



UNIVERSITY OF TWENTE.

Faculteit Behavioural, Management
& Social Science

Voorspellers van non-compliance bij welbevindentherapie

Een exploratief onderzoek naar voorspellers van non-compliance in
welbevindentherapie aanvullend op een PTSS behandeling

Amber Bolk
M.Sc. Thesis Februari 2017

Universiteit Twente

Faculteit : Behavioural, Management and
Social sciences (BMS)

Master : Positieve Psychologie & Technologie

1^{ste} begeleider : Dr. L.C.A. Christenhusz

2^e begeleider : Dr. F. Chakhssi

Externe begeleider: : L. Hüning

Voorwoord

Voor u ligt de masterthese ‘Voorspellers van non-compliance bij welbevindentherapie’, die ik geschreven heb ten behoeve van mijn afstuderen in de master ‘Positieve Psychologie en Technologie’ aan de Universiteit Twente. Positieve Psychologie nam een belangrijke plaats in tijdens de opleiding. Zowel in theorie als in de praktijk. Ik heb het genoeg gehad om in de stage ook zelfstandig een positief psychologie interventie, genaamd welbevindentherapie, uit te mogen oefenen. Cliënten bloeiden op door deze therapie en konden meer genieten van de kleine dingen in het leven. Het doen van onderzoek naar interventies die een bijdrage leveren aan het welbevinden van cliënten, waarbij zij tot bloei kunnen komen, vind ik dan ook erg belangrijk. Het Centrum voor Psychotrauma, onderdeel van Mediant GGZ, voert momenteel een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT) uit naar de effectiviteit van Welbevindentherapie in aanvulling op een klachtgerichte behandeling. Mijn onderzoek is geschreven als aanvulling op dit lopende onderzoek. Ik hoop dan ook dat mijn onderzoek een bijdrage heeft geleverd waarmee de therapie nog effectiever gemaakt kan worden.

Zonder hulp van de mensen om mij heen had ik het resultaat dat voor u ligt niet voor elkaar gekregen. Ik wil dan ook graag mijn begeleiders Lieke Christenhusz en Farid Chakhssi hartelijk bedanken voor hun waardevolle input en feedback. Ook wil ik Laura Hüning, programmamanager bij Mediant, bedanken voor de kans een bijdrage te leveren aan het onderzoek binnen het Centrum voor Psychotrauma en daarbij mee te denken bij bepaalde keuzes die ik tijdens het schrijven van mijn masterthese heb moeten maken. Met het afronden van deze these is er een einde gekomen aan mijn studententijd. De tijd is gekomen om mijn vleugels uit te slaan en een glansrijke carrière tegemoet te gaan. Dit was niet mogelijk geweest zonder alles wat de vele docenten mij, ons, geleerd hebben in de afgelopen vier jaar. Hen wil ik hiervoor ook bedanken. Tot slot wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor alle steun en de leuke studententijd en in het bijzonder mijn ouders, die mij ook door de moeilijke momenten heen gesleept hebben.

Amber Bolk

Enschede, februari 2017

Samenvatting

Achtergrond: Momenteel wordt door middel van een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT) de effectiviteit van welbevindentherapie (WBT) binnen een klinische populatie met PTSS cliënten onderzocht. Niet iedereen rondt deze therapie geheel af. Dit wordt non-compliance genoemd. Het doel van de huidige studie is te achterhalen welke factoren non-compliance (uitval) bij welbevindentherapie voorspellen. Dit is relevant omdat met deze informatie duidelijk wordt hoe de WBT efficiënter gemaakt kan worden en welke indicatiestelling passend is. De volgende onderzoeksvraag is geformuleerd: *Wat zijn op baseline en na 3 maanden voorspellers van non-compliance bij welbevindentherapie voor PTSS patiënten (in aanvulling op een klachtgerichte behandeling)?*

Methode: Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zijn logistische regressieanalyses uitgevoerd om te onderzoeken welke factoren een voorspellende waarde hebben op baseline en na 3 maanden ten opzichte van non-compliance gedurende de welbevindentherapie.

Resultaten: Er werden geen significante voorspellers gevonden voor non-compliance in de welbevindentherapie. Ook was er geen significant verschil in aantal uitvallers tussen de welbevindentherapie-conditie en de *treatment as usual* conditie.

Discussie: Op basis van het huidige onderzoek kan geconcludeerd worden dat er geen voorspellende factoren van non-compliance aanwezig zijn. Mogelijk valt dit te verklaren door de relatief kleine steekproef. Vanuit de data kan verwacht worden dat mogelijk in vervolgonderzoek met een grotere steekproef het sociaal welbevinden wel als voorspeller van non-compliance aangetoond kan worden, door de hoge voorspellende waarde van het sociaal welbevinden in de huidige studie. Om meer profijt uit de welbevindentherapie te halen is het aan te bevelen in vervolgonderzoek naast voorspellers van non-compliance tevens de redenen voor non-compliance te onderzoeken.

Abstract

Background: The effectiveness of well-being therapy (WBT) is studied within the clinical population of trauma patients by the implementation of a Randomized Controlled Trial (RCT). There are some patients that did not completed the well-being therapy and therefore showing non-compliance. The aim of the current study is to examine whether there are variables that can predict non-compliance within well-being therapy to improve the efficiency of therapy, both in content and indication. Therefore, this study investigates possible predictors of non-compliance during well-being therapy (in addition to a complaint targeted intervention)?

Method: To answer the research question logistic regression analyzes were performed to study what factors have a predictive value at baseline and after 3 months compared to non-compliance during therapy wellbeing.

Results: No significant predictors of non-compliance in well-being therapy were found. In addition, no significant difference regarding to non-compliance was found between the group receiving well-being therapy and the group receiving treatment as usual.

Discussion: Based on the current study no predictors of non-compliance are found. Perhaps this can be explained by the relatively small sample size. Based on the available data it can be expected that social well-being possibly will be a predictor of non-compliance in a follow-up study with a larger sample, due to the high predictive value of social well-being in the present study. It is recommended to investigate not only predictors of non-compliance but also the actual reasons for non-compliance to improve the effect of well-being therapy.

Inhoud

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Abstract	4
Inleiding	6
Positieve psychologie	6
Welbevindentherapie	8
Posttraumatische stressstoornis	10
Positief psychologische interventies bij PTSS	11
Non-compliance	12
Onderzoeksvragen	14
Methode	15
Design	15
Interventie	16
Procedure	17
Steekproef	17
Meetinstrumenten	18
Statistische analyse	21
Resultaten	22
Demografische gegevens	22
Vergelijking WBT en TAU	25
Regressieanalyse 0-3 maanden	25
Regressieanalyse 3-6 maanden	27
Regressieanalyse Zelfcompassie	31
Conclusie en discussie	32
Limitaties & aanbevelingen	34
Referenties	37

Inleiding

Binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt de stroming positieve psychologie steeds vaker geïntegreerd in het behandelprogramma. Vanuit het gedachtegoed van de positieve psychologie is welbevindentherapie ontstaan. Welbevindentherapie richt zich op het verbeteren van het welbevinden en dient uitstekend als terugvalpreventie aansluitend op een reguliere behandeling (Keyes & Westerhof, 2010). Over de effectiviteit van welbevindentherapie in aanvulling op een klachtgerichte behandeling voor PTSS patiënten is tot op heden nog geen duidelijkheid. Sinds maart 2014 loopt er bij het Centrum voor Psychotrauma, onderdeel van Mediant GGZ, een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT) naar de effectiviteit van welbevindentherapie in aanvulling op een klachtgerichte traumabehandeling. De welbevindentherapie wordt niet door alle cliënten geheel afgerond. Dit wordt non-compliance genoemd. In aanvulling op het RCT wordt in onderstaande studie onderzocht welke factoren voorspellend zijn voor non-compliance in de welbevindentherapie na 3 en 6 maanden.

Positieve psychologie

Lange tijd lag in de psychologie de nadruk op psychopathologie: het psychisch lijden. Sinds eind jaren '90 is door Seligman en Csikszentmihaly een nieuwe stroming op de kaart gezet: de positieve psychologie. Niet langer moest de nadruk alleen liggen op het disfunctioneren van de mens. Vanuit de nieuwe invalshoek zou de focus verlegd moeten worden naar mechanismen en processen rondom het optimaal functioneren van de individu, zijn relaties en de samenleving (Seligman & Csikszentmihaly, 2000). Deze nieuwe invalshoek wordt ondersteund door het twee-continua model (Westerhof & Keyes, 2010). Het twee-continua model stelt dat positieve geestelijke gezondheid en geestesziekte in een bepaalde mate samenhangen. Het betreft één continuüm dat zowel de aan- of afwezigheid van geestelijke gezondheid, als de aan- of afwezigheid van geestesziekte weergeeft (Keyes, 2002, 2005). Het twee-continua model impliceert dat herstel niet alleen klachtenreductie inhoudt, maar dat er zowel klachtenreductie als welbevindentoenname moet plaatsvinden om herstel te bewerkstelligen.

Ook de World Health Organisation (WHO) gaat met deze stroming mee. Het WHO omschrijft geestelijke gezondheid als: 'a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community' (WHO, 2005, p. 2). In

deze definiëring komen drie componenten van welbevinden aan bod, namelijk: emotioneel welbevinden, psychologisch welbevinden en sociaal welbevinden.

1) Emotioneel welbevinden wordt omschreven als de subjectieve ervaring van welbevinden. Sinds de publicatie van Ed Diener in 1984 bestaat er consensus dat drie aspecten emotioneel welbevinden omvatten: de mate waarin positieve gevoelens aanwezig zijn, de mate waarin negatieve gevoelens afwezig zijn en de mate waarin mensen tevreden zijn in hun leven. 2) Psychologisch welbevinden betreft het optimaal functioneren van een individu en bestaat uit de volgende zes dimensies: zelfacceptatie, positieve relaties met anderen, autonomie, doelgerichtheid, beheersing van de omgeving en tot slot persoonlijke groei (Ryff, 1989). 3) Sociaal welbevinden verwijst naar de evaluatie van het optimale sociale functioneren in de maatschappij (Bohlmeijer et al., 2013). Keyes (1998) onderscheidt vijf dimensies die het sociaal welbevinden vormen: het hebben van een positieve visie op andere mensen, geloof in maatschappelijke vooruitgang, het begrijpen van de maatschappij, erin te participeren en tot slot zich erin thuis te voelen. Wanneer mensen op de verschillende componenten een hoge mate van welbevinden en weinig tot geen psychische klachten ervaren, is er sprake van floreren (Keyes, 2005). Naast de zogenaamde *flourishers*, zijn ook *moderates* en *languishers* te onderscheiden. Mensen met veel psychische klachten en een laag niveau van welbevinden worden *languishers* genoemd. De *moderates* zitten tussen beide categorieën in (Keyes, 2002). De verschillende componenten van welbevinden worden gemeten met de Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF). Op basis van de score op de MHC-SF kan bepaald worden of iemand tot de *flourishers*, *moderates* of *languishers* behoort.

In de Nederlandse populatie floreert 36,5 procent en behoort slechts 1,6 procent tot de *languishers* (Schotanus-Dijkstra, et al., 2015). In de klinische praktijk ligt het percentage *languishers* veel hoger (Keyes, 2002). Uit onderzoek naar het belang van welbevinden komen een aantal belangrijke conclusies naar voren. Lamers (2012) vond dat *flourishers* een lagere kans hebben op een terugval van psychische klachten negen maanden na de eerste meting. Uit hetzelfde onderzoek bleek tevens dat een verhoging van welbevinden negatief samenhangt met psychopathologie, wat inhoudt dat een hoge mate van welbevinden beschermend kan werken tegen psychische klachten. Mensen die floreren hebben tien jaar later zeven maal minder kans op een depressie dan mensen die niet floreren (Wood & Joseph, 2009). Uit onderzoek van Schotanus-Dijkstra en anderen (2016) bleek dat floreren het risico op een stemmingsstoornis met 28 procent en angststoornissen zelfs met 53 procent reduceert. Tot slot kan de positieve psychologie een bijdrage leveren aan preventie van andere

psychische stoornissen, kwaliteit van leven, vermindering van ziekteverzuim en het verhogen van productiviteit, aldus Seligman & Csikszentmihalyi (2000). Het is dus van belang dat het aantal *flourishers* toeneemt en het aantal *languishers* afneemt.

Met het oog op reeds uitgevoerd onderzoek kan geconcludeerd worden dat welbevinden een belangrijkere rol moet innemen in de behandeling van cliënten. Hoewel de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) nog altijd de nadruk legt op psychopathologie, zijn steeds vaker elementen van de positieve psychologie in behandelingen terug te vinden. Binnen de GGZ ligt bij de toepassing van positief psychologische elementen de nadruk op het versterken van positieve gevoelens, gedragingen en cognities. Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat interventies met elementen uit de positieve psychologie het welbevinden verhogen (Fordyce, 1977; Ruini et al., 2006, Schueller, 2008). Bolier en anderen (2013) voerden recentelijk een meta-analyse uit naar de effecten van positief psychologische interventies. De meta-analyse bevatte veertig artikelen, waarin 39 studies beschreven werden met een totaal van 6139 aan participanten. Hierbij werd emotioneel welbevinden, psychologisch welbevinden en mate van depressie gemeten. De positief psychologische interventies bestonden uit zelfhulp interventies, groepstrainingen en individuele therapie. Uit de meta-analyse kwamen kleine, maar positieve, effecten naar voren. Ook in een eerdere meta-analyse in Amerika werden dezelfde effecten gevonden (Sin & Lyubomirsky, 2009). Uit een recente studie van Chaves en anderen (2016) is gebleken dat een positief psychologische interventie gericht op het reduceren van depressieklachten even effectief was als een cognitieve gedragstherapie (CGT) met hetzelfde doel. De resultaten van onderzoek binnen de positieve psychologie zijn veelbelovend voor de toekomst. Positief psychologische interventies zouden het reguliere behandelaanbod in de geestelijke gezondheidszorg kunnen verbeteren. Door de aanvulling van positief psychologische interventies op een klachtgerichte behandeling wordt een meer gebalanceerde inhoud van behandeling ontwikkeld, die zich zowel op klachten als op krachten focust (Westerhof & Bohlmeijer, 2010).

Welbevindentherapie

Welbevindentherapie (WBT) is therapievorm die thuis hoort tussen de positief psychologische interventies. De therapie is gebaseerd op het multi-dimensionele model omtrent welbevinden van Carol Ryff (Fava, 1999) en focust zich, in tegenstelling tot veel klachtgerichte behandelingen, niet op het verminderen van klachten, maar op het verbeteren van welbevinden, met als ultieme doel de mens te laten floreren. Welbevindentherapie is met name geschikt voor mensen met een beneden gemiddeld psychologisch welbevinden (Wood

& Joseph, 2009).

De effectiviteit van welbevindentherapie is in vele onderzoeken bevestigd. Fava en anderen vonden in een studie uit 1989 al dat WBT effectief was bij 20 cliënten die succesvol waren behandeld voor depressieve klachten met cognitieve gedragstherapie of farmacotherapie. De cliënten die welbevindentherapie ontvingen, scoorden significant hoger op psychologisch welbevinden en hun depressieve klachten namen ook significant meer af ten opzichte van de controlegroep (*treatment as usual*). In 2004 werden vergelijkbare effecten gevonden waarbij WBT effectiever was dan terugvalpreventie die de controle groep in de reguliere zorg ontving. Bij de WBT groep werd een percentage voor terugval vastgesteld op 25%. Bij de controlegroep was dit 80%. Op de lange termijn bleef het terugvalpercentage van de WBT groep significant lager in vergelijking met de controlegroep (40% respectievelijk 90%) (Fava et al., 2004). In een onderzoek naar het effect van WBT bij cliënten met een gegeneraliseerde angststoornis werd eveneens gevonden dat de combinatie van WBT met CGT tot een significant hoger welbevinden leidde dan wanneer alleen CGT gegeven werd (Fava et al., 2005). De steekproef van deze studie was echter klein, waardoor geen harde conclusies getrokken kunnen worden. Tot slot werd in 2011 door Fava en collega's ook een significante en blijvende verbetering op het welbevinden gevonden bij mensen die voor een cyclothyme stoornis behandeld werden in een combinatiebehandeling van CGT en WBT. Naast effectstudies is er ook onderzoek gedaan naar de bevindingen van cliënten en therapeuten wat betreft welbevindentherapie. Uit het onderzoek van Post en anderen (2011) kwam dat zowel de cliënten als therapeuten erg enthousiast zijn over welbevindentherapie. Ook in een studie van Valckx (2014) waren de cliënten overwegend positief over de therapie. Welbevindentherapie kan dan ook gezien worden als een zinvolle aanvulling op het huidige behandelaanbod.

Welbevindentherapie, zoals men deze kent van Fava, is in Italië reeds opgenomen in de richtlijnen als effectieve (*evidence based*) behandeling (e.g. Fava & Ruini, 2003; Fava et al, 2005). Ook in Amerika zijn er reeds behandelingen gericht op het welbevinden opgenomen in de richtlijnen (Biswas- Diener, 2010; Seligman, 2011). Hoewel welbevindentherapie in Nederland nog niet als effectieve behandeling in de richtlijnen is opgenomen, is er wel belangstelling voor deze therapie. Inmiddels is het protocol van welbevindentherapie vertaald en een versie ontwikkeld voor de Nederlandse klinische praktijk (Christenhusz & Meulenbeek, 2013; Christenhusz et al., 2016). Voor verschillende stoornissen is reeds duidelijk geworden dat welbevindentherapie een gunstig effect heeft op welbevinden. Echter ontbreekt tot op heden literatuur over welbevindentherapie in aanvulling

op een klachtgerichte behandeling bij cliënten met een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Mogelijk zou welbevindentherapie ook bij cliënten met een PTSS een gunstig effect hebben op het welbevinden en het voorkomen van terugval.

Post Traumatische Stress Stoornis

Een posttraumatische stressstoornis (PTSS) is het gevolg van het worden blootgesteld aan een traumatische ervaring, die een feitelijke of dreigende dood of ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen (DSM-IV-TR, 2001). Daarbij voelt de betrokkene doorgaans intense angst, hulpeloosheid of afschuw. Na het meemaken van een trauma is het normaal om van slag te zijn. Wanneer echter naar aanleiding van het trauma klachten ontwikkelen welke langer dan 3 maanden aanhouden, kan gedacht worden aan een posttraumatische stressstoornis. Een PTSS kenmerkt zich door symptomen uit drie verschillende clusters: herbeleving, vermijding en hyperarousal. Herbelevingen kunnen zich uiten op verschillende manieren. Zo kan het zich uiten in beangstigende dromen (nachtelijke herbelevingen), opdringende herinneringen of het gevoel terug te zijn in de traumatische situatie. Na het meemaken van een trauma vermijden mensen vaak bepaalde situaties of activiteiten gelinkt aan het trauma, gevoelens of gedachten gelinkt aan het trauma, en hebben zij een verminderde belangstelling voor belangrijke activiteiten of een verminderd toekomstperspectief. Tot slot moet er sprake zijn van hyperarousal. Dit uit zich in moeite met slapen, prikkelbaarheid, concentratieproblemen, overmatige waakzaamheid of overdreven schrikreacties (Vandereycken et al., 2008).

De prevalentie van het meemaken van traumatische gebeurtenissen en daarmee ook de prevalentie van een posttraumatische stressstoornis verschilt sterk van land tot land (Elzinga, et al. 2004). In Nederland is de kans dat je gedurende je leven één of meerdere keren wordt blootgesteld aan trauma voor mannen 61% en voor vrouwen 51% (De Jongh & Arts, 2004). Ongeveer 8% van mensen die een traumatische ervaring meemaakt, ontwikkelt een posttraumatische stressstoornis (De Jongh & Arts, 2004). Een posttraumatische stressstoornis is vaak niet de enige psychiatrische stoornis die gediagnosticeerd wordt. Bij een PTSS is een hoge mate aan comorbiditeit aanwezig (Perkonig, Kessler, Storz & Wittchen, 2000). Uit onderzoek komt naar voren dat een posttraumatische stressstoornis sterk geassocieerd wordt met depressieve stoornissen, angststoornissen en middelenafhankelijkheid (Kessler et al., 1995).

Ondanks de bewezen effectiviteit van traumagerichte behandelingen bij PTSS, zoals EMDR (e.g. Marquis, 1911; Schubert, et al, 2016) en traumagerichte CGT (e.g. Foa, et al.,

2005; Cahill, et al., 2009), houden cliënten na behandeling meer klachten dan de gemiddelde Nederlander. Daarbij blijft volledig herstel vaak uit. Cliënten die in behandeling waren geweest voor een angststoornis bleken een kwetsbare groep voor uitval (Fava & Tomba, 2009). Uit een recente studie van Pérez Benítez en anderen (2012) werd geconcludeerd dat bijna 30% van cliënten, die een succesvolle traumabehandeling heeft gehad, alsnog een terugval ervaart. Restklachten na een behandeling zijn een belangrijke voorspeller van terugval (Fava et al., 2007). Tevens is gebleken dat de afwezigheid van psychologisch welbevinden een belangrijke voorspeller is voor terugval (Wood & Joseph, 2009). Het is daarom belangrijk tijdens de behandeling niet alleen aandacht te geven aan het voorkomen van terugval maar ook aan het bevorderen van welbevinden. Daarbij stellen Minnen en Hendriks (2008) dat de preventie van een chronisch beloop van een PTSS van belang is voor de kwaliteit van leven en het verminderen van niet efficiënt gebruik van gezondheidszorg. De kans op terugval zou kleiner worden wanneer een nazorgbehandeling wordt toegepast (van Emmerik & Berretty, 2007). Mogelijk kan welbevindentherapie hier zijn plaats innemen. Het inzetten van welbevindentherapie kan een bijdrage leveren aan het bevorderen van de geestelijke gezondheid en daarnaast mogelijk terugval voorkomen (Bohlmeijer et al., 2013). Daarbij wordt met de samenstelling van een klachtgerichte therapie, een *evidence based* traumabehandeling, gevolgd door de welbevindentherapie, het twee-continua model van Keyes (2005) ondersteund.

Positieve psychologie interventies bij PTSS

Op basis van het twee-continua model (Keyes, 2005) kan geconcludeerd worden dat het zinvol is om, naast een behandeling gericht op klachtenreductie, geestelijke gezondheidsbevordering als doel op zich binnen de geestelijke gezondheidszorg te introduceren (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). De eerste onderzoeken naar de effectiviteit van positief psychologische interventies laten dan ook veelbelovende resultaten zien voor de toekomst. Ook studies naar positief psychologische interventies bij PTSS laat gunstige uitkomsten zien. Uit onderzoek naar een interventie gericht op veerkracht bij PTSS patiënten bleek dat een dergelijke interventie grote voordelen heeft voor PTSS patiënten zoals het verminderen van angst- en depressiesymptomen en een verbeterd positief emotioneel- en cognitief functioneren (Kent et al., 2011). Veerkracht is een belangrijk element binnen de positieve psychologie. In de interventie van Kent en anderen (2011) werden bronnen van veerkracht (e.g. positieve emotionele betrokkenheid, sociale verbondenheid) verhoogt. Een andere interventie die zich onder andere richt op het verbeteren van welbevinden is Rationele

Rehabilitatie (Tomasoa & Appelo, 2007). Het effect werd gemeten met betrekking tot PTSS-symptomen, ervaren geluk, autonomie, sociale steun en behoefte aan verdere behandeling. De resultaten lieten positieve verbetering zien op alle gemeten variabelen. Tot slot is uit kleinschalig onderzoek van Belaise en anderen (2005) naar de effectiviteit van welbevindentherapie bij PTSS-patiënten gebleken dat de klachten van cliënten aanzienlijk verbeterde, terwijl aan het trauma op zich alleen in de eerste sessie aandacht werd besteed. Aangezien het een kleinschalig onderzoek betreft, raden zij aan om het effect van welbevindentherapie te onderzoeken met een RCT. Hüning en Bohlmeijer (2014) spelen in op deze behoefte en voeren momenteel een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT) uit naar het effect van welbevindentherapie (ten opzichte van *treatment as usual*) aanvullend op een traumabehandeling voor mensen met een PTSS. Gedurende de uitvoering van het onderzoek, is gebleken dat niet alle participanten de welbevindentherapie geheel afronden. Dit wordt aangeduid als non-compliance.

Non-compliance

De term ‘compliance’ komt uit het Latijns (*complire*) en betekent: het vervullen van een belofte door een actie, transactie of proces af te ronden (Aronson, 2007). In de gezondheidszorg wordt compliance geformuleerd als ‘patiënten doen wat zorgverleners van hen verwachten’ (Fletcher, 1989). Non-compliance betekent het tegenovergestelde: patiënten doen niet wat zorgverleners van hen verwachten. Onderzoek naar non-compliance wordt belemmerd door een gebrek aan consistentie in de definitie van de term, waarbij termen als compliance, therapietrouw, wederkerigheid, therapeutische relatie en samenwerking allen door elkaar gebruikt worden (Kyngäs, Duffy & Kroll, 2000). In het huidige onderzoek wordt non-compliance gedefinieerd als uitval tijdens de therapie.

Non-compliance werd decennia geleden al als één van de grootste problemen in de medische wereld gezien (Blackwell, 1977). De belangrijkste consequentie van non-compliance is dat het de effectiviteit van de behandeling negatief beïnvloedt (Swanson, Pantaloni, Cohen & Kenneth, 1999). Niet alleen reduceert non-compliance het effect van een potentieel effectieve behandeling, ook brengt het onnodige kosten met zich mee op financieel, lichamelijk en sociaal vlak (Bryant, Simons & Thase, 1999; Reis & Brown, 1999; Rogers & Bullman, 1995). Wanneer de therapie niet wordt afgemaakt kan dit leiden tot stagnatie van verbetering of zelfs verergering van de klachten. Bijkomende gevolgen zijn daarbij minder kwaliteit van leven, meer kans op terugval en meer zelfmoordpogingen (Colom, et al., 2005). Tot slot verkleint non-compliance de kosteneffectiviteit van interventies. Hierdoor wordt de

gezondheidszorg voor de samenleving duurder en nemen tevens de kosten voor werkgevers toe door ziekteverzuim (Cleemput & Kesteloot, 2002).

Veelal vallen cliënten aan het begin van de behandeling uit (e.g. Kool & Sijben 1989; Bados, Balaguer & Saldaña 2007). Redenen voor non-compliance zijn weinig motivatie, ongenoegen met de behandeling, externe moeilijkheden en gevoel van verbetering (Bados, Balaguer & Saldaña, 2007). Uit onderzoek van Valckx (2014) naar bevindingen van de cliënten rondom welbevindentherapie kwam onder andere dat cliënten moeite hadden met de hoeveelheid leesstof van de methode. Dit kan mogelijk een verklaring voor non-compliance zijn. Vroege uitvallers hebben vermoedelijk een andere reden voor uitval dan latere uitvallers.

Naar voorspellers van non-compliance is in het verleden bij een verscheidenheid aan stoornissen onderzoek verricht. Wierzbicki en Pekarik (1993) concluderen uit een meta-analyse van 125 studies naar non-compliance dat er drie factoren zijn die non-compliance bij psychologische behandelingen voorspellen, namelijk; etnische afkomst, opleidingsniveau en inkomen. Non-compliance neemt toe naarmate het opleidingsniveau en het inkomen lager worden. Daarnaast is gebleken dat Afro-Amerikanen vaker uitvallen dan Westerse patiënten. In een onderzoek naar voorspellers van non-compliance bij CGT voor mensen met een depressie is gebleken dat er bij patiënten die jonger waren, behoorde tot een etnische minderheid, en groepsbehandeling hadden gehad een grotere kans was dat zij uitvielen (Organista et al., 1994). Een jonge leeftijd kwam in veel onderzoeken naar voren als voorspeller van non-compliance (Tehrani et al, 1996; Edlund et al, 2002; Garcia et al, 2011). Uit ander onderzoek bleken demografische variabelen zoals leeftijd en geslacht in tegenstelling tot bovenstaande resultaten geen significante voorspellers voor non-compliance (Van Minnen, et al. 2002; Gros et al, 2013). In onderzoek naar symptoomernst bij depressie is gevonden dat non-compliance toeneemt wanneer de symptomen ernstiger zijn (Manber, et al., 2011). Angst, niet per definitie trauma gerelateerd, wordt vaak aangewezen als voorspeller (Jack, McLean, Moffett & Gardiner, 2010). Tot slot laat een meta-analyse naar de voorspellers van non-compliance bij cognitieve gedragstherapie voor de behandeling van angststoornissen zien dat er tot op heden nog geen consistent beeld is van voorspellers van non-compliance (Taylor, Abramowitz & McKay, 2012).

Voorspellers van non-compliance bij behandeling van een posttraumatische stressstoornis zijn onder andere therapeutische alliantie en symptoomernst. Uit onderzoek van Cloitre en anderen (2002) bleek de therapeutische alliantie, oftewel de werkrelatie, in de vroege fase voorspellend is voor hoe goed PTSS-patiënten gebruik kunnen maken van hun emotieregulatievaardigheden. Dit is belangrijk omdat onder de druk van een

traumabehandeling het tolerantievermogen verslechtert en dit zich uit in non-compliance (Burnstein, 1986; Scott & Stradling, 1997). Symptoomernst van de PTSS en de ernst van een comorbide depressie kwamen in onderzoek van Scott en Stradling (1997) naar voren als voorspeller van non-compliance. Ook in een studie van Marks en anderen (1998) werd gevonden dat uitvallers iets meer PTSS-symptomen op baseline ervoeren in vergelijking met mensen die de therapie afmaakten. In een studie van Foa en anderen (1999) werd gevonden dat mensen die niet werkten vaker uitvielen dan mensen die wel werkten. Echter werd in andere studies geen verschil gevonden op grond van demografische variabelen tussen mensen die de therapie voltooiden en mensen die de therapie niet voltooiden (Marks et al, 1998; Tarrier et al, 1999).

Hoewel er al veel literatuur bekend is over voorspellers van non-compliance, ontbreekt nog informatie specifiek over voorspellers van non-compliance bij welbevindentherapie in aanvulling op een klachtgerichte behandeling bij een populatie met PTSS-patiënten. Uit onderzoek van Brinks (2016) naar de mate van welbevinden en de mate van psychopathologie als voorspellers van non-compliance kwamen geen significante voorspellers naar voren. In het onderzoek van Hüning en Bohlmeijer (2014) naar de effectiviteit van welbevindentherapie in aanvulling op een klachtgerichte behandeling voor PTSS-patiënten kwam ook non-compliance voor. In aanvulling op het onderzoek van Hüning en Bohlmeijer wordt in de huidige studie onderzocht welke factoren voorspellend zijn voor non-compliance bij welbevindentherapie in aanvulling op een klachtgerichte behandeling.

Onderzoeksvraag

Om te onderzoeken welke factoren compliance beïnvloeden en mogelijk zorgen voor de uitval binnen welbevindentherapie is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd: *Wat zijn op baseline en na 3 maanden voorspellers van non-compliance bij welbevindentherapie voor PTSS patiënten (in aanvulling op een klachtgerichte behandeling)?*

Hierbij zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

Deelvraag I: Is de non-compliance binnen welbevindentherapie significant groter of kleiner dan in de treatment as usual?

Deelvraag II: Wat zijn op baseline voorspellers van non-compliance gedurende de eerste drie maanden van de welbevindentherapie?

Deelvraag III: Wat zijn drie tot zes maanden na de start van de welbevindentherapie voorspellers van non-compliance?

Op basis van de literatuur wordt vermoedt dat bepaalde factoren een voorspellende waarde op non-compliance zullen hebben. Zo werd gevonden dat een jonge leeftijd voorspellend was voor non-compliance (Tehrani et al, 1996; Edlund et al, 2002; Garcia et al, 2011).

Vermoedelijke vallen jonge mensen daarom in de huidige steekproef eerder uit. Uit een meta-analyse bleek dat opleidingsniveau een voorspeller van non-compliance is. Mogelijk komt opleidingsniveau ook in de huidige studie naar voren als voorspeller. Symptoomernst werd zowel bij een depressie als bij PTSS als voorspeller van non-compliance gevonden (Manber, et al., 2011; Scott & Stradling, 1997). Ook ernst van depressieve symptomen was voorspellend voor non-compliance (Scott & Stradling, 1997). Het vermoeden bestaat dat mensen met meer restsymptomen van een PTSS en/of een depressie vaker uitvallen in de therapie. Tot slot wordt angst, niet per definitie trauma gerelateerd, wordt vaak aangewezen als voorspeller (Jack, McLean, Moffett & Gardiner, 2010). Mogelijk is angst in de huidige studie een voorspeller van non-compliance.

Methode

Design

Het huidige onderzoek naar voorspellers van non-compliance is onderdeel van een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT) uitgevoerd door Hüning en Bohlmeijer (2014). Zij voerden een RCT uit naar het effect van welbevindentherapie bij PTSS-patiënten in een klinische setting in aanvulling op een op verwerking gerichte behandeling (fase II). Na afronding van fase II hebben alle participanten een toestemmingsformulier (informed consent) getekend waarin zij toestemming geven deel te nemen aan het onderzoek. Participanten namen te allen tijde vrijwillig deel aan het onderzoek. Wanneer aan het exclusiecriteria van een persisterende PTSS werd voldaan, is contact opgenomen met de behandelaar voor een eventuele voortzetting van een op verwerking gerichte behandeling. In Tabel 1 zijn de overige inclusie- en exclusiecriteria weergegeven. Vervolgens werden de participanten at random in de welbevindentherapie-conditie (WBT) of *treatment as usual*-conditie (TAU) ingedeeld. Tijdens het onderzoek werd de participanten van de RCT gevraagd op vier meetmomenten tijdens en na welbevindentherapie vragenlijsten in te vullen met betrekking tot welbevinden en psychopathologie. De vragenlijsten vonden plaats voor aanvang van de

welbevindentherapie (T0), na drie maanden (T1), na zes maanden (T2) en één jaar na start van de welbevindentherapie (T3).

Tabel 1

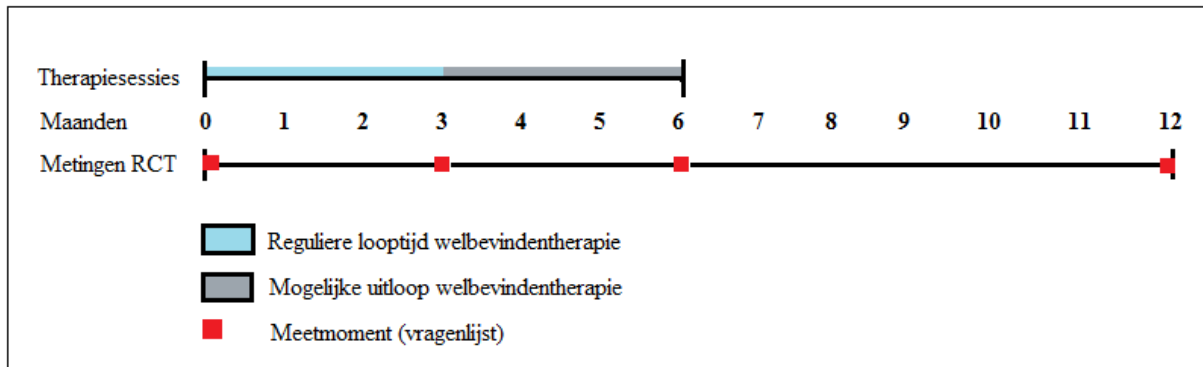
In- en exclusiecriteria voor gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek van Bohlmeijer en Hüning (2014)

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
- Een minimale leeftijd van 18 jaar oud	- De aanwezigheid van een (persisterende) PTSS
- Een afgeronde effectieve klachtgerichte behandeling voor PTSS	- De aanwezigheid van acute psychiatrische problematiek welke nader onderzocht dient te worden
- Een goede beheersing van de Nederlandse taal	- Een behandeling op een andere afdeling wegens comorbiditeit
- Het beschikken van een werkend email-adres	
- Het niet langer voldoen aan de criteria van PTSS (<15 op de PTSS-klachtenschaal)	

Interventie

Voor de welbevindentherapie is met ingang van de RCT een protocol geschreven door Bohlmeijer en Hüning (2014). Deze welbevindentherapie bestaat uit zes face-to-face contacten waarin aandacht wordt besteed aan het vergroten van met name psychologisch welbevinden. Belangrijke domeinen in de sessies zijn positieve emoties, zelfcompassie en posttraumatische groei. De inhoud van de therapie is gebaseerd op het hulpboek ‘Dit is jouw leven’ van Bohlmeijer en Hulsbergen (2014). De cliënten die aan de welbevindentherapie deelnemen kregen ‘Dit is jouw leven’ voor aanvang van de therapie thuis gestuurd.

De *treatment as usual* bestaat uit drie face-to-face contacten en drie emailcontacten met als doel het contact langzaam af te bouwen. De face-to-face contacten en emailcontacten vinden afwisselend plaats. De *treatment as usual* is van origine niet geprotocolleerd. Voor de TAU zoals deze is toegepast in de RCT is wel een protocol geschreven, om er voor te zorgen dat de contacten in de TAU allemaal dezelfde vorm hebben. In de contacten staat de vraag ‘Waar loop je tegen aan?’ centraal. Deelnemers in de TAU-groep ontvingen niet na afronding van het onderzoek alsnog welbevindentherapie.



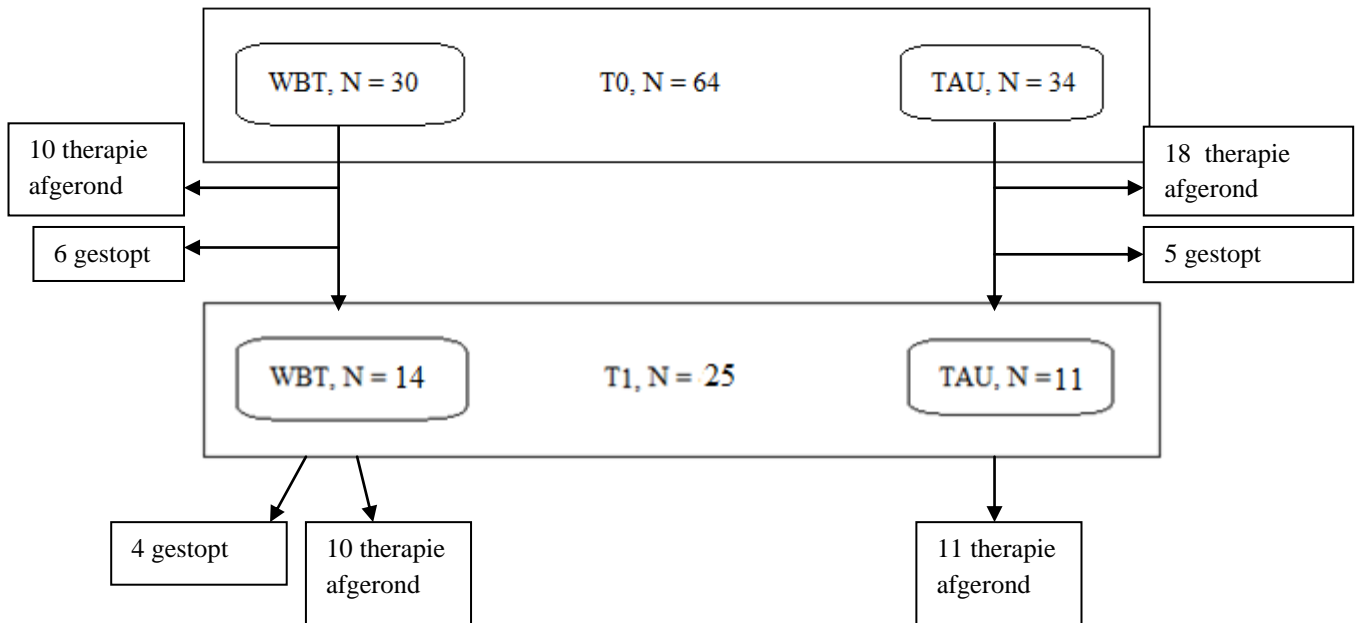
Figuur 1. Looptijd welbevindentherapie en metingen RCT

Procedure

Voor de huidige studie werd data gebruikt die verzameld is tijdens de RCT. Door middel van een exploratief onderzoek wordt vervolgens aan de hand van de data uit de vragenlijsten van de RCT onderzocht welke factoren mogelijk voorspellend zijn voor non-compliance. De data voor het huidige onderzoek is verzameld van 28 maart 2014 tot en met 25 oktober 2016. De data was geheel geanonimiseerd.

Steekproef

In totaal hebben 74 mensen aan het onderzoek deelgenomen. Van deze 74 mensen zijn tien participanten al uitgevallen voor de start van de therapie sessies. Zij worden niet als non-compliance aangemerkt maar als non-adherentie. Van de 64 mensen die overbleven, zij er op dit moment 45 mensen de eindmeting bereikt. Alle 64 participanten hebben wel de T1 meting (3 maanden na de start) bereikt, wat zou betekenen dat zij de therapie hebben afgerond. De steekproef bevatte daarom 64 participanten, die een verwerkingsbehandeling bij het Centrum voor Psychotrauma bij Mediant in de periode van 1 maart 2014 tot en met 31 januari 2017 hebben afgerond en aan de inclusiecriteria (Tabel 1) voldoen. Van de steekproef vielen tussen T0 en T1 zes participanten uit in de WBT-conditie uit en vijf participanten uit in de TAU-conditie. Tussen T1 en T2 vielen slechts participanten in de WBT-conditie weg. Vier participanten stopten daar met de welbevindentherapie.



Figuur 2. Non-compliance in WBT- en TAU conditie

Meetinstrumenten

Voor het huidige onderzoek worden de Mental Health Continuum – Short Form, PTSS-klachtenschaal, Post Traumatic Growth Inventory –Dutch Version, Self-Compassion Scale – Short Form, Hospital Anxiety and Depression Scale en de Positieve Geestelijke Gezondheid Schaal in de analyse meegenomen.

Mental Health Continuum- Short Form [MHC-SF]. De MHC-SF is een vragenlijst, gebaseerd op het Mental Health Continuum, bestaande uit 14 items die positieve geestelijke gezondheid trachtte te meten. De items meten emotioneel welbevinden, sociaal welbevinden en psychologisch welbevinden. Elk item wordt met een zes punts-Likert schaal gescoord, waarbij de antwoorden uiteenlopen van 0 = nooit, 1= één of twee keer, 2= ongeveer 1 keer per week, 3- 2 of 3 keer per week, 4- bijna elke dag tot 5 = elke dag. Wanneer je gemiddeld beneden de 2.13 scoort, heb je een beneden gemiddeld welbevinden en ben je geschikt voor de welbevindentherapie (Lamers et al., 2011). Het betreft een betrouwbaar en valide instrument om positieve geestelijke gezondheid te meten in de Nederlandse bevolking (Lamers et al., 2011). Op basis van de antwoorden kan een onderverdeling gemaakt worden in drie subcategorieën: *flourishers*, *moderates* & *languishers*. Participanten worden als *flourishers* betiteld wanneer zij op minimaal één van de drie items van emotioneel welbevinden ‘elke dag’ of ‘bijna elke dag’ aanvinkten en op minimaal zes van de elf items van psychologisch welbevinden ‘elke dag’ of ‘bijna elke dag’ aanvinkten. Participanten worden in de categorie *languishers* geplaatst wanneer zij bij minimaal één van de drie items

op emotioneel welbevinden de score ‘nooit’ of ‘één of twee keer’ aanvinkten. Wanneer participanten niet voldoen aan een van de bovengenoemde categorieën wordt de subcategorie *moderates* toegewezen (Lamers et al., 2011). De test-hertestbetrouwbaarheid voor de MHC-SF ligt na negen maanden op 0.65 (Lamers et al., 2011).

PTSS- klachtenschaal. De PTSS- klachtenschaal (Foa et al., 1993) meet klachten gerelateerd aan PTSS. Het betreft een vragenlijst met 17 items waarbij de participanten aangeven hoeveel posttraumatische stressklachten zij in de afgelopen week ervaren hebben. De posttraumatische stressklachten, welke worden uitgevraagd in de PTSS- klachtenschaal, worden gespecificeerd in de DSM-IV-TR. De PTSS-klachtenschaal bestaat uit drie subschalen: herbeleving (5 items), hyperarousal (5 items) en vermijding (7 items). Elk item wordt met een vier punts- Likertschaal gescoord, waarbij de antwoorden variëren van 0 = nooit, 1= 1 keer per week, 2= 2-4 keer per week, tot 3 = 5 keer of meer per week. Een cut-off score van 15 wordt gehanteerd, waarbij een score van 15 of hoger dan 15 een posttraumatische stressstoornis indiceert. De vragenlijst heeft een goede psychometrische kwaliteit met een Cronbach’s alpha van 0.87 (Wohlfarth, et al., 2003).

Post Traumatische Groei Inventory – Dutch Version [PTGI-DV]. Met de PTGI-DV (Calhoun & Tedeschi, 1996) wordt de aan- of afwezigheid van posttraumatische groei vastgesteld. De vragenlijst bevat 21 items, die op een zespunts-Likertschaal worden gescoord. De antwoorden variëren van 0= niet ervaren, 1=een heel klein beetje ervaren, 2= een klein beetje ervaren, 3= enigszins ervaren, 4= in sterke mate ervaren, tot 5= in zeer sterke mate ervaren. Een hogere score indiceert meer posttraumatische groei. De PTGI-DV toont op de totaalscore met een alpha van .90 een hoge interne betrouwbaarheid aan (Tedeschi, & Calhoun, 1996). De vijf te onderscheiden dimensies die door de PTGI-DV gemeten worden zijn: (1) Een grotere waardering voor het leven en hernieuwde prioriteiten ($\alpha = .67$), (2) meer betekenisvolle relaties ($\alpha = .85$), (3) een versterkt gevoel van persoonlijke kracht ($\alpha = .72$), (4) erkennen van nieuwe mogelijkheden of paden in het leven van de persoon ($\alpha = .84$), en (5) een rijker spiritueel leven dan voorheen ($\alpha = .85$).

Self-Compassion Scale Short Form [SCS-SF]. De SCS-SF (Raes, et al., 2011) bevat 12 items die de mate van zelfcompassie meet. De mate van zelfcompassie wordt middels zes componenten vastgesteld: zelfvriendelijkheid, zelfoordeel, algemene menselijkheid, mindfulness en overidentificatie. De vragenlijst wordt gescoord met een zevenpunts-Likertschaal waarbij de antwoorden variëren van 1= zelden of nooit tot 7= bijna altijd. Tussenvallende waarden worden niet in termen omschreven. Een deel van de vragen zijn positief geformuleerd en een deel negatief geformuleerd. De negatief geformuleerde items,

die over zelfbeoordeling, isolatie en overidentificatie gaan, moeten worden omgeschaald. Een gemiddelde score voor zelfcompassie ligt op 4 bij een zevenpunts-Likertschaal. Met een ruwe schatting zou er sprake zijn van weinig zelfcompassie bij een score van 1 tot 3.25, een gemiddelde zelfcompassie bij een score van 3.25 tot 4.75, en veel zelfcompassie bij een score tussen de 4.75 en 7 (Neff, 2016). Op de totaalscore betekent dit dus dat er vanaf een score van 57 sprake is van veel zelfcompassie. Met een alpha van .86 is er sprake van een hoge consistentie en ook is er sprake van een bijna-perfecte correlatie met de originele SCS ($r \geq .97$ all samples) (Raes, Pommier, Neff & van Gucht, 2011).

Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS]. De HADS (Zigmond, & Snaith, 1983) meet klachten van angst en depressie. Het betreft een vragenlijst met 14 items en kan opgedeeld worden in de subschalen: angst (7 items) en depressie (7 items). De items worden gescoord met een vierpunts-Likertschaal waarbij 0= helemaal niet, 1=soms, 2=vaak en 3= bijna altijd. Hoe hoger de score, des te meer angst en/of depressieklachten ervaren worden. De HADS wordt afgenomen bij mensen tussen de 16 en 65 jaar. Bjelland en anderen (2002) houden een cut-off score aan van 8 per subschaal. De interne consistentie is met een alpha van .92 uitstekend (Kline, 2000). De Nederlandse versie van de HADS beschikt over goede psychometrische kwaliteiten (Spinhoven, et al., 1997). De interne consistentie van de subschaal depressie was $\alpha = .81$ en de op subschaal angst $\alpha = .82$ (Jack et al, 1987).

Positieve Geestelijke Gezondheidsschaal [PGGS]. De PGGS is een Nederlandse variant van de Psychological Wellbeing Scale, welke de zes dimensies van psychologisch welbevinden meet (Dierendonck, 2011). De Nederlandse vertaling bestaat uit 52 items, 8 of 9 per subschaal. Elke subschaal vertegenwoordigt een dimensie van psychologisch welbevinden. De antwoorden lopen uiteen van 1= nadrukkelijk mee oneens, 2=mee oneens, 3= enigszins mee oneens, 4= enigszins mee eens, 5= mee eens, tot 6= nadrukkelijk mee eens. In een onderzoek naar interne consistentie, uitgedrukt in Cronbach's alpha, werden waarden gevonden tussen .86 en .93 (Dierendonck, 2011). Er is dus sprake van een hoge interne consistentie (Kline, 2000). In het huidige onderzoek zijn alpha's gevonden van .87 (autonomie), .44 (persoonlijk groei), .89 (regie over eigen leven), .80 (zelfacceptatie), .77 (sociale contacten), .64 (doelgerichtheid) en .90 voor de totale schaal. In de huidige studie wordt echter gebruik gemaakt van een verkorte versie, bestaande uit 26 items. Normscores zijn nog niet bekend.

Statistische analyse

De statistische analyses zijn uitgevoerd met behulp van het programma IBM Statistical Program for Social Sciences (SPSS 24.0). De normaliteit van de data is gecontroleerd op basis van skewness en kurtosis. Hieruit is geconcludeerd dat de data normaal verdeeld is en daarom is er gebruik gemaakt van parametrische toetsen. Voor alle analyses werd een alpha van .05 aangehouden. Met een descriptieve analyse werden de demografische gegevens van de participanten verkend.

Vervolgens werd met behulp van de Independent Samples *t*-toets bekeken of er statistisch significante verschillen zijn in non-compliance tussen de WBT-conditie en TAU-conditie. Omdat de studie zich richt op de welbevindentherapie zullen de WBT-conditie en de TAU-conditie gesplitst worden, waarna de regressieanalyse slechts bij de WBT-conditie wordt uitgevoerd.

Met behulp van een meervoudige logistische regressieanalyse is bekeken of er een verband aanwezig is tussen verschillende onafhankelijke variabelen en de afhankelijke variabele 'non-compliance'. De te verklaren variabelen zijn: welbevinden, PTSS- klachten, angst- & depressieklachten, zelfcompassie, posttraumatische groei en alle beschikbare demografische variabelen. Er wordt gebruik gemaakt van een logistische regressieanalyse aangezien 'non-compliance' een dichotome uitkomstmaat is (wel uitval of geen uitval). Aangezien er vele variabelen een rol kunnen spelen in het voorspellingsmodel wordt eerst de correlatie van alle variabelen met uitval berekend. Bij een correlatie van minimaal .20, wat volgens Cohen (1969) gelijk staat aan een klein effect, wordt de variabele meegenomen in de regressieanalyse. Bij categorische variabelen wordt door middel van het chikwadraat overdispension uitgerekend. Wanneer er sprake is van overdispension komt de betrouwbaarheid in het gevaar. Bij een waarde van 1 of hoger bij de dispersion parameter is er sprake van overdispension en wordt daardoor de variabele niet meegenomen.

Vervolgens worden alle onafhankelijke variabelen met een pearson correlatie hoger dan .20 of een dispersionwaarde kleiner dan 1 in een aparte regressieanalyse geanalyseerd.

Alle variabelen met een *p*-waarde kleiner dan .25 (Lambrecht & Verslype, 2009) worden meegenomen in de gezamenlijke regressieanalyse. Daarna wordt, door middel van backward elimination, stap voor stap de factor met de grootste *p*-waarde uit het model gehaald, om uiteindelijk tot het meest optimale model te komen.

Resultaten

Demografische gegevens WBT en TAU op baseline

In Tabel 2a en 2b is een overzicht te zien van demografische factoren van de deelnemers bij aanvang van de welbevindentherapie en *treatment as usual*, ingedeeld in de condities WBT en TAU. De data was normaal verdeeld. Van de totale steekproef (N=64) zijn 30 participanten ingedeeld in de WBT conditie en 34 participanten in de TAU conditie. De gemiddelde leeftijd in de WBT conditie is 42 jaar. In de TAU conditie is dit 39 jaar. In de WBT conditie was 43,3 % man en 56,7% vrouw. In de TAU conditie was 44,1 % man en 55.9% vrouw. Door middel van een *t*-toets is een vergelijking gemaakt tussen beide condities. Alleen de hoogst afgeronde opleiding verschilde significant tussen beide groepen ($p=.016$).

Demografische gegevens WBT. In de WBT conditie zitten relatief meer laag opgeleiden. Opvallend aan Tabel 2a is dat met name in de WBT-conditie al relatief veel *flourishers* zitten in verhouding tot de *languishers*. Zelfs wanneer we kijken naar de gemiddelde score per item zit de groep *languishers* redelijk hoog ($32.67/14=2.33$). Het lage gemiddelde op PTSS-klachten is niet verrassend gezien het feit dat zij al een afgeronde behandeling moeten hebben. Hoewel de PTSS-klachten een gemiddelde hebben onder de cut-off score voor een posttraumatische stressstoornis, scoren beide condities op de angstschaal van de HADS wel boven de cut-off score. Op angst in het algemeen, niet perse specifiek gericht op trauma's, scoren zij dus bovengemiddeld. Participanten uit de WBT-conditie hebben een bovengemiddelde mate in zelfcompassie.

Tabel 2a

Demografische gegevens op baseline (T0)

N=64		WBT (N=30)				TAU (N=34)				Vergelijking WBT vs. TAU			
		n	%	Range	M (SD)	n	%	Range	M (SD)	χ^2	t	df	p
Leeftijd		30	-	20-66	41.97 (14.17)	34	-	18-61	38.85 (11.61)		-.96	62	.34
Geslacht	Man	13	43.3			15	44.1			.004		1	.95
	Vrouw	17	56.7			19	55.9						
Culturele achtergrond	Nederlands	23	76.7			25	73.5			4.18		5	.52
	Anders	7	23.3			9	26.5						
Opleiding	Laag	4	13.3			3	8.8			15.58		6	.016
	Middel	18	60.0			19	55.9						
	Hoog	6	20.0			9	26.4						
	Geen afgeronde opleiding	1	3.3			3	8.8						
	Missing Values	1	3.3										
Welbevinden (MHC-SF)	Totaalscore	30	-	20-59	41.80 (10.42)	34	-	1-69	39.53 (16.08)		-.66	62	.51
	Languisher	6	20	27-39	32.67 (4.27)	10	29.4	1-41	26.20 (10.99)				
	Moderate	14	46.7	20-49	37.71 (8.44)	15	44.1	20-49	36.47 (10.89)				
	Flourisher	10	33.3	46-59	53.00 (4.00)	9	26.5	50-69	59.44 (6.10)				

Tabel 2b

Demografische gegevens op baseline

N=64		WBT (N=30)				TAU (N=34)				χ^2	t	df	P
		n	%	Range	Mean (SD)	n	%	Range	Mean (SD)				
PTSS-klachten(schaal)	Totaalscore	30		1-27	9.57 (7.14)	34		0-30	10.21 (7.81)		.34	62	.74
Angst en Depressie (HADS)	Totaalscore	30		12-22	16.53 (2.78)	34		11-32	17.47 (4.17)		1.04	62	.57
	Angst			6-12	9.47 (1.46)			6-18	10.03 (2.30)		1.15	62	
	Depressie			3-12	7.07 (2.61)			2-14	7.44 (2.65)		.56	62	
Zelfcompassie (SCS-SF)	Totaalscore	13		43-58	50.92 (4.48)	16		31-74	53.94 (10.20)		.98	27	.33
Posttraumatische groei (PTGI-DV)	Totaalscore	30		14-103	60.73 (23.1)	34		14-102	57.64 (24.95)		-.51	62	.61
Positieve geestelijke gezondheid (PGGS)	Totaalscore	29		77-141	110.38 (17.28)	34		81-146	109.82 (18.95)		-1.21	61	.90

Verskil in aantal uitvallers tussen de WBT- conditie en de TAU-conditie

Voor het beantwoorden van de deelvraag *Is de non-compliance binnen de WBT significant groter of kleiner dan in de TAU-conditie?* is een Independent Samples T-test uitgevoerd. In Tabel 3 is de *t*-toets weergegeven waarmee het verschil in aantal uitvallers (non-compliance) tussen WBT-conditie en TAU-conditie is weergegeven. In de eerste drie maanden rondt een groot gedeelte van de participanten de therapie af. Zij zijn in de analyses tussen 3 en 6 maanden dan ook niet meegenomen in de analyse omdat dit een vertekend beeld laat zien.

Tabel 3

Verskil in non-compliance tussen WBT en TAU

	n		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean difference	SD difference	95% Confidence Interval of the Difference	
	WBT	TAU						Lower	Upper
Non-compliance totaal	30 (10)	34 (5)	-1.858	60	.068	-.197	.106	-.411	.015
Non-compliance 0- 3 maanden	30 (6)	34 (5)	-1.181	62	.242	-.120	.101	-.322	.083
Non-compliance 3-6 maanden	12 (4)	11 (0)	-1.417	21	.171	-.167	.118	-.411	.078

Note. *Significant bij een $p < 0.05$

Er zijn geen significante verschillen in non-compliance tussen welbevindentherapie en *treatment as usual*. Ondanks het feit dat er geen significant verschil is tussen WBT en TAU, wordt voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag in de regressieanalyse alleen de WBT-conditie meegenomen, omdat er in de huidige studie wordt gezocht naar specifieke voorspellers van non-compliance in welbevindentherapie bij PTSS patiënten en niet naar voorspellers van non-compliance in het algemeen.

Regressieanalyse voor non-compliance in de eerste drie maanden

Om de deelvraag *Wat zijn op baseline voorspellers van non-compliance gedurende de eerste drie maanden van de welbevindentherapie?* te beantwoorden is een meervoudige logistische regressieanalyse uitgevoerd. Om na te gaan welke variabelen mogelijk een voorspeller zouden kunnen zijn voor non-compliance, en daarvoor in de regressieanalyse moeten, worden eerst de correlaties berekend tussen non-compliance en de mogelijke voorspellers. Bij een correlatie (*r*) van .20 of hoger worden de variabelen meegenomen in de regressieanalyse. Bij de

categorische variabelen wordt een variabele meegenomen bij een waarde kleiner dan 1.0 op dispersion. In Tabel 4a en 4b zijn de correlaties en dispersionwaarden te zien.

Tabel 4a

Correlatie tussen onafhankelijke voorspellers en non-compliance tijdens de eerste drie maanden

N=29	1	2	3	4	5	6	7	8	10	11	12	
Pearson Correlation		-.172						-.165				
Dispersion	.305		1.77	1.06	.090	.101	.019		.073	1.07	1.34	.146
	1. Geslacht				5. Partner				9. Burgerlijke staat			
	2. Leeftijd				6. Samenwonen				10. Hoogste opleiding			
	3. Culturele achtergrond				7. Kinderen				11. Woonlocatie			
	4. Levensbeschouwing				8. Aantal kinderen				12. Behandeling verwerkingsfase			

Tabel 4b

Correlatie tussen onafhankelijke voorspellers en non-compliance tijdens de eerste drie maanden

N=29	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Pearson Correlation	.328	.261	.260	.292		-.167	.158	.190	-.039	-.073	.021	-.091
Dispersion					.476							
	13. Welbevinden totaal				17. Categorie welbevinden (L, M, F)				21. Angst			
	14. Emotioneel welbevinden				18. PTSS-klachten				22. Posttraumatische groei			
	15. Sociaal welbevinden				19. Angst en depressie schaal (HADS)				23. Positieve geestelijke gezondheid (PGGS)			
	16. Psychologisch welbevinden(MHC)				20. Depressie				24. Zelfcompassie			

De volgende variabelen worden op basis van een $r > .20$ of een dispersion kleiner dan 1 meegenomen in de regressieanalyse: Geslacht, Partner, Samenwonen, Kinderen, Burgerlijke staat, Behandelmethodesfase, Algemeen welbevinden, de subcategorieën emotioneel welbevinden, sociaal welbevinden en psychologisch welbevinden. Geen van de variabelen had een significante samenhang (r of dispersion) met non-compliance. Er zijn dus geen variabelen die sterk samenhangen met non-compliance.

Omdat er te veel variabelen zijn bij een kleine steekproef, wordt eerst per onafhankelijke variabele een aparte regressieanalyse uitgevoerd. Omdat de verwachting is (omdat er ook geen significante samenhang gevonden is) dat er geen of weinig significante waarden in de regressieanalyses worden gevonden, wordt een breder criterium aangehouden.

Bij een p -waarde kleiner dan .25 (Lambrecht & Verslype, 2009) worden de variabelen in het uiteindelijke voorspellersmodel gestopt. Dit betekent dat de volgende variabelen worden meegenomen in het regressiemodel: Welbevinden algemeen en sociaal welbevinden, burgerlijke staat (gescheiden).

Tabel 5

Voorspellersmodel voor non-compliance tussen tijdens de eerste drie maanden

N= 29	Beginmodel			Eindmodel		
	B	S.E.	p	B	S.E.	p
Constante	-3.700	2.684	.168	-3.313	1.600	.038*
Sociaal welbevinden T0	.125	.204	.539	.147	.108	.176
Burgelijke staat (gescheiden)	.389	1.262	.758			
Welbevinden totaal T0	.009	.094	.924			
R^2 Nagelkerke	.109			.109		
χ^2	2.103 (p=.551)			2.149 (p=.143)		

Note. *0.01 < p < 0.05; ** p < 0.01

Door middel van backward elimination wordt het meest ideale model gezocht. De verklaarde variatie van het uiteindelijke model is 10,9%. De verklaarde variatie van sociaal welbevinden aan de start van de interventie is 15%. Uit de regressieanalyse is gebleken dat geen van de verklarende variabelen een significante waarde hebben en daarmee geen significante voorspeller zijn. De verklaarde variatie, ofwel R^2 , verandert niet wanneer de variabelen welbevinden (algemeen) en Burgerlijke staat (gescheiden) eruit wordt gehaald. Sociaal welbevinden op baseline heeft dus in verhouding tot welbevinden (algemeen) en burgerlijke staat (gescheiden) een grote invloed op non-compliance in de verklaarde variantie van het model.

Regressieanalyse voor non-compliance drie tot zes maanden na de start

Om de deelvraag *Wat zijn drie tot zes maanden na de start van de welbevindentherapie voorspellers van non-compliance?* te beantwoorden is ook hier een meervoudige logistische regressieanalyse uitgevoerd. In de regressieanalyse voor non-compliance drie tot zes maanden na de start zijn naast alle bekende uitkomstmaten van de variabelen op baseline en na 3 maanden ook de groottes van de verschillen tussen de start en drie maanden later meegenomen als mogelijke voorspeller voor non-compliance. In Tabel 6 is per vragenlijst en

conditie weergegeven in welke range de vershilscores vallen en hun gemiddelde en standaardafwijking.

Tabel 6
Vershilscores start en 3 maanden later in de WBT-conditie

	n	Range	Mean (SD)	p
Welbevinden	22	(-16) – (17)	3.77 (9.89)	.088
Angst en depressie	22	(-16) – (7)	-6.64 (6.24)	.000**
PTSS- klachten	22	(-6) – (15)	2.32 (5.99)	.084
Zelfcompassie	10	(-30) – (30)	-.80 (17.39)	.888
Posttraumatisch groei	22	(-33) – (49)	3.45 (20.66)	.442
Positieve geestelijke gezondheid	20	(-21)- (21)	3.45 (11.00)	.177

Note. *0.01<p<0.05; ** p<0.01

Hierin valt op dat de PTSS-klachten gedurende de eerste 3 maanden van de welbevindentherapie weer toenemen en dat zelfcompassie in kleine mate wordt verlaagd. Echter is dit verschil zo klein (<1SD), dat het niet noemenswaardig is. De sterkste daling bevindt zich bij de angst en depressieklachten (HADS). Hier dalen de angst- en stemmingklachten één standaarddeviatie. Op welbevinden en posttraumatische groei is een verbetering te zien. Ook deze verschillen zijn niet noemenswaardig (<1SD).

Wederom worden allereerst de correlaties tussen ‘Non-compliance tussen drie en zes maanden’ en mogelijke voorspellers uitgerekend. De correlaties en dispersionwaardes zijn af te lezen in onderstaande Tabel 7 (a t/m d).

Tabel 7a
Correlatie tussen onafhankelijke voorspellers en non-compliance drie tot zes maanden na start

N= 22	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Pearson Correlation		-.250							.089			
Dispersion	1.433		2.301	1.004	.709	.623	1.303		1.511	.876	2.481	.618

1. Geslacht	5. Partner	9. Burgerlijke staat
2. Leeftijd	6. Samenwonen	10. Hoogste opleiding
3. Culturele achtergrond	7. Kinderen	11. Woonlocatie
4. Levensbeschouwing	8. Aantal kinderen	12. Behandeling verwerkingsfase

Tabel 7b

Correlatie tussen onafhankelijke voorspellers en non-compliance drie tot zes maanden na start

N= 22	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Pearson Correlation	-.207	.184	-.443*	-.045		-.233	-.111	-.413	-.041		-.030	.086
Dispersion					.885					1.641		

13. Welbevinden totaal	17. Categorie welbevinden (L, M, F)	21. Psychologisch
14. Emotioneel welbevinden	18. Welbevinden totaal T1	welbevinden(MHC) T1
15. Sociaal welbevinden	19. Emotioneel welbevinden T1	22. Categorie welbevinden (L, M, F) T1
16. Psychologisch welbevinden(MHC)	20. Sociaal welbevinden T1	23. Verschilscore MHCSF
		24. PTSS-klachten T0

Tabel 7c

Correlatie tussen onafhankelijke voorspellers en non-compliance drie tot zes maanden na start

N= 22	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
Pearson Correlation	.336	.224	.223	.199	.073	.105	.111	.083	.094	-.317	-.240	-.170

25. PTSS-klachten T1	29. Angst T0	33. Verschilscore HADS
26. PTSS-klachten verschilscore	30. Angst en depressie schaal T1	34. Posttraumatische groei T0
27. Angst en depressie schaal (HADS)	31. Depressie T1	35. Posttraumatische groei T1
28. Depressie T0	32. Angst T1	36. Verschil Posttraumatische groei

Tabel 7d

Correlatie tussen onafhankelijke voorspellers en non-compliance drie tot zes maanden na start

N= 22	37	38	39	40	41	42
Pearson Correlation	-.113	-.172	-.102	.380	-.435	-.536

37. Positieve geestelijke gezondheid T0(PGGS)	39. Positieve geestelijke gezondheid verschil T0-T1
38. Positieve geestelijke gezondheid T1 (PGGS)	40. ZelfcompassieT0
	41. Zelfcompassie T1
	42. Zelcompassie verschil T0-T1

Note. * p<.05; De variabele partner en zelfcompassie hadden een kleinere N.

Uit Tabel 7 (a t/m d) is af te lezen dat de volgende worden meegenomen in de regressieanalyse: Geslacht, Leeftijd, Levensbeschouwing, culturele achtergrond, het hebben

van kinderen, hoogst afgeronde opleiding, woonlocatie, burgerlijke staat, behandeling verwerkingsfase, welbevinden, sociaal welbevinden, welbevinden 3 maanden na de start van de behandeling, sociaal welbevinden 3 maanden na de start van de behandeling, categorisch welbevinden (languishers, moderates, flourishers), PTSS-klachten 3 maanden na de start van de behandeling, verschil in PTSS-klachten in de eerste 3 maanden, de totaalscore op de HADS, posttraumatische groei voor de start van de behandeling, posttraumatische groei 3 maanden na start van de behandeling, mate van zelfcompassie bij de start van de behandeling en 3 maanden na aanvang van de behandeling. Omdat ‘zelfcompassie’ een te kleine steekproef heeft wordt deze factor niet meegenomen in de regressieanalyse. Omdat deze factor toch een correlatiewaarde heeft waarbij deze normaal gesproken zou worden geïnccludeerd, wordt een aparte regressieanalyse op zelfcompassie uitgevoerd om alsof in te schatten wat de waarde van zelfcompassie als voorspeller voor non-compliance is.

Wederom zijn eerst aparte regressieanalyses per verklarende variabele uitgevoerd, waarna alle variabelen met een *p*-waarde kleiner dan .25 (Lambrecht & Verslype, 2009) zijn meegenomen in het uiteindelijke voorspellersmodel. De volgende variabelen hebben een *p*-waarde kleiner dan .25: PTSS-klachten 3 maanden na de start van de rehabilitatiefase, Sociaal welbevinden bij de start, Sociaal welbevinden 3 maanden na de start, Angst en Depressie klachten, mate van posttraumatische groei bij de start. Vervolgens is door middel van backward elimination een uiteindelijk model gevormd, waarbij twee variabelen een relatief grote voorspellingswaarde hebben. Deze variabelen zijn PTSS-klachten 3 maanden na de start en sociaal welbevinden.

Tabel 8
Voorspellersmodel voor non-compliance drie tot zes maanden na start

N= 12	Beginmodel			Eindmodel		
	B	S.E.	p	B	S.E.	p
Constante	-398.742	119019.758	.997	1.771	2.084	.395
Sociaal welbevinden (T0)	-7.136	2136.035	.997	-.408	.278	.143
PTSS klachten (T1)	-6.533	2678.901	.998			
Posttraumatische groei (T0)	-2.357	1044.130	.998			
Sociaal welbevinden (T1)	10.097	4989.377	.998			
HADS (T0)	32.768	9904.979	.997			
<i>R</i> ² Nagelkerke	1.000			.551		
χ^2	10.813 (p=.055)			4.754* (p=.029)		

Note. *0.01 < p < 0.05; ** p < 0.01

Geen van de variabelen is significant gebleken. Mogelijk kan dit verklaard worden door de kleine steekproef. De verklaarde variatie van het eindmodel is 55,1%. De verklaarde variatie van sociaal welbevinden is 40,8%. De Chikwadraat (χ^2) in het uiteindelijke model is wel significant. Een R^2 van .551 verklaart, zeker voor onderzoek in een klinische setting, een groot deel van de variatie.

Regressieanalyse Zelfcompassie ten opzichte van non-compliance drie tot zes maanden na de start

Omdat erg weinig participanten de vragenlijst naar zelfcompassie volledig hebben ingevuld, zou de betrouwbaarheid van het onderzoek in geding komen wanneer zelfcompassie als variabele in de regressieanalyse zou worden meegenomen. Omdat het toch interessant is om te zien welk effect zelfcompassie op therapie-uitkomst heeft, is er een aparte regressieanalyse gedaan. Om multicollineariteit te voorkomen zijn er drie aparte regressieanalyses gedaan voor de variabelen waarin zelfcompassie voorkwam.

Tabel 9

Regressieanalyse zelfcompassie na 3 maanden voor non-compliance tussen 3 en 6 maanden

N= 9	Beginmodel		
	B	S.E.	p
Constante	3.214	3.200	.315
Zelfcompassie T1	-.094	.070	.179
R^2 Nagelkerke	.357		
χ^2	2.394 (p=.122)		

Tabel 10

Regressieanalyse verschilscore zelfcompassie voor non-compliance tussen drie en zes maanden na de start

N= 6	Beginmodel		
	B	S.E.	p
Constante	-150.587	27444.575	.996
Vershil Zelfcompassie	-5.580	1019.151	.996
R^2 Nagelkerke	1.000		
χ^2	5.407* (p=.020)		

Note. *0.01<p<0.05; ** p<0.01

Zelfcompassie op baseline (T0) had te weinig waarden om een regressieanalyse uit te voeren. Deze variabele is dus buiten beschouwing gelaten. Zelfcompassie 3 maanden na de start verklaart bijna 36% van de variatie. Op basis van bovenstaande tabellen kan geconcludeerd worden dat de verschillscore van zelfcompassie het grootste deel van de variatie zou verklaren. De verklaarde variatie van dit model is 44%. De negatieve richting van coëfficiënt *B* laat zien dat een kleinere stijging in zelfcompassie non-compliance zou verklaren. Opvallend is dat een hogere zelfcompassie aan de start meer non-compliance voorspelt, terwijl na drie maanden een daling meer non-compliance voorspelt.

Conclusie en discussie

Binnen het Centrum voor Psychotrauma van Mediant wordt sinds 2014 een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek uitgevoerd naar het effect van welbevindentherapie in aanvulling op een klachtgerichte therapie. Tijdens dit onderzoek is opgevallen dat een groot deel van de steekproef de eindstreep haalt. Echter valt ook een deel van de steekproef valt uit tijdens de welbevindentherapie (non-compliance). Non-compliance vermindert de effectiviteit van de behandeling (Swanson, Pantaloni, Cohen & Kenneth, 1999). Daarom is het van belang de non-compliance zo laag mogelijk te houden. Om non-compliance te verminderen is het van belang erachter te komen welke factoren voorspellend zijn voor non-compliance. Om te onderzoeken welke variabelen een voorspellende waarde hebben op non-compliance is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd: *Wat zijn op baseline en na 3 maanden voorspellers van non-compliance bij welbevindentherapie voor PTSS patiënten (in aanvulling op een klachtgerichte behandeling)?*

Op basis van de huidige studie kan geconcludeerd worden dat er geen voorspellers zijn die een verband hebben met non-compliance. De voorspellers die reeds in de literatuur werden gevonden, zoals leeftijd (Tehrani et al, 1996; Edlund et al, 2002; Garcia et al, 2011), opleidingsniveau (Wierzbicki & Pekarik, 1993), angst (Jack, McLean, Moffett & Gardiner, 2010), symptoomernst en een comorbide depressie (Scott & Stradling, 1997; Manber, et al., 2011; Marks et al., 1998), zijn in de huidige studie niet naar voren gekomen als voorspeller van non-compliance. Tevens is er geen verschil waargenomen in aantal uitvallers tussen de welbevindentherapie en de *treatment as usual*. Wel zijn een aantal opvallende bevindingen gedaan. Sociaal welbevinden komt in beide analyses terug in het uiteindelijke model, waarbij de voorspellende waarde sterk is maar niet significant. Mogelijk zou sociaal welbevinden in een onderzoek met een grotere steekproef wel naar voren komen als significante voorspeller

van non-compliance. Opvallend is dat, wanneer de trend zich zou doorzetten in vervolgonderzoek waarbij significante resultaten op sociaal welbevinden zichtbaar worden, in de eerste drie maanden een hoger sociaal welbevinden voorspellend zou zijn voor non-compliance, waar in de tweede drie maanden een lager sociaal welbevinden voorspellend zou zijn voor non-compliance. Welbevindentherapie is uitermate geschikt voor mensen met een beneden gemiddeld welbevinden (Wood & Joseph, 2009). In de huidige studie is gebleken dat het welbevinden van de cliënten hoger dan beneden gemiddeld is. In eerder onderzoek van Bados, Balaguer & Saldaña, (2007) kwam naar voren dat cliënten uitvallen wanneer zij het gevoel hebben voldoende verbeterd te zijn. Mogelijk is dat in de huidige studie ook reden geweest voor non-compliance. Non-compliance vindt over het algemeen met name plaats in het begin van de behandeling (Kool & Sijben 1989). Wellicht is het interessanter om te onderzoeken waarom cliënten in het huidige onderzoek in een late fase alsnog uitvallen. Een mogelijke verklaring daarvoor is de bevinding van Valckx (2014) dat cliënten moeite hebben met lezen van de grote hoeveelheid stof. Aangezien er in de huidige studie geen sprake is van significante resultaten, moet er rekening mee gehouden worden dat het om hypothesen gaat en geen conclusies.

Dezelfde trend werd gezien bij zelfcompassie. Hoewel het niet duidelijk is hoe zelfcompassie zich verhoudt tot andere factoren die mogelijk uitval zouden voorspellen, lijkt ook hier, wanneer de trend zich doorzet in een significant model, een hogere mate van zelfcompassie tijdens de eerste drie maanden van de welbevindentherapie non-compliance voorspellen, waar in de tweede drie maanden een mindere mate van zelfcompassie non-compliance zou voorspellen. Ook bij deze trend zouden bovengenoemde hypothesen als mogelijke redenen voor dit verschil tussen vroege en late non-compliance kunnen zijn. Wederom kunnen op basis van de huidige studie geen conclusies worden getrokken.

Uit de analyse van de demografische gegevens is gebleken dat er sprake was van een relatief gezonde steekproef. In zowel de welbevindentherapie -conditie als de *treatment as usual*- conditie zaten relatief weinig *languishers* en relatief veel *flourishers*. Dit, terwijl welbevindentherapie juist uitermate geschikt is voor mensen met een benedengemiddeld welbevinden (Wood & Joseph, 2009). Bij een gemiddelde waarde kleiner dan 2.13 spreekt men van een benedengemiddeld welbevinden (Lamers, 2011). De huidige steekproef scoort gemiddeld De huidige steekproef scoort echter gemiddeld 2,89. Zelfs de groep *languishers* scoort boven het afkappunt van 2.13 met een gemiddelde score van 2.33. Zij scoren dus hoger dan de verwachte score van iemand die optimaal profijt uit welbevindentherapie kan halen.

Tevens was er binnen de steekproef sprake van weinig PTSS-klachten. Dit valt echter te verklaren door het exclusiecriteria van de aanwezigheid van een persisterende PTSS. Er lijkt een tendens te bestaan waarin cliënten die al een hogere mate van welbevinden ervaren en minder klachten passend bij PTSS eerder worden gevraagd mee te doen aan onderzoek en derhalve therapie ontvangen die wellicht juist niet zo goed bij hen past. Ondanks de relatief gezonde steekproef was het angstniveau wel enigszins verhoogd. Angst werd echter, mogelijk door de kleine steekproef, niet aangemerkt als een voorspeller voor non-compliance. Dat het angstniveau verhoogd is, is in lijn met de eerdere bevindingen dat een hoger angstniveau (niet per definitie traumagerelateerd) voorspellend was voor non-compliance (Jack, et al., 2010). Tot slot is uit de demografische gegevens gebleken dat er een significant verschil bestaat in opleiding tussen beide condities, waarbij in de groep die welbevindentherapie ontvingen meer laagopgeleiden zijn ingedeeld. Mogelijk kan een lagere opleiding een reden zijn voor non-compliance. Dit zou in lijn zijn met de resultaten van de meta-analyse van Wierzbicki en Pekarik (1993) waarin een lager opleidingsniveau voorspellend was voor non-compliance. Opleidingsniveau komt echter in de huidige studie niet naar voren als voorspeller van non-compliance. Wellicht bestaat er wel een verband tussen een laag opleidingsniveau en de moeite die ervaren werd bij het lezen van 'Dit is jouw leven' uit het onderzoek van Valckx (2014). Het feit dat zij moeite hadden met lezen wil niet per definitie zeggen dat dit ook een reden voor non-compliance is geweest.

Limitaties & aanbevelingen

De resultaten van de huidige studie dienen geïnterpreteerd te worden met inachtneming van enkele limitaties. Zo is de uitkomst van het onderzoek, waarbij geen significante voorspellers zijn gevonden, mogelijk te verklaren door een te kleine steekproef. Stevens (1992) noemt als vuistregel dat in het algemeen minimaal 15 proefpersonen per voorspeller aanwezig moeten zijn voor betrouwbare schattingen van de regressievergelijkingen. In de huidige studie werd niet aan deze voorwaarde voldaan. Er is dan ook sprake van een beperkte power. Dit is een vaker voorkomend probleem binnen een klinische setting. Daarbij konden niet alle variabelen in de analyse worden meegenomen vanwege veel missende waarden. Wellicht wordt hierdoor een vertekend beeld van de werkelijkheid afgeschetst. De variabelen die in de huidige studie buiten beschouwing zijn gelaten kunnen wel degelijk een voorspellende waarde hebben op non-compliance. In vervolgonderzoek moet daarom getracht worden te werken met een grotere steekproef. Hoewel de beperkte power mogelijk de oorzaak is van het niet vinden van significante resultaten, kunnen hier ook andere redenen voor zijn. Zo is al eerder gebleken dat

het tot op heden moeilijk is een consistent beeld te vergaren van mogelijke voorspellers van non-compliance (Taylor, Abramowitz & McKay, 2012). Zij geven twee mogelijke verklaringen hiervoor: 1) Te kleine steekproeven in klinische settings en 2) de tendens relatief gezonde mensen te vragen voor onderzoek. Op deze tweede verklaring wordt later teruggekomen.

Naast de aanbeveling om onderzoek te doen met een grotere steekproef moet ook naar de rol van sociaal welbevinden in vervolgonderzoek aandacht worden besteed, aangezien sociaal welbevinden in de huidige studie grote voorspellende waarde had, maar niet significant was. Daarbij moet gekeken worden, wanneer de tendens van sociaal welbevinden zich doorzet in significante resultaten, of er aanpassingen moeten worden gemaakt in de huidige indicatiestelling voor welbevindentherapie. Mogelijk wordt momenteel de juiste doelgroep niet bereikt en dit zal ook gevolgen hebben voor de conclusies die voortkomen uit de RCT van Hüning en Bohlmeijer (2014) over de effectiviteit van de behandeling.

Wanneer duidelijk zou worden waarom cliënten uitvallen in de therapie (non-compliance), zou het onderzoek nog meer toegevoegde waarde hebben. Op basis van de redenen voor non-compliance, kan een indeling gemaakt worden tussen factoren die wel of niet te maken hebben met de opzet van de therapie. Binnen het huidige onderzoek was er geen mogelijkheid om deze cliënten te interviewen, omdat er geen toestemming was contact te zoeken met cliënten nadat zij met het onderzoek zijn gestopt. Om enigszins een inschatting te kunnen maken van redenen voor uitval, kan naar de algemene bevindingen van cliënten over welbevindentherapie gekeken worden. Uit onderzoek van Valckx (2014) is bijvoorbeeld gebleken dat cliënten moeite hebben met de therapie omdat ze veel moeten lezen. Dit kan een reden zijn om te stoppen met de therapie. Door de limitaties van de huidige studie blijft het echter gissen wat de daadwerkelijke redenen zijn voor non-compliance in welbevindentherapie. Voor vervolgonderzoek zou daarom een studie met een meer kwalitatief karakter aan te bevelen zijn, waarbij aandacht wordt besteed aan de daadwerkelijke redenen voor non-compliance.

Bovengenoemde aanbevelingen vormen de ondergrond van hoe idealiter vervolgonderzoek eruit moet zien. Om een duidelijk beeld te krijgen van voorspellers van non-compliance moet in opvolgend onderzoek gewerkt worden met een grote steekproef, zodat de power groot genoeg is voor een volledig exploratief onderzoek. Per sessie moet worden bijgehouden welke cliënten uitvallen en welke niet, omdat verschillende fases in de therapie mogelijk andere redenen voor non-compliance hebben. Daarbij moet de kwantitatieve voorspellersanalyse worden aangevuld met een kwantitatief interview waarin

gericht wordt op redenen voor uitval. Deze redenen kunnen in verband staan met mogelijke voorspellers. Hoewel in de huidige studie niet gekeken is naar drop-out van de vragenlijsten van het onderzoek dat parallel loopt aan de welbevindentherapie, kan het moeten invullen van vragenlijsten wel degelijk invloed hebben op non-compliance. Wanneer de vragenlijsten niet meer worden ingevuld, wordt mogelijk essentiële informatie gemist, waardoor het niet aan te raden is de vragenlijsten te verwijderen. Echter moet hier wel rekening mee worden gehouden in de interpretatie van de resultaten.

In de huidige vorm wordt welbevindentherapie als aanvulling op een reguliere verwerkingsbehandeling aangeboden. Een behandeling gericht op het vergroten van psychologisch welbevinden, zou bij uitstek geschikt zijn als terugvalpreventie (Keyes & Westerhof, 2010). Dit is dan ook één van de redenen om welbevindentherapie in de nazorgfase te laten plaatsvinden. Mogelijk kunnen cliënten echter al eerder in het traject profijt halen uit de materie die in de welbevindentherapie aan bod komt. Uit onderzoek van Lamers (2012) is immers gebleken dat een hoger welbevinden beschermend kan werken tegen psychopathologie. Op basis van het onderzoek van Chaves en anderen (2016), waarbij een positief psychologisch interventie vergeleken werd met CGT, kan gesteld worden dat positief psychologische interventies ook een plek als op zich zelf staande interventie in kan nemen en dus mogelijk in een andere fase ingevoegd kan worden. Het bevorderen van welbevinden heeft dus tevens een gunstig effect op klachtreductie. Deze bevinding wordt ondersteund door het twee-continua model (Keyes, 2005). Kanttekening hierbij is dat het onderzoek van Chaves en anderen gericht was op cliënten met een depressie. Deze resultaten zouden mogelijk gerepliceerd kunnen worden met een PTSS-doelgroep. Tot slot werkt een hoger welbevinden preventief tegen non-compliance (Lamers, 2012). Dit zou een goede reden kunnen zijn om de therapie eerder in het traject in te voeren, zodat het aantal uitvallers binnen een geheel behandeltraject afneemt. Voor vervolgonderzoek zou het interessant zijn om verschillende mogelijkheden voor de positie van welbevindentherapie in het behandeltraject te onderzoeken, waarbij ook specifiek de populatie PTSS cliënten wordt meegenomen. Op deze manier kan voor de populatie PTSS cliënten het behandeltraject zo effectief mogelijk gemaakt worden. Dit komt niet alleen ten goede aan de gezondheid van de cliënt, maar is ook kostenefficiënter (Cleemput & Kesteloot, 2002).

Zoals beschreven in de conclusie bleek de steekproef binnen de huidige studie relatief gezond. De vraag is echter of dit in de populatie van het Centrum voor Psychotrauma realistisch is. Zeker wanneer we in acht nemen dat cliënten met een PTSS na behandeling vaak meer klachten overhouden dan de gemiddelde Nederlander (Fava & Tomba, 2009). Bij

de aanwezigheid van een persisterende posttraumatische stressstoornis werden participanten uitgesloten van het onderzoek. In de cliëntpopulatie van het Centrum voor Psychotrauma en wellicht ook in cliëntpopulaties van andere geestelijke gezondheidsinstellingen, komt het vaak voor dat cliënten na het afronden van de therapie nog last hebben van restverschijnselen en ook de comorbiditeit met andere psychiatrische stoornissen is hoog (Perkonig, Kessler, Storz & Wittchen, 2000). Cliënten waarbij sprake was van acute psychiatrische problematiek zijn ook uitgesloten voor het onderzoek. Daarbij komt dat de laatste jaren een grote toestroom van vluchtelingen te zien is. Ook zij worden uit het onderzoek geëxcludeerd omdat zij de Nederlandse taal niet goed beheersen. Interessant zou zijn om te onderzoeken of ook zij profijt kunnen hebben van welbevindentherapie. Daarbij zou dan nagedacht moeten worden over een aangepaste vorm of eventueel door middel van een vertaling van ‘Dit is jouw leven’ van Bohlmeijer en Hulsbergen (2013). Het lijkt er op dat, mede door de formulering van de huidige inclusie- en exclusiecriteria en daarmee de indicatiestelling, de onderzoeksgroep niet representatief is voor de populatie PTSS-cliënten. Voor het vervolgonderzoek zou het interessant zijn om een bredere populatie aan cliënten te betrekken bij het onderzoek.

Welbevindentherapie is een veelbelovende therapievorm als aanvulling op het huidige behandelaanbod. Echter vormt non-compliance ook bij welbevindentherapie een probleem, met als belangrijkste consequentie de afname van behandel-effectiviteit. Sociaal welbevinden lijkt invloed te hebben op non-compliance. De exacte invloed van sociaal welbevinden zal in vervolgonderzoek bewezen moeten worden. Hoe minder mensen uitvallen in welbevindentherapie en de therapie doorlopen zoals dat hoort, des te effectiever de therapie zal zijn. Hoe groter de effectiviteit, des te meer gezonde mensen in onze samenleving. En dat is uiteindelijk toch het overstijgende doel en streven van de geestelijke gezondheidszorg!

Referenties

- American Psychiatric Association. (2001). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th rev. ed.)*. Arlington, VA: Author.
- American Psychiatric Association. (2006). *American Psychiatric Association practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders: Compendium 2006*. Arlington, VA: Author.
- Aronson, J. K. (2007). Compliance, concordance, adherence. *British journal of clinical pharmacology*, 63(4), 383-384.

- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive–behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of clinical psychology*, 63(6), 585-592.
- Belaise, C., Fava, G. A., & Marks, I. M. (2005). Alternatives to debriefing and modifications to cognitive behavior therapy for posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(4), 212-217.
- Biswas-Diener, R. (2010). *Practicing positive psychology coaching*. Hoboken, NJ: Wiley
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *Journal of psychosomatic research*, 52(2), 69-77.
- Blackwell, B., (1977) Treatment Adherence. *British Journal of Psychiatry*, 129, 313-531.
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Steeneveld, M., Westerhof, G., & Walburg, J.A. (2013). *Handboek Positieve Psychologie*. Amsterdam: Boom.
- Bohlmeijer, E., & Hulsbergen, M.L. (2013). *Dit is jouw leven. Ervaar de effecten van de positieve psychologie*. Amsterdam: Boom.
- Bohlmeijer, E. & Hüning, L. (2014). Welbevindentherapie protocol. Enschede: Mediant, Centrum voor Psychotrauma & Universiteit Twente.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13(1), p. 119.
- Bryant, M. J., Simons, A. D., & Thase, M. E. (1999). Therapist skill and patient variables in homework compliance: Controlling an uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research. *Cognitive Therapy and Research*, 23(4), 381-399.
- Cahill, S. P., Rothbaum, B. O., Resick, P. A., & Follette, V. M. (2009). Cognitive behavioural therapy for adults. In E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman, & J. A. Cohen (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 139–222). *New York: Guilford*.
- Chaves, C., Lopez-Gomez, I., Hervas, G., & Vazquez, C. (2016). A Comparative Study on the Efficacy of a Positive Psychology Intervention and a Cognitive Behavioral Therapy for Clinical Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 1-17.
- Christenhusz, L., & Meulenbeek, P.A.M. (2013) *Welbevindentherapie in de geestelijke gezondheidszorg*. In: *Handboek Positieve Psychologie*. Amsterdam: Boom.
- Christenhusz, L., Bohlmeijer, E.T., & Meulenbeek, P.A.M. (2016) Welbevindentherapie kan zorgen voor verdere optimalisering van geestelijke gezondheid. *Psy-expert*, In Press.
- Cleemput, i. & Kesteloot, K. (2002). Economic implications of non-compliance in health care. *The Lancet*, 359(9324), 2129-2130

- Cloitre M, Koenen KC, Cohen LR, Han H. Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse (2002). *J Consult Clin Psychol* 70: 1067-74.
- Cohen, J. (1969) *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (1st ed.). *New York: Academic Press.*
- Colom, F., Vieta, E., Tacchi, M. J., Sánchez-Moreno, J., & Scott, J. (2005). Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar disorders*, 7(s5), 24-31.
- Diener, E. (1984) Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Edlund, M. J., Wang, P. S., Berglund, P. A., Katz, S. J., Lin, E., & Kessler, R. C. (2002). Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 845-851.
- Elzinga, B.M., Vermetten, E., & Hovens, H. (2004) *Posttraumatische Stress Stoornis*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Ertl V, Pfeiffer A, Schauer E, Elbert T, Neuner F. (2011) Community-implemented trauma therapy for former child soldiers in Northern Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA*. 306(5):503-512.
- Fava, G. A. (1999). Well-being therapy: Conceptual and technical issues. *Psychotherapy and psychosomatics*, 68(4), 171-179.
- Fava, G.A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., Grandi, S. (1998). Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological medicine* (28), p. 475-480.
- 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, 45-63.
- 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.161.10.1872.
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., & Sirigatti, S. (2005). Well- being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(1), 26- 30. doi: 10.1159/000082023
- Fava, G. A., Ruini, C., & Belaise, C. (2007). The concept of recovery in major depression. *Psychological Medicine*, 37(3), 307–317. doi:10.1017/S0033291706008981

- Fava, G.A., & Tomba, E. (2009). Increasing Psychological Well-Being and Resilience by Psychotherapeutic Methods. *Journal of Personality* 77(6). doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00604.
- Fawcett, J. (1995). Compliance: Definitions and key issues. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage.
- Fletcher, R. H. (1989). Patient compliance with therapeutic advice: a modern view. *The Mount Sinai journal of medicine, New York*, 56(6), 453-458.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 6(4), 459-473.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A. M., Riggs, D. S., Feeny, N. C., et al. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 953–964
- Fordyce, M. W. (1977). Development of a program to increase personal happiness. *Journal of Counseling Psychology*, 24(6), 511.
- Garcia, H. A., Kelley, L. P., Rentz, T. O., & Lee, S. (2011). Pretreatment predictors of dropout from cognitive behavioral therapy for PTSD in Iraq and Afghanistan war veterans. *Psychological Services*, 8(1), 1.
- Gros, D. F., Price, M., Yuen, E. K., & Acierno, R. (2013). Predictors of completion of exposure therapy in OEF/OIF veterans with posttraumatic stress disorder. *Depression and anxiety*, 30(11), 1107-1113.
- Jack, McLeanm, Moffett & Gardiner (2010). Barriers to treatment adherence in psysiotherapy outpatient clinics: A systematic review. *Man Ther.*, 15(3-2): 220–228
- Jongh, de, A., & Arts, B. (2004). Eye Movement Desensitization and Reprocessing bij PTSS. *Patient Care*.
- Keyes, C.L.M. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*. 61(2), p. 121-140.
- Keyes, C.L.M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*. 43(2), p. 207-222.
- Keyes, C.L.M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2007) Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing. *American Psychologist*, 62(2), 95-108

- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing* (2nd ed.). London: Routledge
- Kool, J. A., & Sijben, N. (1989). Voortijdige beëindiging van behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 30, 240-252.
- Kyngäs, H., Duffy, M. E., & Kroll, T. (2000). Conceptual analysis of compliance. *Journal of clinical nursing*, 9(1), 5-12.
- Lambrecht, P., & Verlsyde, P. (2009) Het adequate gebruik van Multivariabele logistische regressie analyse in de intensieve zorg literatuur anno 2006. Universiteit Gent.
- Lamers, S.M.A. (2012) Reciprocal impact of positive mental health and psychopathology. In Lamers, S.M.A. *Positive mental health: Measurement, relevance and implications* (pp 139- 162). Enschede, the Netherlands: University of Twente.
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., ten Klooster, P.M., & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC- SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., ... & Rousseau, C. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet*, 381(9878), 1683.
- Manber, R., Bernert, R.A., Suh, S., Nowakowski, S., Siebern, A.T., Ong, J.C. (2011) CBT for Insomnia in Patients with High and Low Depressive Symptom Severity: Adherence and Clinical Outcomes. *J Clin Sleep Med.*, 7(6): 645–652.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of general psychiatry*, 55(4), 317-325.
- Marquis, J. N. (1991). A report on seventy-eight cases treated by eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22(3), 187-192.
- Neff, K. (2016) Selfcompassion-scale. Verkregen van www.self-compassion.org op 12-1-2017.
- Organista, K. C., Muñoz, R. F., & González, G. (1994). Cognitive-behavioral therapy for depression in low-income and minority medical outpatients: Description of a program and exploratory analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 18(3), 241-259.
- Pérez Benítez, C.I., Zlotnick, C., Stout, R., Lou, F., Dyck, I., Weisberg, R. et al. (2012). A 5-year longitudinal study of posttraumatic stress disorder in primary care patients. *Psychopathology*. 45 (5), p. 286-293.
- Post, A. (2011) *De welbevinden therapie, een nieuwe therapie voor de GGZ in Nederland: een pilot casestudie*.

- 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.
- Reis, B. F., & Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 123.
- Ruini, C., Belaise, C., Brombin, C., Caffo, E., & Fava, G. A. (2006). Well-being therapy in school settings: a pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(6), 331-336.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Schotanus-Dijkstra, M., Pieterse, M. E., Drossaert, C. H. C., Westerhof, G. J., de Graaf, R., ten Have, M., ... & Bohlmeijer, E. T. (2015). What factors are associated with flourishing? Results from a large representative national sample. *Journal of happiness studies*, 1-20.
- Schotanus-Dijkstra, M., ten Have, M., Lamers, S. M., de Graaf, R., & Bohlmeijer, E. T. (2016). The longitudinal relationship between flourishing mental health and incident mood, anxiety and substance use disorders. *The European Journal of Public Health*, ckw202.
- Schueller (2008) What are Positive Interventions and How Effective Are They? A Conceptual Discussion of the “Positive” and a Meta-Analysis of the Effectiveness of Positive Interventions .
- Schubert, S. J., Lee, C. W., Araujo, G., Butler, S. R., Taylor, G., & Drummond, P. D. (2016). The Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy to Treat Symptoms Following Trauma in Timor Leste. *Journal of traumatic stress*, 29(2), 141-148.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish*. NY: Free Press
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, p. 5-14.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., ... & Dunbar, G. C. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12(5), 232-241.
- Sin, N.L., & Lyubomirsky, S. (2009) Enhancing Well-Being and Alleviating Depressive Symptoms With Positive Psychology Interventions: A Practice-Friendly Meta-Analysis. *Journal of clinical psychology: in session*, Vol. 65(5), 467—487

- Spinhoven, P. H., Ormel, J., Sloekers, P. P. A., Kempen, G. I. J. M., Speckens, A. E. M., & Van Hemert, A. M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological medicine*, 27(02), 363-370.
- Stevens, J. (1992). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Swanson, A.J., Pantalon, M.V., & Cohen, K.R. (1999) Motivational Interviewing and Treatment Adherence among Psychiatric and Dually Diagnosed Patients. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 187 (10), 630-635.
- Stöfösel, M., & Mooren, T. (2011). *Complex trauma: diagnostiek en behandeling*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Taylor, S., Abramowitz, J.S., & McKay, D. (2012). Non-adherence and non-response in the treatment of anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 583–589
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9(3), 455-471.
- Tomasoa, A. T., & Appelo, M. T. (2007). Rationele rehabilitatie bij de posttraumatische stressstoornis: Een pilotonderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*.
- Valckx, E.B. (2014). *Een kwalitatief onderzoek naar cliëntervaringen met welbevindetherapie na een traumabehandeling* (Master's thesis, University of Twente).
- Van Minnen, A., Arntz, A., & Keijsers, G. P. J. (2002). Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: Predictors of treatment outcome and dropout. *Behaviour research and therapy*, 40(4), 439-457.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., & Emmelkamp, P.M.G. (2008). *Handboek psychopathologie deel 1, basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jack, T. M., Walker, V. A., Morley, S. J., Hanks, G. W., & Finlay-Mills, B. M. (1987). Depression, anxiety and chronic pain. *Anaesthesia*, 42(11), 1235-1236.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout.
- Wohlfarth, van den Brink & Winkel, 2003). Screening for posttraumatic stress disorder: an evaluation of two self-report scales among crime victims. *Psychological Assessment*, 15, p. 101-119.

Wood, A., & Joseph, S. (2009) The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of affective disorders*, 122, 213-1217.

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

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