

Een kwantitatieve studie naar de positieve geestelijke gezondheid van cliënten met stemming & angstproblematiek

Özlem Esen
S0167924

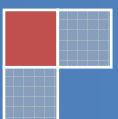
Interne Begeleider: Dr. G. Westerhof
Externe Begeleider: I. Rood

Universiteit Twente
Drienerlolaan 5
7522 NB Enschede

&

Mediant
Raiffeisenstraat 44
7514 AM Enschede

01-08-2011



Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
Samenvatting.....	4
Abstract.....	5
1. Inleiding.....	6
1.1 Stemming & angststoornissen.....	6
1.2 Behandelpoces.....	6
1.3 Positieve geestelijke gezondheid.....	7
1.4 Emotioneel, psychologisch & sociaal welbevinden.....	7
1.5 Geestelijke gezondheid als afwezigheid van klachten en aanwezigheid van het welbevinden ..	9
1.6 GGZ & positieve geestelijke gezondheid.....	9
1.7 Onderzoeksdoel & onderzoeksvragen.....	11
2. Methode.....	12
2.1 Onderzoeksdesign.....	12
2.2 Procedure & Respondenten.....	12
2.3 Instrument.....	13
2.3.1 Achtergrondvariabelen.....	13
2.3.2 De positieve geestelijke gezondheid.....	13
2.3.3 <i>Emotioneel welbevinden</i>	14
2.3.2 <i>Psychologisch welbevinden</i>	14
2.3.3 <i>Sociaal welbevinden</i>	14
2.3.3 <i>Flourishing, moderate & languishing</i>	14
2.4 Analyse.....	14
3. Resultaten.....	16
3.1 Beschrijving achtergrondvariabelen.....	16
3.2 Verschil in positieve geestelijke gezondheid.....	17
3.3 Flourishing, moderate & languishing.....	17
4. Discussie.....	18
4.1 Kwantitatieve bevindingen.....	18
4.2 Limitaties.....	20
4.3 Conclusies & aanbevelingen.....	20
5. Referenties.....	22

Voorwoord

Dit onderzoek is gedaan in het kader van een masterthese voor de opleiding Geestelijke Gezondheidsbevordering aan de Universiteit Twente te Enschede. Het doel van deze studie was om de positieve geestelijke gezondheid van cliënten met stemming&angst problematiek die een behandeltraject beginnen in kaart te brengen en deze te vergelijken met de positieve geestelijke gezondheid van cliënten met stemming & angstproblematiek die een behandeltraject af hebben gerond of aan het afronden zijn.

Het verrichten van dit onderzoek was een zeer leerzaam en inspannend proces voor mij. De positieve geestelijke gezondheid was zowel voor mij als voor cliënten een nieuwe invalshoek, wat het onderzoek nog interessanter maakte. Het uitvoeren van het onderzoek en het schrijven van deze scriptie was niet mogelijk geweest zonder de ondersteuning en hulp van mijn begeleiders Ineke Rood en Gerben Westerhof. Dankzij hen heb ik het onderzoek in goede banen kunnen leiden. Graag wil ik Ineke Rood en Gerben Westerhof bedanken voor hun ondersteuning.

Daarnaast wil ik graag alle hulpverleners van het Centrum voor Stemming & Angst van Mediant bedanken voor hun enthousiaste en actieve medewerking aan het onderzoek. Hierbij in het bijzonder dank aan de onderzoeksverpleegkundigen Kim Meijerink, ETTY Vroom, Monic Miltenburg & Erwin ten Thije. Zij hebben een enorme bijdrage geleverd aan de dataverzameling en daarmee ook aan tot het stand komen van dit onderzoek.

Tevens gaat mijn dank natuurlijk uit naar de cliënten van het Centrum voor Stemming & Angst van Mediant. Zonder hun participatie aan het onderzoek was het niet mogelijk om deze scriptie tot stand te brengen.

Bedankt,

Özlem Esen,

Hengelo, 1 augustus 2011

Samenvatting

Stemming & angstproblemen zijn veel voorkomende ziektebeelden. Ze behoren tot de top drie van de meest voorkomende psychische problemen. De GGZ sector die wij in Nederland kennen levert uiteenlopende vormen van zorg voor mensen met dergelijke problematiek. Hierbij kenmerken GGZ instellingen zich door een klachtgerichte focus, waarbij de nadruk wordt gelegd op psychopathologie. Een verklaring hiervoor is dat geestelijke gezondheid geruime tijd werd gedefinieerd als de afwezigheid van psychopathologie. Echter, deze definitie wordt langzaam aangescherpt, waarbij geestelijke gezondheid niet alleen door de afwezigheid van ziekte wordt gevormd, maar ook door de aanwezigheid van het welbevinden. Het welbevinden is een concept dat gevormd wordt door drie kerncomponenten, te weten het emotioneel (ervaren van geluk/plezier), sociaal (functioneren in maatschappij) en psychologisch (functioneren als individu) welbevinden. Als er in de praktijk alleen wordt gewerkt aan de ziekt kant veronderstelt dit dat het welbevinden onbelicht blijft, waardoor er een tekort wordt gedaan aan het bevorderen van de geestelijke gezondheid van cliënten. Om deze aanname te onderzoeken is het nodig om in kaart te brengen wat er met het welbevinden gebeurt in een behandeltraject die cliënten volgen.

Het doel van deze studie was om het emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden van de aan een behandeling beginnende cliënten binnen de GGZ te vergelijken met de cliënten die een behandeling afronden. Hierbij is er gebruik gemaakt van een kwantitatief onderzoeksdesign waarbij de MHC-SF (een welbevindenlijst) is gebruikt, die door 87 respondenten is ingevuld. De inclusiecriteria voor het onderzoek waren cliënten met stemming & angst problematiek die een behandeltraject startten en cliënten met stemming & angst problematiek die een behandeltraject aan het afronden zijn. De GGZ-instelling die aan het onderzoek deelnam was Mediant.

Uit de resultaten komt naar voren dat cliënten die in de afsluitende fase van hun behandeling zitten geïnteresseerder in het leven zijn (emotioneel welbevinden), een positiever gevoel over hun functioneren in de maatschappij (sociaal welbevinden) en over hun functioneren als individu hebben (psychologisch welbevinden), in vergelijking met cliënten die een behandeling beginnende cliënten

Zowel de limitaties als de aanbevelingen worden in dit onderzoek beschreven.

Abstract

Mood and anxiety disorders are the most common of all psychological problems. Mental health care in the Netherlands provides various forms of care for people with such problems. The mental health settings are having a complaints-driven focus with an emphasis on psychopathology. One explanation is that mental health for a long time was defined as the absence of psychopathology. However, this definition is slowly changing. Today is mental health not only seen by the absence of disease but is also formed by the presence of well-being.

Well-being is a concept formed by three core components: emotional (experience of happiness / pleasure), social (functioning in society) and psychological (functioning in individual life) well-being. If in practice the mental health institutions working on the disease side, assuming this, that the well-being remains unexposed. To investigate this assumption is it necessary to explore what is happening with the well-being in a treatment program that clients follow.

The purpose of this study was therefore to examine emotional, social and psychological well-being of clients starting treatment and compare this with emotional, social and psychological well being of clients that complete a treatment. In this study a quantitative research design was used. The MHC-SF (a list of well-being) was completed by 87 respondents. The inclusion criteria for this study were clients with mood and anxiety problems that started a treatment program and clients with mood and anxiety problems that finished a treatment program. The mental health institution that participated in this study was Mediant.

The results show that clients in the final phase of their treatment are more interested in life (emotional well-being), have a more positive feeling about their functioning in society (social well-being) and are more satisfied with their performance as individuals (psychologically well-being), compared with clients that started a treatment program.

Future issues and limitations are discussed.

1. Inleiding

1.1 Stemming & angststoornissen

Stemming & angststoornissen zijn veelvoorkomende ziektebeelden. Uit zowel Nederlands als internationaal onderzoek blijkt dat stemming & angststoornissen samen met alcoholmisbruik tot de top drie van psychische problemen behoren (Emmelkamp, Bouman & Visser, 2009). Zo bleek uit het Nemesis-onderzoek voor alle stemmingsstoornissen tezamen een lifetime-prevalantie van 19% (Vollebergh, De Graaf & Ten Have, 2003). Voor de sociale fobie, de paniekstoornis en PTSS, die o.a. tot de angststoornissen behoren, bedroegen de prevalenties respectievelijk 4,8%, 4,7% en 9% (Emmelkamp, Bouman & Visser, 2009).

Aangetoond is dat stemming & angststoornissen het welzijn en het dagelijks functioneren even ernstig of zelfs ernstiger kunnen aantasten dan verschillende belangrijke chronische lichamelijke aandoeningen (Wells, Stewart, Hays, Burnam, Rogers, Daniels, Berry, Greenfield & Ware, 1989). Hierbij zijn de kosten die gepaard gaan met stemming & angststoornissen zeer hoog. In Nederland worden deze kosten per jaar geraamd op 6,7 miljard euro (Smit, 2005).

De termen stemming en angst worden in de praktijk doorgaans in combinatie gebruikt. Dit omdat er in veel gevallen sprake is van comorbiditeit. Zo gaan bijvoorbeeld veel depressies gepaard met angst en omgekeerd gaan ook veel angststoornissen gepaard met symptomen van depressie (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008). In sommige gevallen verdwijnen de symptomen van een stemming of angststoornis vanzelf. Echter, in vele gevallen, is het zoeken van hulp een noodzakelijke voorwaarde voor het doen verdwijnen van de stoornis.

1.2 Behandelpoces

De geestelijke gezondheidszorgsector (GGZ-sector) die wij in Nederland kennen biedt een goede uitweg voor mensen met stemming & angstproblematiek. De GGZ-sector is erg breed en kan uiteenlopende vormen van zorg leveren. Zo wordt er o.a. zorg geboden aan verschillende doelgroepen, is er een scala van soorten behandelingen (CGT, IPT) en bestaan er verschillende vormen van behandelingen (ambulant/deeltijd/kliniek). Hierbij varieert het behandel aanbod van kortdurende tot langdurige behandelingen, waarbij voor een psycholoog voorts het principe van de zogenaamde stepped-care behandeling relevant is (Tiemens, Hutschemaekers & Kaasenbrood, 2004). De kern hiervan komt erop neer dat de cliënt in eerste instantie de minst belastende, kortste en goedkoopste behandeling krijgt die mogelijk is, gezien de aard van de problemen waarmee hij zich heeft aangemeld (Ruiter & Hildebrand,

2006). Als deze hulp ontoereikend blijkt voor de problematiek wordt op een stapsgewijze manier overgestapt naar een meer belastende en langdurige behandeling. Hierbij kenmerken geestelijke gezondheidsinstellingen (GGZ-instellingen) zich door een klacht gerichte focus, waarbij de nadruk wordt gelegd op de aanwezigheid van psychopathologie. Tijdens het intakegesprek wordt bijvoorbeeld in DSM-termen een paniekstoornis vastgesteld en vervolgens wordt gekozen voor een interventie met als kerningrediënten exposure en paniekmanagement (Keijsers, Van Minnen & Hoogduin, 2004). Kortom, een cliënt meldt zich aan met een klacht, de klacht wordt geclassificeerd volgens het DSM-IV systeem en vervolgens wordt er een behandeling opgezet dat doelt op klachtenreductie, oftewel het doen verminderen of verdwijnen van de negatieve symptomen.

1.3 Positieve geestelijke gezondheid

Een verklaring voor de klacht en stoornis gerichte focus van GGZ-instellingen is dat geestelijke gezondheid geruime tijd werd gedefinieerd als de afwezigheid van psychopathologie. Echter, de laatste tijd, vindt zowel in de praktijk als in de wetenschap, een verschuiving plaats van deze klacht en stoornis gerichte focus. Er is een toenemende interesse in de positieve geestelijke gezondheid, oftewel de positieve psychologie (Gillham & Seligman, 1999).

Positieve psychologie wordt door Seligman en Csikszentmihalyi (2000) beschreven als de wetenschap van het welbevinden en het optimaal functioneren met een focus op het bevorderen van positieve emoties, positieve eigenschappen en positieve organisaties. Positieve psychologie is daarmee in contrast met de negatieve focus van het ziektemodel dat momenteel het veld van de psychologie domineert (Dunn, Sarah & Dougherty, 2005).

Ook wordt geestelijke gezondheid door de World Health Organization (WHO) de laatste jaren niet alleen maar gezien als de afwezigheid van psychische stoornissen. Het WHO definieert geestelijke gezondheid als: ‘een toestand van welbevinden, waarin elk individu zijn of haar potentieel realiseert, om kan gaan met de normale spanningen van het leven, vruchtbaar/productief kan werken en in staat is om een bijdrage te leveren aan zijn of haar omgeving’ (World Health Organization, 2011).

1.4 Emotioneel, psychologisch & sociaal welbevinden

Zoals uit het voorgaande is af te leiden stelt het WHO het welbevinden van het individu centraal in het beschrijven van de geestelijke gezondheid. Het concept van het welbevinden bestaat volgens deze definitie uit het ervaren van positieve gevoelens, het positief

functioneren als individu en het positief functioneren in de maatschappij. Deze elementen van het welbevinden zijn ook terug te vinden in de bestaande literatuur over positieve geestelijke gezondheid en worden respectievelijk het *emotioneel*, *psychologisch* en *sociaal welbevinden* genoemd.

Het emotioneel welbevinden geeft het affectieve aspect van het welbevinden, het ervaren van geluk, het geïnteresseerd zijn in het leven en plezierige emoties, weer (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster & Keyes, 2010).

Het positief functioneren als individu, door Ryff (1989) *het psychologisch welbevinden* genoemd, bestaat uit 6 dimensies, te weten, *grip op de omgeving*, *persoonlijke groei*, *doel in het leven*, *autonomie*, *positieve relaties met anderen* en *zelf acceptatie*. Dit wil zeggen dat een individu goed functioneert als hij/zij de meeste eigenschappen van zichzelf mag, warme en vertrouwde relaties heeft, zichzelf ziet ontwikkelen tot een beter individu, een richting in het leven heeft, zijn/haar omgeving vorm kan geven en enige mate van zelfbeschikking heeft (Keyes, 2002).

Het positief functioneren in de maatschappij, volgens Keyes (2002) *het sociaal welbevinden* genoemd, geeft de publieke en sociale criteria weer aan welke individuen hun functioneren in het leven toetsen. Deze dimensie bestaat volgens Keyes (2002) uit 5 dimensies, te weten, *sociale coherentie*, *sociale actualisatie*, *sociale integratie*, *sociale acceptatie* en *sociale contributie*. Hierbij is *sociale coherentie* het begrijpen van wat er in de buitenwereld gebeurt en interesse hebben in de omgeving. *Sociale actualisatie* wordt omschreven als het geloof dat de maatschappij voor hem/haar het potentieel verschaft om te groeien.

Volgend Keyes (2009) is er ook een indeling te maken op basis van de mate van het welbevinden die men ervaart. Individuen bij wie zowel het subjectief als het psychologisch en sociaal welbevinden hoog is, omschrijft Keyes als *flourishing*, oftewel florerend. Wanneer zowel het subjectief als het psychologisch en sociaal welbevinden laag is, spreekt hij over *languishing*, ofwel verkommerend/wegkwijnend. De groep ertussen in heeft een gematigd geestelijke gezondheid, ook wel *moderate mental health* genoemd.

Als we de definitie van het WHO en de bestaande literatuur in acht nemen kunnen we stellen dat geestelijke gezondheid gevormd wordt door het *emotioneel*, *psychologisch* en *sociaal welbevinden*.

1.5 Geestelijke gezondheid als afwezigheid van klachten en aanwezigheid van het welbevinden

Uit het voorgaande lijkt een tegenstelling naar voren te komen, waarbij zich enerzijds de geestelijke stoornissen bevinden en anderzijds de geestelijke gezondheid. Dit impliceert dat individuen die een psychische stoornis hebben geestelijk ongezond zijn of dat de afwezigheid van een psychische stoornis de aanwezigheid van geestelijke gezondheid impliceert. Echter blijkt deze aanname, o.a. uit het onderzoek van Keyes (2005), niet te kloppen. Mensen die geestelijk ziek zijn, zijn over het algemeen ook wel minder geestelijk gezond, maar het verband is niet rechtenevredig (Westerhof & Keyes, 2008). Keyes vond dat individuen die niet leden aan een geestelijke stoornis toch een zwakke geestelijke gezondheid hadden. Omgekeerd hadden individuen met een geestelijke stoornis vaker een matige geestelijke gezondheid, dan een zwakke geestelijke gezondheid. Westerhof & Keyes (2008) onderzochten in hun onderzoek in hoeverre geestelijke gezondheid en psychische klachten samenhangen. Uit dit onderzoek bleek een gematigd significante samenhang te bestaan tussen geestelijke ziekte en geestelijke gezondheid, waarbij geestelijke ziekte en geestelijke gezondheid relatief onafhankelijke facetten bleken te zijn. Geestelijke ziekte en geestelijke gezondheid zijn dus niet uiteindelijk van eenzelfde pool, maar zijn aan elkaar gerelateerde, twee verschillende dimensies (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster & Keyes, 2010).

1.6 De GGZ & positieve geestelijke gezondheid

De niet evenredige relatie tussen geestelijke ziekte en geestelijke gezondheid betekent voor de GGZ praktijk dat een individu een paniekstoornis kan hebben en tegelijkertijd ook een hoge mate van geestelijke gezondheid kan hebben. Andersom kan het zijn dat de afwezigheid van psychopathologie niet noodzakelijk of voldoende is om een productief en vruchtbaar leven te leiden (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster & Keyes, 2010). Het ongunstige beloop van stemming & angststoornissen, die gekenmerkt wordt door een grote kans op herhaling, geeft hier ondersteuning voor. Van depressiepatiënten bijvoorbeeld, die in de tweede lijn zijn behandeld, krijgt meer dan de helft een recidief (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008). Psychologen hebben de afgelopen jaren ervaren dat het tot nu toe gehanteerde ziektemodel hen er niet toe brengt stoornissen te voorkomen. De belangrijkste vooruitgangen in de preventie van stoornissen werd integendeel geboekt door zich te focussen op de versterking van de competenties die cliënten bezitten, in plaats van te proberen het kapotte te herstellen (Seligman & Csikszentmihaly, 2000).

Als geestelijke gezondheid gevormd wordt door de afwezigheid van klachten én aanwezigheid van het welbevinden en er in de praktijk alleen wordt gewerkt aan de ziektetekant, zou dit betekenen dat het welbevinden onbelicht blijft in de behandeling. Hiermee zou dan een tekort worden gedaan aan het bevorderen van de geestelijke gezondheid van cliënten. Om deze hypothese te staven, hoe het welbevinden zich momenteel ontwikkelt tijdens een behandeling, zijn er weinig onderzoeken gevoerd. Deze kennis is van belang omdat mensen die niet volledig geestelijk gezond zijn op velerlei terreinen minder goed functioneren (Keyes, 2005; 2007). Zelf bij afwezigheid van geestelijke ziekte zal een bevolking met een zwakke geestelijke gezondheid ongetwijfeld hoge economische kosten opleveren (Keyes & Westerhof, 2008). Daarnaast zal deze kennis mogelijk van belang kunnen zijn voor verdere implementaties in de GGZ praktijk. Naast de focus op klachtenreductie zou toekomstige behandelingen zich ook kunnen richten op emotioneel, psychologisch en sociaal functioneren van individuen. Een complete wetenschap en een complete beoefening van de psychologie zou zowel de lijdensdruk als het geluk en hun interactie in acht moeten nemen en gevalideerde interventies zouden zich zowel moeten richten op het verlagen van de lijdensdruk als op het vergroten van geluk (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005). Ook zou een op het welbevinden gerichte therapievorm, aanvullend op de reguliere behandeling, gunstig kunnen werken t.a.v. het terugdringen van het aantal cliënten die na een periode van herstel weer terugvallen. Zo zou Well Being Therapy (WBT), een therapievorm die hiervoor erg toepasselijk is, ingezet kunnen worden als terugvalpreventie (Fava & Tomba, 2009). Hiermee zouden ook de kosten die gepaard gaan met de zorg voor deze cliënten teruggedrongen kunnen worden. Daarnaast vraagt de invalshoek van de positieve psychologie een andere manier van benaderen door hulpverleners. Voor de hulpverlener zal het ook prettig zijn om zich te focussen op het positieve in plaats van het negatieve. Er wordt een aangename werksfeer gecreëerd wat een positieve wending kan geven aan de behandeling.

GGZ instellingen streven naar een zo goed mogelijke zorg die aansluit op de hulpvraag van de cliënt. Mede hierom bevinden instellingen zich continu in een ontwikkelingsfase en staan ze open voor vernieuwingen. Dit onderzoek richt zich op het in kaart brengen van het welbevinden van GGZ cliënten en zal hiermee een belangrijke bijdrage leveren aan de gaande ontwikkeling binnen de GGZ.

1.7 Onderzoeksdoel & Onderzoeksvragen

Deze studie tracht te achterhalen hoe het welbevinden van GGZ-cliënten die een behandeltraject beginnen zich verhoudt tot het welbevinden van GGZ-cliënten die een behandeltraject afronden. Daarnaast wordt getracht een indeling te maken van cliënten in *flourishing*, *moderate* en *languishing*, en er wordt gekeken hoe de twee groepen, beginnende en eindigende cliënten, zich hierin verhouden.

De centrale vragen die met dit onderzoek getracht worden te beantwoorden zijn als volgt geformuleerd:

- Hoe verhoudt het welbevinden van GGZ cliënten die een behandeltraject beginnen tot het welbevinden van GZZ cliënten die een behandeltraject afronden?
- Hoe verhouden een behandeltraject beginnende en eindigende cliënten zich met betrekking tot de categorisatie *flourishing*, *moderate* en *languishing*?

2. Methode

In dit hoofdstuk wordt eerst het onderzoeksdesign beschreven. Vervolgens is er een stuk te lezen over de procedure, de geworven respondenten en het gebruikte instrument. Tot slot worden op de data toegepaste analyses beschreven.

2.1 Het onderzoeksdesign

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een kwantitatief onderzoeksdesign.

2.2 Procedure en respondenten

Dit onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met het Centrum voor Stemming & Angst van Mediant, een geestelijke gezondheidszorginstelling, te Enschede. Om het onderzoek in te kaderen vond er in eerste instantie een overleg plaats met de programmamanager van de afdeling over de inhoud en de omvang van het onderzoek. Nadat er overeen was gekomen over de praktische en inhoudelijke zaken zijn de hulpverleners tijdens de reguliere beleidsvergadering ingelicht over de achtergrond en het doel van het onderzoek. Dit was van belang omdat de hulpverleners op de hoogte moeten zijn van de gaande ontwikkelingen binnen de afdeling en ook omdat zij een belangrijke rol hebben ingenomen tijdens de uitvoeringsfase van het onderzoek. Het onderzoek werd namelijk door de hulpverleners geïntroduceerd aan de cliënten en zij hebben ook de vragenlijsten verstrekt aan de cliënten. Daarnaast zijn er ook enkele cliënten benaderd door de onderzoeker zelf. Cliënten die reeds een behandeling hadden afgesloten werden per post benaderd.

Bij het verstrekken van de vragenlijsten aan de cliënten werd er door de therapeuten meegedeeld dat deelname aan het onderzoek geheel op vrijwillige basis betreft en dat het onderzoek geen gevolgen heeft voor de reguliere behandeling. Bij alle verstrekte en per post verstuurd vragenlijsten zat een introductie bijgevoegd waarin de cliënten werden geïnformeerd over het doel van het onderzoek. Daarnaast was een antwoordenvolp bijgesloten waarmee de patiënt de ingevulde vragenlijst kon retourneren. Ook was het mogelijk de ingevulde vragenlijst bij de behandelaar in te leveren. De belasting voor de cliënt om de vragenlijst in te vullen bedroeg circa 5 minuten.

De gehanteerde inclusiecriteria voor het onderzoek waren cliënten die een behandeltraject op de afdeling Stemming & Angst startten en cliënten die in de afsluitende fase van de behandeling zaten of cliënten die reeds een behandeling hadden afgesloten.

Het aantal cliënten die in de periode van 1 maart t/m 10 juni een behandeling begon op de afdeling stemming & angst bedroeg 52. Hiervan weigerden 2 cliënten mee te doen aan het onderzoek. Het aantal cliënten die in die periode een behandeling afsloot was 34 en het aantal cliënten die reeds al een behandeling had afgesloten bedroeg 3. Dit geeft in totaal 89 benaderde cliënten, waarvan 87 werkelijk deelnamen aan het onderzoek. Dit geeft in totaal een deelname percentage van 98%.

2.3 Instrument

Voor het in kaart brengen van de positieve geestelijke gezondheid van cliënten is er voor gekozen gebruik te maken van een vragenlijst.

2.3.1 Achtergrondvariabelen

De volgende achtergrondvariabelen zijn in het onderzoek opgenomen: geslacht, leeftijd, opleiding, diagnose en psychiatrische geschiedenis. Om het anonieme karakter van het onderzoek zoveel mogelijk te handhaven, is er voor gekozen om de achtergrondvariabelen via het elektrische cliëntendossier (ECD) op te vragen. De achtergrondvariabelen waren nodig om een algemeen beeld te kunnen creëren van de cliëntenpopulatie.

2.3.2 De positieve geestelijke gezondheid

De vragenlijst die de positieve geestelijke gezondheid meet is de Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF). De MHC-SF bevat 14 items die gebaseerd zijn op het *emotioneel*, *psychologisch* en *sociaal welbevinden*. De vragenlijst representeert een verkorte versie van de Mental Health Continuum- Long Form (Keyes, 2009). De MHC-SF is door Westerhof en Keyes (2005) vertaald in het Nederlands en vertoonde in vijf Nederlandse pilot studies goede psychometrische eigenschappen. De items van de MHC-SF kunnen elk met een 6-punts (0-5) Likert-schaal (nooit/1 of 2 keer/1 keer in de week/2 of 3 keer in de week/bijna elke dag/elke dag) beantwoordt worden. De normgegevens zijn met een representatieve steekproef onder de Nederlandse bevolking bepaald (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2010). De gemiddeldes en standaarddeviaties voor het *emotioneel*, *psychologisch* en *sociaal welbevinden* zijn respectievelijk als volgt, 3.67 (0.94), 3.18 (0.99), 2.33 (1.01).

2.3.3 Het emotioneel welbevinden

Het emotioneel welbevinden is gemeten met 3 items ($\alpha = 0.89$). Een tweetal voorbeelden hiervan zijn: ‘in de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u gelukkig was?’/ ‘dat u tevreden was?’.

2.3.4 Het psychologisch welbevinden

Deze component is gemeten met 5 items ($\alpha = 0.80$). Een aantal voorbeelden van de items zijn: ‘in de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u de meeste aspecten van uw persoonlijkheid mocht’/ ‘dat uw leven een richting of een zin heeft?’/ ‘dat u werd uitgedaagd om te groeien of een beter mens te worden?’.

2.3.5 Het sociaal welbevinden

Het sociaal welbevinden bevat de meeste aantal items. Deze is gemeten met 6 items ($\alpha = 0.89$). Drie voorbeelditems hierbij zijn: ‘in de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat mensen in principe goed zijn?’/ ‘dat u begrijpt hoe onze samenleving werkt?’/ ‘dat u iets belangrijks hebt bijgedragen aan de maatschappij?’.

2.3.6 Flourishing, moderate & languishing

Op basis van een berekening die door Keyes (2009) is opgesteld zijn cliënten, afhankelijk van de mate van hun welbevinden, gecategoriseerd. Een cliënt heeft een goede geestelijke gezondheid (*flourishing*), als hij/zij 1 van de 3 items van het emotioneel welbevinden beantwoordt met de antwoordoptie 5 of 6 (elke dag of bijna elke dag) en 6 van de 11 items van het sociaal en psychologisch welbevinden beantwoordt met de antwoordoptie 5 of 6. Iemand heeft een zwakke geestelijke gezondheid (*languishing*), wanneer hij/zij 1 van de 3 items van het emotioneel welbevinden beantwoordt met 1 of 2 (nooit of 1 of 2 keer) en 6 van de 11 items van het sociaal en psychologisch welbevinden beantwoordt met 1 of 2. Individuen die niet als *flourishing* of *languishing* gecategoriseerd kunnen worden en er tussen in vallen, hebben een gematigd welbevinden en worden betiteld als *moderate*.

2.4 Analyse

Om de data te analyseren werd gebruik gemaakt van SPSS V16.0. Beschrijvende analyses werden toegepast om de achtergrondvariabelen te analyseren. Op deze manier zijn de frequenties (N) en percentages verkregen op de achtergrondvariabelen. Verschillen met

betrekking tot de achtergrondvariabelen tussen beginnende en eindigende cliënten werden getoetst met de chi-square test.

Verschillen met betrekking tot de positieve geestelijke gezondheid tussen beginnende cliënten en eindigende cliënten werden geanalyseerd met de onafhankelijke t-toets. Hierbij vormden de gemiddelden op elk van de drie componenten van de positieve geestelijke gezondheid een paar voor vergelijking.

Voor het indelen van cliënten in de categorieën *flourishing*, *moderate* en *languishing* is gebruik gemaakt van beschrijvende analyse. De chi-square test is hierbij gebruikt om het verschil in categorisatie bij beginnende en eindigende cliënten te toetsen.

Een alpha van <0.05 werd gehanteerd voor een statistisch significant resultaat.

3. Resultaten

In dit resultaatendeel worden eerst de achtergrondvariabelen beschreven van de twee onderzoeksgroepen. Vervolgens wordt gekeken hoe cliënten van de twee onderzoeksgroepen scoren op de drie componenten van de positieve geestelijke gezondheid en of de scores hierop verschillen in de twee onderzoeksgroepen. Tot slot worden de respondenten ingedeeld in de categorieën, *flourishing*, *moderate* en *languishing* en wordt een vergelijking gemaakt tussen beginnende en eindigende cliënten.

3.1 Beschrijving achtergrondvariabelen

De meeste respondenten in beide onderzoeksgroepen betroffen vrouwen (66%) (62%) (tabel 1a). De meeste cliënten in de gehele onderzoeksgroep behoorden tot de leeftijdsrange van 18-30. De groep beginnende cliënten bestond voor een groot deel uit laag opgeleiden, waarbij in de groep van de eindigende cliënten een evenwichtige verdeling is te zien tussen laag en hoog opgeleiden. Een groot deel (42%) van de beginnende cliënten had als diagnose de depressieve stoornis en een groot deel van de eindigende cliënten had als diagnose de aanpassingsstoornis. Het verschil in diagnose is hierbij significant ($p < 0.05$). Het overgrote deel (71%) van de gehele groep respondenten heeft eerder psychische klachten gehad en heeft hiervoor een behandeling gehad.

Tabel 1. Achtergrondvariabelen beginnende en eindigende cliënten

Achtergrondvariabelen		Beginnende		Eindigende		Verschil χ^2
		N	%	N	%	
Geslacht	Man	17	34%	14	38%	0,71
	Vrouw	33	66%	23	62%	
Leeftijd	18 - 30	21	43%	13	35%	0.78
	31 - 40	13	27%	9	24%	
	41 - 50	9	18%	8	22%	
	>51	6	12%	7	19%	
Opleiding	Lager onderwijs	4	11%	3	10%	0.29
	Lager beroepsonderwijs	8	21%	5	16%	
	Lager voortgezet onderwijs	17	48%	6	26%	
	Hoger voortgezet onderwijs	4	11%	8	19%	
	Hoger onderwijs	5	13%	9	29%	
Diagnose	Depressieve stoornis	17	42%	8	22%	0.01
	Angststoornis	11	27%	10	28%	
	Aanpassingsstoornis	2	5%	13	36%	
	Dysthyme stoornis	5	12%	-	-	
	Persoonlijkheidsstoornis	1	2%	-	-	
	Restcategorie	5	12%	5	14%	
Psychiatrische Geschiedenis	Geen	7	20%	7	24%	0.91
	Wel, met behandeling	25	71%	20	70%	
	Wel, geen behandeling	3	9%	2	7%	

* $p < 0.05$ voor de chi-square test voor de vergelijking beginnende en eindigende cliënten

3.2 Verschillen in positieve geestelijke gezondheid

Cliënten vertonen in het algemeen een vooruitgang wat betreft de positieve geestelijke gezondheid (tabel 2). Respondenten die een behandeltraject afsloten gaven aan gelukkiger, geïnteresseerder in het leven te zijn en meer plezierige emoties te hebben dan een behandeltraject beginnende cliënten (emotioneel welbevinden). Cliënten die een behandeling begonnen hebben een significant minder positief gevoel over hun functioneren in de maatschappij en hun functioneren als individu (sociaal & psychologisch welbevinden), in vergelijking met een behandeling afsluitende cliënten. Echter scoren een behandeling afsluitende cliënten op de alle drie de componenten van het welbevinden onder het gemiddelde van de algemene bevolking.

Tabel 2. Gemiddelden, standaarddeviaties en min-max scores van de positieve geestelijke gezondheid componenten

Groep		Emotioneel WB	Sociaal WB	Psychologisch WB
Beginnende	Gem	1.9	1,5	1.8
	SD	1.2	1.1	1.2
	Min	0	0	0
	Max	5	5	5
Eindigende	Gem	3.1	2.2	3.0
	SD	1.3	1.1	0.9
	Min	0	0	0
	Max	5	5	5
Vergelijking	t(df)	-4.7 (84)*	-2.9 (85)*	-4.7(83)*

*P<0.05 voor de onafhankelijke t-toets voor de vergelijking beginnende en eindigende cliënten

3.3. Flourishing, Moderate & Languishing

Het grootste deel (47%) van de beginnende cliënten kunnen gecategoriseerd worden als *languishing* oftewel wegwijgend en het overgrote deel van de eindigende cliënten behoort tot de categorie *moderate* (tabel 3). Er is een significant verschil te zien in de categorisatie tussen de twee onderzoeksgroepen (p<0.05).

Tabel 3. Aantallen en percentages van de categoriale indeling van het welbevinden

Categorie	Beginnende		Eindigende		Vergelijking
	N	%	N	%	χ^2
Languishing	21	47%	4	12%	0.03*
Moderate	19	42%	20	59%	
Flourishing	5	11%	10	29%	

*P<0.05 voor de chi-square voor de vergelijking beginnende en eindigende cliënten

4. Discussie

Het doel van dit onderzoek was te achterhalen hoe het welbevinden van GGZ cliënten die een behandeltraject beginnen zich verhoudt tot het welbevinden van GGZ cliënten die een behandeltraject aan het afronden zijn. Daarnaast is getracht om op basis van de categorisatie van Keyes (2002) een indeling te maken van de respondenten in *languishing*, *moderate* en *flourishing* en werd gekeken hoe de twee groepen, beginnende en eindigende cliënten, zich hierin verhouden.

4.1. Kwantitatieve bevindingen

De resultaten van de kwantitatieve analyse laten zien dat er een significant verschil is te zien in de positieve geestelijke gezondheid tussen een behandeltraject beginnende cliënten en cliënten die een behandeltraject afronden. Cliënten die in de afsluitende fase van hun behandeling zitten geven aan geïnteresseerder in het leven te zijn, een positiever gevoel over hun functioneren in de maatschappij en over hun functioneren als individu te hebben, in vergelijking met cliënten die een behandeling beginnen. Het grootste deel van de eindigende cliënten kan geclassificeerd worden als *moderate*, waarbij het grootste deel van de beginnende cliënten als *languishing* betiteld kan worden. Dit wijst er op dat de behandelingen die cliënten volgen mogelijk ook een invloed hebben op de positieve geestelijke gezondheid. Ook kan het zijn dat er een correlatie bestaat tussen het welbevinden en stemming & angststoornissen. In een eerder onderzoek werd namelijk een sterke negatieve correlatie gevonden tussen psychologisch welbevinden en depressie en angst (Headey & Wearing, 1992). Uit het onderzoek van Westerhof & Keyes (2008) blijkt ook een negatieve correlatie te bestaan tussen geestelijke gezondheid en depressie en angst. Dit wil zeggen dat een verlaging van psychische klachten vanzelfsprekend ook een verhoging van de positieve geestelijke gezondheid teweegbrengt.

Hierbij is het grootste punt van kritiek dat de twee met elkaar vergeleken onderzoeksgroepen niet identiek zijn aan elkaar. De statistische toets geeft aan dat er een significant verschil bestaat in de soorten gestelde diagnoses van de twee cliëntenpopulaties. Het overgrote deel van de aan een behandeling beginnende cliënten heeft als diagnose de depressieve stoornis, waarbij in de afsluitende groep de meest voorkomende diagnose de aanpassingsstoornis is. Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp (2008) noemen de aanpassingsstoornis een diagnose die zich in de DSM-classificatie tussen de V-codes (normale levensproblemen) en de echte pathologie in bevindt. Het lijkt erop dat de klachten die men bij

een aanpassingsstoornis ervaart niet van ernstige aard zijn zoals bij een ander ziektebeeld, maar ook niet te onderschatten vallen. Een grootschalig onderzoek waarbij een deel van de respondenten als ‘niet ziek’ werden geclassificeerd, een deel de diagnose aanpassingsstoornis kreeg en een deel een ander specifiek diagnose kreeg, onderzocht het voorgaande (Fabrega, Mezzich & Mezzich, 1987). In deze studie werd het niveau van functioneren van de respondenten op werk/school, gezin en het functioneren in groepen of met individuen in kaart gebracht. De resultaten van deze grootschalige studie laten zien dat cliënten met de diagnose aanpassingsstoornis hier een middenpositie in nemen en dat ze op de verschillende terreinen beter functioneren dan cliënten met een andere specifieke diagnose en minder goed functioneren als individuen die geen psychiatrische diagnose hebben. Uit het onderzoek van Jones (1999) komt naar voren dat cliënten met een aanpassingsstoornis ten op zichte van andere diagnose groepen (met name depressieve cliënten) beter scoren op een schaal waarmee verschillende aspecten van het kwaliteit van leven wordt gemeten, zoals sociaal functioneren, vitaliteit, pijn, fysiek functioneren en algemene gezondheid. Ook verschillen cliënten met een aanpassingsstoornis van cliënten die een andere as I beeld hebben met betrekking tot andere factoren zoals, leeftijd (jonger), duur van behandeling (korter), psychiatrische geschiedenis (vaker blanco) en hebben, wat verwacht mag worden, meer psychosociale problemen (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008). Dat in de groep van de eindigende cliënten de diagnose aanpassingsstoornis het meeste voorkomt zou het resultaat kunnen vertekenen dat deze groep een hogere positieve geestelijke gezondheid ervaart dan aan de behandeling beginnende cliënten. Echter, in de nabije toekomst, zal op de afdeling Stemming & Angst de diagnose aanpassingsstoornis verdwijnen. Ervaring laat zien dat de aard en de ernst van de klachten van een aanpassingsstoornis tegen een depressie aan liggen en dat de diagnose aanpassingsstoornis de lading niet dekt. Dit pleit ervoor dat de twee onderzoeksgroepen, beginnende en eindigende cliënten, degelijk met elkaar te vergelijken zijn.

De twee onderzoekspopulaties verschillen in de soort van de hoogst genoten opleiding. In percentages uitgedrukt is 24% van een behandeling beginnende cliënten hoog opgeleid, waarbij dit percentage 48% is bij een behandeling afsluitende cliënten. Dat er in de eindigende groep relatief veel hoogopgeleiden zitten in vergelijking met de beginnende groep zou mogelijk een verband kunnen hebben met de relatief goede positieve geestelijke gezondheid (Westerhof & Keyes, 2008). Hierbij verdient het een aandachtspunt dat het verschil in opleiding tussen de twee groepen niet statistisch significant is gebleken uit de chi-square test.

De indeling van Keyes (2002) in de categorieën *languishing*, *moderate* en *flourishing* laat zien dat een behandeling afsluitende cliënten een gematigd (moderate) positieve geestelijke gezondheid ervaren en dat in deze groep een *flourishing* (florerende) positieve geestelijke gezondheid meer voorkomt dan in de groep van de beginnende cliënten. Hier kan weer dezelfde opmerking gemaakt worden met betrekking tot het verschil in diagnose tussen beginnende en eindigende cliënten (Fabrega, Mezzich & Mezzich, 1987; Jones, 1999). Daarnaast kan worden genoemd dat de indeling die Keyes (2002) voorstelt, niet gevalideerd is in Nederland. De gemaakte indeling in dit onderzoek dient daarom met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

4.2. Limitaties

De onderzoeksresultaten moeten geïnterpreteerd worden in het licht van de limitaties die dit onderzoek met zich meebrengt. De grootste limitatie van dit onderzoek was dat er gebruik is gemaakt van twee verschillende respondentengroepen. Om de ontwikkeling van de positieve geestelijke gezondheid beter in kaart te brengen zou gebruik gemaakt moeten worden van dezelfde groep cliënten die twee keer een meting krijgt, één aan het begin van de behandeltraject en één aan het eind. Dit zou statistisch een betere vergelijking en een betere indicatie geven van de ontwikkeling van het welbevinden.

Ook was het niet mogelijk om de achtergrondvariabelen te koppelen aan de mate van het welbevinden per individu. De achtergrondvariabelen zijn achteraf uit het Elektrische Cliënten Dossier (ECD) gehaald, waardoor een hoog of laag welbevinden niet in samenhang gebracht kan worden met de achtergrondvariabelen.

Daarnaast is er tot nu toe is er weinig onderzoek gedaan naar het welbevinden van GGZ cliënten die een behandeltraject beginnen en aan het afsluiten zijn. Er is in de literatuur veel te vinden over positieve geestelijke gezondheid en/of het welbevinden. Daarentegen is er weinig bruikbare bestaande literatuur die een vergelijking maakt tussen groepen cliënten, waarmee de resultaten van dit onderzoek vergeleken kunnen worden.

4.3. Conclusie & Aanbevelingen

Dit onderzoek heeft enige inzicht geboden in de verhouding van het welbevinden van cliënten die een behandeltraject beginnen en cliënten die een behandeltraject aan het afsluiten zijn. Het welbevinden van cliënten die een behandeltraject aan het afsluiten zijn bleek significant hoger te zijn in vergelijking met cliënten die een behandeling beginnen. Echter,

cliënten die een behandeling afsluiten, scoren op de alle drie de componenten van het welbevinden onder het gemiddelde van de algemene bevolking. Daarnaast blijkt dat 12% van de eindigende groep cliënten geclassificeerd kan worden als *languishing*. Dit wijst er op dat er nog een degelijke ruimte is voor verbetering van het welbevinden van deze cliënten. Deze cliënten die als *languishing* worden betiteld zouden baat kunnen hebben bij een extra therapie module. De eerder aangehaalde WBT zou hierbij erg toepasselijk zijn. Uit eerder onderzoek onder stemming & angst cliënten is namelijk gebleken dat WBT, direct aanvullend op de reguliere behandeling, een significante reductie van (rest)symptomen geeft in vergelijking met een extra cognitieve gedragstherapie (CGT) module (Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conti & Grandi, 1998). Ook uit het onderzoek onder cliënten met een gegeneraliseerde angststoornis blijkt een combinatie van WBT en CGT een significante voordeel te hebben in vergelijking met CGT op zich (Fava, Ruini, Rafanelli, Finos, Salmaso, Mangelli et al., 2005). Daarnaast concluderen Sin & Lyobomirsky (2009) in hun grootschalige meta-analyse dat positieve psychologie interventies het welbevinden van cliënten significant verhogen en depressieve symptomen verminderen.

Een onderzoek die voortbouwt op de resultaten van dit onderzoek is zeer aanbevolen. De groep beginnende cliënten die deelgenomen heeft aan het onderzoek zou aan het einde van hun behandeltraject weer de MHC-SF kunnen invullen. Hierbij kan er op gewezen worden dat de MHC-SF een instrument is die zeer stabiel is over de tijd (Lamers, Glas, Westerhof & Bohlmeijer, under review). Het invullen van de MHC-SF door cliënten aan het einde van hun behandeling zou een betrouwbare indicatie kunnen geven van de ontwikkeling van het welbevinden.

5. Referenties

1. Davydov, D.M., Stewart, R., Ritchie, K., Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychological Review*, 30, 479-495.
2. Dunn, D.S., & Dougherty, S.B. (2005). Prospects for a Positive Psychology of Rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 50 (3), 305-311.
3. Emmelkamp, P., Bouman, T., Visser, S. (2009). *Angststoornissen en hypochondrie. Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
4. Fabrega, H., Mezzich, J.E., & Mezzich, A.C. (1987). Adjustment disorder as a marginal or transitional illness category in DSM-III. *Archives of General Psychiatry*, 44, 567-572.
5. 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, 475-480.
6. Fava, G.A., & Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: well-being therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experiental Psychiatry*, 34, 45-63.
7. Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., et al. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 26-30.
8. Fava, G.A. & Sonino, N. (2008) The biopsychosocial model thirty years later. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 1-2.
9. Fava, G.A., & Tomba, A. (2009). Increasing Psychological Well-Being and Resilience by Psychotherapeutic Methods. *Journal of Personality*, 77 (6), 1-31.
10. Gable, S.L., & Haidt, J. (2005). What (and Why) Is Positive Psychology? *Review of General Psychology*, 9 (2), 103-110.
11. Gillham, J.E., & Seligman, M.E.P. (1999). Footstep on the road to a positive psychology. *Behavior Research and Therapy*, 37, 5163-5173.
12. Jones, R., Yates, W.R., Williams, S., Zhou, M., & Hardman, L. (1999). Outcome for adjustment disorder with depressed mood: Comparison with other mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 55, 55-61.
13. Hammer, J.H., & Good, G.E. (2010). Positive Psychology: An Empirical Examination of Beneficial Aspects of Endorsement of Masculine Norms. *Psychology of Men & Masculinity*, 11 (4), 303-318.
14. Headey, B., & Wearing, A. (1992). *Understanding happiness: A theory of subjective wellbeing*. Melbourne: Longman Cheshire.

15. Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van & Hoogduin, C.A.I. (2004). *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg I&II*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
16. Keyes, C.L.M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.
17. 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.
18. Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95-108.
19. Keyes, C.L.M. (2009). Brief Description of the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF). Verkregen op 7 juni 2011, www.sociology.emory.edu/downloads/MHC-SF_Brief_Description_doc
20. Lamers, S.M.A., Glas, C.A.W., Westerhof, G.J., & Bohlmeijer, E.T. (under review). Longitudinalevaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF): Measurement invariance across demographics, physical illness and mental illness.
21. Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., Klooster, ten, P.M., Keyes, C.L.M. (2010). *Evaluating the Psychometric Properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF)*. *Journal of clinical psychology*, 00(0), 1-12.
22. Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1069-1081.
23. Ryff, C.D., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 65, 14-23.
24. Ruini, C., & Fava, G.A. (2009). Well-being Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Journal of clinical psychology*, 65 (5), 510-519.
25. Ruiters, C. de & Hildebrand, M. (2006). *Handboek Psychodiagnostiek. Van testmethode naar toepassing*. Amsterdam: Harcourt
26. Seligman, M.E.P., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An Introduction. *American Psychologist*. 55 (1), 5-14.

27. Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N., Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress. Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60 (5), 410-421.
28. Sin, N.L., & Lyobomirsky, S. (2009). Enhancing Well-Being and Alleviating Depressive Symptoms With Positive Psychology Interventions: A Practice-Friendly Meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (5), 467-487.
29. Smit, F, Cuijpers, P., Oostenbrink, J., Batelaan., N, De Graaf, R., Beekman, A. (2006). Costs of common mental disorders: implication for curatieve and preventive psychiatry. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9, 193-200.
30. Steck, E.L., Abrams, L.M., Phelps, L. (2004). Positive Psychology in the prevention of eating disorders. *Psychology in the Schools*, 41 (1), 111-117.
31. Tiemens, B., Hutschemaekers, G. & Kaasebrood, A. (2004). Stepped care as decision model – more than just stepwise interventions. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 59, 916-930.
32. Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G. (2008). *Handboek psychopathologie. Deel 1 basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
33. Vollebergh, W., De Graaf, R., Ten Have, M., Schoemaker, C., Van Dorsselaer, Saskia., Spijker J., Beekman, Aartjan. (2003). *Psychische stoornissen in Nederland. Overzicht van de resultaten van Nemesis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
34. Wells., K.B., Stewart, A., Hays, R.D., Burnam, M.A., Rogers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S, & Ware J. The functioning and well-being of depressed patiënts. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989;**262**:914–919.
35. Westerhof, G.J.. & Keyes, C.L.M. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 63(10), 808-820. .
36. World Health Organization. *Informatie online verkegen op 06-05-2011 via: http://www.who.int/topics/mental_health/en/*