



Universiteit Utrecht

Stichting **Centrum '45**



Universiteit Utrecht

Faculteit der Sociale Wetenschappen

Masterthesis Klinische en Gezondheidspsychologie

De Effectiviteit van Traumabehandeling, Therapietrouw en Gemiste Sessies bij Nederlandse
Veteranen met PTSS

Auteur: Dianne Jans
Studentnummer: 3781658
Begeleider: J. F. G. Haagen
Stage instelling: Stichting Centrum '45
Cursuscode: 201100346
Datum: 14-08-2015

Abstract

The symptoms and the consequences of posttraumatic stress disorder (PTSD) among veterans show the necessity for an effective treatment. Trauma-focused interventions are recommended by the treatment guidelines, but there is controversy about the effectiveness. The present study focused on this subject and on the factors that might influence the effectiveness of the treatment, like therapy adherence and missed sessions. Data were obtained by self-report measures before and after 6 months of treatment. Linear regressions and t-tests analyses were conducted using the longitudinal data sample to test predictions in 65 veterans reporting PTSD. Results revealed that trauma-focused intervention did not decrease symptoms of PTSD and it was no more effective than non-trauma-focused interventions. Other results revealed that therapy adherence did not strengthen the decrease in PTSD at trauma-focused interventions and trauma-focused interventions did not have more missed sessions than non-trauma-focused interventions. These results were not expected and explanations are discussed, but the results suggest that trauma-focused interventions are not tolerate worse. Further research is recommended to the effectiveness of trauma-focused treatments for veterans and take into account individual difference and design limitations.

Keywords: trauma-focused, PTSD, therapy adherence, missed sessions

Samenvatting

De klachten en de gevolgen van posttraumatische stress stoornis (PTSS) bij veteranen laten de noodzaak zien voor een effectieve behandeling. Hoewel behandelrichtlijnen traumagerichte behandelingen aanraden, is er controverse over de effectiviteit. De huidige studie gaat hierop in en op factoren die van invloed kunnen zijn op de effectiviteit van de behandeling, zoals therapietrouw en gemiste sessies. Data werd verzameld door middel van zelfrapportage vragenlijsten voor en na 6 maanden behandeling. Met lineaire regressies en t-toets analyses werd met de longitudinale data van 65 veteranen met PTSS de voorspellingen onderzocht. De resultaten laten zien dat traumagerichte behandeling niet leidt tot een afname van PTSS symptomen en niet effectiever is dan niet-traumagerichte behandeling. Verder versterkt therapietrouw de afname van PTSS klachten bij traumagerichte behandelingen niet en traumagerichte behandelingen hebben niet meer gemiste sessies dan niet-traumagerichte behandelingen. Deze resultaten waren onverwacht en verklaringen worden besproken, maar het suggereert dat traumagerichte behandeling niet slechter getolereerd wordt. Vervolgonderzoek naar de effectiviteit van traumagerichte behandeling voor veteranen met daarbij rekening te houden met individuele verschillen en onderzoekslimitaties wordt aanbevolen.

Kernwoorden: traumagerichte behandeling, PTSS, therapietrouw, gemiste sessies

Inleiding

Post traumatisch stress stoornis (PTSS) is een stressstoornis dat zich volgens de diagnostische criteria van de DSM-IV kenmerkt door blootstelling aan een traumatische ervaring waarbij er sprake is van herbeleving, vermijding en verhoogde prikkelbaarheid met een duur van langer dan één maand (American Psychiatric Association, 2000). Ongeveer 90% van de mensen maakt in het leven een trauma mee. Hoewel een groot deel van de mensen met een traumatische ervaring niet lijdt aan klachten, ontwikkelt 10-18% een post traumatische stress stoornis. Daarmee is PTSS een van de meest voorkomende stoornissen (Benish, Imel & Wampold, 2008). Onder veteranen is de precieze prevalentie onduidelijk, maar geschat wordt dat het percentage PTSS onder Nederlandse veteranen rond de 3 tot 4% ligt (Engelhard, Van den Hout, Weerts, Arntz, Hox & McNally, 2007). Daarnaast kan er onder veteranen sprake zijn van complexe PTSS (Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant & Maercker, 2013), wat zich naast de drie kernsymptomen van PTSS kenmerkt door verstoringen in het affect, het zelf en interpersoonlijke relaties (Maercker et al., 2013). Dit kan invloed hebben op de klachtenpresentatie en de effectiviteit van de behandeling (Cloitre, Garvert, Weiss, Carlson, & Bryant, 2014; Jongedijk, Carlier, Schreuder & Gersons, 1996). PTSS komt vaak voor met andere stoornissen. Ongeveer 83% van de mensen met PTSS voldoet aan de criteria van andere stoornissen, zoals andere angststoornissen, depressie en middelen afhankelijke stoornissen (Bradley, Greene, Russ, Dutra & Westen, 2005). Daarnaast wordt PTSS geassocieerd met een lage kwaliteit van leven (Cahill, Foa, Hembree, Marshall & Nacash, 2006; Rapaport, Clary, Fayyad & Endicott, 2005), waarvan een verminderde gezondheid, verhoogde suïcidaliteit, financiële achteruitgang door verminderde arbeidsgeschiktheid, vermindert sociaal functioneren en verhoogde agressie gevolgen kunnen zijn (Ramchand, Rudavsky, Grant, Tanielian & Jaycox, 2015; Zatzick et al., 1997).

De ernst van de klachten en de gevolgen van PTSS laten de noodzaak zien voor een effectieve behandeling. Verschillende therapieën zijn effectief gebleken voor de behandeling van PTSS bij veteranen, zoals exposure therapie, traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Narratieve Exposure Therapie (NET) en Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD (BEPP) (Creamer & Forbes, 2004; Erbes, Stillman, Wieling, Bera & Leskela, 2014; Kitchiner, Roberts, Wilcox & Bisson, 2012; Lindauer et al., 2005; Seidler & Wagner, 2006). Deze behandelingen worden traumagerichte therapieën genoemd, omdat de nadruk wordt gelegd op de traumatische herinnering en de betekenis van de trauma (National Collaborating Centre of Mental Health, 2005). Hoewel deze therapieën aangeraden worden in de behandelrichtlijnen en er ondersteunende onderzoeken zijn dat traumagerichte therapieën effectiever werken in de behandeling van PTSS bij veteranen dan niet-traumagerichte therapieën (Van Balkom et al., 2013; Bisson & Andrew, 2007; Creamer & Forbes, 2004; Ironson, Freund, Strauss

& Williams, 2002; National Collaborating Centre of Mental Health, 2005; Wampold et al., 2010), is er ook onderzoek waarin dit niet bevestigd wordt. Zo komt uit de meta-analyse van Benish Imel en Wampold (2008) dat traumagerichte therapieën even effectief werken als bona fide therapieën die niet specifiek gericht zijn op het trauma, maar wel therapeutisch werken. In het onderzoek waren de verschillen in de effectgrootte van de behandelingen klein (Cohen's $d = .16 - .19$) en niet afhankelijk van een bepaald type behandeling, omdat geconcludeerd wordt dat specifieke behandelonderdelen niet van invloed zijn op de effectiviteit (Benish et al., 2008). Ehlers et al. (2010) plaatsen kanttekeningen bij het onderzoek van Benish et al. (2008), omdat er onjuist interventies worden uitgesloten. Dit betreft interventies die vaak gebruikt worden in de behandeling van PTSS in plaats van controle interventies voor niet-specifieke variabelen. Daarnaast zou er sprake zou zijn van overgeneralisatie van de effectieve behandelingen door een selectiebias in de exclusiecriteria, want de behandelingen die verschillen in effectiviteit aantonen zijn uitgesloten. Wampold et al. (2010) verdedigt Benish et al. (2008) en noemt dat de selectiecriteria objectief zijn toegepast om placebo's en controlestudies uit te sluiten en beargumenteert de gehanteerde exclusiecriteria. Deze twee standpunten worden door Gerger et al. (2014) aan elkaar verbonden. Zij vinden verschillen in de effectiviteit van verschillende interventies, maar deze effecten zijn echter klein (Cohen's $d = .00 - .27$) en er zijn geen interventies die consistent superieur zijn aan andere interventies.

Naast het type behandeling is therapietrouw eveneens van belang voor de effectiviteit van de behandeling (Benish et al., 2008). Therapietrouw kan gedefinieerd worden als de mate waarin de cliënt de instructies opvolgt die gegeven zijn in de behandeling. Dit kan verschillende vormen aannemen, zoals het starten van een aanbevolen behandeling, bijwonen van afspraken, voltooien van gedragsaanbevelingen of huiswerk, voorgeschreven medicatie nemen en niet voortijdig beëindigen van de behandeling (Levensky, 2006). Daarnaast kan therapietrouw omschreven worden als het aantal bezoeken dat iemand daadwerkelijk aanwezig is (Pekarik, 1985). In dit onderzoek wordt therapietrouw geformuleerd als het aantal aanwezige sessies, omdat dit overeenkomt met beide definities. Het aantal aanwezige sessies is van invloed op de effectiviteit van de behandeling van PTSS. Zo zou een hogere therapietrouw in de behandeling leiden tot een afname van PTSS klachten, verbetering in werk en sociaal functioneren (Bryant, Moulds, Guthrie, Dang & Nixon, 2003; Foa et al., 2005; Levensky, 2006). Echter blijkt uit onderzoek dat PTSS wordt geassocieerd met een verhoogde kans op het missen van afspraken. Dit heeft een verminderde effectiviteit van de behandeling, onnodige financiële kosten en het verergeren of niet veranderen van de problemen of klachten tot gevolg (Levensky, 2006; Spont, Slayer & Nelson, 2005). Ongeveer 20% van de veteranen verlaat de behandeling van PTSS voortijdig en er zijn aanwijzingen dat bij traumagerichte behandelingen het aantal gemiste sessies hoger ligt dan bij niet-traumagerichte behandelingen,

omdat deze behandelingen slechter worden getolereerd en kunnen leiden tot symptoomverhoging (Benish et al., 2008; Bradley et al., 2005; Foa, Zoellner, Feeny, Hembree & Alvarez-Conrad, 2002; McFarlane & Yehuda, 2000; Schnurr et al., 2003). Daarentegen is er ook onderzoek waarin dit niet bevestigd wordt. Deze onderzoeken vinden niet dat het missen van behandelafspraken verschilt en hoger ligt bij traumagerichte behandelingen (Imel, Laska, Jakupcak & Simpson, 2013; Schottenbauer, Glass, Arnkoff, Tendick & Gray, 2008). In deze onderzoeken wordt niet ondersteund dat traumagerichte behandelingen slechter getolereerd worden dan niet-traumagerichte behandelingen in tegenstelling tot voorgaand onderzoek.

In het huidige longitudinaal onderzoek wordt het effect van traumagerichte behandelingen op de PTSS klachten bij veteranen onderzocht en daarbij de invloed van therapietrouw op de effectiviteit van de behandeling. Gezien de controverse in het onderzoek naar de effectiviteit van traumagerichte behandeling (Ehlers et al., 2010; Gerger et al., 2014), de invloed van therapietrouw op de effectiviteit van de behandeling wat niet eerder is onderzocht bij specifiek traumagerichte behandelingen en de controverse rondom de tolerantie van traumagerichte behandeling gaat dit onderzoek hierop verder in. Ten eerste wordt verwacht dat traumagerichte behandeling leidt tot een afname van PTSS klachten bij veteranen. Ten tweede wordt verwacht dat therapietrouw in de traumagerichte behandelingen de afname van PTSS klachten bij veteranen versterkt. Ten derde wordt verwacht dat traumagerichte behandelingen leiden tot meer gemiste sessies dan niet-traumagerichte behandelingen.

Methoden

Participanten

Aan het onderzoek namen 208 Nederlandse militaire veteranen en actieve militairen deel. Hiervan voldeden 146 (70.2%) veteranen aan de diagnostische criteria van PTSS volgens de DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) en 58 (27.9%) veteranen voldeden niet volledig aan de diagnostische criteria. Van 4 (1.9%) veteranen was de diagnostische criteria onbekend. Van het totaal hebben 185 veteranen deelgenomen aan meting 1 waarvan 77 (41.6%) veteranen ook deelnamen aan meting 2. De overige veteranen met PTSS namen niet deel aan de tweede meting, omdat zij uitvielen door drop-out ($n = 5$, 2.7%), niet zijn gestart met de behandeling ($n = 16$, 8.7%), geen volledige PTSS diagnose hadden ($n = 43$, 23.2%) of door andere redenen die weergegeven staan in tabel 1. Van de 76 veteranen werden de gegevens van 11 veteranen niet meegenomen in het onderzoek, omdat zij wel hadden deelgenomen aan beide metingen maar niet voldeden aan de diagnostische criteria van PTSS volgens de DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000). Dit maakte dat aan dit onderzoek 65 veteranen deelnamen die in behandeling waren en voldeden aan de volledige diagnostische criteria van PTSS volgens de DSM-IV.

De steekproef bestond uit 63 mannen en 2 vrouwen met een leeftijd van 23 tot 62 jaar. De gemiddelde leeftijd was 40 jaar ($SD = 9.9$). Andere steekproefgegevens staan weergegeven in tabel 2. De data werd verzameld van januari 2013 tot en met juni 2015 op verschillende locaties. Deze locaties waren Stichting Centrum '45; een centrum voor specialistische diagnostiek en behandeling van mensen met complexe psychotraumaklachten ($n = 44$, 67.7%), de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ); een overheidsinstelling voor militairen en veteranen ($n = 14$, 21.5%) en Reinier van Arkel (RvA); een instelling voor mensen met psychische klachten ($n = 7$, 10.8%).

Instrumenten

In het onderzoek werd gebruik gemaakt van een zelfrapportage vragenlijst om de PTSS symptomen te meten en een dossieronderzoek om behandelinformatie te verzamelen. De vragenlijst maakte deel uit van een groter instrumentarium dat opgesteld was door behandelexperts van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV). Dit was opgesteld om klachten en problemen die veel voorkomen bij veteranen te meten, zodat het behandeltraject goed vormgeven kan worden. In dit onderzoek werd deze meting gebruikt om de verandering in klachten over 6 maanden tijd te kunnen meten.

Om de mate van PTSS symptomen te meten werd de Schokverwerkingslijst-22 (SVL-22; Brom & Kleber, 1985) afgenomen. De SVL-22 is een Nederlandse versie van de Impact of Event Scale-Revised (IES-R; Weiss & Marmar, 1997) en deze zelfrapportage vragenlijst kan worden gebruikt ter ondersteuning van de diagnostiek van mensen met traumatische ervaringen of ter evaluatie van de behandeling. De vragenlijst bestaat uit 22 vragen en wordt beantwoord met een vierpuntsschaal van 0 "helemaal niet" tot 4 "erg vaak". De vragenlijst heeft drie subschalen, namelijk herbeleven, vermijden en prikkelbaarheid. Bij onderzoek naar de vorige Nederlandse versie van de IES-R werden ondersteunende resultaten gevonden voor de constructvaliditeit met een stevige factorstructuur (Van der Ploeg, Kleber, Van der Velden & Brom, 2004). Onderzoek naar de betrouwbaarheid van de IES-R vonden hoge interne consistenties op de totale schaal en de subschalen (totaal Cronbach's $\alpha = .96$; herbeleven Cronbach's $\alpha = .87 - .94$; vermijden Cronbach's $\alpha = .84 - .87$; prikkelbaarheid Cronbach's $\alpha = .79 - .91$). De test-hertest betrouwbaarheid met een interval van 6 maanden had een Cronbach's α van .89 tot .94 (Beck et al., 2008; Creamer, Bell & Failla, 2003; Weiss & Marman, 1997). Hieraan overeenkomstig is in dit huidige onderzoek een hoge interne consistentie en betrouwbaarheid gevonden (Cronbach's $\alpha = .95$).

De traumagerichte en niet-traumagerichte behandelingen, therapietrouw en aantal gemiste sessies werden gemeten door middel van een dossieronderzoek. Voor elke participant werd uit het elektronische patiëntendossier User gegevens verzameld over iedere behandelsessie, zoals het type sessie, aanwezigheid van de participant en wel/geen exposure. Vervolgens werden deze gegevens

gecodeerd. Een behandeling werd gecodeerd als traumagericht wanneer er sprake was van minstens één sessie exposure aan het trauma tijdens de behandelsessie. Therapietrouw werd gemeten door de ratio te berekenen van het aantal aanwezige sessies in verhouding met het totaal aantal sessies.

Procedure

Veteranen die gediagnosticeerd waren met vermoedelijk PTSS werden tijdens de intake gevraagd om een lijst met zelfrapportage vragenlijsten in te vullen. Het invullen van de intake meting duurde gemiddeld 1.5 uur (meting 1). Aan de hand van de intakegegevens werd per cliënt nagegaan welke behandeling het beste aansloot bij de problematiek en vervolgens werd gestart met de behandeling. Binnen de verschillende instellingen waren er verschillende behandelingen mogelijk, waaronder traumagerichte en niet-traumagerichte therapieën. De traumagerichte therapieën gaan in op het trauma en maken gebruik van exposure technieken. Hieronder vallen de therapieën Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Narratieve Exposure Therapie (NET), Beknopte Eclectische Psychotherapie (BEPP) en traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie (CGT). Niet-traumagerichte therapieën maken geen gebruik van exposure technieken, maar werken wel therapeutisch. Onder niet-traumagerichte therapieën vallen stabiliserende behandelingen, zoals inzichtgevende therapie, non-verbale therapie en sociotherapie. De therapieën werden individueel of in groepen gegeven. Na een periode van 6 maanden behandeling kregen de veteranen een tweede meting die ongeveer 10 minuten duurde (meting 2). De tweede meting bevatte de SVL-22 om de verandering tijdens de behandeling in PTSS symptomen van herbeleving, vermijding en prikkelbaarheid te meten. Indien de veteranen de behandeling beëindigden binnen de 6 maanden werd de meting verricht bij een bezoek aan de instelling of telefonisch afgenomen.

Data analyse

De data van de vragenlijsten en het dossieronderzoek werden ingevoerd in SPSS 20. Een variabele van de totaalscore SVL-22 werd aangemaakt om een verschilscore te kunnen berekenen tussen PTSS klachten op meetmoment 1 en meetmoment 2. Van twee participanten waren de sessiegegevens niet bekend. Voor het toetsen van de hypothesen werd uitgegaan van een significantieniveau van $p \leq .05$ (Field, 2009).

Vooraf aan de analyses van de hypothesen werd gekeken of er verschillen waren in de PTSS klachten tussen de participanten die deelnamen aan twee metingen en de participanten die alleen deelnamen aan de eerste meting. De reden hiervoor was de generaliseerbaarheid van de resultaten. Dit werd onderzocht met een One-Way ANOVA analyse en onafhankelijke t-toetsen.

De eerste hypothese werd op drie verschillende manieren geanalyseerd. De eerste analysemethode maakte gebruik van een enkelvoudige regressieanalyse. De tweede analysemethode onderzocht traumagerichte en niet-traumagerichte behandeling als dummyvariabele en werd

uitgevoerd met een enkelvoudige regressieanalyse. De derde analysemethode onderzocht met een multi-pele regressieanalyse de samenhang tussen het totaal aantal sessies en traumagerichte behandeling op de afname van PTSS klachten. De tweede hypothese onderzocht met een multi-pele regressieanalyse het moderatoreffect van therapietrouw. Hiervoor werd de moderatorvariabele traumagerichte behandeling X therapietrouw aangemaakt. Om het verschil tussen hoge en lage therapietrouw te kunnen meten is er een dummyvariabele aangemaakt. De derde hypothese werd gemeten met een onafhankelijke t-toets. Een outlier in de variabele gemiste sessies werd verwijderd. Daarnaast bleek niet te worden voldaan aan de assumptie normale verdeling van de variabelen. Daarom werden de variabelen getransformeerd door middel van de square root, waardoor de Skewness en Kurtosis scores verbeterden en voldeden aan de assumpties (George & Mallery, 2010).

Resultaten

Verschillen in PTSS klachten voorafgaand aan de behandeling

De verschillen in PTSS klachten voorafgaand aan de behandeling werden gemeten tussen participanten met alleen een eerste meting en participanten met twee metingen (hierna te noemen: de steekproef). Uit een One-Way Anova kwam dat de verschillen in PTSS klachten bij de eerste meting significant waren ($F(6,178) = 2.5, p = .02$) met een gemiddelde effectgrootte van $r = .28$. De gemiddelden en standaarddeviaties van de verschillende groepen zijn weergegeven in tabel 1. Vervolgens werd met een onafhankelijke t-toets berekend dat de verschillen tussen de dropout en de steekproef ($t(79) = -2.0, p = .046, r = .2$) en de participanten zonder PTSS en de steekproef ($t(117) = 2.6, p = .01, r = .24$) significant waren. Samenvattend had de steekproef minder PTSS klachten dan de dropout en meer PTSS klachten dan de participanten zonder PTSS op de eerste meting. De data analyse werd vervolgens uitgevoerd met de groep met twee metingen, namelijk de steekproef.

Traumagerichte behandeling en afname PTSS klachten

Voorafgaand aan het onderzoek naar de afname van PTSS klachten bij traumagerichte behandeling werden eerst de gemiddelde PTSS scores vergeleken tussen de groepen wel en geen traumagerichte behandeling. Hieruit kwam dat tussen de start van de behandeling de traumagerichte groep ($M = 61.19, SD = 10.79$) en de niet-traumagerichte groep ($M = 51.83, SD = 15.37$) na 6 maanden behandeling een afname lieten zien in de gemiddelde PTSS score (traumagerichte behandeling $M = 52.59, SD = 20.35$; niet-traumagerichte behandeling $M = 51.26; SD = 20.16$). Vervolgens werden drie analyses uitgevoerd om te onderzoeken of dit een significante afname betrof en om te onderzoeken of traumagerichte behandeling leidde tot een significante afname van PTSS klachten bij veteranen. Hierbij werd gebruik gemaakt van de variabele PTSS verschilscore voor en na 6 maanden behandeling. Ten eerste werd dit onderzocht met een

enkelvoudige regressie. Hieruit kwam geen significant verschil in de afname van PTSS klachten bij traumagerichte behandeling ($R^2 = .01$, $F(1,59) = .67$, $p = .42$). Ten tweede werd dit onderzocht door middel van een enkelvoudige regressie waarbij gebruik werd gemaakt van een dummyvariabele om onderscheid te maken tussen wel en geen traumagerichte behandeling. Hier werd eveneens geen significant verschil gevonden tussen traumagerichte behandeling en niet-traumagerichte behandeling op de PTSS klachten, $R^2 = .04$, $F(1,62) = 2.40$, $p = .13$. Ten derde werd een multiple regressie analyse uitgevoerd om te onderzoeken of het totaal aantal sessies en traumagerichte behandeling voorspellers waren op de PTSS klachten. Opnieuw werd geen significant verband gevonden tussen totaal aantal sessies en afname PTSS klachten ($R^2 = .03$, $F(1,59) = 1.61$, $p = .21$). Het verband tussen totaal aantal sessies, traumagerichte behandeling op afname PTSS klachten was eveneens niet significant ($R^2 = .06$, $F(2,58) = 1.96$, $p = .15$). De resultaten zijn weergegeven in figuur 1 en tabel 3.

Traumagerichte behandeling en therapietrouw

In deze analyse werd onderzocht of therapietrouw de afname van PTSS klachten versterkt bij traumagerichte behandelingen. Dit moderatie effect werd onderzocht met een multiple regressie analyse. Uit de analyse kwam dat traumagerichte behandeling geen invloed had op de afname van PTSS klachten ($R^2 = .01$, $F(1,58) = .64$, $p = .43$). Daarnaast werd geen significant verband tussen therapietrouw en de afname van PTSS klachten gevonden ($R^2 = .03$, $F(1,57) = .83$, $p = .44$) en de interactie tussen traumagerichte behandeling en therapietrouw versterkte niet de afname van PTSS klachten ($R^2 = .03$, $F(1,56) = .62$, $p = .60$). In tabel 4 zijn de resultaten weergegeven. Aanvullend werd met een onafhankelijke t-toets het verschil in PTSS klachten voor en na 6 maanden traumagerichte behandeling onderzocht tussen participanten met een hoge therapietrouw ($M = 7.2$, $SD = 26.08$) en lage therapietrouw ($M = 5.10$, $SD = 18.05$), maar dit was niet significant ($t(62) = -.35$, $p = .73$).

Gemiste sessies bij traumagerichte en niet-traumagerichte behandeling

Tot slot werd met een onafhankelijke t-toets onderzocht of traumagerichte behandelingen leidden tot meer gemiste sessies dan niet-traumagerichte behandelingen. Uit deze analyse kwam naar voren dat gemiste sessies meer voorkwamen bij traumagerichte behandeling ($M = 1.61$, $SD = 1.70$) dan bij niet-traumagerichte behandeling ($M = .99$, $SD = .91$), maar dit verschil was niet significant ($t(60) = -1.85$, $p = .07$).

Discussie

Resultaten

De huidige studie heeft gekeken naar de effectiviteit van traumabehandeling op de PTSS klachten bij veteranen. Daarbij is gekeken naar de invloed van therapietrouw en gemiste sessies. Uit de resultaten komt dat traumagerichte behandeling geen veranderingen in PTSS klachten voorspelt

en niet effectiever is dan niet-traumagerichte behandeling. Bovendien is in dit onderzoek niet aangetoond dat therapietrouw de afname van PTSS klachten versterkt bij traumagerichte behandeling. Tot slot is niet aangetoond dat traumagerichte behandeling tot meer gemiste sessies leidt dan niet-traumagerichte behandeling. Daarom wordt geconcludeerd dat uit dit onderzoek niet blijkt dat traumagerichte behandeling effectief is of effectiever dan niet-traumagerichte behandeling in de afname van PTSS klachten, niet leidt tot meer gemiste sessies en therapietrouw de effectiviteit niet versterkt.

Resultaten vergeleken met literatuur

De bevinding dat traumagerichte behandeling niet leidde tot een afname van PTSS klachten en niet effectiever was dan niet-traumagerichte behandelingen was onverwacht. Zo worden traumagerichte behandelingen aangeraden door de richtlijnen en zij zouden effectiever werken dan niet-traumagerichte therapieën (Bisson & Andrew, 2007; National Collaborating Centre of Mental Health, 2005). Dat traumagerichte behandeling effectiever is dan niet-traumagerichte behandeling wordt niet door elk onderzoek ondersteund, want Benish et al. (2008) en Wampold et al. (2010) tonen aan dat traumagerichte behandeling even effectief is als niet-traumagerichte behandelingen. Daarnaast is er onderzoek waaruit blijkt dat traumagerichte behandeling niet altijd effectief is in de behandeling. Schottenbauer et al. (2008) toont aan dat een deel van de patiënten die deelnemen aan traumagerichte behandeling geen afname van PTSS klachten laten zien. Dit ondersteunt de resultaten van het huidige onderzoek, want dit toont eveneens niet aan dat traumagerichte behandeling effectief is in de afname van PTSS klachten en dat traumagerichte behandeling effectiever is dan niet-traumagerichte behandeling. Een mogelijke verklaring is dat het per cliënt verschilt welke behandeling effectief is, omdat verschillende mechanismen invloed hebben op de verandering van klachten en daarbij de effectiviteit van de behandeling (Barlow, Bullis, Comer & Ametaj, 2013). Niet alleen de behandeling heeft invloed op de effectiviteit, maar ook de interactie tussen de therapeut, patiënt en de contextuele factoren. Voor het verhogen van de effectiviteit van de behandeling dient met deze mechanismen rekening te worden gehouden (Barlow et al., 2013). Een andere verklaring is dat het gemiddelde aantal traumagerichte behandelsessies in dit onderzoek te gering is voor een afname in PTSS klachten. De richtlijn adviseert voor EMDR geen minimaal aantal sessies, maar voor traumagerichte CGT 8 tot 12 sessies waar het huidige onderzoek niet aan voldoet (Van Balkom et al., 2013). Tot slot heeft iedere participant in het huidige onderzoek een behandeling ondergaan en is het niet duidelijk hoe de effectiviteit van de behandeling is ten opzichte van het natuurlijke verloop van de stoornis.

Een andere onverwachte bevinding was dat therapietrouw niet modereert met traumagerichte behandeling op de afname van PTSS klachten. Er werd een moderatie effect verwacht, omdat uit

verschillende onderzoeken komt dat een hogere therapietrouw in de behandeling leidt tot een afname van PTSS klachten en deze studie bekijkt dit als een van de eerste onderzoeken bij traumagerichte behandeling (Bryant et al., 2003; Foa et al., 2005; Levensky, 2006). Er is in het huidige onderzoek eveneens geen verschil in PTSS klachten gevonden tussen de groep met een hoge en lage therapietrouw. Dit wordt ondersteund door onderzoek dat ook geen verschil vond in de uitkomsten van PTSS bij patiënten die de behandeling hebben afgerond en patiënten die veel sessies gemist hadden (Hembree, Foa, Dorfman, Street, Kowalski & Xin, 2003). Mogelijk komt dit doordat traumagerichte behandeling in dit huidige onderzoek niet effectief is gebleken in de afname van PTSS klachten, waardoor naast therapietrouw andere factoren invloed hebben op de effectiviteit van de behandeling.

Tot slot was de bevinding dat traumagerichte behandeling niet leidde tot meer gemiste sessies dan niet-traumagerichte behandeling onverwacht. Het effect werd verwacht, omdat verschillende onderzoeken aantonen dat traumagerichte behandelingen meer gemiste sessies hebben doordat de behandeling minder goed getolereerd wordt (Erbes, Curry & Leskela, 2009; Schnurr et al., 2003; Spont et al., 2005). Niet in elk onderzoek wordt gevonden dat traumagerichte behandeling leidt tot meer gemiste sessies, omdat er tussen onderzoeken grote verschillen zijn in het aantal behandeluitval (Hembree et al., 2003; Imel et al., 2013; Schottenbauer et al., 2008). Deze verschillen tussen onderzoeken lijken niet te komen door systematische verschillen tussen behandelingen, maar door verschillende onderzoekspopulaties en verschillen tussen studies (Imel et al., 2013; Schottenbauer et al., 2008). Deze verschillen komen door methodologische inconsistenties die de validiteit van vergelijkingen tussen studies in geding brengt en classificatieproblemen van verschillende behandelingen in categorieën. In de huidige studie was eveneens niet veel variatie in de indeling van behandelcategorieën wat mogelijk een verklaring is voor het niet vinden van het effect, want een categorisatieschema met meer variabiliteit in de indeling van (trauma)behandelingen is gevoeliger in het meten van behandeluitval (Imel et al., 2013). Een andere verklaring voor het uitblijven van het effect is dat traumagerichte behandeling slechts door een klein gedeelte minder goed wordt getolereerd. Uit onderzoek komt dat bij 11% van de participanten exposuresessies leiden tot klachtentoeename van PTSS, maar zij verbeteren uiteindelijk net zoveel als de participanten zonder klachtentoeename. Bovendien is de klachtentoeename ongerelateerd aan het missen van sessies (Foa et al., 2002; Hembree et al., 2003).

Beperkingen en sterke punten

De huidige studie heeft een aantal sterke punten. Ten eerste betreft het een longitudinaal onderzoek, waardoor het mogelijk is het verloop van de PTSS symptomen over langere tijd te volgen en de metingen te vergelijken. Ten tweede betreft het onderzoek proefpersonen en datagegevens

uit de klinische setting, waardoor de resultaten te generaliseren zijn naar de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg. Ook zijn de resultaten te generaliseren naar veteranen, omdat het onderzoek onder hen en in een uniforme groep is uitgevoerd. Daarbij zijn in de huidige studie verschillen aangetoond die verwacht mogen worden tussen de steekproef en participanten die om diverse redenen niet deelnamen aan de tweede meting, waardoor de resultaten te generaliseren zijn naar de behandelgroep.

Er zijn ook een aantal beperkingen aan het huidige onderzoek. Ten eerste bevat de huidige studie door praktische en ethische redenen geen wachtlijst controlegroep waardoor het niet duidelijk is hoe de bevindingen zijn in vergelijking met het natuurlijke verloop van de stoornis, zoals de effectiviteit van traumagerichte behandeling in vergelijking met geen behandeling. Daarvoor dient het onderzoek herhaalt te worden met gerandomiseerde groepen. Ten tweede kijkt dit onderzoek naar alle behandelregistraties en wordt dit ingedeeld in ruwe categorieën. Er wordt niet gekeken naar specifieke behandelingen, zoals alleen naar inzichtgevende therapie of EMDR. Daarnaast worden specifieke behandelingen niet met elkaar vergeleken, waardoor dit onderzoek geen uitspraken kan doen over de effectiviteit van specifieke behandelingen. Daarvoor zijn meer variërende en specifiekere behandelcategorieën nodig. Ten derde hebben verschillende factoren invloed gehad op de uitkomsten van de huidige studie. Een factor is dat een groot deel (58.7%) van de participanten niet heeft deelgenomen aan beide metingen, waardoor het niet duidelijk is hoe de effectiviteit van de traumabehandeling is bij andere groepen, zoals de dropout. Een andere factor dat invloed heeft gehad op de uitkomsten van de huidige studie is het aantal exposure sessies. Mogelijk is de traumagerichte behandeling effectiever met een hoger aantal exposure sessies zoals aanbevolen wordt door de richtlijn (Van Balkom et al., 2013).

Implicaties en aanbevelingen

De huidige studie heeft een aantal klinische implicaties. Uit dit onderzoek blijkt dat traumagerichte behandelingen niet leiden tot een vermindering van PTSS klachten en niet effectiever zijn dan niet-traumagerichte behandelingen, terwijl deze behandelingen wel aanbevolen zijn door de richtlijnen. Mogelijk zijn de behandelingen even effectief, zoals Benish et al. (2008) en Wampold et al. (2010) suggereren, en worden patiënten onnodig herhaald blootgesteld aan de trauma in de therapie. Daarom wordt onderzoek aanbevolen naar de effectiviteit van traumagerichte behandelingen in vergelijking met niet-traumagerichte behandelingen. Daarbij kan gekeken worden naar specifieke traumabehandelingen, effect van meer exposure sessies en individuele verschillen in de respons op de therapie. Voor vervolgonderzoek wordt een grotere steekproef aanbevolen, meer longitudinaal onderzoek en indien mogelijk met een controlegroep. Daarnaast dient meer onderzoek te komen naar de rol van therapietrouw bij niet-traumagerichte

behandeling om therapietrouw in deze studie te vergelijken met niet-traumagerichte behandeling. Hierbij wordt aangeraden meer variatie aan te brengen in het categoriseren van behandelingen om het meten van behandeluitval gevoeliger te maken. Tot slot is uit dit onderzoek geen ondersteuning gevonden dat traumagerichte behandeling leidt tot meer behandeluitval dan niet-traumagerichte behandeling, waaruit blijkt dat traumagerichte behandeling niet minder goed getolereerd worden. Daarom is dit geen beperking van traumagerichte behandeling en is behandeluitval geen argument om niet te kiezen voor een traumagerichte behandeling. Dit maakt een eventuele keuze voor traumagerichte behandelingen aantrekkelijker wanneer uit vervolgonderzoek komt dat traumagerichte behandeling effectief is.

Dankwoord. Dit onderzoek werd ondersteund door Stichting Centrum '45 en de Universiteit Utrecht. De auteur wilt Stichting Centrum '45, Reinier van Arkel en de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg bedanken voor het verstrekken en verzamelen van gegevens. Tot slot wilt de auteur Joris Haagen hartelijk bedanken voor zijn supervisie op het onderzoek.

Referenties

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: Author.
- Balkom, A. L. J. M. van, Vliet, I. M. van, Emmelkamp, P. M. G., Bockting, C. L. H., Spijker, J., Hermens, M. L. M., & Meeuwissen, J. A. C., namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie (2013). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (Derde revisie): richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S., & Ametaj, A. A. (2013). Evidence-based psychological treatments: An update and a way forward. *Annual review of clinical psychology, 9*, 1-27. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185629
- Beck, J. G., Grant, D. M., Read, J. P., Clapp, J. D., Coffey, S. F., Miller, L. M., & Palyo, S. A. (2008). The Impact of Event Scale-Revised: Psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(2), 187-198. doi:10.1016/j.janxdis.2007.02.007
- Benish, S. G., Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review, 28*, 746-758. doi:10.1016/j.cpr.2007.10.005
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, 2*, 1-241. doi:10.1002/14651858.CD003388
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry, 162*(2), 214-227. doi:10.1176/appi.aip.162.2.214
- Brom, D., & Kleber, R. J. (1985). De Schok Verwerkings Lijst. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 40*, 164-168.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., Dang, S. T., & Nixon, R. D. V. (2003). Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 706-712. doi:10.1037/0022-006X714706
- Cahill, S. P., Foa, B. E., Hembree, E. A., Marshall, R. D., & Nacash, N. (2006). Dissemination of exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 19*(5), 597-610. doi:10.1002/jts.20173

- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 1-12. doi:10.3402/ejpt.v4i0.20706
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 1-10. doi:10.3402/ejpt.v5.25097
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the impact of event scale – revised. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1489–1496. doi:10.1016/j.brat.2003.07.010
- Creamer, M., & Forbes, D. (2004). Treatment of posttraumatic stress disorder in military and veteran populations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 388-398. doi:10.1037/0033-3204.41.4.388
- Ehlers, A., Bisson, J., Clark, D. M., Creamer, M., Pilling, S., Richards, D., . . . Yule, W. (2010). Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clinical Psychology Review*, 30, 269-276. doi:10.1016/j.cpr.2009.12.001
- Engelhard, I. M., Hout, A. van den, Weerts, J., Arntz, A., Hox, J. J. C. M., & McNally, R. J. (2007). Deployment-related stress and trauma in Dutch soldiers returning from Iraq. *British Journal of Psychiatry*, 191, 140-145. doi:10.1192/bjp.bp.106.034884
- Erbes, C. R., Curry, K. T., & Leskela, J. (2009). Treatment presentation and adherence of Iraq/Afganistan era veterans in outpatient care for posttraumatic stress disorder. *Psychological services*, 6(3), 175-183. doi:10.1037/a0016662
- Erbes, C. R., Stillman, J. R., Wieling, E., Bera, W., & Leskela, J. (2014). A pilot examination of the use of narrative therapy with individuals diagnosed with PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 730-733. doi:10.1002/jts.21966
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS (3th ed.)*. London: SAGE Publications Ltd.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A., Riggs, D. S., Feeny, N. C., & Yadin, E. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 953-964. doi:10.1037/0022-006X.73.5.953
- Foa, E. B., Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Hembree, E. A., & Alvarez-Conrad, J. (2002). Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 1022-1028. doi:10.1037/0022-006X.70.4.1022
- George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for windows step by step: A simple guide and reference*. Boston: Allyn & Bacon.

- Gerger, H., Munder, T., Gemperli, A., Nüesch, E., Trelle, S., Jüni, P., & Barth, J. (2014). Integrating fragmented evidence by network meta-analysis: Relative effectiveness of psychological interventions for adults with post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine, 44*, 3151-3164. doi:10.1017/S0033291714000853
- Hembree, E. A., Foa, E. B., Dorfan, N. M., Street, G. P., Kowalski, J., & Xin, T. (2003). Do patients dropout prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress, 16*(6), 555-562. doi:10.1023/B:JOTS.0000004078.93012.7d
- Imel, Z. E., Laska, K., Jakupcak, M., & Simpson, T. L. (2013). Meta-analysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(3), 394-404. doi:10.1037/a0031474
- Ironson, G., Freund, B., Strauss, J. L., & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology, 58*(1), 113-118. doi:10.1002/jclp.1132
- Jongedijk, R. A., Carlier, I. V. E., Schreuder, B. J. N., & Gersons, B. P. R. (1996). Complex Posttraumatic Stress Disorder: An Exploratory Investigation of PTSD and DES NOS among Dutch war veterans. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 577-586.
- Kitchiner, N. J., Roberts, N. P., Wilcox, D., & Bisson, J. I. (2012). Systematic review of meta-analyses of psychosocial interventions for veterans of the military. *European Journal of Psychotraumatology, 3*, 1-16. doi:10.3402/ejpt.v3i0.19267
- Levensky, E. R. (2006). *Nonadherence to treatment. Practitioner's guide to evidence based psychotherapy*. New York: Springer.
- Lindauer, R. J. L., Gersons, B. P. R., Meijel, E. P. M. van, Blom, K., Carlier, I. V. E., Vrijlandt, I., & Olff, M. (2005). Effects of Brief Eclectic Psychotherapy in patients with posttraumatic stress disorder: Randomized clinical trial. *Journal of Traumatic Stress, 18*(3), 205-212. doi:10.1002/jts.20029
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., Ommeren, M. van, . . . Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Disease-11. *Lancet, 381*, 1683-1685. doi:10.1016/S0140-6736(12)62191-6
- McFarlane, A. C., & Yehuda, R. (2000). Clinical treatment of posttraumatic stress disorder: Conceptual challenges raised by recent research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34*, 940-953. doi: 10.1046/j.1440-1614.2000.00829.x
- National Collaborating Centre for Mental Health (2005). *Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: Gaskell and British Psychological Society.

- Pekarik, G. (1985). The effects of employing different termination classification criteria in dropout research. *Psychotherapy, 22*(1), 86-91.
- Ploeg, E. van der, Mooren, T. T., Kleber, R. J., Velden, P. G. van der, & Brom, D. (2004). Construct validation of the Dutch version of the impact of event scale. *Psychological Assessment, 16*(1), 16-26. doi:10.1037/1040-3590.16.1.16
- Ramchand, R., Rudavsky, R., Grant, S., Tanielian, T., & Jaycox, L. (2015). Prevalence of, risk factors for, and consequences of posttraumatic stress disorder and other mental health problems in military populations deployed to Iraq and Afghanistan. *Current Psychiatry Reports, 17*(5), 1-11. doi:10.1007/s11920-015-0575-z
- Rapaport, M. H., Clary, C. C., Fayyad, R., & Endicott, J. (2005). Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 162*(6), 1171-1178. doi:10.1176/appi.ajp.162.6.1171
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Foy, D. W., Shea, M. T., Heish, F. Y., Lavori, P. W., . . . Bernardy, N. C. (2003). Randomized trial of trauma-focused group therapy for post-traumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry, 60*(5), 481-489. doi:10.1001/archpsyc.60.5.481
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Tendick, V., & Gray, S. H. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological considerations. *Psychiatry, 71*(2), 134-168. doi:10.1521/psyc.2008.71.2.134
- Seidler, G. H., & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study. *Psychological Medicine, 11*, 1515-1522. doi:10.1017/S0033291706007963
- Spoont, M., Sayer, N., & Nelson, D. B. (2005). PTSD and treatment adherence: The role of health beliefs. *Journal of Nervous and Mental Disease, 193*(8), 515-522.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., Laska, K. M., Benish, S., Miller, S., Flückiger, C., . . . Budge, S. (2010). Determining what works in the treatment of PTSD. *Clinical Psychology Review, 30*(8), 923-933. doi:10.1016/j.cpr.2010.06.005
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale— Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.
- Zatzick, D. F., Marmar, C. R., Weiss, D. S., Browner, W. S., Metzler, T. J., Golding, J. M., . . . Wells, K. B. (1997). Posttraumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry, 154*(12), 1690-1695.

Tabel 1

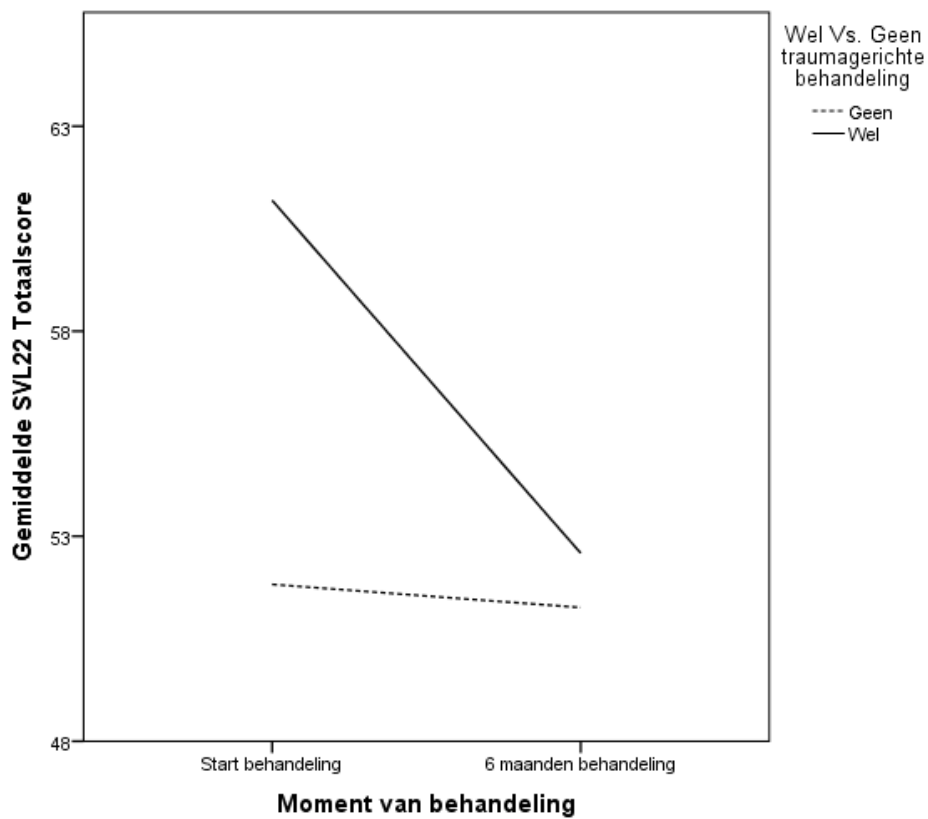
Aantal participanten (n), gemiddelden (M) en standaard deviaties (SD) van de participanten op de totaalscore van de SVL-22 tijdens meting 1 vooraf aan de behandeling (N = 185)

	Aantal <i>n</i> (%)	SVL-22 totaalscore <i>M</i> (<i>SD</i>)
Deelname 1 ^e en 2 ^e meting		
Steekproef	76 (41.08)	56.17 (15.32)
Deelname 1 ^e meting		
Behandeling niet gestart	16 (8.65)	51.13 (18.21)
Geen PTSS	43 (23.24)	47.93 (18.74)
Dropout	5 (2.7)	70.20 (7.43)
Voortijdig succesvolle afsluiting	5 (2.7)	42.00 (19.33)
Onwil/onbereikbaar	3 (1.62)	59.67 (15.37)
Einde dataverzameling bij 2 ^e meting	37 (20)	55.11 (17.34)

Tabel 2

Gegevens van participanten met PTSS bij aanvang onderzoek tijdens de eerste meting (n = 65)

Variabelen	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>
Locaties				
Centrum '45	44	67.7		
Reinier van Arkel	14	21.5		
MGGZ	7	10.8		
Leeftijd (jaren)			40.07	9.91
Geslacht				
Man	63	96.9		
Vrouw	2	3.1		
Burgerlijke staat				
Getrouwd	29	44.6		
Ongetrouwd met partner	19	29.2		
Alleenstaand	12	18.5		
Gescheiden	4	6.2		
Anders	1	1.5		
Opleiding				
Hoogopgeleid	8	12.3		
Middelbaar opgeleid	26	40		
Laagopgeleid	30	46.2		
Missing	1	1.5		
Werksituatie				
Voltijd betaald	32	49.2		
Arbeidsongeschikt	25	38.5		
Geen werk	7	10.8		
Parttime betaald	1	1.5		
SVL-22				
Herbeleven			21.29	5.88
Vermijden			18.17	5.71
Prikkelbaarheid			18.42	3.93
Totaal			57.88	13.27
Exposure sessies (traumagerichte behandeling)			4.1	5.01
Aanwezige sessies			62.82	79.67
Gemiste sessies			4.05	6.71
Totaal aantal sessies			68.81	86.4
Therapietrouw			.91	.09



Figuur 1. Gemiddelde scores op de SVL-22 totaalscore van de groepen wel en geen traumagerichte behandeling bij de start van de behandeling (meting 1) en na 6 maanden behandeling (meting 2).

Tabel 3

(Multiële) Regressie resultaten bij de drie analysemethoden van hypothese 1 op PTSS klachten

Onafhankelijke variabele	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Analysemethode 1 (R^2)	(.01)		
Constant	3.67	3.4	
Traumagerichte behandeling	.43	0.52	.11
Analysemethode 2 (R^2)	(.04)		
Constant	.48	4.13	
Traumagerichte behandeling			
<i>wel versus niet</i>	7.99	5.16	.19
Analysemethode 3			
Stap 1 (R^2)	(.03)		
Constant	8.12*	3.35	
Totaal aantal sessies	-.04	.03	-.16
Stap 2 (R^2)	(.06)		
Contant	6.04	3.59	
Totaal aantal sessies	-.06	.03	-.25
Traumagerichte behandeling	.86	.57	.21

Noot: Analysemethode 1 en 2 zijn gemeten met een enkelvoudige regressie, waarbij analysemethode 2 gebruik is gemaakt van een dummy variabele (0 = geen traumagerichte behandeling, 1 = wel traumagerichte behandeling). Analysemethode 3 betreft een multiële regressie analyse.

* $p < .05$.

Tabel 4

Multipele regressie resultaten van traumagerichte behandeling en therapietrouw op PTSS klachten

onafhankelijke variabele	B	SE B	β
Stap 1 (R^2)	(.01)		
Constant	3.75	3.46	
Traumagerichte behandeling	.42	.53	.10
Stap 2 (R^2)	(.03)		
Constant	31.71	27.96	
Traumagerichte behandeling	.37	.53	.09
Therapietrouw	-30.46	30.23	-.13
Stap 3 (R^2)	(.03)		
Constant	48.43	44.23	
Traumagerichte behandeling	-2.88	6.64	-.71
Therapietrouw	-48.54	47.81	-.21
Traumagerichte behandeling*therapietrouw	3.54	7.22	.80