

# ***Gedeelde vreugde is dubbele vreugde***

*Een mixed-methode onderzoek naar de effecten van en ervaringen met  
groepsgerichte Well Being Therapy*

**UNIVERSITEIT TWENTE.**

**April 2013.**

# *Gedeelde vreugde is dubbele vreugde*

*Een mixed-methode onderzoek naar de effecten van en ervaringen met  
groepsgerichte Well Being Therapy*

## **Student:**

Sipke-Paul Stuiver  
s1110098

## **Instelling**

Universiteit Twente  
Faculteit der Gedragwetenschappen  
Opleiding Psychologie  
Master Geestelijke Gezondheidsbevordering

## **Begeleidingscommissie:**

Dr. M.M. Veehof  
Dr. P.A.M. Meulenbeek  
Dr. L.C.A. Christenhusz

## **Voorwoord**

Dit onderzoek is verricht als masterthese aan de Universiteit Twente voor de masterspecialisatie Geestelijke Gezondheidsbevordering. Het doel van de studie was om na te gaan of een groepsgerichte Well Being Therapie het welbevinden kon vergroten en het klachtenniveau verder kon verminderen bij cliënten die al succesvol hun klachtgerichte behandeling hadden afgerond. Ook is specifiek aandacht besteed aan de tevredenheid en ervaringen die cliënten opdeden tijdens deze nieuwe therapievorm.

Het opzetten en uitvoeren van dit onderzoek was een interessant, inspannend en bovenal leerzaam proces. Verder ben ik onder de indruk geraakt van de veerkracht, het doorzettingsvermogen en de positiviteit van cliënten die ik de afgelopen periode van dichtbij heb mogen meemaken. Het schrijven van dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de feedback en ondersteuning van Martine Veehof, Lieke Christenhusz en Peter Meulenbeek. Ook wil ik graag Ineke Rood bedanken voor de mogelijkheid om dit onderzoek in de praktijk vorm te geven bij Mediant.

Bovendien wil ik graag alle hulpverleners van het centrum voor Stemming & Angst bij Mediant bedanken voor hun steun en actieve medewerking aan het onderzoek. Specifiek Ien Gielkens en Wilma Visser voor de inspiratie die ik heb opgedaan tijdens de Well Being Therapie. Ook gaat mijn dank uit naar Jan en Christien van de Berg voor hun inspirerende gesprekken, enthousiasme en hun kennis over de psychische gezondheid. Zonder hen had ik mij niet verdiept in dit prachtige vak. Tot slot wil ik mijn familie en mijn ouders in het bijzonder bedanken, voor hun tomeloze inzet, steun en hulp bij dit onderzoek. Daarnaast wil ik Bart Koers bedanken voor zijn taalkundige op- en aanmerkingen.

Tot slot gaat mijn dank uit naar alle cliënten die hebben bijgedragen aan dit onderzoek. Bedankt voor de ervaringen en dialogen die dit onderzoek mogelijk hebben gemaakt.

<b>Inhoudsopgave</b>	<b>Pagina</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>6</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Prevalentie van stemming- en angststoornissen	7
1.2 Behandeling	7
1.3 Positieve psychologie	8
1.4 Positieve geestelijke gezondheid	9
1.4.1 Emotioneel welbevinden	9
1.4.2 Psychologisch welbevinden	9
1.4.3 Sociaal welbevinden	10
1.4.4 Twee continua-model van geestelijke gezondheid	11
1.5 Positieve geestelijke gezondheid in de GGZ	11
1.6 Well-Being Therapie (WBT)	12
1.7 Doelstelling van het onderzoek, onderzoeksvragen en hypothesen	14
<b>2. Methode</b>	<b>16</b>
2.1 Onderzoekdesign	16
2.2 Deelnemers & Procedure	16
2.2.1 Werving, inclusie en exclusie criteria en deelname percentage	16
2.3 Interventie	18
2.4 Materialen	20
2.4.1 Positieve geestelijke gezondheid	20
2.4.2 Psychologisch welbevinden	20
2.4.3 Stemming- en angstklachten	21
2.4.4 Tevredenheid interventie	21
2.4.5 Semigestructureerd interview	21
2.5 Analyse	22
<b>3. Resultaten</b>	<b>24</b>
3.1. Demografische variabelen	24
3.2 Positieve geestelijke gezondheid	25
3.3. Psychologisch welbevinden	25
3.4 Klachtenniveau	27
3.6 Resultaten van de CSQ-8 tevredenheid	27
3.6 Semigestructureerd interview	28
3.6.1 Toegevoegde waarde	28
3.6.2 Overgang van klacht naar kracht	28
3.6.3 Waardevolle oefeningen	29
3.6.4 Psychologisch welbevinden	29
3.6.6 Klachtenafname	29
3.6.7 De groep	30

<b>Inhoudsopgave</b>	<b>Pagina</b>
<b>4. Discussie</b>	<b>31</b>
4.1 Belangrijkste bevindingen	31
4.2 Positieve geestelijke gezondheid	32
4.2.1 Psychologisch welbevinden	32
4.2.2 Sociaal welbevinden	33
4.2.3 Emotioneel welbevinden	34
4.3 Klachtenniveau	34
4.4 Tevredenheid interventie & semigestructureerde interviews	35
4.5 Beperkingen van het onderzoek	35
4.6 Conclusie	36
4.7 Aanbevelingen	37
4.8 Vervolgonderzoek	38
<b>5. Bronnenlijst</b>	<b>39</b>
<b>6. Bijlagen</b>	<b>44</b>
6.1 Bijlage 1 Informatie voor patiënten	44
6.2 Bijlage 2: Toestemmingsformulier	47
6.3 Bijlage 3: Vragenlijst	48
6.4 Bijlage 4: CSQ-8	57
6.5 Bijlage 5: Interviewschema WBT	58
6.6 Bijlage 6: Resultaten interne betrouwbaarheid	65

## Samenvatting

*Achtergrond.* Stemming- en angststoornissen komen veel voor onder de Nederlandse bevolking. Eén op de vijf Nederlanders krijgt in zijn of haar leven te maken met een depressie of een angststoornis. Dit zorgt voor tot een forse vermindering van de kwaliteit van leven en veroorzaakt hoge economische- en maatschappelijke kosten door behandeling, arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim. De curatieve behandeling voor stemming- en angststoornissen richten zich op het verminderen van de ziektelast. Deze behandelingen richten zich op het reduceren van geestelijke ongezondheid, maar niet of nauwelijks op het bevorderen van de positieve geestelijke gezondheid. De laatste jaren wordt, mede door de hoge recidiefpercentages van de klachtgerichte behandelingen, meer belang gehecht aan het bevorderen van de positieve geestelijke gezondheid nadat de klachten succesvol zijn behandeld. Deze studie onderzoekt de effecten van een nieuwe groepstherapie die is gebaseerd op de individuele *Well Being Therapie* (WBT). Deze therapievorm heeft als doel om specifiek de positieve geestelijke gezondheid te bevorderen bij cliënten die succesvol hun stemming- of angstbehandeling hebben afgerond. Onderzocht is of deze nieuwe therapievorm de positieve geestelijke gezondheid kan verbeteren en voor een verder klachtafname kan zorgen. Verder is het proces geëvalueerd van deze nieuwe groepsgerichte therapievorm.

*Methoden.* Achttien cliënten met depressieve en/of angstklachten in remissie zijn voor dit onderzoek non-random verdeeld over twee condities: een interventiegroep die de groepsgerichte Well Being Therapie volgde en een controlegroep die geen aanvullende zorg kreeg nadat de klachten succesvol waren behandeld. Cliënten in de interventiegroep hebben negen weken lang de groepstherapie gevolgd en kregen dagelijkse huiswerkopdrachten mee. Vragenlijsten zijn voor en na afloop van de interventie afgenomen om de uitkomstvariabelen van deze studie in kaart te brengen: de positieve geestelijke gezondheid, sociaal -, emotioneel- en psychologisch welbevinden. Het psychologische welbevinden is nader onderzocht met de constructen zelfacceptatie, persoonlijke groei, doelgerichtheid, autonomie, omgevingsbeheersing en positieve relaties. Tot slot is het klachtniveau een belangrijke uitkomstvariabele die bestond uit depressie- en angstklachten. De vragenlijsten bestonden uit verschillende onderdelen; de positieve geestelijke gezondheid is gemeten met de Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF), het psychologisch welbevinden met de positieve geestelijke gezondheidsschaal (PGGS) en het klachtniveau met de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Verder zijn semigestructureerde interviews na afloop van de groepstherapie afgenomen bij vijf leden van de interventiegroep om het proces te evalueren. Bij alle leden van de interventiegroep is tot slot de de Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) afgenomen om de tevredenheid over de interventie vast te stellen. Om significante effecten na de interventie vast te stellen zijn covariantie analyses (Ancova's) of onafhankelijke t-toetsen uitgevoerd voor elke uitkomstvariabele. Een p-waarde van  $<0.05$  is gehanteerd als statistisch significant resultaat en er is uitsluitend tweezijdig getoetst. De semigestructureerde interviews zijn geanalyseerd met Atlas op basis van de onderwerpen uit het interviewschema.

*Resultaten.* De demografische variabelen geven aan dat de groepen niet significant verschillen van elkaar met uitzondering van de leeftijd. Onafhankelijke t-toetsen tonen aan dat de groepen niet afwijken op de uitkomstvariabelen bij aanvang van de interventie, afgezien van het sociaal welbevinden. De Ancova's laten zien dat cliënten in de interventiegroep, na het aanbieden van de groepstherapie, significant hoger scoren op de geestelijke gezondheid, psychologisch- en sociaal welbevinden. Er zijn tussen de interventie- en controlegroep geen significante effecten gevonden op het emotioneel welbevinden en het klachtniveau. De tevredenheidsvragenlijst geeft aan dat de leden van de interventiegroep, na het aanbieden van de groepstherapie, zeer tevreden zijn. De semigestructureerde interviews tonen aan dat de Well Being Therapie van toegevoegde waarde is voor cliënten. De overgang van klacht- naar krachtgericht behandeling wordt als soepel ervaren en de meeste oefeningen worden als waardevol beschouwd. Cliënten ervaren een toename van het psychologisch welbevinden, maar geen verdere afname van hun klachten. De groepsvorm wordt door de leden van de interventiegroep als een toegevoegde waarde beschouwd om de positieve geestelijke gezondheid verder te vergroten.

*Conclusie.* Deze pilot-studie toont als eerste studie aan dat de groepsgerichte Well Being Therapie de positieve geestelijke gezondheid en het psychologisch welbevinden significant kan laten toenemen bij cliënten die depressieve en/of angstklachten in remissie ervaren. De groepsgerichte Well Being Therapie lijkt dus een veelbelovende interventie te zijn om de positieve geestelijke gezondheid na behandeling verder te versterken. Daarentegen lijkt de groepsgerichte WBT minder goed in staat te zijn om de klachten verder te laten afnemen. De groepsgerichte variant van de WBT staat pas aan het begin van zijn ontwikkeling en toekomstige studies moeten de gevonden effecten bevestigen.

## 1. Inleiding

### 1.1 *Prevalentie van stemming- en angststoornissen en bijkomende kosten*

Stemming- en angststoornissen zijn de meest voorkomende psychische DSM-IV aandoeningen in Nederland (Emmelkamp, Bouwman & Visser, 2009; Graaf, ten Have & Dorsselaer, 2010). Om een beeld te schetsen van de omvang van de problematiek: de kans dat men in de algemene bevolking ooit in het leven een stemmingsstoornis krijgt is 20,1% en de life-time prevalentie van angststoornissen bedraagt 19,6% (Graaf, ten Have & Dorsselaer, 2010). In één jaar kregen bijvoorbeeld 546.500 volwassenen een depressieve stoornis en kregen 1.057.800 volwassenen per jaar te maken met een angststoornis in welke vorm dan ook (Graaf, ten Have & Dorsselaer, 2010). Onderzoek van Nemis-2 (2010) onder de algemene Nederlandse bevolking geeft aan dat er in Nederland per jaar 1.896.700 mensen in de leeftijd van 18 tot en met 64 jaar te maken krijgen met een minimaal één as-I aandoening waarvan het grootste gedeelte toegewezen kan worden aan stemming en angststoornissen (Graaf, ten Have & Dorsselaer, 2010).

De beperkingen in het dagelijks functioneren en de bijkomende zorgkosten van veel voorkomende psychische stoornissen, verschillen niet veel van chronische en ernstige lichamelijke ziekten (De Hollander et al., 2006; Slobbe et al., 2006). De belangrijkste symptomen die zorgen voor een beperking van het dagelijks functioneren zijn voor depressie constante neerslachtigheid en het verlies van interesse in bijna alle dagelijkse activiteiten. Bij angststoornissen staan gevoelens van angst en vrees centraal die zorgen voor het disfunctioneren, zonder dat er sprake is van een reële dreiging. Naast de persoonlijke lijdensdruk, zijn de zorgkosten voor de behandeling van stemming- en angststoornissen aanzienlijk hoog: voor depressieve klachten bedragen de zorgkosten per jaar bijna 700 miljoen euro en die van angststoornissen bedragen ongeveer 275 miljoen euro (Slobbe et al., 2006). Daarbovenop komen de maatschappelijke kosten van langdurig ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid als gevolg van deze psychische klachten. Nederland kent gemiddeld per jaar 110 duizend arbeidsongeschikten, waarvan minstens één op de drie niet kan werken als gevolg van een psychische stoornis (Meijer, Smit, Schoemaker, Cuijpers, 2006). De totale omvang van de kosten die gepaard gaan met stemming- en angststoornissen worden in Nederland geschat op bijna 7 miljard euro per jaar (Smit et al., 2006). Samenvattend komen stemming- en angststoornissen relatief veel voor, beperken het dagelijkse functioneren en brengen aanzienlijke zorgkosten met zich mee, die het belang onderstrepen van kwalitatief goede behandelingen op het gebied van stemming- en angststoornissen.

### 1.2 *Behandeling*

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) biedt in Nederland kwalitatief goede behandelingen voor mensen met stemming- en angststoornissen die zijn beschreven in de multidisciplinaire richtlijnen GGZ (Trimbos-instituut, 2011; Keijsers, Minnen & Hoogduin, 2004). De behandeling van stemming- en angststoornissen wordt in Nederland vormgegeven volgens het principe van 'stepped care' (Emmelkamp, Bouman & Visser, 2009; Tiemens, Hutschemaekers & Kaasenbrood, 2004). Dit betekent dat de cliënt eerst de kortste, minst belastende en meest goedkope behandeling krijgt die beschikbaar is voor diens klachten (Ruiter & Hildebrand, 2006). Deze eerste stap bestaat uit een basisinterventie waaronder bijvoorbeeld psycho-educatie valt (Trimbos-instituut, 2011). Pas bij onvoldoende herstel van de klachten wordt vervolgens gekozen voor intensievere en meer langdurige zorg zoals psychosociale interventies, activerende begeleiding en/of e-health (Tiemens, Hutschemaekers & Kaasenbrood, 2004). Indien dit ook onvoldoende effect sorteert, valt de keuze op farmacotherapie en/of psychologische interventies waaronder cognitieve gedragstherapie,

interpersoonlijke therapie, exposure en psychodynamische therapie (Emmelkamp, Bouman & Visser, 2009; Keijsers, Minnen & Hoogduin, 2004). Elke nieuwe stap in het stepped-care model wordt geëvalueerd aan de hand van de klachtenreductie die zich al dan niet voordoet. Indien de klachten voldoende zijn gereduceerd, wordt de behandeling afgebroken (Keijsers, Minnen & Hoogduin, 2004). Als de klachten na verloop van tijd onvoldoende verminderen dan wordt de volgende stap in werking gesteld.

Het effect van de behandelingen op basis van de multidisciplinaire richtlijnen van de GGZ biedt ruimte voor verbetering (Meijer et al., 2006). De meerderheid van de cliënten ervaart weliswaar een reductie van hun angst en stemmingsklachten op basis van de multidisciplinaire richtlijnen van de GGZ (Keijsers, Minnen & Hoogduin, 2004). Maar zelfs onder de meest gunstige omstandigheden is er een relatief grote groep cliënten (20-30%) die geen klachtenreductie ervaart op basis van deze multidisciplinaire richtlijnen (Trimbos-instituut, 2011; Meijer et al., 2006). Dit betekent dat met de huidige behandeling een flink deel van de klachten van psychische stoornissen kan worden verminderd, maar dit geldt niet voor iedereen (Beekman et al., 2006; Hollander et al., 2006). Bovendien is het effect van de behandeling over het algemeen van beperkte duur omdat de groep van cliënten die wél een vermindering van hun klachten ervaren na behandeling, regelmatig geconfronteerd worden met een recidief (Mueller et al., 1999; Judd et al., 1998; Ormel & Systema, 1999; Nasser & Overholser, 2005; Fava, Tomba, & Grandi, 2007). Zo blijkt bij depressieve stoornissen dat meer dan de helft van de patiënten een recidief te krijgen na afronding van hun behandeling in de tweede lijn (Vandereycken, Hoogduin, Emmelkamp, 2008). Andere, langdurige naturalistische follow-upstudies geven bij depressieve patiënten zelfs een herhalingspercentage van 85% weer na 15 jaar (Mueller e.a., 1999). Ongeveer 20% van de patiënten vertoont na behandeling een chronisch beloop en deze kans stijgt met ongeveer 15% na elke nieuwe depressieve episode (Ormel & Systema, 1999). Samenvattend kan gesteld worden dat de effectiviteit van de behandelingen ruimte biedt voor verbetering én dat zelfs met de huidige behandelingen een grote groep cliënten te maken krijgt met een recidief of chronisch klachtenpatroon.

### *1.3 Positieve psychologie*

Een verklaring voor de hoge recidiefpercentages en het matige effect van de behandelingen, wordt gezocht in de wijze waarop men gewend is geestelijke gezondheid te definiëren, namelijk: de afwezigheid van psychopathologie (Ryff & Singer, 1996; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Keyes, 2005; Fava, Tomba, & Grandi, 2007; Fava, Ruini, & Belaise, 2007; Wood & Joseph, 2010). Het resultaat van deze definitie is dat de klachten waar de cliënt zich mee meldt, het uitgangspunt vormt bij het vaststellen van de diagnose en behandeling (Keijsers, Minnen & Hoogduin, 2004). Kenmerkend voor alle behandelingen is de klachtgerichte focus; zodat de nadruk tijdens de behandeling primair wordt gericht op het laten verdwijnen of verminderen van de psychopathologie (Westerhof & Bohlmeijer, 2010; Trimbos-instituut, 2011, DSM, 2000). Het gevolg hiervan is dat er in de praktijk weinig tot geen aandacht is voor het positief functioneren van mensen (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Rond het millennium is er een stroming in de psychologie ontstaan die de noodzaak erkent om naast het reduceren van de psychopathologie, specifiekere aandacht te besteden aan het versterken van de positieve geestelijke gezondheid (Gillham & Seligman, 1999; Seligman & Csikszentmihalyi 2000). Deze stroming wordt de positieve psychologie genoemd.



De positieve psychologie wordt omschreven als een wetenschap die het optimale functioneren en het welbevinden bevordert door de aandacht te richten op positieve emoties, positieve eigenschappen en positieve omgeving (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Deze visie sluit goed aan bij de omschrijving die World Health Organization (WHO) geeft van het begrip geestelijke gezondheid: “*a state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community*”(WHO, 2011). De positieve psychologie biedt een tegenwicht aan het dominant medische ziektemodel van geestelijke gezondheid dat de aandacht uitsluitend op de klachten richt en de persoon hier onbewust mee vereenzelvigt (Corrigan, 2004; Westerhof & Bolhmeijer, 2010).

#### 1.4 *Positieve geestelijke gezondheid*

Een kenmerkend begrip binnen de positieve psychologie is de positieve geestelijke gezondheid. Maar wat is positieve geestelijke gezondheid en welke opvattingen bestaan hierover? Het begrip ‘positieve geestelijke gezondheid’ wordt door verschillende auteurs terecht als een pleonasme gezien. Volgens Westerhof en Bolhmeijer (2010) is het begrip ‘geestelijke gezondheid’ zo sterk geassocieerd met gebrek en ziekte dat ervoor gekozen wordt om het woord ‘positief’ er bij te voegen. Het begrip ‘positieve geestelijke gezondheid’ wordt volgens Keyes (2007) omschreven als de combinatie van *emotioneel welbevinden*, *psychologisch* en *sociaal welbevinden*. De begrippen ‘welbevinden’ en ‘positieve geestelijke gezondheid’ worden door elkaar gebruikt en kunnen als synoniem worden opgevat. Deze dimensies van de positieve geestelijke gezondheid zullen hieronder nader worden toegelicht.

##### 1.4.1 *Emotioneel welbevinden*

Het emotionele welbevinden omvat de mate waarin mensen tevreden zijn met hun leven, de mate waarin positieve gevoelens aanwezig zijn en negatieve gevoelens afwezig zijn (Diener 1984). Het eerste gedeelte van de beschrijving wat betreft de levenstevredenheid wordt opgevat als de cognitieve component van het emotioneel welbevinden (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). *Levenstevredenheid* betekent een tevredenheid en voldoening op verschillende levensdomeinen: de discrepantie tussen de persoonlijke wensen en behoeften die men ervaart is gering (Westerhof & Keyes, 2010). Het tweede gedeelte van de beschrijving heeft betrekking op de affectieve component van het emotionele welbevinden waaronder het ervaren van positieve gevoelens. Met *positieve gevoelens* wordt bedoeld het ervaren van of vatbaar (sensitief) zijn voor plezierige emoties, geluk, geïnteresseerdheid en plezier in het leven (Diener, 1984; Westerhof & Keyes, 2010). Het emotioneel welbevinden heeft betrekking op de wijze waarop mensen positieve gevoelens en levenstevredenheid ervaren (Westerhof & Bolhmeijer, 2010; Lamers et al., 2011). Positieve gevoelens en levenstevredenheid worden ervaren in samenhang met de cultuur waarin iemand leeft, diens cognities, doelen en persoonlijkheid (Diener et al., 1999).

##### 1.4.2 *Psychologisch welbevinden*

Onder het psychologisch welbevinden wordt het vermogen verstaan om het eigen unieke potentieel te verwezenlijken (Ryff & Singer, 2008). Deze vorm van welbevinden is gecreëerd door Carol Ryff die het cognitieve model van psychologisch welbevinden in het leven riep (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Fava & Ruini, 2003; Vin & Pieters, 2005). Het cognitieve model van psychologisch welbevinden borduurt voort op het werk van Aristoteles over eudemania, letterlijk ‘de goede geest’. De levensloop psychologie van Erikson, Jung, Neugarten en Buhler. Maar ook op humanistische psychologen als Maslow over zelfactualisatie en Rogers over de fully functioning person (Westerhof & Bolhmeijer, 2010).

Het werk van onder ander Frankl over zingeving en de zelfdeterminatietheorie van Ryan & Deci zijn terug te vinden in het cognitieve model van psychologisch welbevinden van Carol Ryff (Ryff & Singer, 1998; Westerhof & Bolhmeijer, 2010). Op basis van deze theorieën heeft Ryff (1989) zes criteria geformuleerd in haar cognitieve model van psychologisch welbevinden die men in staat stelt om het eigen potentieel te verwezenlijken: *zelfacceptatie*, *persoonlijke groei*, *doelgerichtheid*, *autonomie*, *omgevingsbeheersing* en *positieve relaties*. *Autonomie* refereert naar zelfbepaling en onafhankelijkheid. Het heeft te maken met de vaardigheid om weerstand te bieden tegen sociale druk om op een bepaalde manier te denken of te handelen (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995). *Zelfacceptatie* heeft betrekking op een positieve houding ten opzichte van zichzelf ondanks dat men zich ten volle bewust is van de negatieve en positieve eigenschappen. Het gaat over (h)erkenning en acceptatie van de eigen persoon. (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995). *Persoonlijke groei* heeft betrekking op het gevoel van voortgaande ontwikkeling, open staan voor nieuwe ervaringen en verandering in de richting van meer zelfkennis (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995). De dimensie *positieve relaties* legt de nadruk op het belang van warme, vertrouwensvolle relaties met anderen en zich bekommeren om het welzijn van anderen (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995). *Omgevingsbeheersing* bestaat uit het gevoel van competentie bij het omgaan met de eisen die de omgeving stelt. Het effectief gebruik maken van de kansen die zich voordoen (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995). *Doelgerichtheid* heeft betrekking op het hebben van een plan en doel in het leven dat het leven zin, kleur en dus richting geeft (Ryff 1989). Het heeft te maken met een geloof dat het leven ergens naar toe gaat en de ervaring van zinvolheid in het heden en verleden. Een persoon functioneert optimaal als hij/zij op de meeste criteria van het psychologisch hoog scoort (Keyes, 2007). Het psychologisch welbevinden verschilt van het emotionele welbevinden in de zin dat het ervaren van geluk en levenstevredenheid geen doel op zich is, maar als een logisch vervolg wordt gezien van hoge mate van psychologisch welbevinden (Westerhof & Bolhmeijer, 2010). Het verwezenlijken van het psychologisch welbevinden legt in die zin de basis om duurzaam emotioneel welbevinden te kunnen ervaren.

#### 1.4.3. Sociaal welbevinden

De bovenstaande onderdelen van het emotionele- en psychologisch welbevinden richten zich in het bijzonder op de individuele aspecten van het welbevinden: het persoonlijke geluk en levenstevredenheid, naast het optimale functioneren van het individu (Westerhof & Bolhmeijer, 2010). Deze zienswijze legt de nadruk te sterk op het individu zonder de sociale structuren en gemeenschappen te betrekken die zo kenmerkend zijn voor goed menselijke functioneren en goede identiteitsontwikkeling (Keyes, 2007). Om tot een optimaal functioneren te komen is het net zo belangrijk om tot een positief functioneren in de maatschappij te komen (Keyes, 2005). Keyes (1998) omschrijft het sociaal welbevinden als de individuele ervaring en evaluatie van het persoonlijke maatschappelijke functioneren. Het sociaal welbevinden omvat volgens Keyes (1998) vijf dimensies: *sociale integratie*, *sociale contributie*, *sociale coherentie*, *sociale actualisatie* en *sociale acceptatie*. Onder *sociale acceptatie* wordt het vermogen verstaan om anderen te erkennen en te accepteren ondanks soms moeilijk en lastig gedrag (Keyes, 1998). *Sociale coherentie* is het vermogen om te begrijpen wat er in de wereld gebeurt en zorg te dragen voor en geïnteresseerd zijn in de samenleving (Keyes, 1998). *Sociale contributie* betekent het gevoel te hebben dat je iets waardevols te geven hebt aan de maatschappij (Keyes, 1998). *Sociale actualisatie* is het geloof dat de maatschappij zich op een positieve manier ontwikkelt (Keyes, 1998). *Sociale integratie* is tot slot het geloof dat iemand heeft dat hij/zij er bij hoort, het gevoel van verwantschap met de gemeenschap (Keyes, 1998).

#### 1.4.4 Twee continua-model van geestelijke gezondheid

Er ontstaat steeds meer wetenschappelijk bewijs dat aantoonde dat geestelijke gezondheid meer is dan de afwezigheid van geestelijke stoornissen (Keyes, 2005; Westerhof & Keyes, 2010; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster & Keyes, 2011). Dit beeld is ontstaan door het twee continua-model van Keyes (2005) dat overtuigend weergeeft dat geestelijke gezondheid (welbevinden) en geestelijke ziekte (psychopathologie) twee verschillende onafhankelijke dimensies zijn (Westerhof & Keyes, 2010). De belangrijkste veronderstelling van het model is dat er pas werkelijk sprake is van geestelijke gezondheid wanneer mensen geen geestelijke stoornis hebben én wanneer zij een hoge mate van positieve geestelijke gezondheid ervaren (Keyes, 2005). Daarnaast onderzochten Westerhof & Keyes (2010) de samenhang tussen de geestelijke ziekte en geestelijke gezondheid waarbij deze twee constructen ook relatief onafhankelijk bleken te zijn van elkaar. Met relatief onafhankelijk wordt in deze context bedoeld dat geestelijke ziekte en geestelijke gezondheid twee op zichzelf staande identiteiten zijn die matig negatief correleren (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster & Keyes, 2011). Ten onrechte krijgt het reduceren van geestelijke ongezondheid veel meer aandacht in de klinische praktijk (Seligman & Csikszentmihalyi 2000; Fava, Ruini, & Belaise, 2007). Er wordt daarom gepleit om, naast het reduceren van geestelijke ziekten, meer aandacht te besteden aan het bevorderen van de positieve geestelijke gezondheid (Seligman & Csikszentmihalyi 2000; Gillham & Seligman, 1999; Fava, Ruini, & Belaise, 2007; Wood & Joseph, 2010; Ryff & Singer, 1996; Sin & Lyobomirsky, 2009).

Om de mate van positiever geestelijk gezondheid verder in te schatten onderscheidt Keyes (2007) drie categorieën van welbevinden op basis van bovenstaande drie dimensies (emotioneel-, psychologisch- en sociaal welbevinden). Wanneer iemand hoog scoort op alle drie van deze dimensies dan wordt dit omschreven als *flourishing*. Het omgekeerde wordt door Keyes (2007) beschreven als *languishing* en bestaat uit een lage score op zowel emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. Tot slot omschrijft Keyes (2006) een gematigde geestelijke gezondheid die omschreven wordt als *moderate*.

#### 1.5 Positieve geestelijke gezondheid in de GGZ

In de praktijk betekent de relatief onafhankelijke relatie tussen positieve geestelijke gezondheid en geestelijke ziekte dat iemand van zijn klachten af kan zijn zonder dat er sprake is van een hoog niveau van welbevinden. Andersom geredeneerd kan iemand met bijvoorbeeld somberheidsklachten een hoog niveau van welbevinden ervaren. Eerder onderzoek bij 87 cliënten van de afdeling Stemming en Angst (S&A) van Mediant bevestigt dit beeld in de praktijk (Esen, 2011). Dit onderzoek had als doel om te achterhalen hoe het niveau van positieve geestelijke gezondheid van startende cliënten (N=50) was in vergelijking met cliënten die succesvol hun klachtgerichte behandeling hadden gevolgd (N=37). Na de klachtgerichte behandeling op basis van de multidisciplinaire richtlijnen van de GGZ bleek een aanzienlijke groep cliënten (N=24, 71%) bij de afdeling S&A slechts in de categorie laag (*languishing*) of gematigd (*moderate*) welbevinden te vallen. Vergeleken met de cijfers van de algemene Nederlandse bevolking zijn de welbevindicijfers (*emotioneel, psychologisch en sociaalwelbevinden*) van de cliënten die succesvol waren behandeld voor hun klachten nog beneden het gemiddelde (Esen, 2011). Dit biedt ruimte om het welbevinden na behandeling verder te versterken in de praktijk.

Ook uit internationaal onderzoek blijkt dat de populatie van patiënten met angst- of stemmingsstoornissen na behandeling een substantieel lager niveau van welbevinden hebben dan de gezonde populatie (Fava & Ruini, 2012; Rafanelli et al., 2000, Fava et al., 2001).

Specifieker blijkt juist de afwezigheid van het *psychologisch welbevinden* bij cliënten met stemmings- angstklachten een belangrijke factor te zijn voor terugval na de behandeling (Labatte & Doyle, 1997; Fava, Tomba, & Grandi, 2007; Wood & Joseph, 2010). Ook stellen Ryff & Singer (1996) dat de aanwezigheid van *autonomie*, *zelfacceptatie* en *doelgerichtheid* als een belangrijk buffer fungeren zodat psychische klachten minder snel optreden. Zelfs na de controle van andere variabelen, waaronder eerdere depressie, persoonlijkheid, demografische en economische variabelen, bleken mensen met een matig psychologisch welbevinden een twee keer zo grote kans te hebben om opnieuw in een depressie te belanden (Wood & Joseph, 2010). De toenemende bewustwording van de geringe aanwezigheid van het (psychologisch) welbevinden na behandeling zorgt ervoor dat er een verschuiving plaatsvindt in het denken over en onderzoek doen naar succesvolle interventies in GGZ (Sin & Lyobomirsky; 2009; Fava & Ruini, 2012; Westerhof & Bolhmeijer, 2010). Steeds meer geluiden gaan op dat de beoefening van psychologie zich net zoveel zou moeten richten op gevalideerde interventies die de klachten verminderen, als het welbevinden vergroten (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005). Aangezien alleen een afname van psychische klachten of de afwezigheid van een psychische stoornis na behandeling nog niet betekent dat de cliënt volledig is hersteld (Fava, Tomba, & Grandi, 2007). Want zelfs de afwezigheid van geestelijke ziekte zal bij een groep met een laag welbevinden ongetwijfeld zorgen voor hoge economische kosten, minder productiviteit en grotere kans op terugval (Keyes & Westerhof, 2010).

Interventies die dit welbevinden en in het bijzonder het psychologisch welbevinden in de klinische praktijk na behandeling van stemmings- en angstklachten vergroten, zijn dan ook van belang (Fava & Ruini, 2012; Rafanelli et al., 2000, Fava et al., 2001; Sin & Lyobomirsky, 2009). Eén van de eerste interventies die succesvol is gebleken bij het bevorderen van de geringe mate van psychologisch welbevinden, na de behandeling van stemmings en angstklachten, is de Well-Being Therapie (Fava & Ruini, 1998).

### 1.6 *Well Being Therapie (WBT)*

Well Being Therapie is een individuele, educatieve en gestructureerde training die bestaat uit acht sessies van dertig tot vijftig minuten (Fava & Ruini, 1998). De Well Being Therapie is gebaseerd op Ryff's cognitieve model van psychologisch welbevinden (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Fava & Ruini, 2003; Vin & Pieters, 2005). Het doel van de therapie is om de cliënt stapsgewijs te brengen naar een optimaal niveau van functioneren op de zes dimensies van het psychologisch welbevinden, afhankelijk van de eigen persoonlijkheid en context waarin men leeft (Fava & Ruini, 2003; Fava, & Ruini, 2012). Volgens Fava & Ruini (2012) is de WBT opgebouwd uit drie stadia:

1. Het ontdekken en herkennen van positieve momenten.
2. Het analyseren van gebeurtenissen die de positieve momenten onderbreken
3. Het actief verminderen van de onderbrekingen en activiteiten ondernemen die de zes dimensies van psychologisch welbevinden in de praktijk bevorderen.

Onderzoek toont tot op heden aan dat WBT een effectieve interventie is na de behandeling van angst en stemmingsstoornissen om het psychologisch welbevinden te vergroten, de klachten verder te laten afnemen en de kans op terugval te verkleinen (Fava & Ruini 1998; Fava et al., 2005; Ruini & Fava 2012; Fava 2004). Het eerste onderzoek dat de effectiviteit van WBT aantoonde is verricht bij 20 patiënten die succesvol waren behandelend voor hun angst- en/of stemmingstoornis met behulp van cognitieve gedragstherapie (CGT) of

farmacotherapie (Fava & Ruini 1998). Zij werden na afloop van deze behandeling willekeurige ingedeeld in twee groepen. Tien cliënten ontvingen aanvullend cognitieve gedragstherapie en de overige tien ontvingen aanvullend de WBT. De resultaten na afloop gaven weer dat de WBT-groep significant hoger scoort op het psychologisch welbevinden en daarnaast een betekenisvolle afname van depressieve klachten had ten opzichte van de cliënten van de CGT-groep. Alleen het construct persoonlijke groei laat een stijging zien op de schaal van psychologisch welbevinden (Fava & Ruini, 1998).

De effectiviteit van WBT is ook aangetoond bij twintig cliënten, die waren gediagnosticeerd met een gegeneraliseerde angststoornis (Fava et al., 2005). Deze cliënten werden willekeurig verdeeld over twee groepen: met één groep die acht sessies CGT volgde en de tweede groep die een combinatie van vier sessies CGT en vier sessies WBT volgde. Na de behandeling bleek de combinatiegroep van CGT/WBT significant hoger te scoren op psychologisch welbevinden (Fava et al., 2005). Bovendien liet de CGT/WBT groep een significante afname van het klachtenniveau zien in vergelijking met de CGT groep waaronder een afname van klachten op het gebied van somatisatie, angst, depressie en hostiliteit. Volgens Ruini en Fava (2012) draagt juist de combinatie van de cognitieve gedragstherapie aangevuld met WBT bij aan een effectievere cognitieve herstructurering omdat de identificatie van automatische gedachten zowel bij negatieve als positieve gebeurtenissen plaatsvindt. Dit leidt tot een veelomvattender proces van het herkennen van automatische gedachten dan wanneer een therapie zich alleen richt op symptoomreductie, of zich alleen richt op het bevorderen van psychologisch welbevinden (Fava & Ruini, 2012; Beck & Emery, 1985).

WBT als aanvulling op CGT is in een andere gerandomiseerde studie effectief gebleken om terugval van depressieve episodes te voorkomen bij patiënten met een recidiverende depressies (>3 depressieve episodes). Veertig depressieve patiënten werden na afloop van hun succesvolle farmacotherapie random verdeeld in twee groepen: de interventiegroep die CGT en daaropvolgend WBT ontving en de controlegroep die de gebruikelijke zorg ontving. Afbouw van de antidepressiva was in beide groepen een belangrijk element van de behandeling. De resultaten geven weer dat de cliënten die de CGT-WBT interventie volgden een significante daling weergaven van de nog aanwezige depressieve klachten in vergelijking met de controlegroep. Maar ook het terugval percentage van 25% was in de CGT-WBT groep een stuk lager dan in de controle groep, waarin 80% van de deelnemers terugval vertoonden. Na 6 jaar was het terugvalpercentage voor de controlegroep groep 90% en voor de CGT-WBT groep 40% (Fava et al., 2004). Hierbij dient echter opgemerkt te worden dat de resultaten ook het gevolg van CGT kunnen zijn. Men kan zich bij de bovenstaande studie afvragen of de gevonden resultaten nu toegeschreven kunnen worden aan WBT, CGT of de combinatie van (geen van) beide. Met andere woorden er zijn vraagtekens over de therapie specifieke effecten van de WBT (Vin & Pieters, 2005).

Op basis van bovenstaande onderzoeken kan geconcludeerd worden dat de WBT als aanvulling op CGT een veelbelovende interventie lijkt te zijn om het psychologisch welbevinden te vergroten en de klachten verder te verminderen bij cliënten die een recidiverend klachtenpatroon weergeven. Er zijn echter wel een paar belangrijke kanttekeningen te maken bij de eerder genoemde onderzoeksresultaten. Ten eerste is in Nederland niet eerder de WBT toegepast als nabehandeling in de GGZ en de vraag rijst of dezelfde effecten in Nederland gevonden kunnen worden. Bovendien lijkt goed replicatieonderzoek nodig door andere onderzoekers omdat de eerder genoemde onderzoeksresultaten uitsluitend van dezelfde hand zijn als diegene die de WBT hebben ontworpen. Ook berusten de onderzoekresultaten van de WBT tot op heden alleen op

kwantitatief onderzoek. Er is tot op heden geen informatie beschikbaar over de ervaringen van cliënten en de wijze waarop zij de WBT evalueren. Als laatste, maar zeker niet als minst belangrijk punt van kritiek is dat de WBT alleen nog individueel onderzocht. Het ontbreken van een groepsgerichte WBT is opvallend te noemen omdat bekend is dat juist groepstherapie op een effectieve manier in staat is om factoren te beïnvloeden die de geestelijke gezondheid versterken (Yalom, 1995). Factoren die volgens Yalom (1995) juist in een groep versterkt worden, zijn onder andere het helpen van anderen (altruïsme), groepscohesie (gevoel er bij te horen) en het gevoel van herkenning en het delen. Factoren die op het eerste gezicht een sterke verwantschap lijken weer te geven met de eerder genoemde onderdelen van de positieve geestelijke gezondheid en meer specifiek het sociaal welbevinden van Keyes (2005). Meer kennis over de werking van een groepsgerichte WBT, in kwantitatieve en kwalitatieve vorm, is in Nederland van belang om vast te stellen of deze therapievorm effect heeft op het bevorderen van het psychologisch welbevinden na de reguliere behandeling.

### 1.7 Doelstelling van het onderzoek, onderzoeksvragen en hypothesen

Het onderzoek probeert na te gaan of WBT in groepsvorm ook daadwerkelijk het welbevinden kan vergroten en klachtenniveau verder kan verminderen. Bovendien wordt nagegaan wat de tevredenheid en ervaringen van cliënten zijn op basis van deze nieuwe groepsgerichte WBT. Dit heeft geleid tot de volgende vraagstellingen:

1. Wat is het effect van de groepsgerichte WBT op de *positieve geestelijke gezondheid, het emotionele-, psychologische- en sociale* welbevinden?

Als de WBT zich in het bijzonder richt op het bevorderen van het psychologisch welbevinden en deze interventie is effectief, dan is de hypothese dat het psychologisch welbevinden significant sterker toeneemt bij de interventiegroep die WBT volgt dan de controlegroep die deze aanvullende WBT niet volgt. Bijkomende hypothese is dat verwacht wordt dat het emotioneel welbevinden ook significant sterker toeneemt als gevolg van een stijging in het psychologisch welbevinden. Tot slot wordt verwacht dat het sociaal welbevinden significant sterker toeneemt, niet omdat de interventie zich qua inhoud hier specifiek op focust, maar omdat de WBT in groepsvorm wordt uitgevoerd. In zijn algemeenheid wordt ook verwacht dat de positieve geestelijke gezondheid significant sterker toeneemt bij de interventiegroep.

2. Wat is het effect van de groepsgerichte WBT op de *constructen van het psychologisch welbevinden*?

Als de WBT effect heeft op het bevorderen van het psychologisch welbevinden dan ligt het in de lijn van de verwachting dat alle constructen van het psychologisch welbevinden hier aan bijdragen. Dit onderzoek gaat na welke constructen het meest bijdragen aan het bevorderen van het psychologisch welbevinden en welke constructen niet of in mindere mate. De hypothese is dat alle constructen van het psychologisch welbevinden significant verschillen tussen de deelnemers van de WBT en de controlegroep. De grootste bijdrage wordt verwacht op het construct persoonlijke groei omdat eerder onderzoek een significante stijging weergaf op dit construct (Fava & Ruini, 1998).

3. Wat is het effect van de groepsgerichte WBT op het verder laten afnemen van *de angst- en stemmingsklachten*?

Als welbevinden en klachten matig negatief correleren dan wordt verwacht dat de een stijging van het welbevinden bijdraagt aan een verdere afname van de stemming- en angstklachten. De hypothese is dus dat er een significant verschil waarneembaar is tussen de deelnemers van de WBT en de controlegroep op de klachtendimensie. Meer specifiek is de verwachting dat dit significante verschil ten gunste is van de deelnemers van de WBT.

4. Hoe *tevreden* zijn deelnemers van de interventiegroep over de groepsgerichte WBT?

Er zijn tot op heden geen ervaringen bekend over de tevredenheid die cliënten hebben nadat zij de groepsgerichte WBT hebben gevolgd.

5. Na het volgen van de groepsgerichte WBT, hoe *ervaren* deelnemers van de interventiegroep:

1. de toegevoegde waarde van de WBT?

Wat is de meerwaarde voor cliënten is om na hun reguliere behandeling een aanvullende groepstraining te volgen. Wat is voor hen de toegevoegde waarde geweest? Welke verbeterpunten ziet men.

2. de overgang van klachtgerichte behandeling naar krachtgerichte behandeling?

Hoe ervaren cliënten de overgang? Waar moest men aan wennen en in hoeverre vindt men deze behandeling passend in relatie tot de eerdere therapie. Ziet men ook een contra-indicatie voor WBT en welke zijn dat?

3. de oefeningen?

Welke oefeningen zijn waardevol en op welke manier zijn deze waardevol? In hoeverre dragen de oefeningen bij aan het begrijpelijker maken van de dimensies van het psychologisch welbevinden? Welke verbeterpunten ziet men.

4. het psychologisch welbevinden en de klachten?

In hoeverre is er sprake van een stijging op het psychologisch welbevinden en een verdere afname van de klachten? Waardoor wordt dit wel of niet veroorzaakt? Op welke dimensies van het psychologisch welbevinden merkt men de meeste vooruitgang?

5. de groep waarin de WBT wordt gegeven?

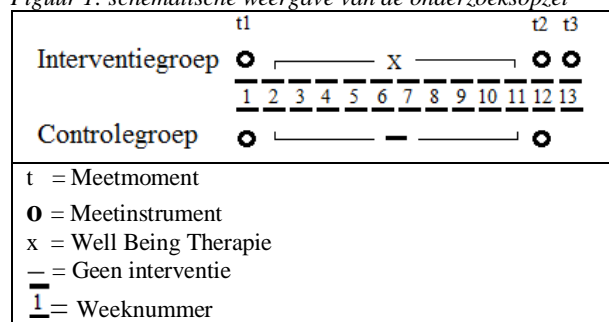
Wat zijn de persoonlijke ervaringen met de groep? Welke voordelen en nadelen ziet men om de WBT in een groep te volgen. Welke aandachtspunten of verbeteringen ziet men?

## 2. Methode

### 2.1 Onderzoeksdesign

Het onderzoeksdesign van deze studie bestond uit een quasi-experimenteel onderzoek met twee groepen. De eerste groep cliënten volgde de groepsgerichte WBT als aanvulling op hun afgeronde behandeling bij het centrum voor Stemming- & Angststoornissen (S&A) van Mediant in Enschede. Dit was de interventiegroep. De tweede groep bestond uit cliënten die hun reguliere behandeling hadden afgerond bij de afdeling S&A in Enschede. Dit was de controlegroep. Om de effecten te meten zijn voor aanvang en na afloop vragenlijsten afgenomen. Om de ervaringen van de interventie te evalueren zijn op het derde meetmoment semigestructureerde interviews afgenomen. Zie voor een schematische weergave van de opzet van het onderzoek figuur 1.

Figuur 1: schematische weergave van de onderzoeksopzet



### 2.2 Deelnemers & Procedure

Het onderzoek is verricht bij het Centrum voor Stemming- & Angststoornissen van Mediant in Enschede. Mediant is een geestelijke gezondheidszorginstelling en het Centrum voor Stemming- & Angststoornissen is een ambulante afdeling binnen Mediant die zich heeft gespecialiseerd in de behandeling van stemming- & angststoornissen (Mediant, 2012). Het onderzoek past bij de wens van de afdeling S&A om meer inzicht te krijgen in de wijze waarop het welbevinden bevorderd kan worden.

#### 2.2.1 Werving, inclusie en exclusie criteria en deelname percentage

De werving van de cliënten voor de interventie- en controlegroep gebeurde op basis van vrijwilligheid en beschikbaarheid (convenience sample). Alle cliënten die zich in de periode van september tot en met oktober 2012 in de eindfase van hun behandeling bevonden, zijn door hun hulpverlener van de afdeling S&A benaderd om deel te nemen aan de groepsgerichte WBT. Cliënten die door de hulpverleners geschikt werden geacht voor de interventie én daarin ook geïnteresseerd waren, kregen een informatiefolder mee van de hulpverlener. Alle aanmeldingen werden centraal bijgehouden door één van de trainers van WBT.

Inclusiecriteria voor deelname waren dat de aanmeldklachten bij de cliënt al een ruime periode (> 1 maand) in remissie of verdwenen waren én dat de hulpverleners de cliënt anders om deze klachtafname zou hebben uitgeschreven. Het betrof dus alleen cliënten die in de eindfase van hun behandeling zaten. Het klinische oordeel van de behandelaar wat betreft de geschiktheid voor deelname en de mate van klachtafname was hierin leidend. Cliënten die wel voldeden aan de inclusiecriteria maar niet wensten deel te nemen, werden door de hulpverlener gevraagd om deel te nemen aan de controlegroep.

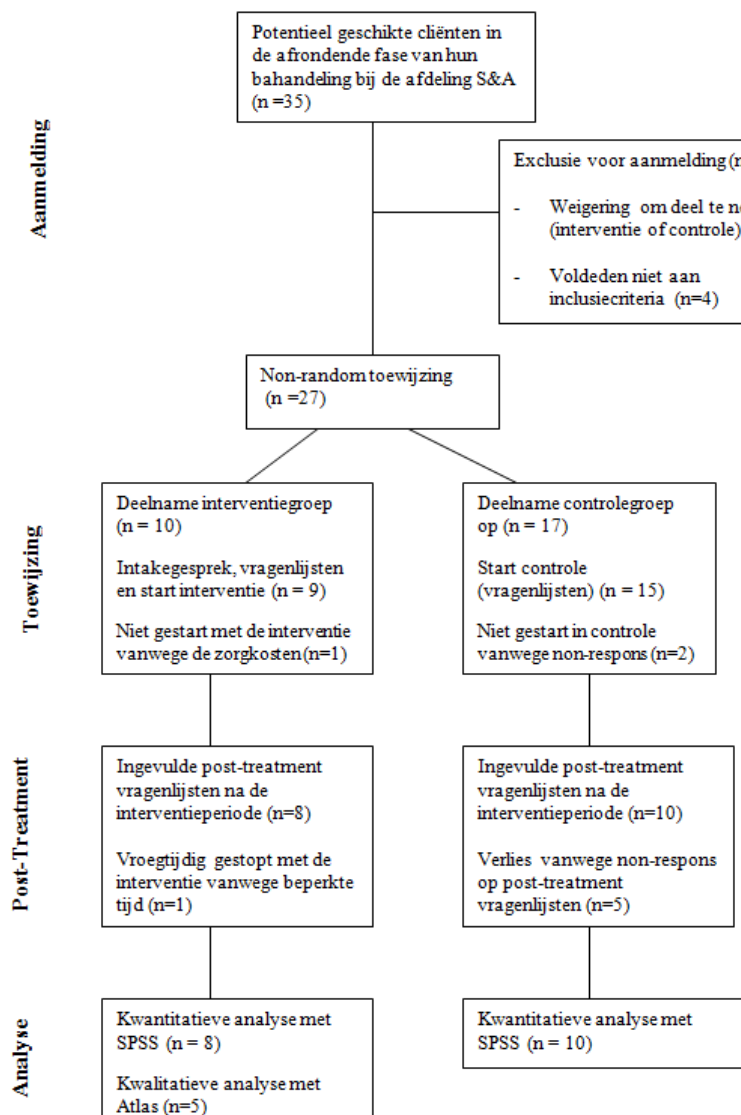


Cliënten die door de hulpverlener waren aangemeld voor de interventiegroep, werden schriftelijk uitgenodigd voor een aanmeldingsgesprek met de beide trainers van de groepsgerichte WBT. Het doel van het gesprek was tweeledig. Ten eerste om meer informatie te verstrekken over de groepsgerichte WBT en het onderzoek zodat cliënten goed geïnformeerd deelnamen aan de interventie. Ten tweede om cliënten uit te sluiten die voldeden aan één of meer van de exclusiecriteria. De exclusiecriteria voor de interventiegroep waren:

1. Client beschikt over onvoldoende tijd om dagelijks huiswerkopdrachten uit te voeren.
2. Client beheerst de Nederlandse taal onvoldoende.
3. Client is niet in staat om naar de wekelijkse bijeenkomsten te komen.

Voordat de vragenlijsten werden verstrekt, zijn alle cliënten met behulp van een informatiebrief ingelicht over het onderzoek (bijlage 1) en hebben ze een toestemmingsformulier getekend (bijlage 2). Bovendien werd hen meegedeeld dat deelname geheel anoniem en vrijwillig was en dat men zonder opgave van reden kon stoppen. Cliënten die niet in de gelegenheid waren om de vragenlijsten op de locatie van Mediant in te vullen, kregen deze per post thuisgestuurd. In totaal zijn in de periode van begin september tot en met eind oktober 35 cliënten aangemeld voor het onderzoek. Uiteindelijk zijn van 18 cliënten de resultaten verwerkt: waarvan 8 uit de interventiegroep en 10 uit de controlegroep. Voor een overzicht van de doorstroom van deelnemers zie hieronder de flowchart met korte toelichting.

Figuur 2: flowchart, doorstroom van deelnemers aan het onderzoek



Alle cliënten in de afrondende fase van hun behandeling zijn benaderd voor deelname aan het onderzoek door hun hulpverlener. Elf van deze cliënten zijn uitgesloten omdat men niet wenste mee te werken of niet voldeed aan de inclusiecriteria. De rest van de cliënten zijn non-random toegewezen. Toewijzing vond plaats op basis van de persoonlijke voorkeur van cliënten. In de controlegroep zijn door non-respons zeven cliënten afgevallen. In de interventiegroep is één cliënt gestopt vanwege verplichtingen en beperkte tijd. De non-respons was in de controlegroep 41% en in de interventiegroep 11%.

### 2.3 *Interventie*

De groepsgerichte WBT is gebaseerd op de individuele WBT die is ontwikkeld door Fava en Ruini (1998). Het doel van beide therapievormen is identiek: de cliënt van een verlaagd niveau van psychologisch welbevinden op de zes dimensies naar een optimaal niveau van psychologisch functioneren op deze zes dimensies brengen (Fava & Ruini, 2012). Echter de wijze waarop de groepsgerichte WBT en de individuele WBT invulling geven aan dit doel is zeer verschillend.

De uitdaging die zich voordeed bij het ontwerpen van de groepsgerichte WBT is dat de beschrijving van de individuele WBT van Fava en Ruini onvoldoende concreet was om dit te vertalen naar een groepsgerichte WBT op sessieniveau (Fava & Ruini, 2012). De individuele WBT omschrijven zij namelijk in fasen van 2 á 3 bijeenkomsten (Fava & Ruini, 2012). Onduidelijk bleef dus wat er in de individuele WBT op sessieniveau is gedaan. Om de transparantie te bevorderen, is er in overleg met de trainers, programmanager van S&A en de onderzoeker een draaiboek opgesteld om per sessie zo concreet mogelijk aan te geven wat precies wordt behandeld in de groepsgerichte WBT.

De groepsgerichte WBT en het draaiboek zijn op eclectische wijze tot stand gekomen. Dit betekent dat eerst op basis van de literatuur van Fava en Ruini de kernpunten zijn gedefinieerd die ook belangrijk werden geacht voor de groepsgerichte WBT. Dit zijn de overeenkomsten in tabel 1. Verder is nagedacht over een centraal onderwerp per sessie. Er is gekozen om elke week één dimensie van het psychologisch van Ryff centraal te behandelen in de groep en hier oefeningen aan te koppelen, ongeacht hoe cliënten individueel scoren op een dimensie. Dit is een belangrijk verschil met de individuele therapie van Fava en Ruini omdat zij alleen een dimensie behandelen wanneer dit een zwakke dimensie van de cliënt is. Ook een belangrijk verschil met de individuele WBT van Fava en Ruini en groepsgerichte WBT, is de keuze om in deze interventie ook wekelijkse groepsoefeningen toe te voegen en aanvullende huiswerkopdrachten mee te geven. Het doel van de oefeningen en huiswerkopdrachten was om de zes dimensies van het psychologisch welbevinden te verduidelijken en verder te bevorderen. De oefeningen zijn gekozen op basis van beschikbare literatuur, de ervaring van therapeuten en onderling overleg. Een belangrijk criterium voor opname in de training was dat de oefeningen een duidelijke relatie moesten hebben met de constructen van het psychologisch welbevinden. Ook was een criterium dat alle betrokken het eens waren met de keuze van de oefening. Per construct zijn op deze manier passende oefeningen gezocht. Daarnaast is ervoor gekozen om elke bijeenkomst te starten met een drie-minuten meditatie om een verankering in het huidige moment te stimuleren. Het doel was om het construct zelfacceptatie op deze manier verder te bevorderen. Deze drie-minuten meditatie is tevens een dagelijkse huiswerkopdracht geworden. Verder is de huiswerkopdracht de toekomstbrief toegevoegd met als doel om het construct doelgerichtheid te laten toenemen. Ook is het maken van een sociogram toegevoegd om het construct positieve relaties te versterken. Nadat alle oefeningen en onderdelen per construct waren verzameld, is de structuur vastgelegd in het protocol. De belangrijkste overeenkomsten en verschillen tussen de groepsgerichte WBT en individuele WBT en zijn weergegeven in tabel 1.

Tabel 1: Overeenkomsten en verschillen tussen de groepsgerichte WBT en individuele WBT

<b>Overeenkomsten tussen de groepsgerichte WBT en individuele WBT</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beide therapieën zijn gebaseerd op Ryff's cognitieve model van psychologisch welbevinden.</li> <li>• Cliënten worden in beide therapieën gevraagd om door middel van zelfobservatie dagelijks hun persoonlijke goede momenten te noteren en te scoren op een schaal van 0 tot 100. In beide therapievormen ligt de nadruk op het bewust worden van de goede momenten, hoe klein deze ook mogen zijn.</li> <li>• Cliënten ontdekken de gedachten, gevoelens en overtuigingen die samengaan met momenten van wellbevinden of vroegtijdig de momenten van welbevinden onderbreken. Beide therapievormen maken gebruik van positieve CGT.</li> <li>• In beide therapieën worden cliënten aangemoedigd om activiteiten te plannen en te ondernemen die de zes dimensies van psychologisch welbevinden in de praktijk bevorderen. Beide therapieën maken gebruik van positieve gedragsactivatie.</li> </ul>	
<b>Verschillen tussen de groepsgerichte WBT en individuele WBT</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het aantal bijeenkomsten staat vast: 8 vaste sessies en één terugkomsessie.</li> <li>• De duur per bijeenkomst is anderhalf uur.</li> <li>• De zes dimensies van Ryff worden op vaste momenten geïntroduceerd en elke week staat één dimensie centraal waaraan wordt gewerkt, ongeacht de sterkte of zwakte van de cliënt op de dimensie.</li> <li>• Twee hulpverleners voor maximaal 10 cliënten.</li> <li>• Extra oefeningen in de sessie worden gedaan en cliënten krijgen extra huiswerkopdrachten.</li> <li>• Elke sessie wordt geopend met een drie-minuten meditatie. Dit is ook een dagelijkse huiswerkopdracht.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het aantal bijeenkomsten is flexibel, afhankelijk van de individuele voortgang. Tussen de (6-8) sessies, geen terugkomsessie.</li> <li>• De duur per bijeenkomst varieert tussen de dertig en vijftig minuten.</li> <li>• De zes dimensies van Ryff worden geïntroduceerd aan cliënten als hun materiaal (zelfobservaties) zich hier voor leent. Geen vast bespreking van de dimensies per sessie. Alleen die dimensies worden behandeld als dit een zwakke dimensie van de cliënt is.</li> <li>• Eén hulpverlener per cliënt.</li> <li>• Oefeningen in de sessie worden niet gedaan en cliënten krijgen geen <u>extra</u> huiswerkopdrachten.</li> <li>• Er wordt geen gebruik gemaakt van een vorm van meditatie.</li> </ul>

In tegenstelling tot Fava en Ruini is ervoor gekozen om een vaste structuur te gebruiken per sessie. Voor een inzicht in wat er precies per sessie gebeurt, wordt men verwezen naar het protocol in de laatste bijlage. Hier wordt volstaan met een omschrijving in hoofdlijnen per sessie. De eerste twee sessies verschillen van de overige sessies omdat er nog *geen* dimensie van het psychologisch welbevinden centraal staat. De overige sessies hebben de zelfde structuur en verschillen op detailniveau van elkaar wat betreft oefeningen en aanvullende huiswerkopdrachten. Elke bijeenkomst sloot af met huiswerkopdrachten die meestal gerelateerd waren aan het onderwerp van die week. De belangrijkste onderdelen per sessie waren als volgt: De eerste sessie was in het bijzonder een informatiebijeenkomst met uitleg van de groepsgerichte WBT en de belangrijkste oefeningen van de training. De tweede bijeenkomst ging specifiek in op de dimensies van het psychologisch welbevinden. In sessie 3 tot en met 8 stond telkens één onderdeel van het psychologisch welbevinden centraal met bijbehorende oefeningen. Tijdens de terugkomsessie (1 maand later) werd onderzocht hoe cliënten de goede momenten hebben gecontinueerd en wat hen hier bij zou kunnen helpen in de toekomst.

## 2.4 Materialen

Er zijn verschillende meetinstrumenten gebruikt om de positieve geestelijke gezondheid, het psychologisch welbevinden en de stemming- en angstklachten in kaart te brengen. Tot slot hebben alle cliënten van de interventiegroep een evaluatieformulier ingevuld en hebben vijf van hen een interview ondergaan. De verschillende vragenlijsten zijn gebundeld tot één overzichtelijk meetinstrument (bijlage 4). Het eerste onderdeel van dit meetinstrument bestond uit de demografische gegevens van de cliënten. De demografische gegevens waren: leeftijd, opleidingsniveau, gezinssamenstelling, netto-inkomen, dagbesteding en tot slot de nationaliteit van de cliënt. Deze demografische gegevens zijn gebruikt om een algemeen beeld van de steekproef te creëren.

### 2.4.1 Positieve geestelijke gezondheid.

De positieve geestelijke gezondheid is gemeten met de Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF). De vragenlijst is de verkorte versie van de oorspronkelijke Mental Health Continuum - Long Form (Keyes, 2005). De MHC-SF bevat in totaal 14 items die zijn gebaseerd op *psychologisch, emotioneel en sociaal welbevinden* (Keyes, 2009). De psychometrische kwaliteiten van de Nederlandse MHC-SF zijn goed (Lamers et al, 2011). De score per item vindt plaats op een 6-puntsschaal van nooit (0-punten) tot elke dag (5-punten). De totale score op het construct positieve geestelijke gezondheid wordt berekend door de gemiddelde score van de items 1 t/m 14. Mensen die hoog scoren op de totaalscore geven blijk van goede positieve geestelijke gezondheid (Lamers et al, 2011). Naast de totaalscore zijn ook de subschaal scores berekend van het psychologisch-, emotioneel en sociaal welbevinden. Normgegevens zijn onder de Nederlandse bevolking vastgesteld (Lamers et al, 2011). De gemiddelden en standaarddeviatie voor de *positieve geestelijke gezondheid*, *emotioneel*-, *psychologisch*- en *sociaal welbevinden* zijn achtereenvolgens 2.98 (0.85), 3.67 (0.94), 3.18 (0.99) en 2.33 (1.01).

### 2.4.2 Psychologisch welbevinden

Om het psychologisch welbevinden nader in kaart te brengen is in deze studie gekozen om gebruik te maken van een aangepaste versie van de positieve geestelijke gezondheidsschaal (PGGS) die van Dierendonck (2011) heeft opgesteld. De aanpassing bestond uit weglaten van items die niet overeenkwamen met de zes constructen van het psychologisch welbevinden van Ryff (1989). Dit is gedaan op basis van de handleiding die van Dierendonck (2011) heeft geschreven. De oorspronkelijke vragenlijst om het psychologische welbevinden te meten, is ontworpen door Ryff (1989) en meet de *zelfacceptatie*, *persoonlijke groei*, *doelgerichtheid*, *autonomie*, *omgevingsbeheersing* en *positieve relaties*. De psychometrische kwaliteiten van de oorspronkelijke vragenlijst zijn goed (Ryff & Singer, 2006; Ryff, 1998). Deze oorspronkelijke vragenlijst is vertaald in het Nederlands door van Dierendonck (2011) en de items van de zes dimensies variëren tussen de zes en acht items per schaal (Dierendonck 2011). In totaal worden 52 items gebruikt om het psychologisch welbevinden van Ryff te meten (Dierendonck 2011). Op dit moment wordt er vanuit de Universiteit Twente onderzoek verricht naar de psychometrische kwaliteiten van de vragenlijst in Nederland. De antwoordcategorieën zijn per item weergegeven op een 6-punts schaal die varieert van nadrukkelijk mee oneens (=1) tot nadrukkelijk mee eens (=6). De score per dimensie wordt berekend door de items van de betreffende schaal bij elkaar op te tellen (Dierendonck 2011). De totaalscore van de vragenlijst wordt berekend door alle items bij elkaar op te tellen en varieert van 52 tot 312. Mensen die hoog scoren op de totaalscore geven blijk van een optimale persoonlijke functioneren (Dierendonck, 2011).

#### 2.4.3 *Stemming- en angstklachten*

De stemming- en angstklachten zijn gemeten met de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). De HADS is door Zigmond en Snaith in 1983 ontworpen om stemming- en angstklachten in kaart te brengen bij ziekenhuispatiënten tussen de 16 en 65 jaar (Zigmond & Snaith, 1983). De oorspronkelijke HADS is in Nederland vertaald in 1983 en in verschillende studies gevalideerd (Spinhoven, 1997). De psychometrische kwaliteiten van de vragenlijst zijn goed (Spinhoven, 1997). De HADS bestaat totaal uit veertien items. Van de veertien items meten alle zeven oneven items de aanwezigheid van angstklachten en de zeven even items meten de aanwezigheid van depressieve klachten. De score per item vindt plaats op een 4-puntschaal van 'Helemaal niet' (=0), 'Af en toe/soms' (=1), 'Meestal/vaak' (=2) tot en met 'Altijd/zeer vaak' (=3). De depressieschaal wordt berekend door de score op alle even items op te tellen. De angstschaal wordt berekend door de score van alle oneven items op te tellen. De score voor de angst- en depressieschaal varieert tussen de 0 tot en met 21 en van de totale schaal tussen de 0 en 42. De totaalscore van de HADS is een samenvoeging van de angst en depressieschaal. Als mensen hoog scoren (>20) op de totaalscore is dit een vrij sterke aanwijzing voor de aanwezigheid van stemming- en/of angststoornissen (Spinhoven, 1997). Laagscoordes rapporteren daarentegen de afwezigheid van stemming en/of angststoornissen. Wanneer men per subschaal hoger dan 11 scoort (cut-off punt) dan wijst dit bij de depressieschaal op de aanwezigheid van een stemmingsstoornis en bij de angstschaal op de aanwezigheid van een angststoornis, met een positieve voorspellende waarde van 75% per subschaal (Spinhoven, 1997).

#### 2.4.4 *Tevredenheid interventie*

Om de tevredenheid van de interventiegroep vast te stellen met betrekking tot de groepsgerichte WBT, is de Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) afgenomen. De CSQ-8 is oorspronkelijk ontworpen door Larsen, Attkisson, Hargeaves & Nguyen (1979) om de tevredenheid van psychotherapeutische interventies te evalueren door de cliënten. De vragenlijst beschikt over goede psychometrische eigenschappen (Larsen, Attkisson, Hargeaves & Nguyen, 1979; Attkisson & Zwick, 1982). De CSQ-8 is vertaald in het Nederlands door de Brey (1984) en beschikt in Nederland over vergelijkbare psychometrische eigenschappen als de oorspronkelijke vragenlijst (de Wilde & Hendriks, 2005). De CSQ-8 bestaat in totaal uit 8 vragen die gezamenlijk de tevredenheid van de cliënt over de interventie vaststellen (Larsen et al., 1979; De Wilde & Hendriks, 2005). De score wordt per item toegewezen op basis van 4-puntschaal met een minimum score van 1 en een maximumscore van 4 per item (de Wilde & Hendriks, 2005). De totaalscore wordt berekend door het gemiddelde van alle items te nemen. De CSQ-8 is te vinden in bijlage 5.

#### 2.4.5 *Semigestructureerd interview*

Met een semigestructureerd interview zijn de ervaringen van de deelnemers geëvalueerd die hebben deelgenomen aan de groepsgerichte WBT. Mede vanwege de beperkte tijd voor dit onderzoek is gekozen om in totaal vijf cliënten te interviewen. Cliënten werden geselecteerd op basis van hun vooruitgang of achteruitgang op de afgenomen vragenlijsten. Specifiek is gekeken naar cliënten die hoog scoorden op de klachten (HADS) en cliënten die hoog scoorden op de positieve geestelijke gezondheid (MHC-SF; PGGS). Met 'hoog' wordt in deze context bedoeld; hoog in relatie tot de rest van de interventie groep. Deze hoogscoordes zijn gekozen op basis van hun eindmeting. Voor het interview is een mix gecreëerd van cliënten die enerzijds hoog scoorden op positieve geestelijke gezondheid en anderzijds cliënten die hoog scoorden op klachten na de interventie. Dit is gedaan om met de beperkte hoeveelheid van cliënten een divers en breed mogelijk beeld te krijgen van de ervaringen van cliënten over

de groepsgerichte WBT. De veronderstelling was dat cliënten die hoog scoren op klachten mogelijk andere ervaringen hebben dan cliënten die hoog scoren op positieve geestelijke gezondheid. Van de vijf cliënten scoorden drie cliënten hoog op positieve geestelijke gezondheid en twee hoog op klachten. Tijdens de afname van de interviews is gebruik gemaakt van een interviewschema (bijlage 6). De onderwerpen die aan bod kwamen, zijn weergegeven in tabel 2.

Tabel 2: Overzicht van de onderwerpen van het interviewschema

<i>Onderdeel</i>	<i>Belangrijkste onderwerpen</i>
Demografische gegevens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziektegeschiedenis voor de start van de WBT</li> <li>• Algemene tevredenheid na WBT</li> <li>• Informatievoorziening vooraf</li> </ul>
Toegevoegde waarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwachtingen en persoonlijk doel van de deelnemers om WBT te volgen</li> <li>• Toegevoegde waarde van de WBT voor deelnemers</li> <li>• Aandachtspunten en verbeteringen</li> </ul>
Overgang van klachtgerichte naar krachtgericht	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overgang van klachtgericht naar krachtgericht</li> <li>• WBT in complete context</li> <li>• Contra-indicatie voor WBT</li> </ul>
Waardevolle oefeningen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oefeningen die als waardevol werden beschouwd.</li> <li>• Oefeningen die bijdragen aan begrijpelijker maken van de dimensies van het psychologisch welbevinden.</li> <li>• Aandachtspunten en verbeteringen.</li> </ul>
Psychologisch welbevinden en klachtafname	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versterking van het psychologisch welbevinden</li> <li>• De zes dimensies van het psychologisch welbevinden</li> <li>• Klachtenafname en oorzaken hiervan</li> </ul>
De groep	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persoonlijke ervaringen van WBT in een groep</li> <li>• Voordelen en nadelen van WBT in een groep</li> <li>• Aandachtspunten en verbeteringen</li> </ul>

## 5. Analyse

De kwantitatieve data is geanalyseerd met de statistische computersoftware SPSS (20). Een beschrijvende analyse is gebruikt om de achtergrondgegevens te analyseren. Van de nominale en ordinale data zijn de frequenties en percentages beschreven van de beide onderzoeksgroepen. Het verschil tussen de categoriale data van beide onderzoeksgroepen is getest op significantie met behulp van een chi-square toets. De continue data van de demografische gegevens (leeftijd) is beschreven met gemiddelde en standaarddeviatie. Het verschil tussen de continue data van beide onderzoeksgroepen is getest op significantie met behulp van een onafhankelijke t-toets. Bij alle toetsen die zijn gebruikt tijdens dit onderzoek werd een p-waarde van <0.05 gehanteerd voor een statistisch significant resultaat. Er is uitsluitend tweezijdig getoetst. De gebruikte t-toets voldeed aan de voorwaarde van toepassing waaronder een bij benadering normale verdeling, onafhankelijke verdeling van de residuen gelijke spreiding en het ontbreken van uitschieters (Moore & McCabe. 2009).

Voor de totaal scores en subschaal scores van *positieve geestelijke gezondheid*, *psychologisch welbevinden* en *klachten* zijn gemiddelden en standaarddeviatie berekend. Deze scores zijn voor twee onderzoeksgroepen op zowel de pre- als op posttest meting weergegeven. Met een onafhankelijke t-test is vervolgens getoetst of de onderzoeksgroepen significant verschilden op de pretestvariabelen. De gebruikte t-tests voldeden aan de eerder genoemde voorwaarden van Moore & McCabe (2009). Om significante effecten na de interventie vast te stellen is een

Ancova uitgevoerd voor elke afhankelijke variabele. De covariabele die is gebruikt bij de uitvoer van de Ancova was de pretest score. Elke Ancova is gecontroleerd op de voorwaarden van toepassing volgens Campbell & Stanley (1963):

1. Bij elke groep is de distributie normaal verdeeld op de posttest en de covariabele.
2. Binnen elke groep is de variantie van de afhankelijke variabelen en covariabele gelijk (homoscedasticiteit).
3. Homogeniteit van regressie-coëfficiënten: de relatie tussen de posttestvariabele en de covariabele is gelijk voor de beide onderzoeksgroepen.
4. Onafhankelijkheid van de covariabele en behandel-effecten: de covariabele (pre-test) en behandel-effect (post-test) zijn onafhankelijk van elkaar.

Bij het ontbreken van één van de voorwaarden is gebruik gemaakt van een aanvullende onafhankelijke t-toets die was gebaseerd op de verschillen tussen pretest en posttest. Ook deze onafhankelijke t-toets is gecontroleerd op de voorwaarden voor gebruik.

Voor de CSQ-8 is de beschrijvende data weergegeven, waaronder de gemiddelde en standaarddeviatie van de afhankelijke variabele: de algemene tevredenheid over de interventie. Het item waar de interventiegroep gemiddeld het hoogst op scoorde is beschreven evenals het item waar de interventiegroep gemiddeld het laagst op scoorde. Tot slot is de minimum en maximum score van de interventiegroep weergegeven op de afhankelijke variabele.

De interviews zijn volledig uitgetypt. De data is vervolgens geanalyseerd met Atlas. De data is op een vaste manier geanalyseerd. In eerste instantie is gelet op de onderwerpen uit het interviewschema. Relevante passages (zinnen, alinea's) die pasten bij een onderwerp uit het interviewschema zijn gecodeerd naar een onderdeel. Nadat alle brieven op deze manier waren gecodeerd, zijn alle codes één voor één doorgelopen om na te gaan of de toegewezen passage het best past bij deze code en/of misschien andere alternatieve codes (onderwerpen uit interviewschema) van toepassing waren. Dit proces is tot twee keer toe herhaald totdat twijfel over de toewijzing van de codes (grotendeels) was verdwenen. Alle codes van alle geïnterviewden zijn vervolgens per onderwerp onder elkaar gezet en gerangschikt van veel voorkomend naar minder vaak voorkomend. De codes die veel voorkwamen zijn vervolgens samengevat en in kernwoorden beschreven.

### 3. Resultaten

#### 3.1. Demografische gegevens

In tabel 3 zijn de demografische gegevens weergegeven. Een significant verschil tussen beide onderzoeksgroepen is gevonden op basis van leeftijd;  $t(16) = 2.69$ ,  $p = .02$ . De controlegroep was met een gemiddelde leeftijd van 49 jaar beduidend ouder dan de interventiegroep die gemiddeld 34 jaar bedroeg. Op de overige demografische gegevens is geen significant verschil gevonden tussen de groepen. In beide onderzoeksgroepen waren de meeste respondenten vrouwen. Het opleidingsniveau tussen de interventie- en controlegroep was evenwichtig verdeeld tussen laag-, middelbaar- en hogeropgeleiden. Hetzelfde gold voor inkomen, dagbesteding en nationaliteit.

Tabel 3: Samenvatting van de demografische gegevens tussen de interventie- en controlegroep.

Achtergrondvariabelen		Interventie N=8	Controle N=10	Toetsingsgrootheid $\chi^2$
<b>Geslacht</b>	Man	2 (25%)	3 (30%)	0.81
	Vrouw	6 (75%)	7 (70%)	
<b>Opleidingsniveau</b>	Lager onderwijs voorbereidend	-	1 (10%)	0.48
	beroepsonderwijs (VMBO)	1 (12,5%)	1 (10%)	
	middelbaar beroepsonderwijs (MBO)	3 (37,5%)	5 (50%)	
	hoger beroepsonderwijs (HBO)	2 (25%)	3 (30%)	
	academisch	2 (25%)	-	
<b>Gezinssamenstelling</b>	Alleenstaand zonder kinderen	3 (37,5%)	2 (20%)	0.84
	Samenwonend/getrouwd zonder kinderen	1 (12,5%)	2 (20%)	
	Samenwonend/getrouwd met kinderen	3 (37,5%)	5 (50%)	
	Thuiswonend bij (groot)ouder(s)/familie	1 (12,5%)	2 (10%)	
<b>Maandlijks netto- gezinsinkomen</b>	500-1000 euro	2 (25%)	3 (30%)	0.55
	1000-2000 euro	2 (25%)	2 (20%)	
	2000-3000 euro	3 (37,5%)	1 (10%)	
	> 4000 euro	-	2 (20%)	
	Dat zeg ik liever niet	1 (12,5%)	1 (10%)	
Geen idee	-	1 (10%)		
<b>Dagbesteding</b>	Betaalde baan in loondienst	5 (62,5%)	6 (54,5%)	0.97
	Werkzoekend/ Huishoudelijke werkzaamheden	2 (25%)	3 (30%)	
	Student	1 (12,5%)	1 (10%)	
<b>Nationaliteit</b>	Nederlands	8 (100%)	9 (90%)	0.36
	Duits	-	1 (10%)	
<b>Leeftijd</b>	Gemiddelde leeftijd in jaren (SD)	33,75 (11,4)	48,60 (11,9)	$t = 2,69$ , $P = 0,02$

#### 3.2 Positieve geestelijke gezondheid

In tabel 4 wordt de beschrijvende data weergegeven van de positieve geestelijke gezondheid, waaronder de gemiddelden en standaarddeviaties. De twee onderzoeksgroepen verschillen niet significant op de pretest wat betreft positieve geestelijke gezondheid, emotioneel- en psychologisch welbevinden. Het sociaal welbevinden verschilt significant tussen beide onderzoeksgroepen op basis van de pretest ( $P < 0.05$ ). De interventiegroep scoort op deze pretest het hoogst op sociaal welbevinden. Cliënten in de interventiegroep vertonen over het algemeen een verbetering van hun score op positieve geestelijke gezondheid ten opzichte van de controlegroep die een gelijke score op positieve geestelijke gezondheid rapporteren tussen de twee meetmomenten. De algemene scores op sociaal - en psychologisch welbevinden stijgen bij de interventiegroep op de posttest ten opzichte van de pretest. Deze stijging is echter niet waarneembaar bij de controlegroep. De gemiddelde scores op emotioneel welbevinden blijven tussen beide groepen nagenoeg gelijk op zowel de voor- als nameting.



Tabel 4: Gemiddelden, standaarddeviaties en toetsingsgrootheid van de twee onderzoeksgroepen op de constructen van de positieve geestelijke gezondheid.

		Interventie		Controle		T(df)
		M	SD	M	SD	
<b>Positieve geestelijke gezondheid</b>	score pretest	2.92	(0.56)	2.69	(0.52)	0.89(16)
	score posttest	3.38	(0.67)	2.54	(0.67)	
<b>Emotioneel welbevinden</b>	score pretest	3.13	(0.68)	3.03	(1.01)	0.23(16)
	score posttest	3.21	(0.85)	3.07	(0.90)	
<b>Sociaal welbevinden</b>	score pretest	2.80	(0.88)	1.94	(0.71)	2.29*(16)
	score posttest	3.35	(0.75)	2.00	(0.83)	
<b>Psychologisch welbevinden</b>	score pretest	2.92	(0.62)	3.15	(0.70)	-0.73(16)
	score posttest	3.50	(0.73)	2.73	(0.89)	

\*\*p ≤ 0.01, \*p < 0.05

In tabel 5 staan de resultaten van de Ancova's. Het sociaal welbevinden is niet opgenomen in tabel 5 omdat niet werd voldaan aan voorwaarden voor toepassing van de Ancova. Het sociaal welbevinden is getoetst met behulp van een onafhankelijke t-toets die was gebaseerd op de verschilscores tussen pretest en posttest,  $t(16) = 2.37$ ,  $p = .03$ . De resultaten van de Ancova's en de onafhankelijke t-toets geven weer dat er significante verschillen zijn gevonden tussen de onderzoeksgroepen op positieve geestelijke gezondheid, sociaal- en psychologisch welbevinden tussen beide de onderzoeksgroepen. Er is geen significant verschil gevonden op emotioneel welbevinden.

Tabel 5: Ancova van de positieve geestelijke gezondheid, emotioneel- en psychologisch welbevinden.

Positieve geestelijke gezondheid (Totaalscore MHC-SF posttest)	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Partial Eta Squared
Pretest MHC-SF totaalscore	5.133	1	5.133	35.08**	.70
Conditie	1.534	1	1.534	10.486**	.41
Error	2.195	15	0.146		
<b>Emotioneel welbevinden -posttest</b>					
Pretest emotioneel welbevinden	6.831	1	6.831	18.443**	.55
Conditie	0.021	1	0.021	0.058	.01
Error	5.555	15	0.370		
<b>Psychologisch welbevinden-posttest</b>					
Pretest psychologisch welbevinden	6.514	1	6.514	22.563**	.60
Conditie	4.203	1	4.203	14.560**	.49
Error	4.330	15	0.289		

\*\*p ≤ 0.01, \*p < 0.05

### 3.3. Psychologisch welbevinden

In tabel 6 wordt de beschrijvende data weergegeven van het psychologisch welbevinden, waaronder de gemiddelden en standaarddeviaties. De onderzoeksgroepen verschilden niet significant op de pretestvariabelen van het psychologisch welbevinden. Alle constructen van het psychologisch welbevinden nemen bij de interventiegroep op de posttest toe ten opzichte van dezelfde meting op pretest. Bij de controlegroep is echter deze toename niet waarneembaar. Cliënten in de interventiegroep laten op de posttest ook een verbetering zien van hun totaalscore van psychologisch welbevinden. Terwijl de cliënten in de controlegroep over het algemeen een lichte daling weergeven op de totaalscore en subschaal scores van het psychologisch welbevinden.

Tabel 6: Gemiddelden, standaarddeviaties en toetsingsgrootheid van de twee onderzoeksgroepen op het psychologisch welbevinden

		Interventie		Controle		T(df)
		M	SD	M	SD	
<b>Psychologisch welbevinden</b>	score pretest	209.00	(11.95)	210.40	(28.31)	-0.13(16)
	score posttest	227.50	(25.61)	200.90	(31.28)	
<b>Autonomie</b>	score pretest	28.38	(4.63)	32.40	(7.53)	-1.32(16)
	score posttest	32.88	(4.64)	31.00	(7.36)	
<b>Positieve relaties</b>	score pretest	37.75	(5.28)	38.80	(7.30)	-0.34(16)
	score posttest	41.00	(6.39)	36.60	(5.70)	
<b>Omgevingsbeheersing</b>	score pretest	30.50	(5.93)	33.30	(5.27)	-1.06(16)
	score posttest	32.88	(5.46)	32.60	(3.75)	
<b>Persoonlijke groei</b>	score pretest	40.00	(4.28)	35.40	(7.76)	1.50 (16)
	score posttest	43.13	(3.52)	34.50	(7.26)	
<b>Doelgerichtheid</b>	score pretest	38.75	(3.85)	36.50	(7.56)	0.76(16)
	score posttest	40.88	(6.40)	33.43	(9.13)	
<b>Zelfacceptatie</b>	score pretest	33.63	(3.34)	34.00	(7.12)	-0.14(16)
	score posttest	36.75	(6.96)	32.80	(7.44)	

\*\*p ≤ 0.01, \*p < 0.05

In tabel 7 zijn de resultaten van de Ancova's weergegeven. De resultaten geven significante verschillen (P<0.05) weer op alle Ancova's met uitzondering van de variabele omgevingsbeheersing. De grootste verschillen tussen de groepen worden gevonden op de totaalscore van psychologisch welbevinden, gevolgd door persoonlijke groei, positieve relaties, autonomie, zelfacceptatie en doelgerichtheid.

Tabel 7: Ancova van het psychologisch welbevinden en de zes constructen van het psychologisch welbevinden

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Partial Eta Squared
Psychologisch welbevinden (Totaalscore PPGS posttest)					
Pretest PPGS totaalscore	9219.52	1	9219.52	33.08**	.69
Conditie	3501.51	1	3501.51	12.56**	.46
Error	4181.38	15	278.76		
<b>Autonomie -posttest</b>					
Pretest Autonomie	382.24	1	382.24	22.34**	.60
Conditie	97.70	1	97.70	5.71*	.28
Error	256.64	15	17.11		
<b>Positieve relaties -posttest</b>					
Pretest positieve relaties	300.22	1	300.22	16.19**	.52
Conditie	114.78	1	114.78	6.19*	.29
Error	278.18	15	18.55		
<b>Omgevingsbeheersing - posttest</b>					
Pretest omgevingsbeheersing	192.10	1	192.10	20.563**	.57
Conditie	16.90	1	16.90	1.77	.11
Error	143.19	15	9.55		
<b>Persoonlijke groei- posttest</b>					
Pretest persoonlijke groei	362.53	1	362.53	27.35**	.65
Conditie	107.11	1	107.11	8.08*	.35
Error	198.83	15	13.26		
<b>Doelgerichtheid -posttest</b>					
Pretest doelgerichtheid	695.81	1	695.81	30.57**	.67
Conditie	111.00	1	111.00	4.88*	.25
Error	431.47	15	22.77		
<b>Zelfacceptatie -posttest</b>					
Pretest zelfacceptatie	594.24	1	594.24	36.70**	.71
Conditie	83.83	1	83.83	5.18*	.26
Error	242.86	15	16.19		

\*\*p ≤ 0.01, \*p < 0.05

### 3.4 Klachtenniveau

In tabel 8 wordt de beschrijvende data weergegeven van het klachtenniveau, waaronder de gemiddelde en standaarddeviaties. De onderzoeksgroepen verschilden niet significant op de pretestvariabelen van de klachten. De verschillen die al bestonden werden in het bijzonder veroorzaakt door de hogere angstklachten bij de interventiegroep. Wanneer er gekeken wordt naar het verloop van de *angst-* en *depressieklachten* dan valt op dat beide klachtgebieden afnemen bij de interventiegroep op de posttest. Daarentegen blijven de posttestscores van de controlegroep vrijwel gelijk op de *angst-* en *depressieklachten* vergeleken met de scores op de pretest. In tabel 9 zijn de resultaten van de Ancova's weergegeven. De resultaten geven weer dat de gevonden verschillen niet significant zijn tussen beide onderzoeksgroepen. De p-waarden varieerden tussen 0.45 tot en met 0.92 die bovendien relatief veraf liggen van de overschrijdingskans van 0.05.

Tabel 8: Gemiddelden, standaarddeviaties en toetsingsgrootheid van de twee onderzoeksgroepen op het klachtenniveau

		Interventie		Controle		T(df)
		M	SD	M	SD	
<b>Totaal score HADS</b>	score pretest	17.00	(6.19)	15.50	(6.62)	0.49(16)
	score posttest	14.13	(7.83)	15.20	(5.97)	
<b>Angst</b>	score pretest	10.13	(3.76)	8.80	(3.46)	0.71(16)
	score posttest	8.75	(4.98)	8.80	(3.43)	
<b>Depressie</b>	score pretest	6.88	(3.27)	6.70	(3.83)	0.10(16)
	score posttest	5.38	(4.07)	6.40	(3.06)	

\*\*p ≤ 0.01, \*p < 0.05

Tabel 9: Ancova van de totaalscore op de HADS, de angstklachten en depressie

Klachtenniveau posttest (Totaalscore HADS)	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Partial Eta Squared
Pretest totaalscore HADS	142.26	1	142.26	3.51	.19
Conditie	13.72	1	13.72	0.34	.02
Error	608.21	15	40.55		
<b>Angst -posttest</b>					
Pretest angst	89.38	1	89.38	7.07*	.32
Conditie	3.64	1	3.64	0.29	.02
Error	189.72	15	12.65		
<b>Depressie-posttest</b>					
Pretest depressie	32.94	1	32.94	2.95	.16
Conditie	5.32	1	5.32	0.48	.03
Error	167.33	15	11.16		

\*\*p ≤ 0.01, \*p < 0.05

### 3.5 Resultaten van de CSQ-8 tevredenheid

De tevredenheidsresultaten geven aan dat de gemiddelde tevredenheidscore van de cliënten in de interventiegroep gemiddeld 3.11 (0.37) punten bedroeg. Cliënten waren over het algemeen tevreden over de groepsgerichte WBT. De hoogste score betrof 3.63 punten en de laagste score was 2.63 punten. De scores op de items varieerden tussen minimaal 2 en maximaal 4 per item. De gemiddelde score op het item 'kwaliteit van welbevinden therapie' was het laagst met een gemiddelde score van 2.88 (0.35). De score op het item 'algehele tevredenheid van welbevinden therapie' was het hoogst met een gemiddelde score van 3.50 (0.53).

### 3.6 Semigestructureerd interview

#### 3.6.1 Toegevoegde waarde

Alle geïnterviewden vonden de WBT een toegevoegde waarde op hun reguliere behandeling. De toegevoegde waarde zat volgens hen hoofdzakelijk in een ‘andere manier van denken’. Hiermee werd bedoeld dat de geïnterviewden de toegevoegde waarde van de WBT voornamelijk zagen in een focusverschuiving: van het verminderen van hun klachten of van datgene dat nog niet goed (genoeg) was naar een focus, die was gericht op het laten groeien van hetgeen persoonlijk belangrijk is en de moeite waard was in het leven. Eén cliënt omschreef de toegevoegde waarde van de WBT als volgt: *“Je leert te kijken naar de momenten die eigenlijk al wel goed gaan. Tijdens de therapie heb ik gewerkt aan het verminderen van die dingen, die niet goed gaan; ja minder gaan. Maar zien van wat er eigenlijk allemaal al wel goed gaat en dat meer te leren waarderen, ja dat is toch wel wat anders. Echt oog hebben voor dié positieve momenten, daar van leren genieten; dat is waar het omdraait. Het helpt mij ook om positiever in het leven te staan. Het is ook iets dat je niet in één keer leert. Zeker met je klachten. Kijk je moet daar echt actief mee bezig zijn”*. Veel voorkomende woorden die terugkwamen in de beschrijving van de toegevoegde waarde waren onder andere: positief leren denken, ontwikkelen van tevredenheid, bewust kiezen voor positieve momenten, groei van het zelfvertrouwen en zingeving. Iemand anders verwoorde de toegevoegde waarde als volgt: *“Er zijn vaak dingen waar ik mij zorgen over maak of mij gewoon minder prettig bij voel. Dan ga ik in dat gevoel mee en voel mij nog slechter worden. Maar als ik dan bewust denk; hé dát was ook een goed moment en dát en dát ook, ja leuk, positief. Dan merk ik dat het allemaal ook zo erg niet is én dat er zoveel mooie momenten overblijven die de moeite waard zijn”*. De meerderheid van de cliënten gaf ook als toegevoegde waarde aan dat de training hen hielp om vaker en bewuster te kiezen voor de positieve momenten in hun dagelijkse leven. Eén cliënt gaf met een klein voorbeeld op een pakkende manier aan wat zij hiermee bedoelde: *“Als ik bijvoorbeeld mijn kinderen ophaal van school dan voel ik mij vaak gespannen en niet lekker, maar ik merk dat ik nog steeds een gesprekje met een andere moeder kan aanknopen over ditjes en datjes. Ja en je merkt dat dingen weer lukken ondanks dat je je niet lekker voelt en dat geeft mij houvast, voldoening en dit verandert mijn leven op een positieve manier”*. Eén cliënt gaf als toegevoegde waarde aan dat hij wel vaker positiever keek naar de gebeurtenissen in zijn leven, maar dat alleen dit besef persoonlijk weinig heeft veranderd in zijn leven.

#### 3.6.2 Overgang van klacht naar kracht

Bijna alle cliënten hebben de overgang van hun klachtgerichte therapie naar de WBT als een logische en soepele overgang ervaren. *“De beste overgang is de overgang die je niet waarneemt”*: gaf één cliënt aan. De meerderheid moest in het begin wennen aan het feit dat alles werd besproken in de groep. Verder gaven bijna alle cliënten aan dat het voor hen logisch en wenselijk aanvoelde om in deze fase van hun behandeling hun aandacht te richten op de positieve momenten in het leven. Eén cliënt gaf aan dat hij de overgang als onprettig had ervaren omdat hij teveel last had van zijn klachten. Dit omschreef hij als volgt: *“Ik heb de switch tussen de therapie en WBT niet als prettig ervaren. Ik had het gevoel dat mijn klachten mij teveel in de weg zaten én dat er iets van mij werd verwacht waar ik nog niet klaar voor was”*. Alle cliënten waren het er over eens dat de WBT alleen effect heeft in de afrondende fase van hun behandeling, wanneer de klachten in remissie zijn. Eén cliënt verwoorde dit als volgt: *“Als ik een halfjaar eerder de training zou hebben gevolgd dan zou ik denken, het zal wél, nu moet ik óók nóg positieve dingen gaan doen! Kijk, je moet al wel een beetje positief kunnen denken en ook een gevoel van richting hebben, want als je dat niet hebt dan schiet het zijn doel voorbij”*.

### 3.6.3 Waardevolle oefeningen

Bijna alle cliënten vonden de oefeningen tijdens de WBT waardevol om zo positiever in het leven te staan. Een onderdeel dat volgens alle cliënten hier het meest aan bij droeg, was het structureel opschrijven van de positieve momenten. Iemand zei hier het volgende over: *“In het begin dacht ik wel af en toe: wat een onzin om elke keer weer die positieve dingen op te schrijven en dat deed ik niet elke avond. Maar naarmate de weken vorderden merkte ik wel dat ik er meer mee bezig was en het wel bleef hangen; het wordt dan een gewoonte. Je ziet meer positieve momenten en het wordt steeds leuker om ze te beschrijven en te delen”*. Iemand anders zei *“De positieve momenten zijn er altijd wel geweest in mijn leven. In die zin is er weinig veranderd, maar de kunst om ze te zien dat heeft mij erg geholpen. Dit leer je alleen als je er veel mee bezig bent en blijft”*. Ook de drie-minuten meditatie werd door de meerderheid van de cliënten als een belangrijk onderdeel genoemd om bewuster te ervaren wat er in hen omging en dat elke situatie een keuze bood voor het positieve terwijl je je onprettig voelt. Eén cliënt vermeldde dit op subtiele wijze: *“Je hebt niet een rottag, maar een rotmoment”*. De meerderheid van de cliënten gaf ook aan dat de oefeningen tijdens sessies over het algemeen goed bijdroegen bij het begrijpelijker maken van de dimensies van het psychologisch welbevinden. De meerderheid droeg als verbeterpunt aan om de dimensies minder abstract te maken door meer alledaagse voorbeelden te gebruiken tijdens de uitleg van de dimensies. Een aanvulling op de oefening ‘goede momenten’ was om structureler te oefenen met ‘het herkennen van de dimensie in het dagelijks leven’.

### 3.6.4 Psychologisch welbevinden

Vier van de vijf cliënten merkten een versterking van hun psychologisch welbevinden na het afronden van de WBT. Op de dimensie persoonlijke groei merkte de meerderheid van deze cliënten de meeste vooruitgang. Eén cliënt merkte dat de dimensie doelgerichtheid het sterkst was toegenomen. Tot slot merkte één cliënt (met terugval) op dat hij weinig tot geen vooruitgang geboekt had op één dimensie. Alle cliënten gaven aan dat zij het lastig vonden om één dimensie te benoemen als dé dimensie waar zij de meeste vooruitgang op hadden geboekt. Het argument dat door een ieder van hen werd aangedragen was dat de dimensies lastig waren te onderscheiden en ook in sterke mate met elkaar samenhangen. Eén cliënt vertelde hierover het volgende: *“Ik zie wel de verschillen, maar ja ik zie ook wel véél overeenkomsten tussen de dimensies. Voorbeeld: Met persoonlijke groei leer ik in de training dat ik er ook mag zijn. Dus dat wat ik vind er ook mag zijn. Dit heeft ook effect op andere dimensies zoals op relaties die met anderen heb: zo leer ik dat ik ook ‘nee’ kan zeggen en hierdoor mijn eigen ruimte en rust kan pakken om te groeien. En dat komt dan weer tot uiting op de andere dimensies”*.

### 3.6.5 Klachtenafname

Over de klachtenafname waren de cliënten verdeeld. De ene helft ervoer wel een verdere afname van de klachten door de WBT en de andere helft niet. Eén cliënt die geen klachtenafname ervoer zei hier het volgende over: *“Mijn klachten zijn voor mij gelijk gebleven en ik merk dat er zo veel dingen spelen, zo veel factoren die invloed hebben op je, of gebeurtenissen die je meemaakt. En de klachten gaan bij mij op en af. Dit wordt door de cursus niet veel anders. Dus de klachten blijven denk ik toch wel, wel merk ik dat er nu ook ruimte is voor het positieve ondanks mijn klachten”*. De cliënten die geen afname ervoeren gaven als reden onder andere ingrijpende life-events waar zij mee werden geconfronteerd tijdens de WBT: één cliënt lag in een scheiding en de andere was bij aanvang van de training zijn baan kwijtgeraakt. Slechts één cliënt ervoer juist een toename van zijn klachten tijdens de WBT. Hierover zij deze cliënt: *“Ik merkte dat ik sterk in beslag werd genomen door mijn klachten en ook geen andere behandeling naast de training had lopen om met mijn klachten om te gaan. Deze behandeling kwam voor mij te vroeg. Ik denk dat ik deze behandeling niet had moeten hebben en door had moeten gaan met de vorige behandeling; nu ga ik wel weer opnieuw in behandeling”*. Een aantal andere cliënten gaf aan dat zij wel een verdere afname van hun klachten ervoeren en zij waren van mening dat de WBT

hieraan bijdroeg. De afname van de klachten werd bij hen voornamelijk veroorzaakt door het overwinnen van dimensies waar cliënten persoonlijk de meeste moeite mee hadden. Deze ‘probleemsituaties’ werden bewust omgezet in een positief moment en werden ook zo ervaren. Om een voorbeeld te geven: één cliënt vond het moeilijk om voor zichzelf op te komen (autonomie), voelde zich gespannen om mensen om een gunst te vragen met als gevolg dat ze veel zelf deed. Het vele zelf doen had weer tot gevolg dat zij zich meer gespannen voelde. Dit wist zij te doorbreken door de volgende situatie: *“Mijn kinderen waren allebei ziek, het was een lamlendige dag. Ik voelde mij niet lekker en gespannen. Maar, ik moest ook nog weg: hoe doe ik dat nou? Nou, wikken en wegen want zo zit ik dan in elkaar. Ik merkte al dat ik gespannen werd en dacht hoe moet dan nu? Toen zag ik mijn buurman buiten lopen. Normaal zou ik wikken en wegen of ik hem wel of niet zou vragen, maar ik denk, naar buiten, naar de buurman; heb je tijd om op te passen? En hij zegt: nou ik vraag de buurvrouw wel even. De buurvrouw die komt vervolgens ook gewoon, en ik durf het te vragen. Zij komt aanzetten met haar krullerspelden in en ja, het is gewoon geen gezicht. Die plugt haar krulmachine met een grote witte kap in bij mij thuis; kindjes lamlendig op de bank en ik kan mijn boodschap doen. ja, zó simpel kan het dus zijn. En door die ervaring ben ik vaker mensen wat gaan vragen, voel mij minder vaak gespannen en ik heb dus minder last van mijn klachten”*. Een andere cliënt zegt het volgende over haar klachtafname door de WBT: *“Door naar de positieve momenten te kijken voelen de problemen iets minder zwaar en ja ik merk dat de dieptes van mijn klachten minder zwaar zijn en dat geeft ook weer een boost. Want het geeft een fijn gevoel als je ergens in zit en je komt daar op eigen kracht weer uit. Dat geeft je weer zelfvertrouwen en hoop voor de toekomst; een positief gevoel en ik heb daardoor minder last van mijn klachten”*. De meerderheid van de cliënten merkte dat ze minder tijd aan klachten kwijt waren zonder dat dit perse resulteerde in een specifieke klachtafname.

### 3.6.6 De groep

Alle geïnterviewden gaven aan dat zij de training het liefst in een groep volgen omdat zij denken dat dit meer effect heeft op het bevorderen van de positieve geestelijke gezondheid dan wanneer de training individueel wordt gevolgd. Terugkomende voordelen die door iedereen als positief werden ervaren: de herkenning bij elkaar, het delen met anderen en het geven van steun aan elkaar. Ook het oefenen met anderen en het verbreden van het eigen gezichtsveld werden als belangrijke voordelen gezien door alle cliënten. De meerderheid van de cliënten gaf ook aan dat zij de groepsdruk als een voordeel zagen. Deze groepsdruk zorgde er voor dat zij de oefeningen en huiswerkopdrachten eerder en structureler deden omdat ze wisten dat op de volgende bijeenkomst aan hen zou worden gevraagd om hun ervaringen met de groep te delen. Ook gaf de meerderheid aan door de groep bewuster te worden van de meer impliciete goede momenten die voor henzelf zo vanzelfsprekend waren; bewustwording door sociale vergelijking. Dit droeg weer bij aan een toenemende waardering van hun meer impliciete goede momenten. Alle cliënten gaven aan dat zij het in het begin erg lastig vonden om zich kwetsbaar op te stellen in de groep maar dat dit weer bijdroeg aan het ervaren van goede momenten. Een cliënt verwoordde het zo: *“Tijdens de tweede bijeenkomst vertelde ik iets wat toch wel erg persoonlijk was voor mijzelf en toen dacht ik; ‘zo dat heb ik toch maar even aangedurfd’. En vooral de reacties van anderen die zeiden van; ‘goed dat je dat deelt en dat zo zegt’. Ja dat bracht bij mij wel veel op gang”*. Een nadeel dat werd genoemd door de minderheid van de cliënten was de groepssamenstelling. Een aantal cliënten gaf aan zich te ergeren aan een ander groepslid omdat zij van mening waren dat dit groepslid nog niet ‘klaar’ was voor de training, met als gevolg dat ze sneller afdwaalden en merkten dat ze minder actief meededen dan ze zouden willen.

#### 4. Discussie

Het doel van deze studie was driedelig. Ten eerste om te achterhalen wat het effect is van de groepgerichte WBT op het welbevinden en het klachtenniveau van cliënten die deze therapievorm kregen als aanvulling op hun reguliere behandeltraject in vergelijking met cliënten die alleen een regulier behandeltraject hadden afgerond. Het tweede doel was om te achterhalen wat de ervaringen van cliënten waren over de interventie. Tot slot is de algemene tevredenheid van de interventie onderzocht.

##### 4.1 Belangrijkste bevindingen

- Op de MHC-SF geven de deelnemers van de WBT na deze interventie een significante verbetering weer op de positieve geestelijke gezondheid, het psychologisch - en sociaal welbevinden. Op het emotioneel welbevinden zijn echter geen significante verschillen gevonden tussen de beide onderzoeksgroepen. Op basis van deze resultaten valt te concluderen dat deelnemers van de WBT van mening zijn dat ze na deze interventie positiever functioneren in de maatschappij (sociaal welbevinden) en meer in staat zijn om een eigen uniek potentieel te verwezenlijken (psychologisch welbevinden) dan de deelnemers in de controlegroep. Het grootste verschil op de MHC-SF tussen beide onderzoeksgroepen is na de interventie gevonden op het psychologisch welbevinden ( $p < 0.01$ ).
- De resultaten van de PGGS tonen aan dat het psychologisch welbevinden significant toenam. Deze toename werd het sterkst veroorzaakt door het construct persoonlijke groei, gevolgd door positieve relaties met anderen, autonomie, zelfacceptatie en doelgerichtheid. Voor al deze dimensies zijn na afloop van de interventie significante verschillen gevonden tussen de deelnemers van de WBT en de controlegroep. Voor omgevingsbeheersing is als enige dimensie van het psychologisch welbevinden geen significant resultaat gevonden tussen de beide onderzoeksgroepen.
- Er zijn in deze studie geen significante verschillen op het klachtenniveau gevonden tussen de beide onderzoeksgroepen, zoals is gemeten met de HADS. Er valt te concluderen dat op zowel de angst- als stemmingklachten geen significante verschillen zijn gevonden tussen de deelnemers van de WBT en de controlegroep.
- Op basis van de CSQ-8 kan geconcludeerd worden dat de deelnemers van de WBT zeer tevreden waren over de groepsgerichte WBT.
- Uit de semigestructureerde interviews bleek dat de deelnemers de focusverschuiving van de WBT als belangrijkste toegevoegde waarde beschouwden. Daarnaast bleek dat de interventie goed aansloot op de reguliere behandeling. Ook werden de oefeningen tijdens de WBT als waardevol beschouwd om positiever in het leven te kunnen staan. Het opschrijven van de goede momenten en de drie- minuten meditatie werden specifiek als waardevolle oefeningen gezien. Over het algemeen vond men dat de oefeningen tijdens de sessie goed bijdroegen aan het begrijpelijker maken van de dimensies van het psychologisch welbevinden. Bijna alle cliënten ervoeren een toename van het psychologisch welbevinden door de WBT. Bij de meerderheid werd deze toename het sterkst veroorzaakt door de dimensie persoonlijke groei. Over de klachtenafname door de WBT waren de cliënten verdeeld. Tot slot werd de groepsvorm van de WBT als zeer positief ervaren door alle deelnemers.

#### 4.2 *Positieve geestelijke gezondheid*

De hypothese dat het emotionele, psychologische en sociale welbevinden significant verschilt tussen beide onderzoeksgroepen werd in deze studie deels bevestigd: voor de twee laatst genoemde vormen van welbevinden wel, maar voor het emotionele welbevinden niet. In vergelijking met de algemene bevolking zijn de gevonden resultaten van de interventiegroep op de eindmeting opmerkelijk te noemen. De score van de interventiegroep stijgt namelijk zo sterk dat men in vergelijking met de algemene bevolking bovengemiddeld scoort op zowel sociaal- als psychologisch welbevinden. De controlegroep laat deze toename echter niet zien en scoort in vergelijking met de algemene bevolking, op beide metingen, onder het gemiddelde op alle drie de onderdelen van de positieve geestelijke gezondheid (emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden). De onder gemiddelde scores van de controlegroep op positieve geestelijke gezondheid zijn na klachtgerichte behandeling niet opmerkelijk en komen overeen met eerder onderzoek bij Mediant (Esen, 2011). De conclusie luidt dan ook dat de groepsgerichte WBT, als aanvulling op de klachtgerichte behandeling, een veelbelovende interventie lijkt om de relatief lage scores op het psychologische- en sociale welbevinden verder te laten toenemen tot zelfs boven het gemiddelde van de algemene bevolking.

##### 4.2.1 *Psychologisch welbevinden*

Het grootste verschil op de positieve geestelijke gezondheid is tussen beide onderzoeksgroepen gevonden op het psychologisch welbevinden ( $p < 0.01$ ). Deze sterke toename bij de interventiegroep op het psychologisch welbevinden lijkt te bevestigen dat groepsgerichte WBT op een effectieve wijze het psychologisch welbevinden helpt te bevorderen. Vergeleken met eerdere studies die zich richten op de individuele variant van WBT, lijkt de groepsgerichte WBT zelfs beter in staat om het psychologisch welbevinden te laten toenemen (Fava & Ruini, 1998). Zo vonden Fava & Ruini (1998) alleen op het construct persoonlijke groei een significant effect, terwijl deze studie significante effecten vond voor persoonlijke groei, autonomie, positieve relaties, doelgerichtheid en zelfacceptatie. Een mogelijke verklaring van het verschil kan liggen in de inhoud van het groepsgerichte WBT programma: deelnemers krijgen extra huiswerkopdrachten en verrichten gezamenlijk oefeningen per sessie die ook gezamenlijk nabesproken worden. Bovendien kan het groepsgerichte karakter van deze WBT ook een rol spelen. Dit zal nader besproken worden in paragraaf 4.2.2. De combinatie tussen aanvullende oefeningen en het groeps karakter zouden dus een mogelijke verklaring kunnen zijn voor de toename van significante effecten die de individuele WBT niet biedt.

Wanneer specifiek gekeken wordt naar de constructen van het psychologisch welbevinden dan valt op dat de interventiegroep de sterkste toename weergeeft op persoonlijke groei, daarna op positieve relaties met anderen, autonomie, zelfacceptatie en doelgerichtheid. Voor omgevingsbeheersing is geen significant resultaat gevonden tussen beide onderzoeksgroepen en dit kan mogelijk verklaard worden door de lage interne betrouwbaarheid van deze subschaal. De resultaten van de PGGS bevestigen, net als de MHC-SF, dat de groepsgerichte WBT een effectieve interventie lijkt te zijn die het psychologisch welbevinden in de klinische praktijk na behandeling van angst- stemmingsklachten verder kan vergroten. De totaalscore van de PGGS correleert sterk (0.78) met het construct psychologisch welbevinden van de MHC-SF. Het construct psychologisch welbevinden lijkt op beide meetinstrumenten valide te zijn.



#### 4.2.2 Sociaal welbevinden

De verhoogde score op sociaal welbevinden ( $p < 0.05$ ) is niet eerder onderzocht na WBT en vergelijkingsmateriaal ontbreekt. De vraag die rijst is hoe het verschil tussen de onderzoeksgroepen verklaard kan worden op het sociaal welbevinden? Voor de toename van het sociaal welbevinden is geen directe verklaring te vinden in de literatuur over WBT omdat deze onderzoeken tot op heden alleen het psychologisch welbevinden hebben gemeten. Een hypothese zou kunnen zijn dat de vorm waarin de groepsgerichte WBT wordt gehouden direct effect heeft op de wijze waarop cliënten positiever functioneren in de maatschappij. Dit wordt ook ondersteund door de resultaten van de semi-gestructureerde interviews: alle cliënten zouden de WBT liever in een groep doen omdat ze dan de mogelijkheid hebben om elkaar te helpen, van elkaar kunnen leren, positieve waardering krijgen, het gevoel hebben dat anderen op hen reageren en naar hen luisteren, dat ze niet de enige met problemen zijn en dat ze het gevoel koesteren dat ze bij deze groep horen. De onderwerpen die cliënten noemen tijdens het semi-gestructureerde interview vertonen overeenkomsten met de genezende factoren die Yalom (1995) noemt van groepstherapie waaronder: het wekken van hoop, universaliteit, informatie delen, ontwikkelen van altruïsme en sociale vaardigheden, leren van elkaar, groepscohesie en het delen van emoties. Meer specifiek lijkt de groepsgerichte WBT als een microkosmos te functioneren waarin de vijf dimensies van het sociaalwelbevinden van Keyes verder tot ontwikkeling kunnen komen. Er zijn dan ook veel overeenkomsten te vinden tussen de antwoorden van cliënten op de semigestructureerde interviews en de vijf dimensies van Keyes (1998). Hieronder geef ik aan welke overeenkomsten ik zie en welke uitspraken van cliënten dit operationaliseren:

1. Door het delen van ervaringen en het delen van goede momenten oefenen de leden van de groep met het erkennen en accepteren van andere meningen (sociale acceptatie): *“Ik zie het als een voordeel dat je met andere mensen deze training doet. Het zijn mensen met andere klachten. Je gaat anders tegen zaken aankijken en het verbreedt mijn blikveld.”*
2. Het uitwisselen van ervaringen die gewaardeerd worden door de rest, erkenning krijgen van anderen en het gevoel krijgen dat je mening er toe doet. (sociale contributie): *“Vooral het meedenken met anderen en het zelf delen van ervaringen waren voor mij erg belangrijk en waardevol”*
3. Je een deel voelen van de groep, erbij horen, bij een groep die op het punt staat om een periode van klachten achter zich te laten en zich gezamenlijk te richten op het positieve (sociale integratie): *“Ik voel mij ondersteund door de anderen, ze begrijpen mij en weten dat het niet altijd makkelijk is om je op het positieve te richten, maar wel belangrijk”*
4. Het begrijpen van de goede momenten van anderen, proberen deze logischerwijs te plaatsen in relatie tot de klachten en hierin geïnteresseerd zijn (sociale coherentie): *“Toen ik duidelijker kreeg wat precies L's zijn klachten waren; ja toen begreep ik de goede momenten ook beter en dacht van ja: dat is echt een goed moment voor hem”*
5. Bij anderen zien dat zij mogelijkheden realiseren door goede momenten te ondernemen, dat het geloof versterkt dat men zelf ook mogelijkheden in de maatschappij kan realiseren (sociale actualisatie): *“Nee zeggen, is voor mij ook lastig. Maar op het moment dat ik hoorde dat A. dat had gedaan en ze vertelde hoe het haar hielp, dacht ik bij mijzelf: ja dat kan ik ook; dat zou mij ook helpen om zo wat meer rust te pakken.”*

De resultaten uit de semigestructureerde interviews tonen aan dat de interactie met de groepsleden hun hielp om inzicht te krijgen in wie ze zijn en waar ze voor staan in het leven; dit beïnvloedt daarmee het concept van zingeving en het psychologisch welbevinden. De groei van het sociaal welbevinden zou dus een verklaring kunnen bieden voor de sterkere toename van de constructen van psychologisch welbevinden in vergelijking met de eerdere studie van Fava & Ruini (1998) waarin deze interactie met groepsleden ontbrak. Dat de groep direct van invloed is op de geestelijke gezondheid is al eerder onder woorden gebracht door Sullivan (1966): ‘*Men krijgt geestelijke gezondheid in de mate waarin men zichzelf bewust wordt van de relatie met de medemens*’. Dit citaat geeft pakkend weer dat het psychologisch welbevinden niet in een vacuüm optreedt, maar beïnvloed wordt door de sociale context en de interpersoonlijke interactie met anderen. Hetgeen door Keyes et al, (2002) ook wordt bevestigd. Het is zeer goed denkbaar dat de score op het psychologisch welbevinden bij de interventiegroep gemiddeld lager zou uitvallen op het moment dat er geen sprake zou zijn geweest van een toename op het sociaal welbevinden. Aangezien verbondenheid met anderen een belangrijke rol speelt bij het ervaren van welbevinden (Sullivan, 1966; Keyes, 1998; King & Napa, 1998; Westerhof, Dittmann - Kohi & Thissen, 2001).

#### 4.2.3 *Emotioneel welbevinden*

De niet significante toename van het emotioneel welbevinden is opmerkelijk te noemen omdat een toename van het psychologisch welbevinden ook een toename impliceert van de psychologische processen die bijdragen aan een gelukkiger leven (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Dat de levenstevredenheid, geluk en positieve gevoelens niet significant toenemen, kan mogelijk verklaard worden door ingrijpende life-events die de gemoedstoestand van de helft van de deelnemers van de interventiegroep sterk kleurden tijdens de onderzoeksperiode: twee van hen zijn hun baan kwijtgeraakt, één cliënt lag in scheiding én een andere cliënt had een forse terugval van zijn angst- en stemmingsklachten. Juist deze cliënten lieten op de posttest een flinke daling zien op het emotioneel gemiddelde dan de andere leden van de interventiegroep. Tijdens de semigestructureerde interviews noemden de cliënten de bovenstaande life-events als de reden voor hun afname in levenstevredenheid, geluk en positieve gevoelens.

#### 4.3 *Klachtenniveau*

De hypothese wat betreft een significante afname van de angst- en stemmingsklachten bij de interventiegroep, is niet bevestigd met dit onderzoek. Op basis van de literatuur was de verwachting dat een toename van positieve geestelijke gezondheid zou bijdragen aan een verdere afname van de klachten (Lamers et al, 2011). Een significante daling van de stemmings- en angstklachten na WBT, zoals bij Fava & Ruini (1998), is in deze studie niet teruggevonden. Een verklaring voor het verschil met de studie van Fava & Ruini (1998) komt mogelijk doordat de deelnemers van die studie een relatief hoger klachtenniveau hadden bij aanvang in vergelijking met de deelnemers van deze studie. In de studie van Fava & Ruini was dus relatief meer ruimte voor klachtafname. Echter in beide studies zijn de groepen deelnemers klein en worden verschillende klachtenlijsten gebruikt zodat de bovenstaande verklaring met voorzichtigheid moet worden geïnterpreteerd. Er is in deze studie wel degelijk een daling waarneembaar op het algemene klachtenniveau van de cliënten in de interventiegroep, maar deze is niet voldoende voor een significant resultaat. De vraag is echter ook in hoeverre er significante effecten verwacht kunnen worden bij cliënten die al succesvol zijn behandeld voor hun klachten? De kans om grote significante effecten te vinden is bij voorbaat al klein vanwege de relatief lage score van het klachtenniveau op de baseline meting en kleine steekproef. Bovendien heeft de helft van de cliënten een ingrijpende life-event meegemaakt die de somberheids- en angstklachten laten toenemen voor een korte periode. De

vraag die interessant is voor vervolgonderzoek is om na te gaan of WBT (individueel of in een groep) de klachten kan laten afnemen bij een groep cliënten die bij aanvang hoger scoren op angst en stemmingsklachten. Uit de semigestructureerde interviews blijken cliënten wisselend tegenover WBT te staan als de klachten hoog zijn. De meeste cliënten zien een afname van klachten wel als voorwaarde voor deelname aan WBT. Dit wordt ook bevestigd door Fava en Ruini (2012).

#### *4.4 Tevredenheid interventie & semigestructureerde interviews*

De tevreden over de groepsgerichte WBT was op basis van de CSQ-8 goed te noemen. De semigestructureerde interviews bevestigden dit beeld. Uit de semigestructureerde interviews bleek dat de toegevoegde waarde van de WBT voor cliënten vooral in de focusverschuiving zat: van het verminderen van de klachten of van datgene dat nog niet goed (genoeg) was naar een focus, die was gericht op laten groeien van hetgeen persoonlijk belangrijk is en de moeite waard was in het leven. Cliënten vonden de overgang, van klachtgerichte therapie naar de WBT, een logische vervolgstap die goed aansloot op de reguliere behandeling. Het structureel opschrijven van de goede momenten, de drie minuten meditatie en de aanvullende oefeningen tijdens de sessie werden als waardevol beschouwd. Het psychologisch welbevinden nam over het algemeen sterk toe en bij de meerderheid van de cliënten werd dit het sterkst veroorzaakt door de dimensie persoonlijke groei. De sterkste toename van de dimensie persoonlijke groei kwam overeen met zowel de vragenlijsten als de semi-gestructureerde interviews. Alle cliënten vonden de dimensies lastig om te onderscheiden en vonden dat ze in sterke mate met elkaar samenhangen. Cliënten zouden graag meer duidelijkheid willen hebben over de dimensies en hun onderlinge samenhang. Over de klachtenafname waren de cliënten verdeeld. Sommige hadden minder last van hun klachten omdat er in hun leven meer positieve momenten waren, andere waren van mening dat de WBT niet heeft bijgedragen aan een klachtenafname. De groepsvorm werd als zeer positief ervaren door alle cliënten: de herkenning bij elkaar, het delen met anderen, het geven van steun aan elkaar waren, het verbreden van het eigen gezichtsveld en de groepsdruk om te oefenen en te doen. Samenvattend lijkt de well-being therapie van Fava & Ruini (Fava & Ruini 1998; Fava & Ruini, 2003; Fava & Tomba, 2009) als eerste met succes in een groepsvorm te zijn vertaald op een wijze die past bij de Nederlandse Geestelijke Gezondheidszorg.

#### *4.5 Beperkingen van het onderzoek*

De gevonden onderzoeksresultaten dienen geïnterpreteerd te worden in relatie tot de beperkingen die dit onderzoek met zich meebrengt. De meest belangrijke beperking van dit onderzoek is het ontbreken van aselecte toewijzing aan de interventie- en controlegroep. Dit onderzoek biedt geen volledige experimentele controle. Door het ontbreken van aselecte toewijzing op basis van deze eerste pilot, kan dit onderzoek niet uitsluiten of de gevonden resultaten het gevolg zijn van mogelijke verschillen die al bij aanvang bestonden tussen beide onderzoeksgroepen (Dooley, 2001). Dit geldt specifiek voor het gevonden verschil in leeftijd als het verschil dat op de baseline meting aanwezig was op sociaal welbevinden. Vanwege de niet aselectieve toewijzing verschillen de groepen nu op leeftijd en sociaal welbevinden en het is dan ook onjuist om hier achteraf voor te corrigeren (Miller & Chapman, 2001; Porter & Raudenbush, 1987). Het enige devies is om het onderzoek te herhalen met een aselecte toewijzing tussen de onderzoeksgroepen. Een ander beperking van dit onderzoek is dat de gebruikte steekproef relatief klein is. Met als gevolg dat het moeilijk is om tot betrouwbare en gegeneraliseerde uitspraken te komen over de effectiviteit van de groepsgerichte WBT: Grotere (gerandomiseerde) onderzoeken zijn hier voor nodig. Juist vanwege deze relatief kleine steekproef is de kans groter dat een herhaling van dit onderzoek mogelijk tot andere

resultaten zal leiden. Ook zijn de resultaten van de semi-gestructureerde interviews in beperkte mate generaliseerbaarheid naar een grotere populatie in een andere situatie, plaats of tijd vanwege de kleine groep geïnterviewden. Meer, groter en gerandomiseerd onderzoek is dus nodig om met meer zekerheid te kunnen spreken over de effecten van de groepsgerichte WBT. Verder is de codering van de kwalitatieve data slechts door één onderzoeker uitgevoerd: de inter- en intra beoordeelaarsbetrouwbaarheid is niet onderzocht.

Een andere beperking die in ogenschouw moet worden genomen is de kritiek op het meetinstrument dat psychologisch welbevinden pretendeert te meten (Springer & Hauser, 2006; Springer, Hauser, & Freese, 2006). Om te beginnen is de verkorte Nederlandse versie nog onvoldoende onderzocht op validiteit en betrouwbaarheid. De Nederlandse vragenlijst laat, naar mijn mening, ruimte voor verbetering aangezien er relatief lange zinnen gebruikt worden met dubbele ontkenningen. Een uitgebreid onderzoek naar de construct validiteit van de Engelse vragenlijst wat betreft het psychologisch welbevinden geeft volgens Springer & Hauser (2006) de volgende conclusie: *“There may well be a six-factor structure of psychological well-being, but the items Ryff has proposed to represent that structure fail to confirm it. The problem may lie in the instrumentation, in the theory, or in both”*. Hieruit valt te concluderen dat het meetinstrument in beperkte mate meet wat het zou moeten meten en dat de zes factoren van het psychologisch welbevinden niet als zodanig worden teruggevonden. In verschillende studies is een sterke overlap gevonden tussen omgevingsbeheersing, persoonlijke groei, doelgerichtheid en zelfacceptatie (Springer & Hauser, 2006; Kafka & Kozma, 2002; Hillson, 1997). Bovenstaande studies wijzen erop dat de gebruikte constructen van het psychologisch met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Ook deze studie wijst in die richting omdat deelnemers van de groepsgerichte WBT tijdens de semigestructureerde interviews aangeven moeite te hebben om de constructen van het psychologisch welbevinden uit elkaar te houden en zij ervaren in de praktijk een sterke overlap. Een te rigide afbakening van de constructen van het psychologisch welbevinden lijkt niet te passen bij de belevingswereld die cliënten hebben.

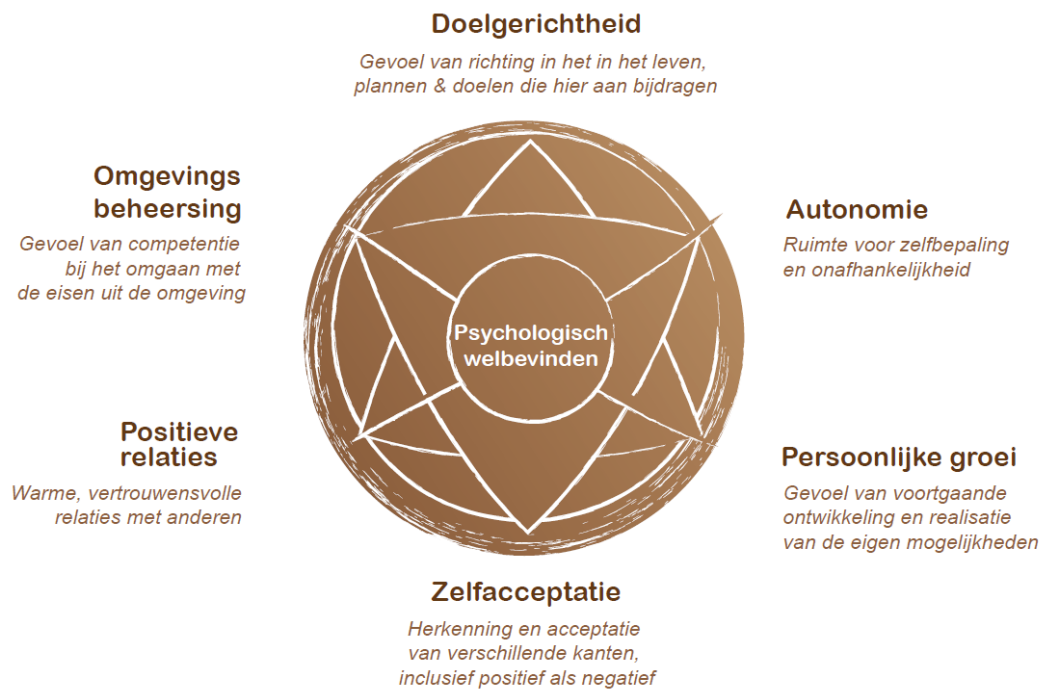
#### 4.6 Conclusie

Deze pilot-studie heeft als eerste studie inzicht gegeven in de effecten van het welbevinden en klachtenniveau van cliënten die de aanvullende groepsgerichte WBT hebben gevolgd na hun reguliere behandeling, in vergelijking met cliënten die alleen hun reguliere behandeling hebben afgerond. Het sociale en psychologische welbevinden bleek bij de interventiegroep na behandeling significant hoger te zijn dan cliënten die alleen hun klachtgerichte behandeling succesvol hadden afgerond. Een verdere analyse van het psychologisch welbevinden toont de grootste effecten aan op de constructen persoonlijke groei, autonomie en positieve relaties aan. Ook is er een significante toename van zelfacceptatie en doelgerichtheid gevonden op het psychologisch welbevinden bij de interventiegroep. Deze interventie lijkt in zijn huidige vorm een veelbelovende interventie te zijn om na behandeling het welbevinden verder te versterken bij cliënten die een remissie van hun angst en stemmingsklachten hebben. Voor de verdere afname van klachten is in deze studie geen overtuigend bewijs gevonden en dit lijkt te worden veroorzaakt door het relatief lage klachtenniveau bij aanvang. Verder valt te concluderen dat algemene tevredenheid en de ervaringen van cliënten aan de interventiegroep goed is te noemen.

#### 4.7 Aanbevelingen

Naar aanleiding van deze pilot-studie zijn verschillende aanbevelingen te formuleren. Allereerst is een aanbeveling is om de structuur van de WBT te optimaliseren, het protocol te herschrijven en de kwaliteit van de WBT verder te laten toenemen door de constructen van het psychologisch welbevinden beter te laten aansluiten op de belevingswereld van cliënten. Dit kan versterkt worden door voorbeelden en korte ondersteunende videofragmenten. Ook wordt aanbevolen om meer aandacht te besteden aan de samenhang tussen de constructen van het psychologisch welbevinden en hun onderlinge afhankelijkheid. Dit kan op een visuele manier worden verduidelijkt zoals in figuur 3 is weergegeven.

Figuur 3: psychologisch welbevinden, de constructen en onderlinge samenhang



Dit figuur geeft ten eerste aan dat het psychologisch welbevinden meer lijkt te zijn dan een optelsom van zijn componenten. Zoals een deelnemer aangaf: “Met persoonlijke groei leer ik in de training dat ik er ook mag zijn. Dit heeft ook effect op andere dimensies zoals op relaties die ik met anderen heb: zo leer ik dat ik ook ‘nee’ kan zeggen, hierdoor mijn eigen ruimte en rust kan pakken om te groeien. En dat komt dan weer tot uiting op de andere dimensies”. Een ‘goed moment’ op één construct lijkt tot op bepaalde hoogte invloed te hebben op ander construct zodat er een positieve spiraal kan ontstaan. Er lijkt dus sprake te zijn van synergie. Tegelijkertijd is het onmogelijk om een ‘goed moment’ op te delen in slechts één construct van het psychologisch welbevinden, zonder de kwaliteit van het gehele psychologisch welbevinden geweld aan te doen. Ook hieruit blijkt dat psychologisch welbevinden meer is dan de som der delen. Een ‘goed moment’ interacteert met de andere onderdelen van het psychologisch welbevinden, lijkt hierdoor versterkt te worden en aan betekenis te winnen. Om dit proces te stimuleren lijkt het raadzaam om tijdens de training meer aandacht te besteden aan de onderlinge interactie tussen de constructen van het psychologisch welbevinden. Dit figuur zou hier aan kunnen bijdragen en lijkt te passen bij de belevingswereld van cliënten. Ook kan dit figuur in de groepsgerichte WBT gebruikt worden als een hulpmiddel om het psychologisch welbevinden te introduceren, de constructen nader toe te lichten en hun onderlinge interactie te visualiseren.

Ten tweede geeft de ronde vorm van het figuur aan dat er niet één beginpunt of vaste volgorde is om het psychologisch welbevinden te versterken. In zekere zin lijkt een vaste volgorde zelfs strijdig met het idee van het psychologisch welbevinden: *het vermogen het unieke potentieel te verwezenlijken*. Dit proces is voor iedereen anders. Om deze reden wordt ook aanbevolen om per construct van het psychologisch welbevinden de termen ‘hoog’ of ‘laag’ te vermijden, zoals deze door Fava & Ruini worden gebruikt in de individuele WBT. Want wat is ‘hoog’, wat is ‘laag’ en in relatie tot wat? Bovendien suggereert een ‘hoog niveau’ van welbevinden, dat deelnemers hierover zouden moeten beschikken en dat een laag niveau van welbevinden mogelijk een gebrek is van aanpassingsvermogen. Het doel lijkt dus niet om van een ‘laag’ naar een ‘hoog’ niveau van psychologisch welbevinden te gaan, maar naar een niveau van psychologisch welbevinden dat past binnen de *individuele context* en de *eigen doelen* van de cliënt. Om dit verder te stimuleren wordt aanbevolen om tijdens de groepsgerichte WBT meer aandacht te besteden aan de individuele context en persoonlijke doelen van cliënten bij de vormgeving van de constructen van het psychologisch welbevinden: *wat zou jij willen bereiken met autonomie (of een ander construct) gelet op de situatie waarin je verkeert?* Dit zou elke cliënt individueel kunnen nagaan door van te voren persoonlijke doelen op te stellen voor elk construct van het psychologisch welbevinden die passen bij zijn of haar individuele context. Dit zou bijvoorbeeld vormgegeven kunnen worden met een korte huiswerkopdracht. Op deze manier zou het unieke aspect van het psychologisch welbevinden meer benadrukt kunnen worden in de groep.

Samenvattend probeert dit figuur het psychologisch welbevinden en onderlinge samenhang tussen de constructen te visualiseren. Verder geeft dit figuur aan dat er niet één manier of *best practice* is om het psychologisch welbevinden te laten toenemen, maar dat dit sterk afhangt van de *individuele context* en de *persoonlijke doelen* van cliënten per construct. Gewaakt moet worden voor opgelegde (groeps)doelen die als norm kunnen gaan fungeren omdat dit, mijns inziens, haaks staat op het principe van psychologisch welbevinden.

#### 4.8 Vervolgonderzoek

Wat betreft dit onderzoek zit de toegevoegde waarde voornamelijk in de triangulatie van kwalitatieve en kwantitatieve data. Verder onderzoek dat voortbouwt op de resultaten van de groepsgerichte WBT wordt aangeraden. Het lijkt er sterk op dat de toevoeging van de groep en de extra oefeningen een sterk effect hebben op het verder versterken van het psychologisch- en sociaal welbevinden. Een aanvulling voor vervolgonderzoek is om de WBT zowel individueel als in een groep te geven zodat specifieker kan worden nagegaan of het effect op het welbevinden wordt veroorzaakt door de groep, de inhoud van het programma of misschien een combinatie van beide. Drie condities worden aangeraden; waaronder één conditie die WBT in een groep volgt, één conditie die de WBT individueel volgt en een controlegroep die succesvol hun klachtgerichte behandeling heeft afgerond. Toewijzing dient idealiter random te gebeuren met grotere groepen. Bovendien lijkt het raadzaam om dit onderzoek (met 2 condities) simpelweg te herhalen met meer respondenten om zo te onderzoeken of dezelfde resultaten opnieuw worden gegenereerd. Mijns inziens mag er meer nadruk komen op replicatieonderzoek omdat alleen dit onderzoek ons nog relatief weinig zegt. Ook het continueren van interviews met cliënten lijkt raadzaam omdat dit meer informatie verschaft over de werkzame bestanddelen van groepsgerichte WBT die niet te vangen zijn met vragenlijsten. De conclusie van dit onderzoek is dat de groepsgerichte WBT, na de klachtgerichte behandeling, van toegevoegde waarde lijkt te zijn om de positieve geestelijke gezondheid verder te versterken. Kortom vertelt dit onderzoek dat ‘gedeelde vreugde, dubbele vreugde is’.

## 5. Bronnenlijst:

- Attkisson, C.C., & Zwick, R. (1982) The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5, 233-237.
- Beekman A.T.F., Cuijpers, P., Marwijk, H.W.J., Smit, F., Schoevers, R.A., Hosman C. (2006) Preventie van psychiatrische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 419-423.
- Beck, A.T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorder and phobia*. New York: Basic Book.
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago: Rand McNally
- Corrigan, P. How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59, 614-625
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (2000). *Fourth Edition Text Revised*. Washington DC: American Psychiatric Association,
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R.E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Dierendonck, D. Van (2011). *Handleiding PGGGS*. Versie 0.5. Unpublished manuscript.
- Dooley, D.D. (2001). *Social Research Methods (fourth edition)*. New Jersey: Prentice Hall.
- Emmelkamp, P., Bouman, T., Visser, S. (2009). *Angststoornissen en hypochondrie. Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Esen, Ö. (2011). Een kwantitatieve studie naar de positieve geestelijke gezondheid van cliënten met stemming & angstproblematiek. Masterthese, Universiteit Twente
- 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., Rafanelli, C., Ottolini, F., Ruini, C., Cazzaro, M., & Grandi, S. (2001). Psychological well-being and residual symptoms in remitted patients with panic disorder and agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 31, 899-905.
- Fava, G.A., & Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: Wellbeing therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 45-63.

- Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., & Grandi, S. (2004). Six year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *The American Journal of Psychiatry*, *161*, 1872–1876.
- Fava, G.A., Ruini, C., & Rafanelli, C. (2005). Sequential treatment of mood and anxiety disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *66*, 1392–400.
- Fava, G.A., Tomba, E., & Grandi, S. (2007). The road to recovery from depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *76*, 260–265.
- Fava, G.A., & Tomba, E. (2009). Increasing psychological wellbeing and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of Personality*, *77*, 1903–1934.
- Fava, G.A., & Ruini, C. (2012). Role of well-being therapy in achieving a balanced and individualized path to optimal functioning. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *19*, 291–304.
- Hillson, Joan M. (1997). *An investigation of positive individualism and positive relations with others: dimensions of positive personality*. University of Western Ontario, Ontario.
- Hollander de., A.E.M., Hoeymans, N., Melse, J.M., Oers van J.A.M., Polder, J.J. (2006). *Zorg voor Gezondheid, Volksgezondheid Toekomst Verkenning*. RIVM rapport nr. 270061003. Bilthoven: RIVM.
- Gillham, J.E., & Seligman, M.E.P. (1999). Footstep on the road to a positive psychology. *Behavior Research and Therapy*, *37*, 5163-5173
- Graaf, R., Have, M., & Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking*. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Trimbos-instituut: Utrecht,
- Judd, L.L., Akiskal, H.S., Maser, J.D. (1998). A prospective study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 694-700.
- Labbate, L.A., & Doyle, M.E. (1997) Recidivism in major depressive disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*, *66*, 145-149.
- 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*, 99-110.
- Kafka, G.J., & Kozma, A. (2002). The construct validity of Ryff's scales of psychological well-being (SPWB) and their relationship to measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, *57*, 171-190.
- Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van, & Hoogduin, C.A.L. (2004). *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg I*, tweede, herziene druk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.



- Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van, & Hoogduin, C.A.L. (2004). *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg II*, tweede, herziene druk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Keyes, C.L.M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Keyes, C.L.M. (2006). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *American journal of Orthopsychiatry*, 76, 395-402.
- 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.
- Keyes, C.L.M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- King, L.A. & Napa, C.K. (1998). 'What makes a life good?' *Journal of Personality and Social Psychology* 75, pp. 156-165.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGz (2011). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen; Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGz (2011). *Multidisciplinaire richtlijn depressie; Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979) Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Mediant, (2012). Informatie online verkregen op 07-10-2012 via: [http://www.mediant.nl/aanbod/wat\\_doen\\_we\\_/stemmings-\\_en\\_angststoornissen](http://www.mediant.nl/aanbod/wat_doen_we_/stemmings-_en_angststoornissen).
- Meijer, S.A., Smit, G., Schoemaker, C.G. & Cuijpers, P. (2006). 'Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen'. Bilthoven: RIVM.
- Moore, D.S., & McCabe, G.P. (2009). *Statistiek in de praktijk*. Den Haag, The Netherlands; Sdu Uitgevers.
- Mueller, T.I., Leon, A.C., Keller, M.B. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1000-1006.
- Miller, G.A., & Chapman, J.P. (2001). Misunderstanding Analyses of Covariance. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 40-48

- Nasser, E. H. & Overholser, J. C. (2005). Recovery from major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 111, 125–132.
- Ormel, J., & Sytema, S. (1999). *Epidemiologische aspecten van stemmingsstoornissen. Handboek stemmingsstoornissen*. Maarssen: Elsevier/De tijdstroom.
- Porter, A. C., & Raudenbush, S. W. (1987). Analysis of covariance: Its model and use in psychological research. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 383-392.
- Rafanelli, C., Park, S.K., Ruini, C., Ottolini, F., Cazzaro, M., & Fava, G.A. (2000). Rating well-being and distress. *Stress Medicine*, 16, 55–61.
- Ruiter, C. de & Hildebrand, M. (2006). *Handboek Psychodiagnostiek. Van testmethode naar toepassing*. Amsterdam: Harcourt
- Ryff, C.D., Essex, M.J. (1991). Psychological well-being in adulthood and old age: Descriptive markers and explanatory processes. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 10, 144-171.
- 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, 1069-1081.
- Ryff, C.D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C.D., & Singer, B.H. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 14–23.
- Ryff, C.D., & Singer, B.H. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1–28.
- Seligman, M.E.P., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. *An Introduction. American Psychologist*. 55, 5-14.
- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410– 421.
- 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, 467-487.
- Slobbe, L.C.J., Kommer, G.J., Smit J.M., Groen, J., Meerding, W.J., Polder, J.J. (2006) *Kosten van ziekten in Nederland 2003. Zorg voor euro's*. RIVM rapport 270751010. Bilthoven: RIVM.
- 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.

- Spinhoven, P., Ormel, J., Sloekers, P.P.A., Kempen, G.I.J.M., Speckens, A.E.M., & Hemert, A.M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS) In different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, *27*, 363-370.
- Springer, K.W., & Hauser, R.M. (2006). An assessment of the construct validity of Ryff's scales of psychological well-being: method, mode, and measurement effects. *Social Science Research*, *35*, 1080-1102.
- Springer, K.W., Hauser, R.M., & Freese, J. (2006). Bad news indeed for Ryff's six factor model of well-being. *Social Science Research*, *35*, 1120-1131.
- Tiemens, B., Hutschemaekers, G., & Kaasebrood, A. (2004). Stepped care as decision model – more than just stepwise interventions. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, *59*, 916-930.
- Westerhof, G.J., & Bohlmeijer, E.T. (2010). *Psychologie van de levenskunst*. Amsterdam, The Netherlands; Uitgeverij Boom.
- Westerhof, G.J., Keyes, C.L.M. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan, *Journal of Adult Development* Volume 17, 2110-119.
- Wilde de, E.F., & Hendriks, V.M. (2005). The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric Properties in a Dutch Addict Population. *European Addict Research*, *11*, 157-162.
- World Health Organization. Informatie online verkregen op 03-09-2012 via: <http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>
- Wood, A.M., & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders*, *122*, 213–217.
- Vin, C., & Pieters, G. (2005). Voorkomen van recidief bij depressie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *47*, 319-323.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavia* *67*, 361-370.

## **6. Bijlage**

### **6.1 Bijlage 1: informatie voor patiënten**

#### **INFORMATIE VOOR PATIËNTEN**

##### **Het effect van de module ‘in je kracht blijven’ op de positieve geestelijke gezondheid en klachtenvermindering.**

---

Uw hulpverlener heeft u gevraagd deel te nemen aan de module ‘in je kracht blijven’. Als u meedoet aan de module, wordt u automatisch gevraagd deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek. In deze brief vindt u meer informatie over dit onderzoek.

##### **Achtergrond en doel van het onderzoek**

Bij u is vastgesteld dat uw klachten zijn verminderd en dat u in de behandeling vooruitgang heeft geboekt. Dit is een mooi resultaat en u staat op het punt om de behandeling bij Mediant af te ronden. Tot nu toe is uw behandeling gericht geweest op het verminderen van uw klachten, maar minder of niet op het bevorderen van uw welbevinden. Een vermindering van uw klachten zorgt er nog niet automatisch voor dat u die activiteiten gaat verrichten die u meer plezier en voldoening geven in het leven. Daarom start, als aanvulling op uw behandeling, de module ‘in je kracht blijven’. Het doel van de module is het bevorderen van het psychologisch welbevinden. Hoewel veel behandelaars geloven dat de module ‘in je kracht blijven’ leidt tot het vergroten van het psychologisch welbevinden en een verdere afname van klachten, zijn de effecten van de module tot nu toe onvoldoende wetenschappelijk onderzocht.

Het doel van dit onderzoek is om te onderzoeken wat de effecten van de module zijn op het bevorderen van het welbevinden en het verminderen van uw klachten. Hiertoe willen we twee groepen mensen met elkaar vergelijken. De eerste groep bestaat uit mensen die, in aansluiting op de reguliere behandeling, de module ‘in je kracht blijven’ volgen (interventiegroep). De tweede groep bestaat uit mensen die net als u de reguliere behandeling hebben gevolgd, maar die niet de module ‘in je kracht blijven’ volgen (controlegroep). Na acht weken onderzoeken we of er verschillen tussen beide groepen bestaan wat betreft het welbevinden en de klachten. Omdat uw mening ons erg veel waard is, zullen wij u ook vragen om na de module uw ervaringen te delen in een persoonlijk gesprek. In totaal zullen ongeveer 20 mensen (10 mensen per groep) deelnemen aan het onderzoek.

##### **Wie voeren het onderzoek uit?**

Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Sipke Stuiver (stagiair bij Mediant en masterstudent psychologie bij de Universiteit Twente), onder begeleiding van Dr. M.M. Veehof (onderzoeker / docent bij de Universiteit Twente), Dr. L.C.A. Christenhusz

(onderzoeker/docent bij de Universiteit Twente en GZ psycholoog) en Ien Gielkens (GZ psycholoog/trainer van de module ‘in je kracht blijven’) bij Mediant.

### **Wat houdt deelname in?**

Indien u besluit deel te nemen aan het onderzoek zal u door de trainers van de module uitgenodigd worden voor een eerste bezoek: een intakegesprek. In dit gesprek wordt gekeken of u in aanmerking komt voor deelname aan de module.

Deelname aan de module houdt in dat u gedurende 8 weken wekelijks naar Mediant komt voor een groepsbijeenkomst. In deze bijeenkomsten, die 1,5 uur duren en aangeboden worden aan maximaal 10 deelnemers, worden geleidelijk de onderdelen van psychologisch welbevinden behandeld. De toepassing van het psychologisch welbevinden in uw dagelijks leven staat daarbij centraal. Meer informatie over de inhoud van de module kunt u lezen in de bijlage die bij deze brief gevoegd is. Om de toepassing in uw dagelijks leven te ondersteunen zal u gevraagd worden om huiswerkopdrachten te maken tussen de bijeenkomsten.

Om het effect van de module te kunnen meten zullen wij u vragen om op twee momenten een vragenlijst in te vullen: voor aanvang van de eerste bijeenkomst en na afloop van de laatste bijeenkomst. Deze vragenlijst bevat vragen die ingaan op uw welbevinden en uw klachten. De afname hiervan wordt geschat op 10 minuten en de vragenlijsten worden aan u uitgedeeld bij de eerste bijeenkomst en de laatste bijeenkomst. Eén van de onderzoekers is aanwezig om vragen te beantwoorden.

Tenslotte zal de onderzoeker u na afloop van de laatste bijeenkomst vragen of u uw ervaringen wilt delen in een persoonlijk gesprek. Dit gesprek vindt ongeveer één week na de laatste bijeenkomst plaats bij Mediant. Het gesprek zal maximaal één uur duren. Het doel van het gesprek is om meer inzicht te krijgen in wat voor u heeft gewerkt tijdens de module.

### **Mogelijke bijwerkingen / risico's**

Aan het volgen van de module ‘in je kracht blijven’ en het onderzoek zijn geen risico's verbonden.

### **Mogelijke voordelen**

Dit onderzoek zal bijdragen aan een verbeterd inzicht in uw psychologisch welbevinden en manieren waarop u dit kan laten toenemen in de praktijk. Uit eerder onderzoek blijkt dat de kans op terugval hierdoor afneemt en de kwaliteit van leven toeneemt. Daarnaast bent u één van de weinigen die deze module in Nederland kan volgen.

### **Kosten**

Als uw DBC afloopt dan betaalt u de kosten van de eigenbijdragen.

**Uw deelname is volledig vrijwillig**

Met nadruk wordt gesteld dat uw keuze om deel te nemen aan dit onderzoek geheel vrijwillig is. Bovendien kunt u op elk moment beslissen van het onderzoek af te zien, zonder opgave van reden. Vanzelfsprekend heeft het niet deelnemen geen enkel gevolg voor uw behandeling. Uw gegevens zullen strikt vertrouwelijk verwerkt worden en uw anonimiteit zal gewaarborgd zijn.

### **Vragen?**

Het kan zijn dat u na het lezen van deze brief nog vragen heeft. In dat geval kunt u zich wenden tot uw hulpverlener of de verantwoordelijke onderzoeker.

Verantwoordelijk onderzoeker (e-mail: [s.stuiver@utwente.nl](mailto:s.stuiver@utwente.nl)):

Sipke Stuiver

## 6.2 Bijlage 2: Toestemmingsformulier



UNIVERSITEIT TWENTE.

### Toestemmingsformulier voor deelname aan het onderzoek naar de module ‘in je kracht blijven’

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

Ik heb de informatiebrief gelezen en ...

- ik heb begrepen dat ik door het ondertekenen van dit formulier aangeef vrijwillig deel te nemen aan het onderzoek;
- ik heb begrepen dat de gegevens anoniem en vertrouwelijk worden behandeld;
- ik heb begrepen dat ik altijd kan stoppen met het onderzoek zonder dat dit van invloed is op verdere behandeling.

Naam: .....

Voorletter(s): .....

Geslacht:.....

Adres: .....

Postcode/plaats: .....

Telefoonnummer(s):.....

Email: .....

Datum:

Handtekening:

...../...../.....

### 6.3 Bijlage 3: Vragenlijst

Beste meneer/mevrouw,

Voor u ligt de vragenlijst. Hieronder vindt u de instructies voor het invullen. De vragenlijst bestaat in totaal uit vier onderdelen:

- Onderdeel 1: algemene persoonsgegevens
- Onderdeel 2: welbevinden
- Onderdeel 3: psychologisch welbevinden
- Onderdeel 4: inventarisatie van klachten

Het invullen zal ongeveer 20 minuten duren.

#### **Instructies**

Als u de vragenlijsten invult dan wordt uw mening gevraagd. Lees de instructies goed door voordat u begint met invullen. Als u de antwoorden invult, is het goed mogelijk dat u soms twijfelt tussen twee antwoorden: kies dan het antwoord dat het beste bij u past.

Het antwoord dat het beste bij u past *omcirkelt* u of *kruist u aan*. Per vraag is slechts één antwoord mogelijk. Indien u een vergissing heeft gemaakt, kunt u het minst passende antwoord ~~doorstrepen~~. Denk bij het invullen van de vragenlijsten niet te lang na, maar ga af op uw eerste ingeving. Er is geen goed of fout antwoord.

Voor een goed onderzoek zijn wij afhankelijk van uw mening. Wij stellen het dan ook zeer op prijs als u de moeite neemt om de vragenlijsten in te vullen. Wij wensen u succes met het invullen.

Met vriendelijke groet,

Sipke Stuiver  
Verantwoordelijk onderzoeker  
Tel 053-4881752  
Email s.stuiver@utwente.nl



## Onderdeel 1: algemene persoonsgegevens

Wij zouden het erg op prijs stellen als u enkele persoonlijke gegevens invult, omdat deze het onderzoek ten goede komen. Deze gegevens zullen anoniem en vertrouwelijk behandeld worden. Ze zullen niet doorgegeven worden aan derden.

1. Sekse

man  vrouw  dat zeg ik liever niet

2. Wat is uw leeftijd?

.... jaar

3. Wat is het hoogste diploma dat u behaalde?

- geen onderwijs
- lager onderwijs
- voorbereidend beroepsonderwijs (VMBO)
- middelbaar beroepsonderwijs (MBO)
- voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (HAVO en VWO)
- hoger beroepsonderwijs (HBO)
- hoger wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- postacademisch (bijvoorbeeld notariaat, doctorstitel, artsexamen)
- dat zeg ik liever niet
- Anders, namelijk .....

4. Hoe is uw woonsituatie?

- Alleenstaand zonder kinderen
- Alleenstaand met kinderen
- Samenwonend/getrouwd zonder kinderen
- Samenwonend/getrouwd met kinderen
- Thuiswonend bij (groot)ouder(s)/familie
- Dat zeg ik liever niet
- Anders, namelijk .....

5. Wat is uw maandelijks netto-gezinsinkomen?

- < 500 euro
- 500-1000 euro
- 1000-2000 euro
- 2000-3000 euro
- 3000-4000 euro
- > 4000 euro
- Dat zeg ik liever niet
- Geen idee

5. Wat zijn uw belangrijkste dagelijkse activiteiten op dit moment?

- Zelfstandig ondernemer
- Betaalde baan in loondienst
- Werkzoekend
- Huishoudelijke werkzaamheden
- Dat zeg ik liever niet
- Anders, namelijk

.....

6. Nationaliteit

Ik ben geboren in (land)

## Onderdeel 2: 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 DE AFGELOPEN MAAND.

**In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel...**

	Nooit	Eén of twee keer	Ongeveer 1 keer per week	2 of 3 keer per week	Bijna elke dag	Elke dag
...dat u gelukkig was?	0	1	2	3	4	5
...dat u geïnteresseerd was in het leven?	0	1	2	3	4	5
...dat u tevreden was?	0	1	2	3	4	5
...dat u iets belangrijks hebt bijgedragen aan de samenleving?	0	1	2	3	4	5
...dat u deel uitmaakte van een gemeenschap (zoals een sociale groep, uw buurt, uw stad)?	0	1	2	3	4	5
...dat onze samenleving beter wordt voor mensen?	0	1	2	3	4	5
...dat mensen in principe goed zijn?	0	1	2	3	4	5
...dat u begrijpt hoe onze maatschappij werkt?	0	1	2	3	4	5
...dat u de meeste aspecten van uw persoonlijkheid graag mocht?	0	1	2	3	4	5
...dat u goed kon omgaan met uw alledaagse verantwoordelijkheden?	0	1	2	3	4	5
...dat u warme en vertrouwde relaties met anderen had?	0	1	2	3	4	5
...dat u werd uitgedaagd om te groeien of een beter mens te worden?	0	1	2	3	4	5
...dat u zelfverzekerd uw eigen ideeën en meningen gedacht en geuit hebt?	0	1	2	3	4	5
...dat uw leven een richting of zin heeft?	0	1	2	3	4	5

### Onderdeel 3: psychologisch welbevinden

De volgende stellingen gaan over het psychologisch welbevinden. Lees iedere stelling zorgvuldig door en kruis het antwoord aan dat het best weergeeft hoe eens u het bent met de stelling. Denk niet te lang na, maar ga af op uw eerste ingeving. De antwoordmogelijkheden variëren tussen natuurlijk (sterk) mee *oneens* tot en met natuurlijk (sterk) mee eens.

Stelling	nadrukkelijk mee oneens	mee oneens	enigszins mee oneens	enigszins mee eens	mee eens	nadrukkelijk mee eens
1 Mijn beslissingen worden gewoonlijk niet beïnvloed door wat anderen doen.						
2 Ik ben niet geïnteresseerd in activiteiten 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 ik.						
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.						

<b>Stelling</b>	<i>nadrukkelijk mee oneens</i>	<i>mee oneens</i>	<i>redelijk mee oneens</i>	<i>redelijk mee eens</i>	<i>mee eens</i>	<i>nadrukkelijk 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 gaat om plannen uitvoeren die ik mezelf heb opgelegd.						
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.						

<b>Stelling</b>	<i>nadrukkelijk mee oneens</i>	<i>mee oneens</i>	<i>redelijk mee oneens</i>	<i>redelijk mee eens</i>	<i>mee eens</i>	<i>nadrukkelijk 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.						

#### Onderdeel 4: inventarisatie van klachten

Deze vragenlijst dient als hulpmiddel om te weten te komen hoe U zich voelt. Lees iedere vraag en onderstreep het antwoord dat het beste weergeeft hoe U zich gedurende de laatste week gevoeld heeft. Denk niet te lang na over Uw antwoord. Uw eerste reactie op elke vraag is waarschijnlijk betrouwbaarder dan een lang doordacht antwoord.

1. Ik voel me gespannen:  
Meestal  
Vaak  
Af en toe, soms  
Helemaal niet
  
2. Ik geniet nog steeds van de dingen waar ik vroeger van genoot:  
Zeker zo veel  
Niet zo veel als vroeger  
Weinig  
Haast helemaal niet
  
3. 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
  
4. Ik kan lachen en de dingen van de vrolijke kant zien:  
Net zoveel als vroeger  
Niet zo goed als vroeger  
Beslist niet zoveel als vroeger  
Helemaal niet
  
5. Ik maak me vaak ongerust:  
Heel erg vaak  
Vaak  
Af en toe maar niet te vaak  
Alleen soms
  
6. Ik voel me opgewekt:  
Helemaal niet  
Niet vaak  
Soms  
Meestal
  
7. Ik kan rustig zitten en me ontspannen:  
Zeker  
Meestal  
Niet vaak  
Helemaal niet

8. Ik voel me alsof alles moeizamer gaat:  
Bijna altijd  
Heel vaak  
Soms  
Helemaal niet
9. Ik krijg een soort benauwd, gespannen gevoel in mijn maag:  
Helemaal niet  
Soms  
Vrij vaak  
Heel vaak
10. Ik heb geen interesse meer in mijn uiterlijk:  
Zeker  
Niet meer zoveel als ik zou moeten  
Waarschijnlijk niet zoveel  
Evenveel interesse als vroeger
11. Ik voel me rusteloos en voel dat ik iets te doen moet hebben:  
Heel erg  
Tamelijk veel  
Niet erg veel  
Helemaal niet
12. Ik verheug me van tevoren al op dingen:  
Net zoveel als vroeger  
Een beetje minder dan vroeger  
Zeker minder dan vroeger  
Bijna nooit
13. Ik krijg plotseling gevoelens van panische angst:  
Zeer vaak  
Tamelijk vaak  
Niet erg vaak  
Helemaal niet
14. Ik kan van een goed boek genieten, of van een radio of televisieprogramma:  
Vaak  
Soms  
Niet vaak  
Heel zelden

Wilt U controleren of U alle vragen beantwoord heeft.  
**BEDANKT VOOR HET INVULLEN!**



### **Bijlage 3: CSQ-8**

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

## 6.4 Bijlage 4: Interviewschema WBT

Naam interviewer:

Nummer respondent:

Datum interview:

Tijdstip aanvang en einde:

Plaats:

---

### 1. Aandachtpunten ter voorbereiding

- De omgeving is bij voorkeur een rustige plek waarin de respondent zich kan concentreren;
  - Let op aandacht gevend gedrag: samenvatten & parafraseren. Kijk pas opnieuw op het interviewschema als de respondent geheel uitgesproken is!
  - Voor het interview worden de volgende punten besproken:
    - Doel van interview uitleggen
    - Opdrachtgever benoemen.
    - Opbouw van het interview uitleggen
    - Instructies uitleggen.
    - Uitleg opnameapparatuur en toestemming vragen
    - Uitleg over dataverzameling, anonimiteit en vertrouwelijkheid
    - Duur interview: 1 uur
  - Na het interview worden de volgende onderwerpen besproken:
    - Respondent bedanken voor deelname;
    - Aangeven wanneer de resultaten van het onderzoek bekend zijn en of respondenten geïnteresseerd zijn in de resultaten;
    - Vragen naar opmerkingen of ideeën van respondent met betrekking tot het interview.
- 

### 2. Inleiding

Welkom. Graag zou ik willen starten om de bedoeling van het interview uiteen te zetten. U bent voor dit interview uitgenodigd omdat u onlangs de cursus 'In je kracht blijven' heeft afgerond. Dit interview wordt uitgevoerd in het kader van mijn Masterthese in opdracht van Mediant en de Universiteit Twente. Met dit onderzoek wordt nagegaan wat het effect is van de cursus 'In je kracht blijven' als aanvulling op uw reguliere behandeling. De resultaten van dit interview zullen gebruikt worden om de cursus verder te evalueren en eventuele aanpassingen aan te brengen. Straks ga ik u allerlei vragen stellen (laat her interviewschema zien). Ik zal beginnen met een aantal algemene vragen. Vervolgens zal ik u specifiekere vragen stellen over uw persoonlijke ervaring met de cursus. Het interview bestaat uit een aantal vaste onderdelen die ik vooraf zal inleiden en daar vervolgens een aantal vragen over stel. U hoeft dus niet anders te doen dan daarop zo goed, accuraat en volledig mogelijk te antwoorden. Alles bij elkaar zullen we zo'n uur nodig hebben.

#### 1. *Is het tot dusver duidelijk?*

Dan nog wat anders, de resultaten uit dit interviewt worden strikt vertrouwelijk en anoniem gebruikt. Dus niemand zal achteraf kunnen achterhalen dat de gegevens van u zijn geweest. Graag zou ik, met uw toestemming, een geluidsopname van het interview willen maken met behulp van deze Ipad. Dit is uitsluitend voor het uitwerken van het interview om zo na afloop van het gesprek na te gaan of ik alles wel goed heb opgeschreven. De geluidsopname zal alleen door mijzelf worden beluisterd.

2. *Is dat het wat u betreft akkoord dat ik een geluidsopname maak van ons gesprek?*
  - *Ja: start de opname,*
  - *Nee: vraag naar de reden. Leg vervolgens voordelen uit voor opname (meer aandacht voor het gesprek omdat minder meegeschreven hoeft te worden) en geef ook garantie van vertrouwelijkheid en anonimiteit. Blijft respondent bij zijn standpunt, zeg dat het interview langer zal duren omdat de antwoorden letterlijk opgeschreven worden.*

Goed, dat was ook meteen alles wat ik bij aanvang wilde zeggen

3. *Heeft u vooraf verder nog vragen?*
4. *Was ik duidelijk?*

Dan gaan we nu over na het eerste onderdeel, de algemene vragen over de WBT

---

### **3. Algemene vragen**

Ik zou u nu eerst graag met een aantal algemene vragen willen beginnen.

1. *Kunt u kort vertellen met welke (1) klachten u binnenkwam bij Mediant, welke (2) behandeling u heeft gehad en wat de (3) duur was van de behandeling was?*

(1) *klachten* \_\_\_\_\_

(2) *behandeling* \_\_\_\_\_

(3) *duur* \_\_\_\_\_

2. *Hoe kwam u in aanraking met WBT?*
3. *Wat is het doel van de WBT voor u geweest?*
4. *Wat waren uw verwachtingen bij aanvang van de cursus?*
  - *Zijn deze verwachtingen uitgekomen?*
  - *Zo ja, op welke vlakken wel. Zo, nee op welke vlakken niet?*
5. *Hoe kijkt u in zijn algemeenheid terug op de WBT?*
6. *Was u vooraf precies duidelijk wat de bedoeling was van deze cursus?*  
*(Zoja, laat cliënt zelf samenvatten van wat hij/zij nog kan herinneren?)*
7. *Wat herinnert u zich nog van wat de hulpverlener u verteld heeft over de WBT?*
  - *Informatiefolder*
  - *Doel*
  - *Oefeningen*
  - *Duur van de cursus*
  - *Waarom voor u geschikt*
8. *Heeft uw hulpverlener voldoende uitgelegd over de WBT?*
9. *Was u tevreden over de uitleg?*

10. Wat vond u van de informatie die vooraf is uitgedeeld bij de screening?  
*(als respondent niet precies meer weet welke informatie vooraf is uitgedeeld, herinneren hem/haar aan het logboek + uitleg van de dimensie)*
11. Was er overbodige informatie?  
*(Zo ja, welke?)*
12. Wat vond u van de screening vooraf?
- Was duidelijk waarop u werd gescreend?  
     - Zo ja, wat was dit?
  - Welke punten ervaart men als positief?
  - Welke punten ervaart men als negatief?
13. Hoe heeft u de ruimte ervaren waar de cursus is gehouden?

Dat waren de algemene vragen, dan gaan we nu over naar vragen over de effectiviteit

---

#### 4. Toegevoegde waarde

Ik zou u nu graag vragen willen stellen over de effectiviteit van de WBT voor u.

1. Heeft u baat gehad bij het volgen van deze cursus?
- Zo ja, op welke vlakken van het psychologisch welbevinden merkt u vooruitgang?  
*(loop met de respondent vervolgens elk construct van het psychologisch welbevinden door en vraag wat de vooruitgang is geweest.*

1. Doelgerichtheid \_\_\_\_\_
2. Persoonlijke groei \_\_\_\_\_
3. Autonomie \_\_\_\_\_
4. Omgevingsbeheersing \_\_\_\_\_
5. Zelfacceptatie \_\_\_\_\_
6. Positieve relaties \_\_\_\_\_

*(Doorvragen: waar merkt u dat aan? Kunt u een voorbeeld geven? Wat zeggen andere over uw vooruitgang op X?)*

- Zo nee, hoe komt dit volgens u?
2. Ervaart u een afname van uw klachten gedurende de cursus?
- Zo ja, welke klachten (somberheid/angst)  
     Zo nee, hoe komt volgens u?
  - Wat is volgens u de oorzaak van deze klachtenafname of klachtbehoud?
3. Is er door de cursus iets veranderd in uw leven?  
*(Ja, in welk opzicht? Nee, waarom niet?)*
4. Waar heeft u tijdens de cursus het meest aan gehad?  
*(Toelichting vragen)*

5. Waar heeft u tijdens de cursus het minst aangehad?  
(*Toelichting vragen*)
6. Welk rapportcijfer zou u geven aan de cursus?
  - Waarom dit cijfer en niet een 0?
  - Waarom dit cijfer en niet een 10?
7. Wat denkt u dat de effecten zijn op de lange termijn, ongeveer over een jaar?
  - Denkt u dat de effecten toenemen, afnemen of gelijk blijven?
  - Waarom?
8. Hoe vond u het om deze cursus in een groep te volgen?
  - Wat waren voor u de voordelen?
  - Wat waren voor u de nadelen?
  - Zou u deze cursus liever in een groep volgen of individueel (waarom)?
  - Had u gevoel dat er voldoende tijd was voor u?
    - *Zo ja, waar bleek dit uit?*
    - *Zo nee, waar bleek dit uit?*
9. Is deze cursus voldoende van toepassing op u?
  - Waarom wel, Waarom niet?
10. Zou u de cursus aanbevelen aan andere respondenten die op het punt staan hun behandeling bij Mediant af te ronden?
  - Waarom wel, waarom niet?

## 5. Huiswerkopdrachten en oefeningen per sessie

Ik zou u nu graag met een aantal vragen willen stellen over de gebruikte huiswerkopdrachten en oefeningen tijdens de sessies.

1. Wat vond u van de huiswerkopdrachten? (*doorvragen*)
2. Waren de huiswerkopdrachten duidelijk genoeg om deze thuis zelfstandig uit te voeren? (*doorvragen*)

Graag zou ik u een aantal specifieke vragen stellen over de huiswerkopdrachten en de opdrachten per sessie. Om te beginnen met de huiswerkopdrachten

3. Wat vond u van de huiswerkopdracht 'het registreren van de goede momenten'? (*vertel eens/ doorvragen*)
4. Hoe vond u het om uw persoonlijke goede momenten per week te bespreken in het bijzijn van anderen?
5. Hoe vond u het dat anderen hun persoonlijke goede momenten wekelijks deelden?
  - Welk effect had dit op u?

6. Deed u 'het registreren van de goede momenten' elke dag?  
(*Een dag is van de tijd dat u opstaat totdat u naar bed gaat*).
- Zo ja, hoeveel minuten per dag was u bezig met 'het registreren van de goede momenten'?
  - Zo nee, hoeveel goede momenten registreerde u gemiddeld per week?
  - Hoeveel minuten was u gemiddeld per registratie kwijt?

7. Wat vond u van de huiswerkopdracht 'de drie minuten meditatie'?

8. Deed u 'de drie minuten meditatie' elke dag?  
(*Een dag is van de tijd dat u opstaat totdat u naar bed gaat*).
- Zo nee, hoe vaak per week deed u gemiddeld de drie minuten meditatie?

9. Wat vond u van oefeningen die tijdens de sessie werden gedaan?

Nu volgen een aantal specifieke vragen over de oefeningen per sessie. (*Houd het protocol bij de hand om de oefening te verduidelijken als de respondent zich niet meer kan herinneren wat de oefening was of hoe deze ging*)

- Wat vond u van de oefening positieve als negatieve eigenschappen van jezelf accepteren (3\*)?
- Wat vond u van de oefening afstand/ nabijheid (4)?
- Wat vond u van de oefening waarden (5)?
- Wat vond u van de oefening de wondervraag (5)?
- Wat vond u van de oefening de reisleader (6)?
- Wat vond u van de oefening sociogram (7)?
- Wat vond u van de oefening de meest sterke dimensie (8)?
- Wat vond u van de oefening de toekomstbrief (8)

(\* (#) staat voor sessie)

10. Als er iets aan de oefeningen te veranderen of te verbeteren zou zijn wat zou dat dan zijn? Hierbij valt te denken aan duur en duidelijkheid van de oefeningen.
11. Hoe vindt u het om de oefeningen in bijzijn van anderen uit te voeren?
12. Waren er situaties waarin u de oefeningen liever niet in het bijzijn van anderen deed?  
- zo ja, welke?

## 6. Psychologisch welbevinden

---

Ik zou u nu graag met een aantal vragen willen stellen over de opbouw van de sessie en operationalisering.

1. Hoe heeft u de opbouw/structuur van de cursus ervaren?
  - Was per sessie duidelijk wat de structuur zou zijn?
    - Zo ja, waar bleek dit uit?
    - Zo niet, wat had beter gekund?
2. Hoe vond u het om wekelijks één dimensie van het psychologisch welbevinden nader uit te werken?
3. Waren de dimensies van het psychologische welbevinden duidelijk voor u? (begreep u wat per dimensie bedoeld werd?)
  - Zo ja/nee, waar kwam dit door.
  - Wat had beter gekund om de dimensies per sessie duidelijker te maken?
4. Is het voor u duidelijk waar u precies staat per dimensies?
  - Hoe bent u bewust geworden van waar u per dimensie staat?
  - (Zo nee) Wat zou u kunnen helpen om een duidelijker beeld te krijgen waar u precies staat per dimensie?
5. Was er voldoende tijd per sessie om de ervaringen te delen?

Dan wil ik u per sessie vragen wat u het meest is bijgebleven en waar u het meest aan heeft gehad. (*Houd het protocol bij de hand om de een samenvatting per sessie te geven. Werkwijze: geef samenvatting per sessie en stel onderstaande vraag, herhaal dit tot alle sessie zijn behandeld. Dus sessie 1 ging over X, wat heeft u aan deze sessie gehad?*)

6. Wat is u het meest bijgebleven van sessie (#)?

Sessie (1) \_\_\_\_\_

Sessie (2) \_\_\_\_\_

Sessie (3) \_\_\_\_\_

Sessie (4) \_\_\_\_\_

Sessie (5) \_\_\_\_\_

Sessie (6) \_\_\_\_\_

Sessie (7) \_\_\_\_\_

Sessie (8) \_\_\_\_\_

7. Heeft u nog tips voor verbeteringen of aanpassingen van de sessies?
  - Heeft u punten gemist?
  - Welke onderdelen zou u nog graag willen zien?

## 7. WBT als aanvulling op uw reguliere behandeling

---

Ik zou u nu graag met een aantal vragen willen stellen over WBT als aansluiting op uw reguliere behandeling?

1. Hoe heeft u de overgang ervaren tussen de reguliere therapie en WBT?
  - Was dit voor u een geleidelijke overgang (switch) of juist niet? (Kunt u hier een voorbeeld van geven)?
2. Waren er onderdelen waar u aan moest wennen in vergelijking met vorige behandeling?
  - Zo ja, welke onderdelen?
  - Zo nee, waarom niet?
3. Was de WBT voor u een nuttige aanvulling op uw reguliere behandeling?
  - Zo ja, in welk opzicht?
  - Zo nee, waarom niet?
    - Wat ontbrak er in uw optiek om een nuttige aanvulling te zijn?
4. Denkt u dat WBT in een eerder stadium van uw behandeling een toegevoegde waarde had kunnen zijn?
  - Zo ja, in welk stadium (*bij aanvang/na paar weken/ paar maanden*)
    - Én hoe had het u dan kunnen helpen?
  - Zo niet, waarom niet? (*vraag door*)
5. Hoe was het voor u om wekelijks naar de bijeenkomsten te gaan?
  - Keek u er naar uit om wekelijks naar de cursus te komen of ervoer u juist een drempel?
    - Waardoor kwam dit?

*Leg kort uit aan dat er in de groep respondenten zaten met een breed scala aan klachten. Vraag vervolgens:*

6. Hoe was het voor u om deel te nemen aan de WBT met respondenten met uiteenlopende klachtgebieden?
  - Stel dat de respondenten allemaal dezelfde klachtenachtergrond als u zouden hebben, denkt u dan dat u meer/ minder of evenveel baat zo hebben bij de WBT
    - Meer/ Minder/Evenveel: Waarom denkt u dat?



### Afronding

Dan hebben we nu de hele cursus doorgenomen.

1. Als u tot slot zou moeten kiezen tussen wel/of niet deze behandeling (*WBT*) als aanvulling op uw reguliere behandeling. Waarvoor zou u dan kiezen? (*Waarom?*)
2. Wat is voor u de meest belangrijke reden om wel/niet deze cursus te volgen?
3. Heeft u verder nog vragen of opmerkingen?
4. Hoe heeft u het interview ervaren?

*Leg uit wat de vervolgstappen zijn en bedank de respondent voor het interview.*

Ik ga dit interview nu uitwerken. Het wordt geanalyseerd en vergeleken met andere interviews. Daaruit kunnen we conclusies trekken en een antwoord geven op onze onderzoeksvragen. Wilt u een overzicht van de resultaten ontvangen als het onderzoek afgerond is? Dan wil ik u graag bedanken voor uw tijd en medewerking.

## 6.5 Bijlage 5: Resultaten interne betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van de gebruikte vragenlijsten is gemeten aan de hand van Cronbach's alfa: de ondergrens van de interne betrouwbaarheid (Sijma, 2009). In tabel X is de Cronbach's alfa van de constructen weergegeven op basis van analyses met SPSS en N=18 en N=8 voor de CSQ-8. De resultaten geven weer dat de interne consistentie van de gebruikte constructen allemaal voldoende zijn ( $\alpha > 0.60$ ) met uitzondering van het construct omgevingsbeheersing.

Table 13: *Samenvatting van interne betrouwbaarheid op Cronbach's alfa per construct*

<i>Schaal</i>	<i>Cronbach's alfa</i>
<b>MHC-SF Totaal</b>	<b>0.797</b>
Emotioneel welbevinden	0.802
Sociaal welbevinden	0.807
Psychologisch welbevinden	0.756
<b>Psychologisch welbevinden Totaal</b>	<b>0.907</b>
Autonomie	0.842
Persoonlijke groei	0.856
Doelgerichtheid	0.871
Zelfacceptatie	0.895
Omgevingsbeheersing	0.589*
positieve relaties	0.784
<b>Hads Totaal</b>	<b>0.855</b>
Hads Angst	0.824
Hads Depressie	0.748
<b>CSQ-8 tevredenheid</b>	<b>0.781</b>

\*  $\alpha > 0.60$