

BACHELORTHESE

UNIVERSITEIT TWENTE.

De welbevinden therapie, een nieuwe therapie voor de GGZ in Nederland. Een pilot casestudie.

STUDENT Anneloes Post

STUDENTNR s0111430

EERSTE BEGELEIDER Dr. E.T. Bohlmeijer

TWEEDE BEGELEIDER Dr. G.J. Westerhof

DATUM 9 augustus 2011

Inhoudsopgave

1. Inleiding	Pag. 5
2. Methode	Pag. 9
2.1 Procedure	Pag. 9
2.2 Interventie	Pag. 9
2.3 Instrumenten	Pag. 11
2.4 Proces – evaluatie	Pag. 13
2.5 Participanten	Pag. 14
2.6 Casestudies	Pag. 15
3. Resultaten	Pag. 16
3.1 Cliënten	Pag. 16
3.2. Therapeuten	Pag. 21
4. Discussie	Pag. 25
4.1 Belangrijkste bevindingen	Pag. 25
4.2 Conclusie	Pag. 27
4.3 Beperkingen	Pag. 28
4.4 Aanbevelingen	Pag. 29
Referenties	Pag. 31
Bijlagen	Pag. 33
Bijlage A: Informed consent	
Bijlage B: Toestemmingsformulier	
Bijlage C: Algemene vragenlijst	
Bijlage D: PGGS, Positieve geestelijke gezondheid	
Bijlage E: CES-D, Somberheid	
Bijlage F: HADS-A, Gespannenheid	
Bijlage G: MHC-SF, Welbevinden	
Bijlage H: CSQ-8, Tevredenheid	
Bijlage I: Logboek cliënt	

1. Inleiding

Traditioneel gezien is de klinische psychologie gebaseerd op het verminderen van symptomen van psychische stoornissen (Ryff & Singer, 1998). Zo ook de cognitieve gedragstherapie die zich focust op het identificeren en aanpassen van automatische, negatieve gedachten en de overtuiging die deze gedachten onderbouwt. Het is een effectieve therapie voor veel psychische stoornissen, maar het is echter gebleken dat er sprake is van terugval van klachten na de behandeling (Seligman, et al, 2006). Een verklaring voor deze terugval kan gevonden worden in het twee-continua model (Westerhof & Keyes, 2010). In dit model wordt omschreven dat er een onderscheid kan worden gemaakt tussen het positieve en het negatieve affect, maar dat deze wel aan elkaar gerelateerd zijn. Zo is de geestelijke gezondheid te omschrijven als een afwezigheid van psychische stoornissen en een aanwezigheid van een positieve geestelijke gezondheid op emotioneel -, psychologisch - en sociaal niveau. Positieve ervaringen, positieve persoonlijkheidstrekken en een positieve sociale context kunnen de kwaliteit van het leven verbeteren, maar kunnen ook fungeren als preventiemiddel om ziektes te voorkomen (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Het twee-continua model veronderstelt dat door naast vermindering van symptomen ook aandacht te schenken aan deze positieve ervaringen, dit de positieve geestelijke gezondheid versterkt en het individuele krachten vergroot, waardoor terugval van klachten verminderd wordt (Fava & Tomba, 2009). Westerhof en Keyes (2010) omschrijven in hun onderzoek een staat van floreren of 'flourishing' waarin de positieve geestelijke gezondheid op drie niveaus versterkt kan worden: het emotioneel -, psychologisch – en sociaal niveau. Deze drie niveaus zijn terug te vinden in een aantal eerdere omschrijvingen van de geestelijke gezondheid.

Voordat ik in ga op de vertaling van dit theoretisch kader over de geestelijke gezondheid naar de praktijk van de klinische psychologie zal ik eerst een drietal visies over de geestelijke gezondheid omschrijven. Al vanaf de klassieke filosofie wordt er aandacht geschonken aan 'geluk' (Ryan & Deci, 2001). Twee opvattingen die destijds geformuleerd zijn onderscheiden het welbevinden in twee vormen. De eerste vorm, het hedonistisch welbevinden, omschrijft geluk als een subjectieve ervaring. Gelukkig zijn, het vermijden van pijn en het zoeken naar voldoening zijn manieren om tot een gevoel van welbevinden te komen binnen dit perspectief. De tweede vorm, het eudaimonisch welbevinden, richt zich met name op de mate waarin het individu functioneert. Variabelen die volgens dit perspectief tot welzijn zouden kunnen leiden zijn bijvoorbeeld vitaliteit en zelfrealisatie. Het hedonistisch welbevinden gaat om het ervaren van zowel negatieve en positieve emoties met voldoening op verschillende domeinen in het leven (emotioneel niveau), waarbij het eudaimonische

welbevinden zich richt op individuele potenties en persoonlijke krachten (sociaalpsychologisch niveau).

Ook de World Health Organization (WHO) hanteert de opvatting dat geestelijke gezondheid meer is dan de afwezigheid van psychische stoornissen. In 1948 definieert de WHO gezondheid als *“A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”*. Recentelijk wordt de geestelijke gezondheid als volgt omschreven door de WHO (2005): *“A state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community”*. De drie niveaus binnen de positieve geestelijke gezondheid (emotioneel, psychologisch en sociaal) van Westerhof en Keyes (2010) kunnen ook in deze omschrijving teruggevonden worden.

Deze stroming, waarbinnen aandacht wordt geschonken aan positieve ervaringen, wordt getypeerd als de ‘Positieve Psychologie’. In plaats van een focus op symptomen, ligt de focus met name op de volgende drie componenten (Seligman, Rashid & Parks, 2006): positieve emotie (the pleasant life), verbinding (the engaged life) en betekenis (the meaningful life). Ook hier zijn de drie niveaus van emotionele – (the pleasant life), psychologische – (the engaged life) en de sociale – of spirituele (the meaningful life) positieve geestelijke gezondheid terug te vinden.

In de loop der tijd zijn er meerdere theorieën ontwikkeld die een bijdrage leveren aan de huidige interpretaties over het positief psychologisch functioneren (Ryff, 1989). Te denken valt aan Maslow’s (1968) idee over zelfactualisatie, Roger’s (1961) beeld over een goed functionerend individu, Jung’s (1933) formulering van individuatie en Allport’s (1961) idee over maturiteit. Ook verschillende perspectieven over de ontwikkeling van de levensloop zoals Erikson’s (1959) psychosociale stage model, de primaire levenstendenties van Buhler (1935) en de beschrijvingen van persoonlijkheidsveranderingen bij volwassenen en ouderen van Neugarten (1968) hebben hun aandeel hier in. Daarnaast heeft Jahoda’s (1958) positieve criteria van de geestelijke gezondheid van zowel de aanwezigheid van welzijn als de afwezigheid van ziekte ook bijgedragen aan het onderzoek naar positieve geestelijke gezondheid.

Carol Ryff heeft met behulp van een omvangrijk literatuuronderzoek meerdere concepten en theorieën over dit positief psychologisch functioneren laten samenkomen tot een multidimensionaal model van welzijn waarin zes kerndimensies geformuleerd zijn (Ryff, 1989). Deze dimensies zijn: autonomie, groei, gevoel van regie over het eigen leven, zelfacceptatie, sociale relaties en doelen in het leven. Ryff (Ryff & Singer, 1998) geeft hierbij aan dat de gezondheid van de mens als een multidimensionaal dynamisch proces moet worden gezien en niet als een specifiek einddoel.

Aan de hand van deze theoretische formuleringen rondom de zogenoemde positieve psychologie (Seligman et al, 2005) heeft Fava als een van de eersten het concept van de positieve geestelijke gezondheid vertaald naar de praktijk van de klinische psychologie. Met behulp van de zes dimensies van Ryff (1989) heeft Fava de well-being therapie ontworpen (Fava & Tomba, 2009) om het psychologisch welzijn te vergroten. In deze therapie wordt er naar alternatieve interpretaties voor verstoorde cognities gezocht, in de vorm van realistische, hulpvolle en positieve verwachtingen. Hiermee kan de duur van het psychologisch welzijn worden vergroot en kan de terugval van klachten worden verminderd. De therapie biedt vaardigheden en inzichten om in elke dimensie van Ryff (1989) tot een optimaal niveau te kunnen komen.

De well-being therapie is een gestructureerd, educatief model dat als instructie kan fungeren om met actuele problemen om te leren gaan. Naast een acht tot twaalf tweewekelijkse sessies tussen therapeut en cliënt is er een individuele aanpak door middel van een zelfobservatie. Met behulp van een gestructureerd dagboek worden dagelijkse ervaringen en emoties bijgehouden door de cliënt naar aanleiding van oefeningen en instructies die tijdens de sessies zijn gegeven.

De cognitieve gedragstherapie toont op zichzelf, net zoals de well-being therapie, een significante verminderingen van klachten bij cliënten met een DSM-IV gediagnosticeerde angst- en stemmingsstoornis (Fava & Tomba, 2009). Toch zijn de voordelen significant groter wanneer beide therapieën gecombineerd aangeboden worden.

In een onderzoek van Fava (Fava et al, 1998) werd de well-being therapie vergeleken met de cognitieve gedragstherapie bij twintig patiënten met een stemmingsstoornis. Er werd aangetoond dat na acht sessies van de well-being therapie het psychologisch welzijn significant werd vergroot ($P < 0,05$) en dat symptomen qua bedroefdheid ook significant ($P < 0,05$) verminderd waren. De cognitieve gedragstherapie blijkt na acht sessies ook het psychologisch welzijn te vergroten ($P < 0,01$), maar blijkt daarentegen geen significante verbetering aan te tonen qua bedroefdheid ($P < 0,161$). Een aantal jaar later vergelijkt Fava (2004) een gecombineerde therapie, bestaande uit cognitieve gedragstherapie en de well-being therapie, met een traditioneel klinische therapie. Bij 40 patiënten met een depressieve stoornis werd er een lagere mate van terugval gevonden bij de gecombineerde therapie ten opzichte van de traditionele therapie.

In nog een ander onderzoek van Fava (2005b) werden twintig patiënten met DSM-IV generaliseerde angststoornis toegewezen aan een behandeling van acht sessies cognitieve gedragstherapie of aan een behandeling van vier sessies cognitieve gedragstherapie met vier aanvullende sessies van de well-being therapie. Bij beide behandelingen werd een significante vermindering van angst aangetoond. Daarnaast werd aangetoond dat de gecombineerde therapie in

vergelijking met de cognitieve gedragstherapie een significant voordeel opleverde qua vermindering van symptomen en het vergroten van het welzijn na een verloop van 1 jaar. Ruini en Fava (2009) vermoeden dat een opeenvolging van beide therapieën voor een meer omvangrijke identificatie van automatische gedachtes zorgt, dan wanneer een therapie zich slechts op controle (cognitieve gedragstherapie) of gevoel van acceptatie (well-being therapie) richt. Op deze manier zou de combinatie van de cognitieve gedragstherapie met de well-being therapie voor een meer effectieve cognitieve herstructurering zorgen.

De well-being therapie is een kortdurende en laagdrempelige therapie, die zonder veel aanpassingen gecombineerd kan worden met de cognitieve gedragstherapie (Vin & Pieters, 2005). Vin en Pieters (2005) geven aan dat aan de hand van de onderzoeksresultaten, die effectief in terugval en preventie blijken, het relevant lijkt om te onderzoeken of de toepassing van deze well-being therapie binnen de klinische psychologie, in Nederland, ook effectief blijkt.

Voor dit onderzoek werd de well-being therapie (Fava & Tomba, 2009) zo aangepast dat het in de Nederlandse Geestelijke Gezondheidszorg als welbevinden therapie aangeboden kon worden als aansluiting op de cognitieve gedragstherapie. Het betreft een pilot casestudie waarbij door middel van een procesevaluatie en een effectmeting de implementatie van de welbevinden therapie werd onderzocht.

2. METHODE

2.1 Procedure

De aangepaste well-being therapie, ontwikkelt door de Universiteit Twente, werd door middel van een pilotstudie, bestaande uit meerdere casestudies, uitgevoerd door vier therapeuten bij vijf cliënten. Deze welbevinden therapie werd als aansluiting op een voorafgaand en succesvol afgeronde cognitieve gedragstherapie aangeboden. Er werden vier tot acht sessies per cliënt uitgevoerd, afhankelijk van de behoefte hier aan.

Elke cliënt heeft voorafgaand aan het onderzoek een informed consent brief (zie bijlage A) aangereikt gekregen door hun therapeut waarna zij met een toestemmingsformulier (zie bijlage B) hun deelname aan het onderzoek konden bevestigen.

Voor de sessies begonnen werden er een vijftal vragenlijsten afgenomen bij de cliënten. Een algemene vragenlijst over de achtergrondinformatie van de cliënt, de PGGG (Dierendonck, 2011) die de positieve geestelijke gezondheid meet en waar de zes kerndimensies van welzijn (Ryff, 1989) in terugkomen, de CES-D (Bouma et al, 1995) waarin de mate van somberheid wordt getest, de HADS-A (Spinhoven et al, 1997) die de gespannenheid bij de cliënt meet en ten slotte de MHC-SF (Lamers et al, 2011) die het welbevinden test. De cliënten kregen ook beschikking over een logboek, een gestructureerd dagboek (zie bijlage I), waarin de cliënt zijn of haar ervaringen van goede momenten kon opschrijven (Ruini & Fava, 2009).

Aan het einde van de sessies werd een herhaalde meting gedaan. De PGGG, CES-D, HADS-A en de MHC-SF werden nogmaals afgenomen om het effect van de welbevinden therapie per cliënt in kaart te brengen. Vervolgens werd er een semigestructureerd interview bij de cliënten en therapeuten afgenomen, ondersteund door een korte vragenlijst die de tevredenheid van een module meet (CSQ-8), om de algemene ervaring van de cliënten en therapeuten met de welbevinden therapie te onderzoeken.

2.2 Interventie

De therapie is een gestructureerd en educatief model dat als instructie kan fungeren voor cliënten om zelfstandig met huidige problemen om te gaan. De sessies bestaan uit oefeningen voor het vergroten van de positieve geestelijke gezondheid en zijn gericht op verschillende levensdomeinen en waarden waarbinnen op vooruitgang geïnstrueerd wordt. Na elke sessie ontvangt de cliënt een thuisopdracht waarmee de geleerde inzichten en oefeningen in praktijk kunnen worden gebracht. Ook zijn er informatieve hand-outs beschikbaar over de behandelde oefeningen.

Met behulp van het logboek houden de cliënten hun dagelijkse ervaringen en emoties bij. De situatie, de gedachtes en gevoelens op het goede moment en de mate van intensiviteit hiervan worden samen met de onderbreking van dit goede moment opgeschreven en tijdens de sessies besproken. De intensiviteit staat voor de door de cliënt ingeschatte mate van welzijn op een schaal van 0-100 (0= afwezigheid van welzijn, 100= meest intens mogelijk vorm van welzijn). Dit cijfer maakt het inschattingsvermogen van de cliënt over zijn of haar welzijn zichtbaar en toont een eventuele ontwikkeling hierin naarmate de sessies vorderen.

Tijdens de eerste sessie, die ongeveer 30 minuten in beslag neemt, wordt de rationale van de welbevinden therapie aan de cliënt uitgelegd door de therapeut. Voorafgaand worden de PGGS afgenomen (binnen dit onderzoek ook de algemene vragenlijst, CES-D, HADS-A en de MHC-SF) om een eerste indruk van het psychologisch welbevinden van de cliënt te krijgen. De scores op de vragenlijst wordt eventueel samen met de cliënt besproken. Vervolgens geeft de therapeut de eerste thuisopdracht waarin de cliënt de komende dagen een dagelijkse zelfobservatie doet met behulp van het logboek om zo zijn of haar positieve ervaringen, bestaande uit gedachtes en/of emoties, te registreren. Ook is er een hand-out beschikbaar over de positieve geestelijke gezondheid.

Voor de tweede sessie staat 45 minuten. De eerste thuisopdracht uit de vorige sessie wordt besproken om de belangrijkste waarden of levensrichtingen van de cliënt in verschillende levensdomeinen (versterking doelen, groei, zingeving) te ontdekken. Doordat er vanuit deze thuisopdracht gewerkt wordt, krijgt de cliënt de regie en wordt het oplossend vermogen versterkt. Gerelateerde oefeningen kunnen dit ondersteunen. Binnen deze pilot hadden de therapeuten de ruimte om voor hun bekende en geschikte oefeningen in te zetten. Zo kan er een korte mindfulness-oefening worden gedaan, zoals de 'body-scan' waarin de cliënt leert om zijn of haar lichaamservaringen waar te nemen. Daarna wordt de tweede thuisopdracht gegeven. De cliënt wordt gevraagd om de zelfobservatie door middel van het logboek voort te zetten en daarnaast na te denken over voor hem of haar belangrijke waarden en levensdoelen. Ook kunnen de oefeningen dagelijks worden toegepast om goede ervaring mee op te doen. Ten slotte kan de cliënt ter ondersteuning een hand-out over de levensdomeinen en waarden ontvangen.

Sessie 3 komt qua opzet overeen met sessie twee. Tijdens deze sessie, die ook ongeveer 45 minuten in beslag neemt, worden eerst de thuisopdrachten besproken uit sessie 2 en wordt aan de hand daarvan eventueel nieuw gevonden waarden en doelen toegevoegd. Vervolgens wordt middels het logboek de barrières voor een bevredigend leven in kaart gebracht en besproken. De cliënt weet wat hij wil met het leven en welk gedrag en keuzes daarbij horen, maar ontmoet daarbij barrières (emoties en gedachtes die dit gedrag doen stoppen). Het leren omgaan met die barrières wordt per

gekozen domein (werk, relaties, etc.) besproken. Zo kunnen er maatregelen worden genomen bij bepaalde situaties en/of kunnen helpende gedachtes gevonden worden voor het verdragen en aanvaarden van negatieve gevoelens. Vervolgens kan er geoefend worden met het metacognitieve bewustzijn, waarin geleerd wordt om gedachtes als gedachten te zien. Ook kan er een nieuwe mindfulness-oefening gedaan worden, waarin geleerd wordt om emoties toe te staan. De thuisopdracht na sessie 3 is om met behulp van de nieuwe oefeningen om te leren gaan met de barrières voor een bevredigend leven door positieve momenten op te gaan zoeken. Dit kan door samen met de therapeut een plan van aanpak op te stellen waarbinnen de in kaart gebrachte barrières terugkomen. De cliënt zet ook het gebruik van het logboek voort.

Tijdens sessie 4 (die ongeveer 45 minuten duurt), worden de thuisopdrachten uit sessie drie besproken. Vervolgens wordt er met behulp van nieuwe oefeningen, zoals rollenspellen en/of metaforen, geoefend om het nieuwe ervaren gedrag succesvol uit te voeren en vol te houden. Wanneer een domein, bijvoorbeeld werk, is afgerond, kan er aan een volgend domein begonnen worden, zoals relaties. Afsluitend kan er een zelfacceptatie of zelfwaardering oefening gedaan worden. De therapeut en cliënt kunnen besluiten om nog een of twee sessies toe te voegen om bijvoorbeeld de toepassing van de theorie in het dagelijks leven te versterken.

2.3 Instrumenten

Tijdens deze pilotstudie vinden er drie meetmomenten plaats gedurende de casestudies. Een voormeting voorafgaande aan de welbevinden therapie door middel van verscheidende testen, een nameting nadat de sessies zijn afgerond van vrijwel dezelfde tests en ten slotte een interview met de cliënten en therapeuten die ondersteund wordt door een korte vragenlijst die de tevredenheid over de welbevinden therapie in kaart brengt. Hier volgt een overzicht van de verschillende meetinstrumenten die zijn gebruikt tijdens dit onderzoek.

2.3.1. Algemene vragenlijst (bijlage C)

De algemene vragenlijst bestaat uit tien vragen en is bedoeld om een algemeen beeld te vormen van de achtergrond van de cliënten. Gevraagd wordt naar de burgerlijke staat, levensbeschouwing, culturele achtergrond, woonsituatie, hoogst gevolgde opleiding, belangrijkste dagelijkse activiteiten en financiële situatie. Deze vragenlijst wordt alleen tijdens de voormeting afgenomen.

2.3.2. PGGGS: Positieve Geestelijke Gezondheid (bijlage D)

De Positieve Geestelijke Gezondheid Schaal (PGGS) (Dierendonck, 2011) meet door middel van een zelfrapportage het psychologisch welzijn en is gebaseerd op de zes kerndimensies van welzijn (zelfacceptatie, positieve relaties met anderen, autonomie, grip op de omgeving, doel in het leven en

persoonlijk groei) van Ryff (1989). Het is een vragenlijst van 52 items waarvan ongeveer negen items aan elke kerndimensie gerelateerd zijn. De oorspronkelijke versie bestond uit een meetinstrument van twintig items per dimensie waar een onderzoek (n=321) heeft aangetoond dat de interne consistentie varieerde tussen de .86 en .93 (Dierendonck, 2011). Uit een factoranalyse, van de drie-item versie, werd geconcludeerd dat de zes dimensies van Ryff (1989) het beste onderliggende model is voor de PPGS vragenlijst, met de factor welzijn als gemeenschappelijke latente factor (Ryff & Keyes, 1995).

De antwoordvorm bestaat uit een 6-punts schaal die varieert van 'nadrukkelijk mee oneens' (=1) tot 'nadrukkelijk mee eens' (=6). De score geeft per dimensie de mate van het psychologisch welzijn aan op de betreffende kerndimensie.

Deze vragenlijst werd voor en na de sessies bij de cliënten afgenomen om in kaart te brengen in hoeverre de positieve geestelijke gezondheid versterkt wordt door de welbevinden therapie.

2.3.3. CES-D: Somberheid (Bijlage E)

De Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D) scale (Bouma et al, 1995) meet door middel van zelfrapportage een tijdelijke aanwezigheid van depressieve symptomen in de afgelopen week (somberheid, neerslachtigheid, vermoeidheid en geringe zelfwaardering). Binnen de twintig items wordt er naar de belangrijkste elementen van depressieve symptomen gevraagd (depressieve stemming, schuldgevoelens, gevoelens van inferioriteit, gevoelens van hulpeloosheid en wanhoop, verlies van eetlust, slaapstoornissen en psychomotorische retardatie). De antwoordcategorieën bestaan uit 'zelden of nooit' (minder dan 1 dag = 0), 'soms of weinig (1-2 dagen = 1), 'regelmatig' (3-4 dagen = 2) en 'meestal of altijd' (5-7 dagen = 3) en vragen naar de mate van een ervaring in de afgelopen week. Hoe hoger de score, hoe hoger de mate van somberheid in de afgelopen week. Een score boven de zestien wordt als ruwe indicator beschouwd voor een aanwezigheid van een klinische depressie (Bouma et al, 1995).

In een onderzoek van Hanewald (1987) bedroeg de test-hertest correlatie .90, bij n=79. Aangezien er in deze vragenlijst wordt gevraagd naar ervaringen in de afgelopen week, kunnen resultaten met een lange tussenperiode fluctueren. Verschillende onderzoeken (Hanewald, 1987) toonden aan dat bij een interval van zes maanden de correlatie tussen de .57 en .71 ligt.

Deze vragenlijst werd voor en na de sessies bij de cliënten afgenomen om in kaart te brengen in hoeverre de somberheid afneemt door de welbevinden therapie.

2.3.4. HADS-A: Gespannenheid (Bijlage F)

De Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Spinhoven et al, 1997) meet de mogelijke aanwezigheid van een angstige of depressieve staat door middel van zelfrapportage. Binnen dit

onderzoek is alleen het onderdeel dat de angstige staat meet gebruikt (HADS-A), aangezien de depressieve symptomen via de CES-D worden getoetst. De vragenlijst bestaat uit zeven items waarin met behulp van vier antwoordcategorieën wordt aangegeven in hoeverre de cliënt een bepaalde ervaring heeft. Deze categorieën bestaan over het algemeen uit 'Helemaal niet' (=0), 'Af en toe/soms' (=1), 'Meestal/vaak' (=2), 'Altijd/zeer vaak' (=3). De score kan variëren van 0 tot 21. Een score van 11 of hoger worden gedefinieerd als mogelijke gevallen van angststoornissen.

In een onderzoek (Spinhoven et al, 1997) is aangetoond dat de correlatie van de algemene populatie tussen de 18 en 65 jaar oud (n=199) tussen de .46 en .67 ligt, wat betreft de angstschaal.

Deze vragenlijst werd voor en na de sessies bij de cliënten afgenomen om in kaart te brengen in hoeverre de gespannenheid/angst afneemt door de welbevinden therapie.

2.3.5. MHC-SF: Welbevinden (Bijlage G)

De Mental Health Continuum – Short Form (Lamers et al, 2011) bevat de drie niveaus van de geestelijke gezondheid. Namelijk het emotionele -, psychologische – en sociale welzijn. De vragenlijst bevat veertien vragen waarvan drie items het emotionele welzijn betreffen, zes items het psychologisch welzijn en vijf items het sociale welzijn. Er zijn zes antwoordcategorieën die variëren van 'nooit' (=0) tot 'elke dag' (=5) en vragen naar de mate van een gevoel tijdens de afgelopen maand.

In een onderzoek (Lamers et al, 2011) is aangetoond dat de vragenlijst hoog scoort op interne en algemene test-hertest betrouwbaarheid (n=1662). Ook constateerden zij dat de drie dimensies van welzijn na een factor-analyse het best onderliggend model is die per dimensie een goede correlatie met de factor geestelijke gezondheid aantoonde.

Deze vragenlijst werd voor en na de sessies bij de cliënten afgenomen om in kaart te brengen in hoeverre het welbevinden toeneemt door de welbevinden therapie.

2.4 Proces – evaluatie

De ervaring met de implementatie van de aangepaste welbevinden therapie is door middel van een procesevaluatie onderzocht. Aangezien het een pilotstudie betreft met een gering aantal casussen, is het van belang om naast de effect metende testen ook de ervaring met deze therapie van de cliënten en therapeuten in kaart te brengen. Deze procesevaluatie is middels een interview, ondersteund door een korte vragenlijst, uitgevoerd door een Psychologie studente.

2.4.1. CSQ-8: Tevredenheid therapie (bijlage H)

De CSQ-8 is een verkorte versie van de Client Satisfaction Questionnaire en betreft een vragenlijst die een module evalueert door naar de tevredenheid hierover te vragen bij de deelnemers. In

toenemende mate wordt deze vragenlijst gebruikt om onderzoeken over psychische behandelingen te valideren (De Wilde & Hendriks, 2005). De verkorte vragenlijst bestaat uit acht items waar bij elk item op een 4-punt Likertschaal aangegeven kan worden in hoeverre de cliënt tevreden is, waardoor de totaal score van 8 tot 32 kan variëren. De totale eindscore wordt gemiddeld over het aantal vragen, waardoor de tevredenheid per deelnemers minimaal 1 en maximaal 4 kan scoren.

2.4.2. Semigestructureerd, kwalitatief interview

Met behulp van een semigestructureerd interview werd de ervaring met de opzet en implementatie van de welbevinden therapie besproken met de cliënt en therapeut. Hierbij werden de resultaten van de CSQ-8 gebruikt ter ondersteuning van deze ervaring. Aan de therapeuten werd ook naar de start- en einddiagnose gevraagd van de cliënten van de voorafgaande therapie.

In het interview kwamen de volgende onderwerpen aan bod:

- *De algemene ervaring met welbevinden therapie:* In hoeverre ervoeren de therapeuten en cliënten de welbevinden therapie als nuttig? Hoe was het om met de kerndimensies van Ryff te werken?
- *Het verloop van de sessie:* Beschrijving van de sessies omschreven door de therapeut (verloop en aansluiting). Meest geholpen onderdeel volgens de cliënt (dagboek, oefeningen, waarden en levensgebieden, PGGG).
- *Ervaring met de oefeningen:* Betroffen de oefeningen een goede ondersteuning voor de cliënt en bood het voldoende instructie om er zelfstandig mee te oefenen in de praktijk?
- *Effect welbevinden therapie:* In hoeverre heeft de therapie geholpen volgens de cliënt? Wat is de verwachting wat betreft toekomstperspectief/terugval? Wat is de verwachting van de therapeut wat betreft het verdere verloop zonder begeleiding, zoals eventuele terugval?
- *De ervaring van de welbevinden therapie als aansluiting op de cognitieve gedragstherapie:* In hoeverre was de welbevinden therapie een goede aansluiting op de voorgaande therapie voor zowel therapeut als cliënt? Hoe verliep deze implementatie voor de therapeuten, was deze laagdrempelig?

2.5 Participanten

Binnen dit onderzoek hebben drie cliënten, tussen de 28 en 44 jaar (waarvan één man), de welbevinden therapie afgerond. Eén cliënt heeft lager beroepsonderwijs en de overige twee cliënten hebben hoger beroepsonderwijs gevolgd. Eén cliënt is gescheiden, één alleenstaand en de derde cliënt is getrouwd. Twee cliënten hebben een betaalde baan en één cliënt zit in de ziektewet. Bij de

overige twee cliënten die nog niet in de afrondingsfase van welbevinden therapie zaten heeft geen effectmeting en interview plaatsgevonden.

De betrokken therapeuten waren klinisch psychologen aan verschillende Geestelijke Gezondheidsinstellingen in Nederland.

2.6 Casestudies

Een viertal therapeuten zijn door twee onderzoekers van de Universiteit van Twente benaderd om de welbevinden therapie aan te bieden aan cliënten die in de eindfase van een succesvolle cognitieve gedragstherapie zaten. Elke therapeut heeft een à twee cliënten gevraagd om aan deze pilot casestudie mee te werken waarin het proces geëvalueerd werd. Deze therapeuten zijn verbonden aan in Nederland gevestigde instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg. Er werden in totaal vijf cliënten geselecteerd om deze aansluitende welbevinden therapie te volgen bij hun therapeut. Aanvankelijk ondervonden deze cliënten symptomen die onder angst- en stemmingsstoornissen vallen.

Van elke cliënt werden alle ingevulde vragenlijsten (voor- en nameting) verzameld en werd de verkregen informatie uit de interviews (inclusief CSQ-8) over de ervaring met de aangepaste well-being therapie als aansluitend op een voorafgaande cognitieve gedragstherapie samengevat.

3. RESULTATEN

3.1 Cliënten

Cliënt 1

De eerste cliënt betreft een Nederlandse 44-jarige gescheiden en alleenstaande vrouw en zit in de ziektewet. Bij aanvang van een voorgaande cognitieve gedragstherapie was er sprake van een matige, eenmalige depressieve episode met een GAF-score van 60. Bij afsluiting van de voorafgaande behandeling was de depressie volledig in remissie en was de GAF-score 75.

Na de nameting van de PGGG heeft de cliënte een terugval van klachten gehad. Hierdoor geven de overige vragenlijsten op de nameting en het interview geen betrouwbaar effect over de welbevinden therapie bij deze cliënt, maar wordt het effect van terugval hier in meegenomen.

Tijdens het interview geeft de cliënte aan dat ze de welbevinden therapie als een nuttig verwerkingsmiddel ervaart, maar dat de thuis situatie de mate van implementeren en daarmee het succes van de sessies bepaalt. Zij heeft samen met haar therapeute bepaald dat zij graag zou willen focussen op de kerndimensie 'Positieve relaties met anderen'. Deze dimensie sloot goed aan bij haar ontwikkelpunt, gezien haar geringe vertrouwen in mensen. Aangezien ze in haar directe omgeving weinig sociaal contact had, waren de mogelijkheden voor haar om zich binnen deze dimensies te ontwikkelen beperkt. Ze kon de oefeningen en opgedane inzichten uit de sessies nauwelijks in de praktijk toe passen, waardoor zij zich alsnog overheerst voelde door de situatie. Ze gaf aan het lastig te vinden haar geluk los te koppelen van deze sociale invloeden. Omstandigheden bleven voor haar de oorzaak en niet haar eigen wil of gevoel.

Wel gaf ze aan dat ze het als verfrissend heeft ervaren om haar gedachten te focussen op het ondernemen van positieve gedachten en activiteiten. Daarbij gaf de cliënte aan dat de vijf sessies voldoende waren voor haar om voor haar vanuit dit andere, nieuwe, positieve perspectief te kunnen denken en handelen. Ze is zich meer bewust geworden van de invloed van haar gedachtepatronen.

De cliënte gaf aan dat ze voor aanvang van het interview een terugval van klachten heeft gekregen. Ze is zich na de welbevinden therapie wel bewuster van de invloed van situaties op haar gedachtepatronen, maar heeft moeite om positieve ervaringen te kunnen ervaren en/of opzoeken. Nu stapt ze bewust uit een negatieve situatie of gedachtepatroon door bijvoorbeeld te gaan wandelen. Ze wil in ieder geval niet stilstaan. Ze geeft aan dat ze niet zelfstandig om kan gaan met haar terugval en heeft voor het verminderen van de klachten weer contact opgenomen met haar therapeute. De welbevinden therapie was voor haar een goede aanvulling op de voorgaande therapie, maar de omstandigheden hadden een der mate grote impact op haar, dat zij hier niet haar

eigen regie in kon behouden. Doordat zij hierdoor de opgedane theorie uit de sessies niet in de praktijk heeft kunnen ervaren, heeft de therapie haar nog niet voldoende handvatten gegeven om hier zelfstandig mee aan het werk te gaan.

De therapeute geeft aan dat gedurende de sessies zij samen vanuit het dagboek en de kerndimensies waarden hebben geformuleerd. Vanuit hier hebben zij een lijfspreuk gevonden als hulpmiddel om aan goede momenten vast te houden. Elke gevonden barrière werd vanuit deze waarden besproken. Hierbij werd de oefening ‘Metafoor van de vuurtoren’, een ACT-achtige oefeningen waarbinnen je een koers vaststelt om volgens jouw waarden te kunnen leven, behandeld in de sessies. Ook volgens haar therapeute waren vijf sessies voldoende om middels de welbevinden therapie, als afsluitend onderdeel, de aandacht op geluk te kunnen richten.

In onderstaande tabel is voor elke vragenlijst, en wanneer aanwezig ook de onderdelen daarvan, aangegeven welke waarden de scores kunnen aannemen, wat de cliënt op de voormeting en nameting heeft gescoord en hoe groot dit verschil is. Een positief verschil staat voor een vooruitgang of ontwikkeling op een bepaalde (sub)test. Een negatief verschil betekent een achteruitgang op een bepaalde (sub)test. Hierna volgt er een toelichting per vragenlijst.

Vragenlijst	Range	Voormeting	Nameting	Vershil
PGGS (totaal)	52-312	161	219	58
Autonomie	8-48	29	33	4
Groei	9-54	36	41	5
Regie	8-48	26	33	7
Zelfacceptatie	9-54	26	39	13
Sociaal	9-54	19	33	14
Doelen	9-54	25	40	15
CES-D	0-60	19	21	-2
HADS-A	0-21	6	7	-1
MHC-SF (totaal)	0-70	33	21	-12
Emotioneel	0-15	10	5	-5
Psychologisch	0-30	14	10	-4
Sociaal	0-25	9	6	-3
CSQ-8	1-4		3	

Tabel 1.1 Resultaten vragenlijsten cliënt 1

Tussen de voor- en nameting zit bij deze cliënt 1,5 maand en hebben vijf sessies plaatsgevonden. De resultaten op de PGGS, die de positieve geestelijke gezondheid meet, geeft aan dat er bij de cliënte met name op ‘Zelfacceptatie’, ‘Positieve relaties met anderen’ (in bovenstaande tabel ‘sociaal’ genoemd) en ‘Doelen in het leven’ een ontwikkeling heeft plaatsgevonden. Op de ‘Positieve relaties met anderen’ is bewust gefocust tijdens de sessies.

De CES-D, HADS-A en MHC-SF zijn afgenomen na de terugval en dat is ook zichtbaar in de resultaten. De cliënte scoort zowel qua stemming, gespannenheid als welbevinden lager op de nameting in vergelijking met de voormeting. Volgens de CSQ-8, die de tevredenheid van de welbevinden therapie meet, is de cliënte over het algemeen tevreden met de therapie.

Cliënt 2

De tweede cliënte is een 28 jarige, ongehuwde en alleenstaande vrouw en heeft een betaalde baan. Bij aanvang van de voorafgaande therapie werd de cliënte gediagnosticeerd met een As I-1 dysthyme stoornis en As IV-1 problemen binnen de primaire steungroep. Voorafgaand (V) en bij aanvang (H) van de voorafgaande therapie was de GAF-score 60. Deze diagnose was nadien in remissie.

Tijdens het interview geeft de cliënte aan dat je door de welbevinden therapie op een andere manier met gevoelens en gedachtes leert omgaan. Bij aanvang was het heel onwennig voor haar om over te schakelen naar positieve aspecten. *'In de voorgaande therapie is je aangeleerd om een focus op het negatieve te hebben, wanneer je dat nu ineens niet meer doet voelt dat als ontkennen, want je wil oplossen wat je bezighoudt. Uiteindelijk ontdek je dat deze positieve gedachtes en activiteiten een goed gevoel geven en dat dit beter voelt dan de focus op het negatieve. Hierdoor lijken de problemen zelfs minder zwaar'.*

Voor deze omschakeling had zij wel begeleiding, oefening en tijd nodig. Het dagboek bood haar een goede ondersteuning om helder te maken in hoeverre zij een focus op het negatieve had en wat het doel van de welbevinden therapie was. Dit begrip komt volgens haar met name vanuit het ervaren van positieve momenten in de praktijk. Hier ligt voor haar dan ook de meeste focus. Ook het maken van een plan van aanpak, samen met haar therapeut, gaven haar handvatten om in haar dagelijkse activiteiten een focus op het positieve te kunnen hebben. Het dagboek komt pas tot zijn recht, vertelt ze, wanneer je er elke dag mee bezig bent en de positieve gedachtes op het moment van de positieve ervaring ook direct opschrijft. Dit blijkt lastig voor haar, ook om er de juiste woorden voor te vinden, maar achteraf zorgt het teruglezen van deze positieve moment voor een eyeopener. Ook juist die kleine positieve momenten moet je volgens haar niet vergeten, want ook deze gedachtes hielpen haar om een patroon te ontdekken, behoeftes en barrières in kaart te brengen en aan de hand hier van een plan van aanpak op te stellen.

Haar therapeut gaf aan dat uit de PGGGS bleek dat de cliënte erg laag scoorde op 'Zelfacceptatie' en 'Positieve relaties met anderen'. Dit was herkenbaar en hebben zij vervolgens met behulp van de waardegebieden in kaart gebracht. Met behulp van het dagboek heeft de cliënte geprobeerd om elke dag voor 15 minuten na te gaan wanneer zij zich goed voelde en wat zij kon doen om dat gevoel te

versterken of om dit vaker te ervaren. Daarbij werd het levenskompas en de waardegebieden besproken. Het levenskompas is een gedragskompas van waardevolle levensterreinen, waarbinnen intenties en barrières in kaart worden gebracht om bepaalde doelen te kunnen bereiken (Dahl et al, 2004). Omdat de cliënte wat moeite had met het omschakelen naar het positieve perspectief, is er een plan van aanpak gemaakt voor het belangrijk maken en toelaten van positieve ervaringen. Ook is er aandacht geschonken aan onrealistische negatieve gedachtes die een positief gevoel kunnen onderbreken. Volgens de therapeut is de cliënte gedurende de sessies actiever geworden in sociale situaties en doet zij positieve ervaringen op. Ook begint ze er plezier in te beleven en heeft ze meer compassie met zichzelf. Deze positieve verandering wil ze proberen vast te houden en verder ontwikkelen.

Voor de laatste sessies heeft ze te horen gekregen dat haar werkcontract niet wordt verlengd. Door deze teleurstellingen heeft ze zich dagenlang niet goed gevoeld. Wel heeft ze gemerkt dat haar opgedane sociale contacten hielpen om de teleurstelling te verwerken.

Vragenlijst	Range	Voormeting	Nameting	Vershil
PGGS (totaal)	52-312	166	186	20
Autonomie	8-48	36	31	-5
Groei	9-54	40	40	0
Regie	8-48	24	27	3
Zelfacceptatie	9-54	18	25	7
Sociaal	9-54	17	27	10
Doelen	9-54	31	36	5
CES-D	0-60	20	15	5
HADS-A	0-21	12	7	5
MHC-SF (totaal)	0-70	25	40	15
Emotioneel	0-15	7	8	1
Psychologisch	0-30	10	19	9
Sociaal	0-25	8	13	5
CSQ-8	1-4		3,5	

Tabel 1.2 Resultaten vragenlijsten cliënt 2

Tussen de voor- en nameting zit bij deze cliënt vier maanden en hebben er acht sessies plaatsgevonden. De scores op de PGGS laten zien dat de cliënte is gegroeid op haar ontwikkeldimensies 'Zelfacceptatie' en 'Positieve relatie met anderen'. Opvallend is dat de cliënte achteruit is gegaan op de kerndimensie 'Autonomie'. Dit kan wellicht verklaard worden doordat ze zich op sociaal vlak heeft ontwikkeld waarbij de focus op het onafhankelijk willen zijn vanuit positieve zin is afgenomen.

Wat betreft stemming (CES-D), gespannenheid (HADS-A) en welbevinden (MHC-SF) toont de nameting een zichtbare vooruitgang ten opzichte van de voormeting. Ook de MHC-SF toont aan dat

de cliënt zich heeft ontwikkeld op het onderdeel 'Sociaal welbevinden'. De CSQ-8 geeft aan dat de cliënte over het algemeen tevreden is met de therapie.

Cliënt 3

De derde cliënt betreft een 42-jarige, gehuwde man, heeft een kind en een betaalde baan. Bij aanvang van de voorafgaande therapie werd de cliënt gediagnosticeerd met een As I-1 depressieve stoornis (eenmalige episode, ernstig zonder psychotische kenmerken), met een As I-2 obsessieve compulsieve stoornis en op As IV-1 werkproblemen. Zowel voorafgaand (V) als bij de aanvang (H) van de voorafgaande therapie was zijn GAF-score 50. Deze diagnose was nadien in remissie.

In het interview gaf de cliënt aan dat het bij aanvang onduidelijk was wat de bedoeling van de sessies was en welke richting opgegaan zou worden. Het dagboek en het plan van waarden hebben hem hierbij geholpen doordat zij deze nieuwe soort van gedachtegang en bewustzijn activeerden. De omschakeling sloot volgens de cliënt goed aan bij de voorgaande therapie, omdat er vanuit 'omgaan met angst' nu gekeken wordt of die angst terecht is en of je je focus kunt veranderen op positieve ervaringen. Toch lukt het volgens hem niet altijd om de theorie uit te voeren in de praktijk. Om obstakels te kunnen overwinnen moet er echt een ander zelfinzicht ontstaan waardoor er meer opties om positief te kunnen handelen ontstaan. Dit gaf hem rust en een gevoel van regie. Het dagboek hielp hierbij doordat hij hiermee patronen kon ontdekken binnen gebeurtenissen, gedachtes en handelingen. Onduidelijkheden of ervaren barrières konden tijdens de sessies besproken worden met zijn therapeut voor verheldering en/of een nieuwe aanpak.

Over het algemeen heeft het werken met de kerndimensies de cliënt dichterbij zichzelf gebracht door te ontdekken wat hij zelf wil, in plaats van wat de situatie van hem verlangt. Om niet terug te vallen in het oude automatisme van een focus op het negatieve, is hij er van bewust dat hij door zal moeten gaan met de oefeningen van het dagboek en het levenskompas. Hij heeft de welbevinden therapie als erg nuttig ervaren.

In de sessies is er, volgens zijn therapeut, aandacht besteedt aan de lagere score op 'Zelfacceptatie' en 'Doelen in het leven' door middel van het opstellen van waarden. Om met negatieve gedachten om te gaan, leerde de cliënt in de sessies met zijn therapeut hoe hij deze kan herkennen en stoppen, maar ook hoe hij zichzelf in positieve zin kan toespreken. De toenemende positieve ervaringen zorgden ervoor dat de cliënt anders omging met zijn gevoelens, gedachtes en gedrag. Aan het einde van de sessies is de cliënt actiever geworden in het opzoeken van goede momenten met zijn gezin en vrienden, besteedt hij meer aandacht aan wat hij waardevol vindt in het leven en zet hij zijn eigen kracht bewuster in. Dit heeft hem meer zelfvertrouwen gegeven.

Vragenlijst	Range	Voormeting	Nameting	Vershil
PGGS (totaal)	52-312	245	257	12
Autonomie	8-48	41	39	-2
Groei	9-54	39	45	6
Regie	8-48	40	41	1
Zelfacceptatie	9-54	38	43	5
Sociaal	9-54	48	49	1
Doelen	9-54	39	40	1
CES-D	0-60	4	0	4
HADS-A	0-21	2	2	0
MHC-SF (totaal)	0-70	50	60	10
Emotioneel	0-15	11	13	2
Psychologisch	0-30	22	28	6
Sociaal	0-25	17	19	2
CSQ-8	8-32		32	

Tabel 1.3 Resultaten vragenlijsten cliënt 3

Tussen de voor- en de nameting zit ruim vier maanden bij deze cliënt en hebben acht sessies plaatsgevonden. De PGGS toont aan dat de cliënt over het algemeen vooruitgang heeft geboekt. Dat deze vooruitgang niet erg groot is, is te verklaren door de al vrij hoge scores op de voormeting. De cliënt heeft zich ontwikkeld qua 'Persoonlijke groei' en 'Zelfacceptatie'. Dit komt overeen met wat hij in het interview vertelde, namelijk dat hij zijn krachten heeft ontdekt en geleerd om deze in te zetten, wat hem meer zelfvertrouwen heeft gegeven.

Wat betreft stemming (CES-D) en gespannenheid (HADS-A) scoort de cliënt zowel op de voor- als nameting laag. Op de MHC-SF scoort hij hoger, met name qua psychologisch- en sociaal welbevinden.

Cliënt 4+5

Deze cliënten waren tijdens de nameting nog niet bezig met het afronden van de welbevinden therapie waardoor alleen naar de ervaring van de therapeuten (therapeut 3 en 4) is gevraagd. Binnen dit gesprek is ook kort de ervaring van cliënten volgens de therapeuten aan bod gekomen.

3.2 Therapeuten

Therapeut 1 (cliënt 1)

Haar algemene ervaring met de welbevinden therapie is positief. Ze ziet een meerwaarde in het focussen op positieve aspecten met behulp van waarden en zag dat het haar cliënt motiveerde. Zij heeft de welbevinden therapie als terugvalpreventie ingezet en sloot volgens haar goed aan op de voorafgaande cognitieve gedragstherapie.

Vanuit de PGGS heeft zij een start gemaakt door een vertaling van de kerndimensies naar de woorden en waarden van de cliënt te maken met behulp van het dagboek. Volgens haar bieden de dimensies een goede houvast, maar ook ruimte om zelf een concrete invulling te kunnen geven

binnen de sessies. Zo heeft zij ook gebruik gemaakt van een oefening die zij zelf vaker toepast. Dit is 'de metafoor van de vuurtoren', waarin cliënten waarden formuleren (de vuurtoren staat hier symbool voor) en hun koers afstellen om daar te kunnen komen. Na vijf sessies had ze het idee dat de cliënt voldoende informatie had om zelfstandig mee aan de slag te kunnen en verwacht dat de cliënt beter met negatieve ervaringen om zal gaan.

De welbevinden therapie heeft zij ervaren als leuk en verfrissend, maar moest wel wennen aan de andere aanpak. Het implementeren van de welbevinden therapie als aansluiting op de cognitieve gedragstherapie verliep goed en vrij gemakkelijk.

Therapeut 2 (cliënt 2 + 3)

De tweede therapeut ervaart het als heel waardevol om de sessies te richten op en het versterken van positieve ervaringen. Het richten van je aandacht op groei, inventariseren welke andere levensgebieden, waar de klachten geen rol spelen, kunnen ontwikkelen en hier plannen voor te maken, ervaart de therapeut als aanvullend op de cognitieve gedragstherapie. Wat hem met name opvalt, is dat de welbevinden therapie een andere manier van denken vergt van zowel de therapeut als de cliënt.

Deze omschakeling duurt volgens hem bij de ene cliënt wat langer dan bij een ander. Dat is niet zozeer afhankelijk van de mate waarin klachten nog een rol spelen, maar het kan hierdoor wel moeizamer verlopen en meer tijd kosten. Daarbij hoeft niet gewacht te worden totdat alle omstandigheden goed zijn, het geeft ook op minder goede momenten handvatten. *Met behulp van oefeningen moet je cliënten leren dat je teleurstellingen niet kunt voorkomen, maar dat je moet leren om er zelfstandig mee om te gaan. Wanneer de cliënten eenmaal begrijpen hoe ze ermee om kunnen gaan, staan de sessies in het teken van het 'warmhouden'.* Daarbij wil hij zijn cliënten om een aantal maanden na de sessies ondersteuning bieden zodat zij niet in oude patronen vallen. Ook kan dan opnieuw gedefinieerd worden hoe zij ervoor staan en welke ondersteuning ze nodig hebben. Deze terugval hangt volgens hem af van de mate waarin cliënten er mee aan de slag gaan. *Binnen de sessies is het van belang om de focus op praktijkervaring te zetten, maar nog belangrijker om de cliënten zelf de tijd te gunnen om me de nieuwe opgedane inzichten in de praktijk te kunnen oefenen.* Hij ziet de welbevinden therapie dan ook niet als terugvalpreventie maar gericht op een algehele manier van leven die je altijd actief zal moeten blijven toepassen.

De therapeut heeft gemerkt dat het bespreken van de kerndimensies op zichzelf al motiverend kan zijn, hierdoor worden cliënten namelijk bewust van de verschillende domeinen waarop zij geluk kunnen ervaren. Vervolgens heeft hij vanuit de PGGZ zich gericht op de lage scores en dit teruggekoppeld bij de cliënt voor herkenning en mogelijkheden tot groei in positieve zin. Na dit

inzicht heeft hij dit direct naar de praktijk om willen zetten, zodat cliënten dit kunnen ervaren. *Deze positieve ervaringen leren je dat het je sterker kan maken en dienen zo als motivatie om er verder in te willen groeien.* Het dagboek hielp hierbij, maar een snelle overstap naar de praktijkervaring is volgens hem nodig. Daarbij zou hij het prettig vinden als er per kerndimensies meerdere bijpassende oefeningen worden omschreven die deze directe vertaalslag vanuit theorie naar praktijk kunnen maken.

De omslag naar de andere manier van denken, moet de therapeut zelf leren maken, want cliënten zijn volgens hem geneigd om in de oude patronen te vallen door zich te richten op klachten. *Je moet sturen op een andere werkwijze en focussen op groei en plezier. Daar moet je zowel bij jezelf als bij de cliënt alert op zijn.*

Therapeut 3 + 4 (cliënt 4 en 5)

De derde en vierde therapeut zijn beiden nog niet bij de eindfase van de welbevinden therapie bij hun cliënten. De derde therapeut heeft 5 sessies gehad met een cliënte met eetproblemen en heeft een zeer complexe thuissituatie. Hierdoor bleek het voor de cliënte erg lastig om de theorie thuis in praktijk te kunnen brengen, maar het brengt de cliënte veel volgens de therapeut. Op de PGGG scoort haar cliënte laag op 'Doelen in het leven' en zag van haar eetstoornis afkomen als enige doel. Het was voor de cliënte een eyeopener om zich te realiseren dat haar focus op het negatieve zat en zelf weinig had bedacht over wat ze met het leven wilde. Het dagboek bood hier een goede uitkomst om te focussen op goede momenten en doelen, maar dit was lastig om bij te houden gezien de onrust in het gezin. De cliënte realiseerde door middel van het logboek, dat ze meer goede momenten had dan gedacht, maar vindt het nog erg lastig om daarbij oorzaken, barrières en waardes te betrekken. Samen met de therapeute hebben zij waarden geformuleerd, maar hierbij moet er gewerkt worden met de woordkeuze die voor de cliënt werkt (zo was rust voor de cliënte geen ontspanning, maar een klachtgerichte omschrijving van 'geen onrust').

Doordat de omstandigheden de welbevinden therapie kunnen overheersen, blijft er een dynamiek bestaan tussen de cognitieve gedragstherapie en de welbevinden therapie. Wanneer mogelijk probeert de therapeute met name de focus te brengen naar het belang van de cliënte in plaats van het belang van de situatie of het gezin. Over het algemeen geeft haar cliënte aan dat ze door de welbevinden sessies actiever wordt en zich minder richt op overleven, maar op genieten. Volgens de therapeute is er duidelijk meer positieve energie zichtbaar in de mimiek van de cliënte. Ze merkt dat haar cliënte kritiek beter kan toelaten.

De therapeute geeft aan dat ze zeker een meerwaarde ziet in de welbevinden therapie en er zelf ook veel energie van krijgt door het delen van deze positieve ervaringen, maar ook zelf alert moet

blijven op de nieuwe aanpak. De sessies lopen niet zoals het op papier staat, maar zij volgt de rode draad wel, waarbinnen voor haar de rol van de therapeut met name structureren en coachen is. Wat betreft ondersteuning voor de therapeut zou het volgens deze therapeute prettig zijn om vanaf begin af aan, naast de kerndimensies van Ryff (1989), de waarden direct of indirect toe te passen, zodat de verhouding met de kerndimensies overzichtelijk en meer werkbaar wordt.

De vijfde therapeute is op het moment van het interview nog in de beginfase van de welbevinden therapie met haar cliënt, maar geeft aan dat de PGGG al snel bepalend is voor de invulling van de sessies. Haar cliënt scoort laag op 'Gevoel van regie over je eigen leven' en 'Zelfacceptatie', wat vergelijkbaar was met de scores op de Utrechtse Coping List. De cliënt was snel gemotiveerd om deze regie te krijgen en wilde met name zelf in de praktijk aan de slag. Daarbij was haar cliënt bewust van het grote plaatje buiten de klachten, om voluit te kunnen en willen leven.

De therapeute geeft aan dat zij zichzelf scherp moet houden om op het positieve te blijven focussen en niet mee te gaan in het probleemverhaal van de cliënt. Als therapeut heb je bij de welbevinden therapie een activerende en structurerende rol. De positieve psychologie werkt stimulerend voor de therapeuten, maar daarvoor is wel een kader nodig om deze nieuwe aanpak vast te kunnen houden ter ondersteuning.

Beide therapeuten zijn voorstanders van een ruime opzet voor de welbevinden therapie waarbinnen eigen oefeningen ingezet kunnen worden om zo een goede aansluiting op de voorafgaande therapie te kunnen maken en overlap te voorkomen. Wel zou het prettig zijn om per kerndimensie een module op te zetten die voor structuur en overzicht kan zorgen met daarbinnen passende oefeningen waaruit gekozen kan worden. Werken vanuit de kerndimensies is volgens hen mogelijk omdat deze dimensies herkenbaar zijn in de praktijk en zo de theorie direct aansluit op de praktijk. De waarden en levensdoelen kunnen naast deze kerndimensies behandeld worden. Het is volgens hen soms lastig om deze vertaalslag te maken vanuit de praktijkgerichte kerndimensies naar de existentiële vorm van de waarden.

Ook sessies van de welbevinden therapie in een groepsvorm zou volgens hen kunnen werken, omdat het met name een overschakeling van aandacht vergt. Dit kan als terugvalpreventiegroep, maar de welbevinden therapie is voor hen voornamelijk het aanleren van een algemene manier van leven die niet naar de klachten verwijst. Wanneer cliënten eenmaal echt gelukkig zijn, zou dit terugval wel kunnen voorkomen. Zelfs modules via internet waarbinnen feedback op het dagboek kan worden gegeven werd genoemd.

4. DISCUSSIE

4.1 Belangrijkste bevindingen

In deze pilot casestudie werd door middel van een procesevaluatie en een effectmeting onderzocht in hoeverre de opzet en de implementatie van de aangepaste well-being therapie aansluit binnen de Nederlandse GGZ en in hoe dit werd ervaren door cliënten en therapeuten. Dit omdat Fava in een onderzoek (2004, 2005b) heeft aangetoond dat de well-being therapie, waarbinnen aandacht voor de positieve geestelijke gezondheid wordt geschonken, als aansluiting op de cognitieve gedragstherapie voor een lagere mate van terugval zorgt ten opzichte van de cognitieve gedragstherapie op zichzelf, die zich met name richt op het verminderen van klachten.

Het vermoeden van Fava en Ruini (2009) dat een opeenvolging van beide therapieën voor een meer omvangrijke identificatie van automatische gedachten zorgt en dat de combinatie van de cognitieve gedragstherapie met de well-being therapie voor een meer effectieve cognitieve herstructurering zorgt, lijkt zichtbaar in deze pilot casestudie. Cliënten zijn volgens de therapeuten zichtbaar energiever en gemotiveerd om de welbevinden therapie te implementeren in hun dagelijks leven. Cliënten worden pro-actiever en ervaren een versterking van de positieve geestelijke gezondheid en een vergroting van individuele krachten.

De cliënten ervaren de sessies als nuttig, aanvullend en zelf als verfrissend en vernieuwend. Nuttig, wanneer zij merken dat de overschakeling naar de aandacht voor goede momenten en het leren omgaan met de barrières, hen handvatten geeft om zich te kunnen ontwikkelen. Deze andere aanpak, waarbij cliënten bij aanvang het als onwennig ervaren om niet over hun problemen en klachten te praten, motiveert hen pas wanneer zij eenmaal in de praktijk goede momenten ervaren, gemotiveerd raken en actiever worden. Dit inzicht van het nut van de welbevinden therapie duurt bij de ene cliënt wat langer dan bij de andere.

De kerndimensies van Ryff (1989) zijn herkenbaar en verrijkend. De cliënten hebben zich bij de voorgaande therapie met name gericht op hun probleemgebieden en zijn zich door de welbevinden therapie gaan realiseren op welke andere gebieden er positieve ervaringen en gedachten kunnen zijn. Ook de scores uit de PGGG lijken herkenbaar en werkt motiverend om hier mee aan de slag te willen gaan.

Er is een algemene behoefte om de nieuwe inzichten uit de sessies direct in de praktijk te kunnen brengen. Het dagboek helpt er volgens hen met name aan om over te kunnen schakelen van een probleemgerichte aanpak naar een focus op positieve momenten. Het blijkt lastig om het gebruik van het dagboek in het dagelijks leven te implementeren, maar wanneer eenmaal het belang van deze

positieve aanpak duidelijk is bij de cliënten, lijken zij allen gemotiveerd te zijn om dit dagboek bij te houden.

De oefeningen die deze cliënten uit de pilot casestudie hebben gevolgd verschillen. Gezien het ruim opgezette protocol hebben de meeste therapeuten voor zichzelf bekende oefeningen ingezet (zoals 'het metafoor van de vuurtoren' en 'het levenskompas'). Over het algemeen lijken de oefeningen binnen de sessies een verhelderende en/of ondersteunende rol te bieden voor de cliënten om de opgedane inzichten in het dagelijks leven toe te kunnen passen middels een plan van aanpak, mits cliënten hier ook daadwerkelijk de kans voor krijgen of vinden om in hun dagelijkse activiteiten mee te oefenen. De gebruikte oefeningen lijken voldoende ondersteuning en instructie te hebben geboden, waarbij de cliënten aangeven dat zij met name begeleiding nodig hebben om de focus op het positieve te houden en om te leren hoe met tegenslagen en andere barrières om te gaan. De daaropvolgende of de daar aan parallel liggende waarden en levensdomeinen, die wat existentiëler van aard zijn, blijkt voor sommige cliënten net een stap te ver. Zo gaf de tweede cliënt aan dat zij hierbij de directe vertaling naar praktijkervaring van positieve momenten miste. Het was hierbij soms onduidelijk wat de verhouding was tussen de kerndimensies en de waarden en hoe deze waarden een bijdrage konden leveren aan het dagelijks beleven van goede momenten.

De verwachting wat betreft terugval verschilt per cliënt. Alle drie de cliënten geven aan dat zij de geleerde handvatten uit de sessies nog bewust zullen moeten toepassen in de praktijk om terugvallen in de oude probleemgerichte aanpak te voorkomen. Zij zien de welbevinden therapie in die zin niet als een terugvalpreventie, maar als een nieuwe bewustwording die zij vanaf nu af aan elke dag actief zullen moeten en willen toepassen.

Alle cliënten zijn van mening dat de welbevinden therapie goed aansluit op hun voorgaande cognitieve gedragstherapie. Wanneer de cliënt voldoende ruimte en motivatie ervaart voor de positieve aanpak, ook wanneer klachten nog niet volledig zijn verdwenen, biedt het kijken vanuit een positief perspectief de cliënten veel.

De therapeuten hebben de welbevindentherapie ook als positief ervaren. Zij zien de welbevinden therapie als aanvullend, maar ook als verfrissend om vanuit positieve ervaringen te werken in plaats vanuit klachten. Zij ervaren dat het cliënten motiveert, maar dat ook zichzelf deze positieve energie ontvangen. Hierbij geven zij aan dat de focus binnen de welbevinden therapie met name op de praktijkervaring ligt en dat cliënten de tijd moeten krijgen om met de opgedane inzichten uit de sessie in de praktijk kunnen oefenen om zicht te kunnen richten op goede momenten en deze later ook te versterken.

De welbevinden therapie is volgens hen gemakkelijk te implementeren en sluit goed aan op de voorafgaande cognitieve gedragstherapie. Bij deze eerste aangepaste opzet voor deze pilot is er veel ruimte geweest voor de therapeuten om een eigen invulling te geven aan de sessies. Dit heeft zowel voor- als nadelen volgens hen. Aan de ene kant wordt het als prettig ervaren, omdat op deze manier de therapeut zelf een passende sessie kan maken die aansluit op de voorafgaande therapie, met eigen gekozen oefeningen waarbij er voldoende flexibiliteit is om de ontwikkeling van de cliënt te kunnen volgen en sturen. Aan de andere kant zorgt deze ruime opzet ervoor dat er minder overzicht is gedurende de sessies. Meer structuur is nodig om de kerndimensies samen met de waarden en levensdomeinen goed te kunnen laten werken. De kerndimensies zijn op zichzelf herkenbaar en worden door middel van de PGGs goed in kaart gebracht. Vanuit hier kan direct verklaard en gestuurd worden naar een plan van aanpak voor praktijkervaring van positieve momenten.

Daarnaast geven de therapeuten aan dat de andere manier van werken niet alleen erg motiverend werkt, maar ook een andere alerte, structurerende, sturende en coachende houding vergt. Terugvallen in het oude patroon van de traditionele werkwijze is niet alleen voor cliënten lastig, maar ook een valkuil voor de therapeuten. Sommige therapeuten geven aan dat deze andere aanpak zelfs een ander taalgebruik vraagt, waarbinnen de focus niet op klachten ligt.

Wat betreft de aansluiting op de cognitieve gedragstherapie zijn de therapeuten allen positief. Juist de andere denkwijze, vergroten van geluk nadat klachten zijn verminderd, is volgens hen een goede aanvulling. Daarbij zijn ze het er vrijwel allemaal mee eens dat de welbevinden therapie niet alleen een terugvalpreventie betreft, maar een algehele manier van leven waarbij meer dimensies aan bod komen dan daar waar alleen de klachten zich bevinden. De klachten hoeven niet volledig in remissie te zijn, mits de cliënten zelf bereid zijn om hun ervaringen vanuit een ander perspectief te kunnen en willen zien, waarbij hun klachten en problemen wat meer op de achtergrond komen te staan. Binnen de sessies van de welbevinden therapie wordt er zelfs voldoende ruimte ervaren om terug te kunnen vallen op eerdere oefeningen uit de cognitieve gedragstherapie wanneer daar meer prioriteit bij ligt.

Binnen vier tot acht sessies lijken de cliënten voldoende handvatten te hebben ontvangen om zelfstandig mee aan de slag te kunnen gaan. Toch geeft een therapeut er de voorkeur aan om na een aantal maanden nog eens samen te komen met zijn cliënten om de voortgang van de ontwikkeling van zijn cliënten te bewaken wanneer dit nodig is.

4.2 Conclusie

Al met al kan worden geconcludeerd dat de cliënten en therapeuten uit deze pilot casestudie positief zijn over de opzet en implementatie van deze nieuwe methode en invalshoek van de

welbevindentherapie. De well-being therapie (Fava & Tomba, 2009) is met succes vertaald naar de Nederlandse Geestelijke GezondheidsZorg, maar heeft verdere uitwerking nodig om de opzet en implementatie ervan te kunnen optimaliseren. Zo zorgde een ruime opzet van de welbevinden therapie voor een als laagdrempelig ervaren implementatie en een mogelijkheid tot een goede afstemming op de voorafgaande therapie, maar werd aangegeven dat meer ondersteuning en structuur nodig is voor meer overzicht en controle bij de nieuwe aanpak. Daarnaast zien zowel therapeuten als cliënten de welbevindentherapie niet alleen als terugvalpreventie, maar als het aanleren van een algemene manier van leven dat altijd toegepast moet worden. Wanneer er voldoende grip op deze nieuwe aanpak is ontwikkeld, zal de welbevindentherapie als terugvalpreventie fungeren.

4.3. Beperkingen

Aangezien dit onderzoek een klein aantal pilot casestudies betreft, levert de gevonden data onvoldoende bewijs om een voorspelling voor de Nederlandse populatie te maken. Met name voor de effectmeting middels de vragenlijsten is er sprake van een veel te kleine steekproef. Toch leveren de gevonden resultaten samen met de verkregen kwalitatieve informatie uit de interviews over de ervaringen met de welbevinden therapie een goede eerste indruk op voor de aangepaste opzet. Met name de ervaring van de therapeuten bevat veel overlap waaruit goede eerste aanbevelingen omschreven kunnen worden. De ervaring van de cliënten zijn daarentegen lastiger in kaart te brengen aangezien zij allen hun eigen invulling van de sessies hebben gekregen en er allen op een andere manier mee om zijn gegaan vanuit verschillende achtergrondsituaties. Om de ervaring van zowel therapeuten als cliënten beter in kaart te krijgen is er een grotere, aselecte steekproef nodig waaruit een significante effectmeting gevonden kan worden. Vanuit deze eerste aanbevelingen voor de ruim opgezette aangepaste welbevinden therapie en implementatie ervan, kan meer gericht onderzoek volgen. Gezien de kleine steekproef is er nog onvoldoende bewijs om te spreken over opvallende resultaten, maar in de pilot is er af en toe sprake van tegenstrijdige resultaten. Zo spreekt de ervaring van de cliënten en therapeuten uit de interviews soms scores uit een vragenlijst tegen, of komen de resultaten van onderdelen van tests, die vrijwel dezelfde dimensie meten, niet altijd overeen. Deze opvallendheden zouden met een grotere steekproef beter in kaart kunnen worden gebracht.

Voor dit onderzoek hebben de therapeuten weinig inwerktijd gehad en was er een ruime opzet waarbinnen de therapeuten hun eigen invulling konden geven. Dit maakt dat de aangepaste welbevinden therapie als laagdrempelig wordt bevonden, maar hierdoor zijn de verschillende casussen lastig te vergelijken met elkaar. Niet alleen ter ondersteuning van de therapeuten en

cliënten is het aanbrengen van een kader relevant, maar het is ook van belang om een vergelijkbare onderzoeksopzet te hebben die gevalideerd kan worden.

Daarnaast is de welbevinden therapie gericht op terugvalpreventie waardoor het van belang is om resultaten bij deze aangepaste versie van de well-being therapie op langere termijn te registreren. Dit om goed in kaart te brengen of de cliënten de theorie daadwerkelijk zelfstandig in hun dagelijks leven hebben kunnen implementeren of dat natijdse begeleiding nog nodig is. Om het aanvullend effect van de welbevinden therapie nog beter in kaart te krijgen is het van belang om in de onderzoeksopzet gebruik te maken van een controle groep.

4.4. Aanbevelingen

Over het algemeen is er wat betreft de opzet van de welbevinden therapie behoefte aan meer structuur. Door middel van het werken met modules, per kerndimensie, zou er meer overzicht kunnen ontstaan. Hier binnen kunnen verschillende oefeningen worden beschreven die aansluiten bij een kerndimensie en waarbij er aandacht is voor de bewustwording van het nut van de andere denken en werkwijze, maar waardoor er ook een vertaalslag vanuit de theorie naar de praktijk gemaakt kan worden. De waarden en levensdomeinen zouden als overkoepelend thema kunnen gelden waar vanuit gewerkt kan worden wanneer de cliënt meer vanuit positief ervaren momenten kan spreken en er ruimte is om deze meer existentiële waarden te ontdekken en herkennen.

Daarnaast, om de therapeuten te ondersteunen in deze nieuwe denk- en werkwijze (zelfs op taalniveau), zou een korte cursus waarin de positieve aanpak en focus op praktijkervaring centraal staat een goede aanvulling zijn. Het is belangrijk dat therapeuten het gevoel hebben dat zij deze nieuwe aanpak onder controle hebben, juist omdat deze bijna tegenovergestelde aanpak de kern van het effect van de welbevinden therapie is als aansluiting op de cognitieve gedragstherapie. Daarnaast moeten zij ook alert kunnen zijn op de denk- en werkwijze van de cliënt en daarop zo nodig sturen en coachen.

Voor de onderzoeksopzet zou meer structuur, overzicht en een vergelijkbare denk- en werkwijze helpen om de opzet beter meetbaar te maken en het onderzoek te kunnen valideren. Nu door middel van een pilot de eerste bevindingen en aanbevelingen op papier staan, is het van belang om middels een grotere, aselecte steekproef, een controlegroep en lange termijn resultaten voor terugval, gericht onderzoek uit te voeren dat meer bewijs levert over het effect van de welbevinden therapie.

Doordat dit onderzoek is aangepast op de Nederlandse Geestelijke Gezondheidszorg is het wellicht interessant om te bepalen in hoeverre de welbevinden therapie cultuurafhankelijk is. Wat

betreft implementatie is het van belang om de welbevinden therapie te laten aansluiten bij gebruikelijke therapieën in Nederland, maar in hoeverre is de cultuur bepalend voor het effect van de therapie?

Wanneer de welbevinden therapie eenmaal haar effect heeft bewezen in Nederland zou het in de toekomst interessant kunnen zijn om te kijken in hoeverre de welbevinden therapie als groepsessie of als internetmodule zou kunnen werken. De internetmodule zou ook als aansluitend op de sessies aangeboden kunnen worden voor eventuele ondersteuning of versterking van de nieuwe aanpak.

REFERENTIES

- Allport, G.W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bouma, J., Ranchor, A.V., Sanderman, R. & Sonderen, E. Van (1995). Het meten van symptomen van depressie met de CES-D. *Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken*.
- Buhler, C. (1935). The curve of life as studied in biographies. *Journal of applied psychology* (19), 405-409.
- Dahl, J., Wilson, K.G., Nilsson, A. (2004). Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary Randomized trial. *Behavior Therapy* (35), 785-801.
- Dierendonck, D. Van (2011). Handleiding PGGGS. Versie 0.5. Unpublished manuscript.
- Erikson, E. (1959). Identity and the life-cycle. *Psychological Issues* (1), 18-164.
- 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.
- Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S. & Grandi, S. (2004). *Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression*. *American Journal of Psychiatry* (161), No.10), 1872-1876
- Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L. et al. (2005b). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics* (74), 26-30.
- Fava, G.A., & Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of Personality* (77), No.6, 1903-1934.
- Hanewald, G.J.F.P. (1987). CES-D. De Nederlandse versie. Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en de validiteit. *Amsterdam, Vakgroep klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam*, interne publicatie.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- Jung, C.G. (1933). *Modern man in search of a soul* (Dell, W.S., & Baynes, C.F., Trans.). New York: Harcourt, Brace, & World.
- Keyes, C.L.M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly* (61), 121-140.
- Lamers, S.M.A, Westerhof, G.J., Bohlmeijer E.T., Klooster, P.M. ten & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of clinical psychology* (67), No.1, 99-110.
- Maslow, A.H. (1968). *Toward a psychology of being* (2nd edition), New York: Van Nostrand

- Neugarten, B.L. (1968). The awareness of middle-age. B.L. Neugarten (ed.). *Middle age and aging*, 93-98, Chicago: University of Chicago Press.
- Roger, C.R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Ruini, C. & Fava, G.A. (2009). Well-being therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of clinical psychology* (65), No.5, 510-519.
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potential: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology* (52), 141-166.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* (57). No.6, 1069-1081.
- Ryff, C.D., & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology* (69), No.4, 719-727.
- Ryff, C.D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human mind. *Psychological Inquiry* (9), No.1, 1-28.
- Sawyer Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement* (1), No.3, 385-401.
- Seligman, M.E.P, Rashid, T., & Parks, A.C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist* (61), 774-788.
- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress. Empirical validation of interventions. *American Psychologist* (60), No.5, 410-421.
- Seligman, W.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An introduction. *American Psychologist* (55), No.1, 5-14.
- Spinhoven, P., Ormel, J., Sloekers, P.P.A., Kempen, G.I.J.M., Speckens, A.E.M. & Hemert, A.M. van (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine* (27), 363-370.
- Vin, C., & Pieters, G. (2005). Voorkomen van recidief bij depressie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* (47), No.5, 319-323.
- Westerhof, G.J., & Keyes, C.L.M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of adult development* (17), 110-119.
- De Wilde, E.F. & Hendriks, V.M. (2005). The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric Properties in a Dutch Addict Population. *European Addict Researchs* (11), 157-162.
- World Health Organization (1948). World Health Organization constitution. *Basic documents*. Geneva: Author.
- World Health Organization (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO.

BIJLAGE

Bijlage 1A: Informed consent

Informatie over het onderzoek naar de welbevinden therapie

Geachte meneer/mevrouw,

Wij vragen u vriendelijk om mee te doen aan een wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van de welbevinden therapie. Voordat u de beslissing neemt, is het belangrijk om meer te weten over het onderzoek. Lees daarom deze informatiebrief rustig door en bespreek het eventueel met partner, vrienden of familie. Heeft u na het lezen van deze informatie nog vragen, dan kunt u terecht bij de onderzoeker. Contactgegevens kunt vinden aan het einde van deze informatiebrief.

Uit onderzoek blijkt dat een cliënt er baat bij heeft om in een later stadium van een therapie aandacht te besteden aan het bevorderen van het welbevinden. Dit kan met behulp van een aansluitende welbevinden therapie. Deze bestaat uit vier tot acht aanvullende sessies waarbij ook thuisopdrachten gegeven worden.

In dit onderzoek van Universiteit Twente wordt de bruikbaarheid en de effectiviteit van de welbevinden therapie onderzocht. Om de effecten van het de welbevinden therapie te kunnen meten, worden voor- en nametingen gedaan aan de hand van een aantal tests en wordt er afsluitend een interview afgenomen. Uw gegevens worden anoniem en vertrouwelijk behandeld.

De therapeut denkt dat u baat heeft bij deze welbevinden therapie. Daarnaast levert u, door mee te doen aan dit onderzoek, een bijdrage aan de verbetering van de gezondheidszorg.

Contactgegevens

Het onderzoek wordt uitgevoerd door de Universiteit Twente in Enschede (www.utwente.nl/gw/pcgr). Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u contact opnemen met dr. E.T. Bohlmeijer of dr. G.J. Westerhof, beiden projectleider van dit onderzoek (Universiteit Twente, Afdeling GW/PCGR, Postbus 217, 7500 AE te Enschede, tel.: 053-4894470, e-mail: e.t.bohlmeijer@utwente.nl, g.j.westerhof@utwente.nl).

Bijlage 1B: Toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier voor deelname aan het onderzoek naar de welbevinden therapie

Hierbij geef ik toestemming voor deelname aan het onderzoek dat wordt uitgevoerd door de Universiteit Twente.

Ik heb de brief gelezen en

- Heb begrepen dat ik door het ondertekenen van dit formulier aangeef vrijwillig deel te nemen aan het onderzoek;
- Heb begrepen dat de gegevens anoniem en vertrouwelijk worden behandeld.

Naam: _____

Voorletter(s): _____

Geslacht: _____

Adres: _____

Postcode + Plaats: _____

Telefoonnummer(s): _____

E-mailadres: _____

Datum: ___ / ___ / _____

Ik verklaar hierbij dat ik de deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek. Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Akkoord onderzoeker:

Akkoord deelnemer:

Bijlage 2: Algemene vragenlijst

Beste meneer/mevrouw,

De vragenlijst die voor u ligt bestaat uit vijf onderdelen. Ten eerste zijn dat een aantal algemene vragen. Daarop volgen vragenlijsten over uw gezondheid, eventuele gezondheidsklachten en kwaliteit van leven.

De vragenlijst is opgebouwd uit verschillende standaardvragenlijsten die veel worden gebruikt in onderzoek. Het kan daarom voorkomen dat twee keer dezelfde vraag wordt gesteld. Deze vragen zijn dan net wat anders geformuleerd. We hopen dat u hier begrip voor heeft en willen benadrukken dat het van belang is dat u op iedere vraag een antwoord geeft. Alleen op deze manier kunnen wij het onderzoek goed uitvoeren.

We willen u erop wijzen dat er bij de meeste vragen naar uw **mening** wordt gevraagd. Er zijn dan ook geen goede of foute antwoorden. Het gaat telkens om uw eerste indruk, dus lang nadenken is niet nodig. Wanneer u twijfelt over het antwoord op een vraag, probeer dan het antwoord te geven dat het best van toepassing is.

Bij veel vragen kunt u uw antwoord aangeven door het gekozen antwoord aan te kruisen. Indien u een man bent dan beantwoordt u de vraag 'Bent u een man of een vrouw?' dus als volgt:

- man
- vrouw

Als u zich heeft vergist bij het aankruisen, zet u een streep door het antwoord dat u verkeerd heeft aangekruist en vult u als nog het antwoord van uw keuze in. Dus als volgt:

- ~~man~~
- vrouw

In de tweede vragenlijst krijgt u stellingen waarbij u een kruisje moet zetten bij de uitspraak dat het beste uw gevoel of gedrag bij de stelling weergeeft. De antwoorden variëren van "*nadrukkelijk mee eens*" tot "*nadrukkelijk mee oneens*".

Per vraag moet u slechts **één antwoord geven**. Alleen wanneer erbij staat "meerdere antwoorden mogelijk" kunt u meerdere hokjes aankruisen. Ook als u een antwoord moet **omcirkelen**, staat dit aangegeven.

Wij danken u alvast hartelijk voor uw medewerking!

ALGEMENE VRAGENLIJST

Datum waarop u de lijst invult:

dag *maand* *jaar*

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

1 Bent u een man of een vrouw?

- man
- vrouw

2 Wat is uw geboortedatum?

Dag *maand* *jaar*

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

3a Wat is uw burgerlijke staat?

- Gehuwd
- Gescheiden
- Weduwe/weduwnaar
- Ongehuwd en nooit gehuwd geweest

3b *Indien gescheiden, verweerd of nooit gehuwd geweest:*

Heeft u een partner?

- nee
- ja

3c *Indien gehuwd of een partner:*

Woont u met uw echtgenoot/partner?

- nee
- ja

4a Heeft u kinderen?

- nee
- ja

4b Zo ja, hoeveel kinderen heeft u?

Vul het aantal in.

5 Met welke levensbeschouwing voelt u zich verwant?

- geen
- Rooms Katholiek
- Nederlands Hervormd
- Gereformeerd
- Joods
- Islam
- Hindoeïsme
- Humanisme
- anders, nl

6 Wat is uw culturele achtergrond?

- Nederlands
- Surinaams
- Antilliaans
- Indonesisch
- Turks
- Marokkaans
- Gemengd, namelijk
- anders, namelijk

7 Waar heeft u het grootste deel van uw leven gewoond?

- Grote stad
- Middelgrote stad
- Kleine stad
- Dorp/platteland

8 Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgerond?

- Geen onderwijs gevolgd
- Lagere school
- Lager beroepsonderwijs (lbo)
- Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (bijv. (m)ulo, mavo)
- Een middelbare beroepsonderwijs (mbo, bijv. Mts, meao, mhno, inas)
- Hoger algemeen onderwijs (hbs, atheneum, gymnasium, mms; wat nu heet havo, vwo)
- Hoger beroepsonderwijs (hbo)
- Wetenschappelijk onderwijs (wo)
- anders, namelijk

9 Welke van de volgende omschrijvingen geeft uw belangrijkste dagelijkse activiteiten op dit moment het beste weer?

- Betaalde baan of zelfstandig ondernemer
- Gepensioneerd
- Huishoudelijk werk
- Vrijwilligerswerk
- (langdurig) arbeidsongeschikt
- Werkloos
- anders, nl.....

10 Hoe is op dit moment de financiële situatie van uw huishouden?

- Moet schulden maken
- Moet spaarmiddelen enigszins aanspreken
- Kan precies rondkomen
- Kan een beetje geld overhouden
- Kan veel geld overhouden

Bijlage 3: PGGs, Positieve geestelijke gezondheid

PGGS: POSITIEVE GEESTELIJKE GEZONDHEID

Zet een kruisje bij de uitspraak dat het beste uw gevoel of gedrag weergeeft.

Stelling	nadrukkeli k mee oneens	mee oneens	enigszins mee oneens	enigszins mee eens	mee eens	nadrukkeli k mee eens
1 Mijn beslissingen worden gewoonlijk niet beïnvloed door wat anderen doen.						
2 Ik ben niet geïnteresseerd in activiteit die mijn horizon zouden kunnen verbreden.						
3 Over het algemeen heb ik het gevoel dat ik grip heb op de situatie waarin ik leef.						
4 Als ik terug kijk op mijn leven dan ben ik tevreden met hoe dingen zijn gelopen.						
5 De meeste mensen zien mij als liefdevol en hartelijk.						
6 Ik leef mijn leven van dag tot dag en ik denk niet echt na over de toekomst.						
7 Ik heb de neiging om me zorgen te maken over wat anderen van me denken.						
8 Ik heb geen behoefte nieuwe dingen uit te proberen. Mijn leven is prima zoals het is.						
9 Ik pas niet zo goed bij mensen en de gemeenschap om mij heen.						
10 Over het algemeen ben ik positief over mezelf en voel ik me zeker van mezelf.						
11 Het handhaven van intieme relaties is moeilijk en frustrerend voor me.						
12 Ik heb de neiging om me op het heden te richten omdat de toekomst me bijna altijd in de problemen brengt.						
13 Gelukkig zijn met mezelf is belangrijker voor me dan de goedkeuring van anderen.						
14 Ik denk dat het belangrijk is om nieuwe ervaringen te hebben die je uitdagen om over jezelf en de wereld na te denken.						
15 Ik ben vrij goed in het hanteren van de vele verantwoordelijkheden in mijn dagelijks leven.						
16 Ik heb het gevoel dat veel mensen die ik ken meer uit het leven hebben gehaald dan.						
17 Ik voel me vaak eenzaam omdat ik maar weinig goede vrienden heb waarmee ik mijn zorgen deel.						
18 Mijn dagelijkse activiteiten lijken me vaak triviaal en onbelangrijk.						
19 Ik heb de neiging om me te laten beïnvloeden door mensen met een uitgesproken mening.						
20 Als ik erover nadenk, dan heb ik mezelf niet echt verbeterd in de loop van de tijd.						
21 Ik voel me vaak overweldigd door mijn verantwoordelijkheden.						
22 Ik houd van de meeste aspecten van mijn persoonlijkheid.						

Stelling	<i>nadrukkeli k mee oneens</i>	<i>mee oneens</i>	<i>redelijk mee oneens</i>	<i>redelijk mee eens</i>	<i>mee eens</i>	<i>nadrukkeli k mee eens</i>
23 Ik geniet van persoonlijke gesprekken met familieleden of vrienden.						
24 Ik heb geen duidelijk beeld van wat ik probeer te bereiken in mijn leven.						
25 Ik heb vertrouwen in mijn opvattingen, zelfs als ze in strijd zijn met de algemene consensus.						
26 Ik heb het gevoel dat ik me als mens, in de loop van de tijd, goed heb ontwikkeld.						
27 Over het algemeen regel ik mijn persoonlijke financiën en zaken goed.						
28 Ik heb fouten gemaakt in het verleden, maar ik heb het gevoel dat alles bij elkaar genomen het uiteindelijk op zijn pootjes terecht is gekomen.						
29 Ik heb niet veel mensen om me heen die naar me willen luisteren wanneer ik behoefte heb om te praten.						
30 Ik was gewend om doelen te stellen voor mezelf, maar nu lijkt dat alleen maar zonde van de tijd.						
31 Het is moeilijk voor me om mijn opvattingen uit te spreken over tegenstrijdige zaken.						
32 Ik vind het niet prettig om in nieuwe situaties te zijn die van me vragen dat ik mijn oude vertrouwde manier van dingen doen moet veranderen.						
33 Ik ben goed in het goochelen met mijn tijd zodat ik alles kan doen wat gedaan moet worden.						
34 Op verschillende vlakken voel ik me teleurgesteld over mijn prestaties in het leven.						
35 Ik heb het idee dat veel andere mensen meer vrienden hebben dan ik.						
36 Ik geniet van het maken van plannen voor de toekomst en het werken eraan om ze werkelijkheid te laten worden.						
37 Ik verander vaak van gedachte over beslissingen wanneer mijn vrienden of familie het niet met me eens zijn.						
38 Het leven is voor mijn een continue proces van leren, veranderen en groeien.						
39 Ik heb er moeite mee om mijn leven zo in te richten dat het me voldoening geeft.						
40 Mijn houding over mezelf is waarschijnlijk niet zo positief als hoe de meeste mensen over zichzelf denken.						
41 Mensen zullen me omschrijven als een vrijgevig persoon, bereid om mijn tijd door te brengen met anderen.						
42 Ik ben een actief persoon als het erom dat de plannen die ik mezelf heb opgelegd uit te voeren.						
43 Ik beoordeel mezelf op wat ik belangrijk vind, niet op de waarden die anderen belangrijk vinden.						
44 Ik heb het lang geleden opgegeven om te proberen grote verbetering en veranderingen in mijn leven aan te brengen.						
45 Ik ben erin geslaagd om een thuis en een levensstijl op te bouwen waarbij ik me prettig voel.						

Stelling	<i>nadrukkig mee oneens</i>	<i>mee oneens</i>	<i>redelijk mee oneens</i>	<i>redelijk mee eens</i>	<i>mee eens</i>	<i>nadrukkig mee eens</i>
46 Het verleden had zijn pieken en dalen, maar over het algemeen zou ik het niet willen veranderen.						
47 Ik heb niet veel warme en vertrouwenswaardige relaties met anderen ervaren.						
48 Sommige mensen dwalen doelloos door het leven, maar ik ben daar niet een van.						
49 Er zit een waarheid in het gezegde dat je een oude hond geen nieuwe trucjes kunt leren.						
50 Wanneer ik mijzelf vergelijk met vrienden en kennissen dan geeft het me een goed gevoel over mezelf.						
51 Ik weet dat ik mijn vrienden kan vertrouwen en zij weten dat ze mij kunnen vertrouwen.						
52 Ik heb soms het gevoel dat ik alles gedaan heb wat er te doen valt in het leven.						

Bijlage 4: CES-D, Somberheid

CES-D: SOMBERHEID

Zet een kruisje bij de uitspraak dat het beste uw gevoel of gedrag van de afgelopen week weergeeft.

Tijdens de afgelopen week:		Zelden of nooit (minder dan 1 dag)	Soms of weinig (1-2 dagen)	Regelmatig (3-4 dagen)	Meestal of altijd (5-7 dagen)
1	Stoorde ik me aan dingen, die me gewoonlijk niet storen.				
2	Had ik geen zin in eten, was mijn eetlust slecht.				
3	Bleef ik maar in de put zitten, zelfs als familie of vrienden probeerden me er uit te halen.				
4	Voelde ik me even veel waard als ieder ander.				
5	Had ik moeite mijn gedachten bij mijn bezigheden te houden.				
6	Voelde ik me gedeprimeerd.				
7	Had ik het gevoel dat alles wat ik deed me moeite kostte.				
8	Had ik goede hoop voor de toekomst.				
9	Vond ik mijn leven een mislukking.				
10	Voelde ik me bang.				
11	Sliep ik onrustig.				
12	Was ik gelukkig.				
13	Praatte ik minder dan gewoonlijk.				
14	Voelde ik me eenzaam.				
15	Waren de mensen onaardig.				
16	Had ik plezier in het leven.				
17	Had ik huilbuien.				
18	Was ik treurig.				
19	Had ik het gevoel dat mensen me niet aardig vonden.				
20	Kon ik maar niet op gang komen.				

Bijlage 5: HADS-A, Gespannenheid

HADS-A: GESPANNENHEID

Hieronder staan een aantal uitspraken dat door mensen zijn gebruikt om zichzelf te beschrijven. Lees iedere uitspraak en kruis één antwoord aan dat het beste weergeeft hoe u zich gedurende **de afgelopen week** gevoeld heeft.

1. Ik voel me gespannen:

- Meestal
- Vaak
- Af en toe, soms
- Helemaal niet

2. Ik krijg een soort angstgevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren:

- Heel zeker en vrij erg
- Ja, maar niet zo erg
- Een beetje, maar ik maak me er geen zorgen over
- Helemaal niet

3. Ik maak me ongerust:

- Heel erg vaak
- Vaak
- Af en toe maar niet te vaak
- Alleen soms

4. Ik kan rustig zitten en me ontspannen:

- Zeker
- Meestal
- Niet vaak
- Helemaal niet

5. Ik krijg een soort benauwdheid, gespannen gevoel in mijn maag:

- Helemaal niet
- Soms
- Vrij vaak
- Heel vaak

6. Ik voel me rusteloos en voel dat ik iets te doen moet hebben:

- Heel erg
- Tamelijk veel
- Niet erg veel
- Helemaal niet

7. Ik krijg plotseling gevoelens van panische angst:

- Zeer vaak
- Tamelijk vaak
- Niet erg vaak
- Helemaal niet

Bijlage 6: MHC-SF, Welbevinden

MHC-SF: WELBEVINDEN

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

In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel...	Nooit	Eén of twee keer	Ongeveer 1 keer per week	2 of 3 keer per week	Bijna elke dag	Elke dag
1 ...dat u gelukkig was?						
2 ...dat u geïnteresseerd was in het leven?						
3 ...dat u tevreden was?						
4 ...dat u iets belangrijks hebt bijgedragen aan de samenleving?						
5 ...dat u deel uitmaakte van een gemeenschap (zoals een sociale groep, uw buurt, uw stad)?						
6 ...dat onze samenleving beter wordt voor mensen?						
7 ...dat mensen in principe goed zijn?						
8 ...dat u begrijpt hoe onze maatschappij werkt?						
9 ...dat u de meeste aspecten van uw persoonlijkheid graag mocht?						
10 ...dat u goed kon omgaan met uw alledaagse verantwoordelijkheden?						
11 ...dat u warme en vertrouwde relaties met anderen had?						
12 ...dat u werd uitgedaagd om te groeien of een beter mens te worden?						
13 ...dat u zelfverzekerd uw eigen ideeën en meningen gedacht en geuit hebt?						
14 ...dat uw leven een richting of zin heeft?						

Bijlage 7: CSQ-8, Tevredenheid

Vragenlijst Nameting

De volgende vragenlijst vraagt naar uw tevredenheid over de welbevinden therapie. Dit helpt ons om deze therapie te evalueren en te verbeteren. Wij zijn geïnteresseerd in uw eerlijke mening over de hulp die u hebt ontvangen, of die positief of negatief is.

1. Wat vindt u van de kwaliteit van de welbevinden therapie?

- Uitstekend
- Goed
- Redelijk
- Slecht

2. Heeft u het soort hulp ontvangen dat u hoopte te krijgen?

- Nee, beslist niet
- Nee, nauwelijks
- Ja, in het algemeen wel
- Ja, zeker

3. In hoeverre heeft de welbevinden therapie aan uw wensen voldaan?

- Aan al mijn wensen is voldaan
- Aan de meeste van mijn wensen is voldaan
- Aan slechts enkele van mijn wensen is voldaan
- Aan geen van mijn wensen is voldaan

4. Stel dat een van uw vrienden of kennissen dezelfde hulp nodig heeft, zou u dan de welbevinden therapie aanbevelen?

- Nee, beslist niet
- Nee, ik denk van niet
- Ja, ik denk van wel
- Ja, zeker

5. Hoe tevreden bent u over de hoeveelheid hulp die u heeft ontvangen?

- Zeer tevreden
- Tamelijk tevreden
- Tamelijk ontevreden
- Zeer ontevreden

6. Heeft de welbevinden therapie u geholpen om beter om te gaan met uw klachten?

- Ja, het heeft aanzienlijk geholpen
- Ja, het heeft wel wat geholpen
- Nee, het heeft eigenlijk niet geholpen
- Nee, het heeft de zaak alleen maar verergerd

7. Hoe tevreden bent u over het geheel genomen met de welbevinden therapie?

- Zeer tevreden
- Tamelijk tevreden
- Tamelijk ontevreden
- Zeer ontevreden

8. Zou u de welbevinden therapie nog een keer doen, als dat nodig zou zijn?

- Beslist niet
- Nee, ik denk van niet
- Ja, ik denk van wel
- Ja, zeker

Bijlage 8A: Logboek cliënt

LOGBOEK WELBEVINDEN THERAPIE - Cliënt *Registratie van goede momenten*

Therapeut _____

Cliënt _____

Datum	
Situatie	
Gedachte en gevoelens op goede moment	
Intensiviteit: 0-100 <input type="checkbox"/>	
(afwezig - meest intens)	
Onderbreking goede moment (gedachte of gebeurtenis)	

