlengen en de mogelijkheid tot online lotgenotencontact en een smartphone app te bieden om langdurige hulpbronnen te creëren. Daarnaast wordt het belang van emotieregulatie in de stabilisatiefase benadrukt. Voor vervolgonderzoek wordt aanbevolen WBT nog een keer met een grotere steekproef te onderzoeken. Voor het onderzoek wordt aanbevolen tijdens de behandeling meer meetmomenten te integreren om vast te kunnen stellen na welke sessie welke ontwikkeling optreedt.

5. LITERATUURLIJST

- Allen, A. B., Goldwasser, E. R. & Leary, M. R. (2012). Self-Compassion and Well-being among Older Adults. *National Institutes of health*. 11(4). 428-453.
doi:10.1080/15298868.2011.595082.
- American Psychiatric Association. (2001). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. text rev.). Washington.
- Benítez, P.C., Zlotnick, C., Stout, R.I., Lou F, Dyck, I., Weisberg, R, & Keller, M (2012). A 5 year longitudinal study of posttraumatic stress disorder in primary care patients. *Psychopathology*. 45 (5). 286-293.
- Bensimon, M. (2012). Elaboration on the association between trauma, PTSD and posttraumatic growth: The role of trait resilience. *Personality and Individual Differences*.
- Bicanic, I.A.E., De Jongh A. & Ten Broeke, E. (2015). Stabilisatie in traumabehandeling bij complexe PTSS bij volwassenen. *Cogiscoop*, 2, 43-44.
- Bohlmeijer, E., Trompetter, H., Schotanus-Dijkstra, M. & Drossaert, S. (2015). Compassie als motor van geluk. *TPP*. 1. 36-44. Geraadpleegd van
<https://rivas.vakliteratuur.info/Server/getfile.aspx?file=Compassie%20als%20motor%20van%20geluk.pdf>
- 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.
- Bouter, L. M. (1992). Methoden van effectonderzoek: Welke designs zijn acceptabel?. *Spectrum* 70 (8).
- 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., Noonan, 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.
- Deeg, D. J., & Braam, A. W. (1997). Het belang van kwaliteit van leven voor ouderen zelf. *Een kwantitatieve benadering. Medische antropologie*, 9, 136-149.
- Jongedijk, R., (2014). *Levensverhalen en psychotrauma*. Amsterdam. Nederland: Boom.

- Ryff, C., (1989). Happiness is everything. or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 57(6). 1069– 1081.
- Bohlmeijer, E. T., Bolier, L., & Walburg, J. (2013). *Handboek positieve psychologie: theorie, onderzoek en toepassingen*: Uitgeverij Boom
- Bohlmeijer, E., & Hüning, L., (2014). Welbevindentherapie protocol. Enschede: Mediant. Centrum voor Psychotrauma & Universiteit Twente.
- Bohlmeijer, E., & Hulsbergen. M.L. (2013). *Dit is jouw leven. Ervaar de effecten van de positieve psychologie*. Amsterdam: Boom
- Broeke, E. ten, Jongh, A. de, & Oppenheim, H, (2009). Praktijkboek EMDR casus conceptualisatie en specifieke patiëntengroepen. Amsterdam. Pearson assessment and Information.
- Delleman, O. (2014). GGZ 2.0. *MGV*, 69(6), 22-27. Universiteit Twente. Enschede.
- De Jongh A. icanic, I.A.E., Van Minnen, A. Ten Broeke, E. & Van der Gaag, M. (2015). Reactie op: ‘Complexe PTSS na vroegkinderlijke trauma: emotieregulatietraining als aanvulling op de PTSS richtlijn’. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57 (5), 332-339.
- 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.
- Haagen, J. (2014). De opkomst van de SMART revolutie: Inzet van smartphone apps voor de behandeling van PTSS. *Cogiscope*, 2014(1), 24-25.
- Huibers, M., & Van Marwijk, H. (2014). Recente ontwikkelingen in de psychotherapie. *huisarts& wetenschap*. 57(5). 260-264. Geraadpleegd van <http://www.henw.org/archief/volledig/id5710-recente-ontwikkelingen-in-de-psychotherapie.html>
- Martenyi, F., Brown, E. B., Zhang, H., Koke, S. C., & Prakash, A. (2002). Fluoxetine v. Placebo in prevention of relapse in post-traumatic disorder. *British journal of psychiatry*. 181. 315-320. doi:10.1192/bjp.181.4.315.
- Erbes, C., Westermeyer, J., Engdahl, B., & Johnsen, E. (2007). Post-traumatic stress disorder and service utilization in a sample of service members from Iraq and Afghanistan. *Military medicine*, 172(4), 359-363.
- Fava, G. A., & Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: Well-being therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 34(1). 45-63.
- Fava, G.A., Tomba, E., & Grandi, S. (2007). The road to recovery from depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 76. 260–265.

- Fava, G.A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S. & Grandi, S. (1998). Well-being therapy. A novel psycho-therapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological medicine* (28). 475-480.
- Fava, G.A., Rafanelli, C., Tomba, E., Guidi, J., & Grandi, S. (2011). The sequential combination of cognitive behavioral treatment and well-being therapy in cyclothymic disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 80(3). 136-143. 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.
- 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. 27
- Fava, G.A. & Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of Personality*. 77 (6). 1903-1934.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A. & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology; Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 797.
- Hüning, L. (2013). Onderzoeksprotocol: Welbevinden therapie: een nieuwe speler in de rehabilitatiefase bij traumabehandeling. Enschede: Mediant, Centrum voor Psychotrauma & Universiteit Twente.
- Hüning, L. (2014). Protocol rehabilitatiefase PTR (TAU). Enschede: Mediant, Centrum voor Psychotrauma & Universiteit Twente.
- 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.
- Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van & Hoogduin, C.A.L. (2011). *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., e.a. (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 51. 1048-1060.
- Knipscheer, J., van Middendorp, H. & Kleber, R. PSYCHOL. GEZONDH. (2011) 39: 125. doi:10.1007/s12483-011-0026-4
- Korrelboom K., ten Broeke E. (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum. Uitgeverij Coutinho. Tweede herziene druk.

- Kunst, M. J. J., Winkel, F. W., & Bogaerts, S. (2010). Posttraumatic growth moderates the association between violent revictimisation and persisting PTSD symptoms in victims of interpersonal violence: A six-month follow-up study. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(5), 527-545.
- Leeflang, L. (2016). Een onderzoek naar de effectiviteit van welbevindentherapie bij cliënten met een Posttraumatische stressstoornis. Universiteit Twente.
- Linear Mixed-Effects Modeling in SPSS: An Introduction to the MIXED Procedure. (2005). SPSS.
- P.M., & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHCSF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110.
- Pool, S. D. (2016). Een onderzoek naar de toepassing van het twee continuamodel bij cliënten met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) voor en na behandeling. Universiteit Twente
- Lamers, S.M.A. (2012). *Positive mental health: measurement, relevance and implication*. Enschede: Universiteit van Twente.
- Lamkaddem, M., Stronks, K., Gerritsen, A. M., Deville, W. L. J., & Essink-Bot, M. L. (2013). Gezondheid en zorggebruik van vluchtelingen. *NED TIJDSCH GENEESKUNDE*, 157(A5604), 1-6. Geraadpleegd van <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/a5604.pdf>
- Levine, S. Z., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y. & Solomon, Z. (2009). Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *Journal of traumatic stress*, 22(4), 282-286.
- Moeenizadeh, M., & Salagame, K. K. K. (2010). Well-being therapy (WBT) for depression. *International Journal of Psychological Studies*, 2(1), 107.
- Mevissen, L., & Ross, A. M. (2014). Samen beter worden: EMDR na trauma helpt kind- maar vergeet de ouders niet. *Kind en adolescent praktijk*, 1, 14-22. Geraadpleegd van <https://www.accare.nl/uploads/bestanden/Professionals/mevissen.pdf>
- Najavits, L. M. (2008). De ene therapie werkt niet beter dan de andere. *Cogiscope*, 0308, 6-21.
- Olf, M. (2002). DE POSTTRAUMATISCHE STRESSSTOORNIS EN ONBEGREPEN LICHAMELIJKE KLACHTEN. *Tijdschrift veiligheidszorg*, 2, 14-24. Geraadpleegd van http://www.empty-memories.nl/science/PTSS_Olf.pdf
- 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.

- Post. A. (2011). De welbevinden therapie. een nieuwe therapie voor de GGZ in Nederland. Een pilot casestudy. (unpublished manuscript).
- Raes. F., Pommier. E., Neff. K. D., & Gucht. D. van. (2011). Construction and Factorial Validation of a Short Form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 18. 250-255. doi:10.1002/cpp.702.
- Rothbaum, B., Astin, M. & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of traumatic stress*, 18, 607-616.
- Ruini. C., & Fava. G. A. (2009). Well-Being Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Inc. J. Clin Psychol.* 65. 510-519. doi:10.1002/jclp.
- Seligman. M.E.P. Rashid. T., & Parks. A.C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist* (61). 774---788.
- Vin. C., & Pieters. G. (2005). Voorkomen van recidief bij depressie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* (47). No.5. 319-323.
- Shiromani. P. J., Keane. T. M., & LeDoux. J. E. (2009). *Post-Traumatic Stress Disorder*. doi:10.1007/978-1-60327-329-9
- Richard G. Tedeschi & Lawrence G. Calhoun (2004) TARGET ARTICLE: "Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence". *Psychological Inquiry*. 15:1. 1-18. DOI: 10.1207/s15327965pli1501_01.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069– 1081.
- Ryff, C., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(1), 14– 23.
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioral medicine*, 15(3), 194–200.
- Stäbler-Kruidhof. I. (2012). Herstel: de weg naar voluit leven. *Praxis GGZ verpleegkundig specialist*. 1. 1-11. Geraadpleegd van http://www.ggzvs.nl/Portals/16/pdf_documenten/Studenten/Praxis%202012/praxis12_artikel10.pdf
- Sönmez, C. (2015). De relatie tussen welbevinden en psychische klachten in een klinische populatie: Het twee-continua model. Universiteit Twente.

Van Emmerik, A., Berretty, E.(2007). Leven met een trauma. Informatie voor de cliënt en de directe omgeving. *Psychopraxis*, (9), 160-165. 3.

Verlet, D., & Callens, M. (Eds.). (2010). *De kwaliteit van het leven, een mozaïek van het dagelijks leven*. Studiedienst van de Vlaamse Regering.

Westerhof, G.J., Keyes, C.L.M. (2009). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development*, doi: 10.1007/s10804-009-9082.

BIJLAGE A: PROTOCOL WELBEVINDENTHERAPIE

Sessie I

1. Welkom
2. Vraag cliënt of hij de introductie en hoofdstuk 1 heeft gelezen. Wat vond hij ervan? Sprak hem iets aan? Kan hij dat toelichten? Is duidelijk wat positieve geestelijke gezondheid is? Zijn er vragen of onduidelijkheden? Ga in op vragen.
3. Bespreek oefening 1 uit hoofdstuk 1. Neem het ingevulde dagboek rustig door met cliënt. Vraag cliënt om verder te vertellen op positieve ervaringen. Wat gebeurde er precies? Bespreek ook wat blijkt uit die ervaringen: wat is kennelijk belangrijk voor hem; welke behoeften werden op dat moment vervuld. Bespreek ook de gedachten of andere zaken die een eind maakte aan de momenten van welbevinden. Op dit moment doe je daar nog niets mee. Het gaat om opmerken en inzicht krijgen. Vergeet niet om cliënt te complimenteren wanneer daar aanleiding toe is.
4. Bespreek hoofdstuk 1: de hoogste tijd voor vreugde. Bespreek het belang van positieve emoties, juist ook voor mensen die een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt. Benadruk dat alles waar je aandacht op richt zich uitbreidt dus ook positiviteit en omgekeerd ook negativiteit (hierop kom je eigenlijk gedurende het gehele protocol steeds weer terug). Beantwoord vragen. Leg eventueel verband met zojuist besproken dagboek: misschien herkent cliënt iets uit eigen ervaring van de effecten van ‘verbreden en bouwen’ van de theorie van Barbara Fredrickson.
5. Bespreek het huiswerk voor de volgende keer. Let uit het belang van positief tijdreizen (nagenieten of ‘savoring’) voor het versterken van de effecten van positieve emoties en ervaringen. Bespreek oefening 3 goede dingen.

Huiswerk voor het 2^e gesprek (geef dit huiswerk op papier mee, zie bijlage 4):

- Dagelijks doen van oefening 3 goede dingen (oefening 3 van hoofdstuk 1).
- Optie: cliënt kan ook nog een andere oefening uit hoofdstuk 1 doen. Dit is niet verplicht. Misschien spreekt een andere oefening de cliënt aan.
- Nog een week doorgaan met bijhouden dagboek positieve ervaringen. Dit is oefening 1 uit hoofdstuk 1 van het boek Dit is jouw leven. Je kunt een kopie van het dagboek in bijlage 1 meegeven aan cliënt.
- Lezen hoofdstuk 5 van het boek Dit is jouw leven.

Sessie II

1. Welkom

2. Neem opnieuw het ingevulde dagboek en eventueel de zelfgekozen oefening door op dezelfde wijze als in sessie I. Let op eventuele overeenkomsten of aanvullingen op de vorige keer. Benoem steeds de zaken die je opvallen over wat cliënt waardevol vindt, waardoor hij geïnspireerd is, wat zijn sterke kanten of talenten zijn.
3. Bespreek hoe de oefening '3 goede dingen' ging. Hoe was het om te doen? Heeft cliënt nog een andere oefening gedaan? Informeer en laat vertellen. Benoem steeds de zaken die je opvallen over wat cliënt waardevol vindt, waardoor hij geïnspireerd is, wat zijn sterke kanten of talenten zijn.
4. Bespreek hoofdstuk 5 over zelfcompassie. Spreek cliënt dit aan? Herkent cliënt dit? Wanneer lage zelfacceptatie een kernthema is dat uit de dagboeken naar voren komt, komt dit hoofdstuk centraal te staan.
5. Bespreek de drie emotiereguleratiesystemen op pagina 106 e.v. van het boek. Herkent cliënt de drie systemen? Wat een bepaald systeem al extra aanwezig, ook voor de traumatische gebeurtenis? Is er een relatie te leggen met copingstijlen? Leg uit dat door het meemaken van een trauma of moeilijke gebeurtenissen kan het *Ik-ben-altijd-op-mijn-hoede-systeem* extra worden geactiveerd. Het is dan extra belangrijk om aandacht te hebben voor het zorg- en kalmeringssysteem. Daarvoor zijn juist ook de zelfcompassie-oefeningen bedoeld! Vraag naar zelfcompassie, naar wat de cliënt van zichzelf waardeert. Bevestig dit en complimenteer.
6. Doe met de cliënt een zelfcompassie oefening. Dit is oefening 3 uit hoofdstuk 5.
7. Bespreek het huiswerk voor de volgende keer.

Huiswerk voor 3^e gesprek (geef dit huiswerk op papier mee, zie bijlage 5)

- Zelfcompassie oefening 3 uit hoofdstuk 5, Het is de bedoeling dat de cliënt dit dagelijks oefent.
- Cliënt kan ook oefening 4 doen.
- Laat de cliënt oefening 5 lezen.

Sessie III

1. Welkom
2. Bespreek dat je graag nog eens ingaat op het dagboek van positieve ervaringen en momenten dat de cliënt gedurende een aantal weken heeft bijgehouden. Onze gedachten spelen een grote rol bij hoe we ons voelen. Gedachten kunnen ook een rol spelen bij het hoe lang een positieve ervaring duurt. In het dagboek heeft de cliënt ook elke dag opgeschreven of en welke gedachte van invloed was op het einde van de positieve ervaring. Neem met cliënt door welke gedachten zoal een rol speelde. Wat zijn gedachten die steeds terugkeren?
3. Pas een methode toe om de invloed van deze gedachten te verminderen. Wanneer een cliënt vertrouwd is met cognitieve therapie en dat goed is bevallen, kunnen je de cliënt de belangrijkste belemmerende gedachten laten uitdagen en laten zoeken naar alternatieve gedachten. **HIERVOOR KUN JE HET GEDACHTE-SCHEMA GEBRUIKEN.** Wanneer een cliënt vertrouwd is met ACT of mindfulness kun je oefenen in het de-fuseren van deze gedachten. Wanneer de cliënt nog geen ervaring heeft met therapie of omgaan met gedachten, kun je de methode kiezen die jou als therapeut het beste ligt. Doe dit voor een of twee veelvoorkomende gedachten. Leg uit dat het de bedoeling is dat de cliënt daar de komende weken mee gaat oefenen. Bij het bespreken van het huiswerk kom je erop terug.
4. Bespreek oefening 3 of 4 uit hoofdstuk 5. Hoe ging het? Wat was het effect op de cliënt?
5. Doe oefening 5 samen met de cliënt.
6. Bespreek het huiswerk voor sessie IV.

Huiswerk voor het 4^e gesprek (geef dit huiswerk op papier mee, zie bijlage 6):

- Laat cliënt oefening 5 dagelijks zelf thuis doen.
- Laat cliënt een veilige, positieve, talentvolle plek schrijven, tekenen uitbeelden etc. Werkt goed bij PTSS en Post traumatische Groei.
- Lezen hoofdstuk 6
- Geef cliënt de volgende oefening mee (zie bijlage 2 *Wat voor iemand wil ik zijn?*)

Sessie IV

1. Welkom
2. Bespreek oefening 5. Kijk naar hoe mild en lief cliënt voor zichzelf wil en kan zijn.
3. Doe eventueel de oefening: de compassionele metgezel; zie bijlage 3.
4. Bespreek hoofdstuk 6. Is alles duidelijk? Wat spreekt aan? Heeft cliënt al iets ervaren van groei? Op welk domein? Leg kort de theorie van post traumatische groei uit. Bespreek dat het de kunst is om op een positieve wijze de draad van het leven weer op te pakken. Het is niet de bedoeling om te doen alsof er niets is gebeurd. Integendeel. Het gaat erom een goede balans te vinden tussen aandacht voor de negatieve gevolgen en aandacht voor invulling van het eigen leven. Onderzoek laat zien dat hoe je met de gevolgen van een traumatische gebeurtenis omgaat het verschil maakt. Bespreek coping en zelfbepaling.
5. Doe samen met cliënt oefening 1 van hoofdstuk 6. Kijk naar welke coping. Complimenteer met procesgerichte coping en onderzoek vermijdende coping. Kies een manier om de komende week de vermijdende coping uit te dagen, te veranderen of aan te pakken. Of kies een oefening gericht op het versterken van procesgerichte coping. Stel samen 1 doel daarvoor op met 1 actie voor de komende week.
6. Bespreek het huiswerk voor sessie V.

Huiswerk voor 5^e gesprek (geef dit huiswerk op papier mee, zie bijlage 7):

- Actie uitvoeren en cliënt laten opschrijven hoe het werken aan het doel voor het veranderen van de vermijdende coping gelukt is.
- Oefening 9 of 10 van hoofdstuk 6.
- Laat cliënt een positief voorwerp meebrengen naar de volgende sessie om te vertellen wat voor positiefs je daarbij ervaart.
- Vraag cliënt alvast naar de lijst met behoeftes kijken op pagina 160 van het boek. Welke behoeftes zijn op dit moment sterk aanwezig op de voorgrond?

Sessie V

1. Welkom
2. Bespreek het voorwerp dat cliënt heeft meegebracht en complimenteer. Neem tijd om te genieten. Bespreek met cliënt dat het voorwerp symbool kan zijn voor zijn of haar kracht en vermogen om tot bloei te komen. Is het een idee om het voorwerp op een prominente plaats neer te zetten, zodat cliënt er steeds aan herinnerd wordt?
3. Bespreek hoe de actie is verlopen. Wat ging goed? Wat kan cliënt de volgende keer doen dat het (nog) iets beter gaat? Wat wordt de volgende actie? Onderzoek eventuele gedachten die de cliënt heeft en die hem of haar belemmeren. Pas methodes uit CGT of ACT toe om deze gedachten uit te dagen c.q. te de-fuseren.
4. Bespreek oefening 9 of 10.
5. Bespreek uitgebreid de behoeftes van cliënt (pagina 160) op dit moment. Welke behoeftes zijn sterk aanwezig en kunnen cliënt helpen om de draad van het leven op een positieve wijze op te pakken? Afhankelijk van wat hieruit komt en op basis van de uitkomsten van de psychologisch welbevinden vragenlijst (zie sessie II) kun je het focus van de laatste sessie bepalen.
 - Zijn het behoeftes die vooral met verbondenheid en spiritualiteit te maken hebben: dan hoofdstuk 8.
 - Zijn het behoeftes die vooral op relationeel vlak liggen dan hoofdstuk 7, vooral het communiceren van behoeftes.
 - Zijn het behoeftes die vooral met optimisme en hoop te maken hebben: hoofdstuk 4.
 - Zijn het behoeftes die vooral op het gebied van zelfontplooiing liggen, dan hoofdstuk 2 en 3.
6. Bespreek het huiswerk voor sessie VI.

Huiswerk voor het 6^e gesprek (geef dit huiswerk op papier mee, zie bijlage 8).

- Lezen hoofdstuk(ken) van keuze en enkele bijhorende oefeningen naar keuze.

- Vraag cliënt om vanuit de toekomst een brief te schrijven naar de persoon die je nu bent. Een korte instructie hiervoor staat beschreven bij het huiswerk in bijlage 8. Vraag om brief mee te nemen naar volgende sessie.

Sessie VI

1. Welkom
2. Bespreek hoofdstuk van keuze. Is alles duidelijk? Wat spreekt aan?
3. Bespreek de door cliënt gemaakte oefeningen bij dat hoofdstuk.
4. Vraag cliënt om meegenomen brief voor te lezen. Geef feedback.
5. Sluit de therapie af. Geef cliënt ruimte om feedback te geven. Benoem wat je hebt waargenomen. Geef cliënt alle credits. Bespreek eventuele aandachtspunten. Wanneer je cliënt daartoe in staat acht, kun je suggereren om zelfstandig ook de andere hoofdstukken in het boek te doen en de oefeningen.
6. Laat de cliënt de eind-ROM invullen.
7. Benoem dat cliënt binnenkort opnieuw een uitnodiging krijgt om vragenlijst in te vullen. Heel fijn wanneer hij/zij dat wil doen voor het onderzoek

BIJLAGE B: BEHANDEPROTOCOL TAU

Inleiding

De rehabilitatiefase bij traumabehandeling is erop gericht om de client na een gerichte behandeling voor verwerking nog een enkele malen te begeleiden in het weer oppakken van de dagelijkse bezigheden en het leven na trauma. Client kan zich weer richten op levensgebieden als werk, vrije tijd, dagbesteding etc. nu trauma in het hier en nu niet meer in de weg staat.

De rehabilitatiefase vindt plaats na de verwerkingsfase en bestaat uit 3 face to face sessies met de eigen therapeut en 3 e-health contacten met een frequentie van alle 14 dagen.

Sessie 1(Face tot face)

Maak een overzicht met de client welke levensgebieden in de rehabilitatiefase centraal moeten komen te staan:

- Werk
- Vrije tijd
- Relaties
- Dagbesteding
- Etc.

Vraag de client waar deze nog tegen aan loopt op de te behandelen levensgebieden. Wat wil de client dat er op dat gebied gaat gebeuren? Wat gaat er al goed? Wat kan nog beter?

Stel samen met de client een aandachtspunt vast voor de komende periode tot aan de volgende sessie.

Bijvoorbeeld: Client wil op het gebied van werk weer langzaam beginnen met werken. Aandachtspunt is dat client in gesprek met zijn werkgever ook goed aangeeft dat hij het stapsgewijs op wil bouwen. Hij wil van tevoren op papier zetten wat zijn voorstel is en dan het gesprek aangaan met de werkgever.

Sessie 2 (E-mail)

Client rapporteert per mail over het vastgestelde aandachtspunt. Hoe heeft de client dat aangepakt. Wat ging er goed? Wat kan er beter?

De therapeut geeft tips, adviezen en denkt mee. Geeft een opdracht om mee verder te gaan tot aan het volgende contact.

Bijvoorbeeld: Client had tot doel om een vrije tijdsactiviteit uit te zoeken en heeft zich verdiept in mogelijkheden. Hij is uitgekomen op fitness. Opdracht voor de volgende keer om langs te gaan bij een fitnesscentrum in de buurt en na te vragen.

Sessie 3 (Face to face)

Hoe gaat het nu met de client? Wat is er gebeurd na het e-mailcontact. Wat ging er goed? Wat kan er beter?

Welke levensgebieden vragen nog aandacht van client?

Stel samen met de client een aandachtspunt op voor de komende periode tot aan de volgende sessie.

Sessie 4 (E-mail)

Client rapporteert per mail over het vastgestelde aandachtspunt. Hoe heeft de client dat aangepakt. Wat ging er goed? Wat kan er beter?

De therapeut geeft tips, adviezen en denkt mee. Geeft een opdracht om mee verder te gaan tot aan het volgende contact.

Sessie 5 (E-mail)

Client rapporteert per mail over het vastgestelde aandachtspunt. Hoe heeft de client dat aangepakt. Wat ging er goed? Wat kan er beter?

De therapeut geeft tips, adviezen en denkt mee. Geeft een opdracht om mee verder te gaan tot aan het volgende contact. Eind-ROM wordt gepland dan wel link naar client gestuurd.

Sessie 6 (Eindevaluatie Face to face)

Hoe gaat het nu met de client? Wat is er gebeurd na het e-mailcontact. Wat ging er goed?

Eind-ROM wordt besproken. De verbetering op de vragenlijsten wordt met client doorgenomen. Client wordt gecomplimenteerd met een goed resultaat en er wordt geevalueerd. De behandeling wordt afgesloten.

BIJLAGE C : VRAGENLIJST MHC-SF

De volgende vragen beschrijven gevoelens die mensen kunnen hebben. Lees iedere uitspraak zorgvuldig door en omcirkel het cijfer dat het best weergeeft hoe vaak u dat gevoel had **gedurende afgelopen maand**.

In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel...	Nooit	Eén of twee keer	Ongeveer 1 keer per week	2 of 3 keer per week	Bijna elke dag	Elke dag
...dat u gelukkig was?	0	1	2	3	4	5
...dat u geïnteresseerd was in het leven?	0	1	2	3	4	5
...dat u tevreden was?	0	1	2	3	4	5
...dat u iets belangrijks hebt bijgedragen aan de samenleving?	0	1	2	3	4	5
...dat u deel uitmaakte van een gemeenschap (zoals een sociale groep, uw buurt, uw stad)?	0	1	2	3	4	5
...dat onze samenleving beter wordt voor mensen?	0	1	2	3	4	5
...dat mensen in principe goed zijn?	0	1	2	3	4	5
...dat u begrijpt hoe onze maatschappij werkt?	0	1	2	3	4	5
...dat u de meeste aspecten van uw	0	1	2	3	4	5

persoonlijkheid graag mocht?						
...dat u goed kon omgaan met uw alledaagse verantwoordelijkheden?	0	1	2	3	4	5
...dat u warme en vertrouwde relaties met anderen had?	0	1	2	3	4	5
...dat u werd uitgedaagd om te groeien of een beter mens te worden?	0	1	2	3	4	5
...dat u zelfverzekerd uw eigen ideeën en meningen gedacht en geuit hebt?	0	1	2	3	4	5
...dat uw leven een richting of zin heeft?	0	1	2	3	4	5

BIJLAGE D: VRAGENLIJST PTSS KLACHTENSCHAAL

Datum:.....Sessie:.....Patiënt:.....User

Omcirkel het antwoord dat weergeeft in hoeverre u de afgelopen week last heeft gehad van de genoemde klacht.

1. Hoe vaak heeft u de afgelopen week last gehad van pijnlijke gedachten of beelden over het trauma, terwijl u er niet aan wilde denken?

0 = nooit

1 = 1x per week

2 = 2 – 4x per week

3 = 5x of vaker per week

2. Hoe vaak heeft u de afgelopen week onprettige dromen of nachtmerries over de traumatische gebeurtenis gehad?

0 = nooit

1 = 1x per week

2 = 2 – 4x per week

3 = 5x of vaker per week

3. Hoe vaak heeft u de afgelopen week de ervaring gehad dat de traumatische gebeurtenis er weer was, of dat u handelde of zich voelde als toen?

0 = nooit

1 = 1x per week

2 = 2 – 4x per week

3 = 5x of vaker per week

4. Hoe vaak heeft u de afgelopen week meegemaakt dat u emotioneel overstuur raakte wanneer u aan de traumatische gebeurtenis werd herinnerd?

0 = nooit

1 = 1x per week

2 = 2 – 4x per week

3 = 5x of vaker per week

5. Hoe vaak heeft u de afgelopen week lichamelijke klachten gehad (bv. hartkloppingen of zweet uitbreken), wanneer u aan de traumatische gebeurtenis werd herinnerd?

0 = nooit

1 = 1x per week

2 = 2 – 4x per week

3 = 5x of vaker per week

6. In hoeverre heeft u de afgelopen week geprobeerd om niet aan de traumatische gebeurtenis te denken of geprobeerd om niet de gevoelens te voelen die erbij horen?

0 = nooit

1 = 1x per week

2 = 2 – 4x per week

3 = 5x of vaker per week

7. Hoe vaak heeft u de afgelopen week geprobeerd om activiteiten, plaatsen of dingen te vermijden die u aan de traumatische gebeurtenis herinneren?

0 = nooit

1 = af en toe

2 = vrij vaak

3 = bijna altijd

8. In hoeverre heeft u de afgelopen week moeite gehad om belangrijke delen van wat er gebeurd is (tijdens de traumatische gebeurtenis) te herinneren?

0 = helemaal geen moeite

1 = beetje

2 = nogal

3 = erg veel moeite

9. Was u de afgelopen week minder geïnteresseerd in dingen die u gewoonlijk belangrijk of leuk vond (bv. hobbies, sociale activiteiten)?

0 = nee, helemaal niet

1 = beetje

2 = nogal

3 = ja, heel sterk

10. Voelde u zich de afgelopen week op een afstand of afgesneden van andere mensen?

0 = nee, helemaal niet

1 = beetje

2 = nogal

3 = ja, heel sterk

11. Voelde u zich de afgelopen week gevoelloos (bv. niet kunnen huilen, niet reageren, onmogelijk om gevoelens van liefde te voelen)?

0 = nee, helemaal niet

1 = beetje

2 = nogal

3 = ja, heel sterk

12. In hoeverre voelde u de afgelopen week dat uw toekomstplannen of verlangens de grond ingeboord zijn t.g.v. de traumatische gebeurtenis (bijvoorbeeld nooit kunnen werken of carrière maken, geen gelukkige relatie kunnen hebben, geen gelukkige kinderen kunnen hebben, niet lang zullen leven)?

0 = nee, helemaal niet

1 = beetje

2 = nogal

3 = ja, heel sterk

13. Hoe vaak heeft u de afgelopen week probleem gehad met inslapen of doorslapen?

0 = nee, helemaal niet

1 = beetje

2 = nogal

3 = ja, heel sterk

14. In hoeverre heeft u de afgelopen week last gehad van snel geïrriteerd zijn of van woede-uitbarstingen?

0 = nee, helemaal niet

1 = beetje

2 = nogal

3 = ja, heel sterk

4

15. In hoeverre heeft u de afgelopen week moeite gehad met concentreren (bijvoorbeeld de draad kwijt raken tijdens een gesprek, de t.v. niet meer kunnen volgen, niet meer weten wat je zojuist gelezen hebt)?

0 = nee, helemaal niet

1 = beetje

2 = nogal

3 = ja, heel sterk

16. Was u de afgelopen week erg waakzaam, of op uw hoede (bijvoorbeeld controleren of er niemand in de buurt is, u ongemakkelijk voelen wanneer u geen overzicht heeft).

0 = nee, helemaal niet

1 = beetje

2 = nogal

3 = ja, heel sterk

17. Was u de afgelopen week erg schrikachtig, snel geschrokken?

0 = nee, helemaal niet

1 = beetje

2 = nogal

3 = ja, heel sterk

BIJLAGE E: VRAGENLIJST SELF-COMPASSIE-SCHAAL (SCS-SF)

1. Als ik faal in iets wat belangrijk voor me is, kan het gevoel van mislukking mij volledig beheersen.

Zelden/ Nooit =1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Bijna altijd=7
1 2 3 4 5 6 7

2. Ik probeer begripvol en geduldig te zijn tegenover die aspecten van mijn persoonlijkheid die me niet bevallen.

Zelden/ Nooit =1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Bijna altijd=7
1 2 3 4 5 6 7

3. Als er iets pijnlijks gebeurt, probeer ik een gebalanceerde kijk op de situatie in te nemen.

Zelden/ Nooit =1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Bijna altijd=7
1 2 3 4 5 6 7

4. Als ik me rot voel, heb ik het idee dat de meeste andere mensen gelukkiger zijn dan ik.

Zelden/ Nooit =1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Bijna altijd=7
1 2 3 4 5 6 7

5. Ik probeer mijn mislukkingen te zien als een gewoon onderdeel van het menselijk bestaan.

Zelden/ Nooit =1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Bijna altijd=7
1 2 3 4 5 6 7

6. Als ik een moeilijke tijd meemaak, geef ik mezelf de zorg die ik nodig heb.

Zelden/ Nooit =1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Bijna altijd=7
1 2 3 4 5 6 7

7. Als ik ergens door van streek ben, probeer ik mijn gevoelens in balans te houden.

Zelden/ Nooit =1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Bijna altijd=7
1 2 3 4 5 6 7

8. Als ik faal in iets wat belangrijk voor me is, ben ik geneigd me alleen te voelen in mijn mislukking.

Zelden/ Nooit =1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Bijna altijd=7
1 2 3 4 5 6 7

9. Als ik me rot voel, ben ik geneigd me te fixeren op alles wat er mis is.

Zelden/ Nooit =1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Bijna altijd=7
1 2 3 4 5 6 7

10. Als ik mezelf op een of andere manier tekort voel schieten, herinner ik mezelf er aan dat de meeste mensen dit weleens hebben.

Zelden/ Nooit =1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Bijna altijd=7
1 2 3 4 5 6 7

11. Ik ben afkeurend en oordelend tegenover mijn eigen tekortkomingen.

Zelden/ Nooit =1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Bijna altijd=7
1 2 3 4 5 6 7

12. Ik ben intolerant en ongeduldig tegenover die kanten van mezelf die me niet bevallen.

Zelden/ Nooit =1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Bijna altijd=7
1 2 3 4 5 6 7

BIJLAGE F: VRAGENLIJST 21-ITEM POSTTRAUMATISCHE GROEI INVENTORY (PTGI)

1. Ik vind nu andere dingen belangrijk in het leven.
☐ Niet ervaren
☐ Een heel klein beetje ervaren
☐ Een klein beetje ervaren
☐ Enigszins ervaren
☐ In sterke mate ervaren
☐ In zeer sterke mate ervaren
2. Mijn eigen leven heeft voor mij meer waarde gekregen.
☐ Niet ervaren
☐ Een heel klein beetje ervaren
☐ Een klein beetje ervaren
☐ Enigszins ervaren
☐ In sterke mate ervaren
☐ In zeer sterke mate ervaren
3. Ik ontwikkelde belangstelling voor nieuwe dingen.
☐ Niet ervaren
☐ Een heel klein beetje ervaren
☐ Een klein beetje ervaren
☐ Enigszins ervaren
☐ In sterke mate ervaren
☐ In zeer sterke mate ervaren
4. Ik heb meer zelfvertrouwen gekregen.
☐ Niet ervaren
☐ Een heel klein beetje ervaren

- ☐ Een klein beetje ervaren
 - ☐ Enigszins ervaren
 - ☐ In sterke mate ervaren
 - ☐ In zeer sterke mate ervaren
5. Ik heb meer inzicht gekregen in spirituele zaken.
- ☐ Niet ervaren
 - ☐ Een heel klein beetje ervaren
 - ☐ Een klein beetje ervaren
 - ☐ Enigszins ervaren
 - ☐ In sterke mate ervaren
 - ☐ In zeer sterke mate ervaren
6. Ik ben me er meer van bewust dat ik op mensen kan rekenen in moeilijke tijden.
- ☐ Niet ervaren
 - ☐ Een heel klein beetje ervaren
 - ☐ Een klein beetje ervaren
 - ☐ Enigszins ervaren
 - ☐ In sterke mate ervaren
 - ☐ In zeer sterke mate ervaren
7. Ik ben een nieuwe weg ingeslagen in mijn leven.
- ☐ Niet ervaren
 - ☐ Een heel klein beetje ervaren
 - ☐ Een klein beetje ervaren
 - ☐ Enigszins ervaren
 - ☐ In sterke mate ervaren
 - ☐ In zeer sterke mate ervaren
8. Ik voel me sterker met andere mensen verbonden.
- ☐ Niet ervaren
 - ☐ Een heel klein beetje ervaren
 - ☐ Een klein beetje ervaren
 - ☐ Enigszins ervaren
 - ☐ In sterke mate ervaren
 - ☐ In zeer sterke mate ervaren
9. Ik vind het nu makkelijker om mijn gevoelens te tonen.
- ☐ Niet ervaren
 - ☐ Een heel klein beetje ervaren
 - ☐ Een klein beetje ervaren
 - ☐ Enigszins ervaren
 - ☐ In sterke mate ervaren
 - ☐ In zeer sterke mate ervaren
10. Ik weet beter dan voorheen dat ik moeilijkheden aan kan.
- ☐ Niet ervaren
 - ☐ Een heel klein beetje ervaren
 - ☐ Een klein beetje ervaren
 - ☐ Enigszins ervaren
 - ☐ In sterke mate ervaren

☐ In zeer sterke mate ervaren

11. Ik ben in staat meer met mijn leven te doen.

- ☐ Niet ervaren
- ☐ Een heel klein beetje ervaren
- ☐ Een klein beetje ervaren
- ☐ Enigszins ervaren
- ☐ In sterke mate ervaren
- ☐ In zeer sterke mate ervaren

12. Ik ben meer dan voorheen in staat te accepteren dat dingen gaan zoals ze gaan.

- ☐ Niet ervaren
- ☐ Een heel klein beetje ervaren
- ☐ Een klein beetje ervaren
- ☐ Enigszins ervaren
- ☐ In sterke mate ervaren
- ☐ In zeer sterke mate ervaren

13. Ik waardeer elke dag veel meer.

- ☐ Niet ervaren
- ☐ Een heel klein beetje ervaren
- ☐ Een klein beetje ervaren
- ☐ Enigszins ervaren
- ☐ In sterke mate ervaren
- ☐ In zeer sterke mate ervaren

14. Er zijn nieuwe mogelijkheden beschikbaar, die er anders niet zouden zijn geweest.

- ☐ Niet ervaren
- ☐ Een heel klein beetje ervaren
- ☐ Een klein beetje ervaren
- ☐ Enigszins ervaren
- ☐ In sterke mate ervaren
- ☐ In zeer sterke mate ervaren

15. Ik voel meer medeleven voor anderen.

- ☐ Niet ervaren
- ☐ Een heel klein beetje ervaren
- ☐ Een klein beetje ervaren
- ☐ Enigszins ervaren
- ☐ In sterke mate ervaren
- ☐ In zeer sterke mate ervaren

16. Ik steek meer energie in mijn relaties.

- ☐ Niet ervaren
- ☐ Een heel klein beetje ervaren
- ☐ Een klein beetje ervaren
- ☐ Enigszins ervaren
- ☐ In sterke mate ervaren
- ☐ In zeer sterke mate ervaren

17. Ik ben meer geneigd om dingen die verandering nodig hebben te veranderen.

- ☐ Niet ervaren
- ☐ Een heel klein beetje ervaren
- ☐ Een klein beetje ervaren
- ☐ Enigszins ervaren
- ☐ In sterke mate ervaren
- ☐ In zeer sterke mate ervaren

18. Mijn religieuze geloof is sterker geworden.

- ☐ Niet ervaren
- ☐ Een heel klein beetje ervaren
- ☐ Een klein beetje ervaren
- ☐ Enigszins ervaren
- ☐ In sterke mate ervaren
- ☐ In zeer sterke mate ervaren

19. Ik ben er achter gekomen dat ik sterker ben dan ik dacht.

- ☐ Niet ervaren
- ☐ Een heel klein beetje ervaren
- ☐ Een klein beetje ervaren
- ☐ Enigszins ervaren
- ☐ In sterke mate ervaren
- ☐ In zeer sterke mate ervaren

20. Ik heb echt ervaren hoe geweldig mensen kunnen zijn.

- ☐ Niet ervaren
- ☐ Een heel klein beetje ervaren
- ☐ Een klein beetje ervaren
- ☐ Enigszins ervaren
- ☐ In sterke mate ervaren
- ☐ In zeer sterke mate ervaren

21. Ik kan beter accepteren dat ik andere mensen nodig heb.

- ☐ Niet ervaren
- ☐ Een heel klein beetje ervaren
- ☐ Een klein beetje ervaren
- ☐ Enigszins ervaren
- ☐ In sterke mate ervaren
- ☐ In zeer sterke mate ervaren

BIJLAGE G: SPSS SYNTAX MHC-SF CATEGORIES

* T0.

count hiaff=MHC_SF_1_T0 MHC_SF_2_T0 MHC_SF_3_T0(4,5).

count loaff=MHC_SF_1_T0 MHC_SF_2_T0 MHC_SF_3_T0(0,1).

```

count hifunc=MHC_SF_4_T0 MHC_SF_5_T0 MHC_SF_6_T0 MHC_SF_7_T0
MHC_SF_8_T0 MHC_SF_9_T0 MHC_SF_10_T0 MHC_SF_11_T0 MHC_SF_12_T0
MHC_SF_13_T0 MHC_SF_14_T0(4,5).

count lofunc=MHC_SF_4_T0 MHC_SF_5_T0 MHC_SF_6_T0 MHC_SF_7_T0
MHC_SF_8_T0 MHC_SF_9_T0 MHC_SF_10_T0 MHC_SF_11_T0 MHC_SF_12_T0
MHC_SF_13_T0 MHC_SF_14_T0(0,1).

recode hiaff (1,2,3=1) (else=0) into hiaffect.
recode hifunc (6,7,8,9,10,11=1) (else=0) into hifunct.
recode loaff (1,2,3=1) (else=0) into loaffected.
recode lofunc (6,7,8,9,10,11=1) (else=0) into lofunct.

if hiaffect=1 and hifunct=1 mhc_dx_T0=2.
if loaffected=1 and lofunct=1 mhc_dx_T0=0.
if hiaffect=1 and hifunct=0 mhc_dx_T0=1.
if hiaffect=0 and hifunct=1 mhc_dx_T0=1.
if loaffected=0 and lofunct=1 mhc_dx_T0=1.
if loaffected=1 and lofunct=0 mhc_dx_T0=1.

recode mhc_dx_T0 (SYSMIS=1).

variable labels mhc_dx_T0 'MHC-SF Three Category Diagnosis of Positive Mental Health'.
value labels mhc_dx_T0 0 'Languishing' 1 'Moderate' 2 'Flourishing'.

compute mhc_total_T0 = MHC_SF_1_T0 + MHC_SF_2_T0 + MHC_SF_3_T0 +
MHC_SF_4_T0 + MHC_SF_5_T0 + MHC_SF_6_T0 + MHC_SF_7_T0 + MHC_SF_8_T0 +
MHC_SF_9_T0 + MHC_SF_10_T0 +
MHC_SF_11_T0 + MHC_SF_12_T0 + MHC_SF_13_T0 + MHC_SF_14_T0.

compute mhc_ewb_T0 = MHC_SF_1_T0 + MHC_SF_2_T0 + MHC_SF_3_T0.

compute mhc_swb_T0 = MHC_SF_4_T0 + MHC_SF_5_T0 + MHC_SF_6_T0 +
MHC_SF_7_T0 + MHC_SF_8_T0.

compute mhc_pwb_T0 = MHC_SF_9_T0 + MHC_SF_10_T0 + MHC_SF_11_T0 +
MHC_SF_12_T0 + MHC_SF_13_T0 + MHC_SF_14_T0.

EXECUTE.

```