

# **Een kwalitatief onderzoek naar cliëntervaringen met welbevindentherapie na een traumabehandeling**

Masterthese in de specialisatie Positieve Psychologie en Technologie aan de  
Universiteit Twente

**Door:**

**Eelco Valckx**

**Studentnr.: s0213756**

Begeleiders:

Dr. S.M.A. Lamers

Prof.dr. E.T. Bohlmeijer

## **Voorwoord**

Dit onderzoek is verricht ten behoeve van mijn afstuderen aan de Universiteit Twente in de master Positieve Psychologie en Technologie. Deze master is de eerste in Nederland gericht op positieve psychologie en ik voel me vereerd om deel uit te maken van de eerste lichting afstudeerders in deze specialisatie. Dit onderzoek is gericht op de ervaring van welbevindentherapie, een therapie die de hoofdgedachte van positieve psychologie uitdraagt: een focus op het ontwikkelen van sterke kanten en optimaliseren van jezelf. Voor degenen die nog niet bekend zijn met positieve psychologie hoop ik dat zij hierin een leuke kennismaking zullen ontdekken.

Bij het uitvoeren van dit onderzoek ben ik continu ondersteund door mijn begeleiders Sanne Lamers en Ernst Bohlmeijer. Hiervoor wil ik hen graag bedanken. Tevens gaat mijn dank uit naar de organisatie waarbinnen ik dit onderzoek heb mogen uitvoeren en naar de therapeuten die de welbevindentherapie uitgevoerd hebben en hun medewerking verleend hebben aan dit onderzoek. Maar het meest gaat mijn dank uit naar de deelnemers die bereid zijn geweest hun veelal persoonlijke ervaringen met deze nieuwe therapie te delen, en mij toestemming hebben gegeven om met deze ervaringen aan de slag te gaan. Ik hoop dat ik recht heb kunnen doen aan jullie ervaringen. Zonder jullie was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

## **Samenvatting**

Lange tijd is geestelijke gezondheid gedefinieerd als de afwezigheid van psychopathologie. In de stroming van de positieve psychologie wordt ervoor gepleit om onderzoek meer te richten op mechanismen en processen van optimaal functioneren van individuen, relaties en samenlevingen. Onderdeel van deze stroming is de opvatting dat geestelijke gezondheid niet alleen afhankelijk is van de afwezigheid van klachten, maar dat er nog een aparte dimensie van geestelijke gezondheid is, die samenhangt met, maar niet geheel afhankelijk is van de mate waarin men psychische klachten ervaart. Deze dimensie wordt positieve geestelijke gezondheid genoemd, en omvat een meer algemene vorm van welbevinden. Een verhoging van positieve geestelijke gezondheid blijkt negatief samen te hangen met de mate van psychische klachten en lijkt dus een beschermende werking te hebben voor het ontwikkelen van of terugvallen in psychische klachten. Dit maakt het verhogen van geestelijke gezondheid interessant voor terugvalpreventie na behandeling van psychische stoornissen of klachten. Aansluitend bij deze opvatting is de nieuwe therapievorm welbevindentherapie (WBT). Hierin wordt niet alleen ingezet op de vermindering van psychische klachten, maar vooral op het bevorderen van welbevinden. Het doel van dit onderzoek was om zicht te krijgen op hoe deelnemers de welbevindentherapie ervaren hebben.

In dit onderzoek is gekeken naar de subjectieve ervaringen van deelnemers met welbevindentherapie na of tijdens behandeling van een posttraumatische stress stoornis. Vijf cliënten die WBT hebben gevolgd als onderdeel van een pilot zijn geïnterviewd over hun ervaringen met de therapie. De interviews zijn opgenomen en getranscribeerd. Op basis van de transcripten zijn een holistische contentanalyse en een thematische analyse gemaakt.

De deelnemers waren overwegend positief, één deelnemer was uitgesproken negatief. Uit de thematische analyse zijn 29 thema's gekomen die de deelnemers gebruiken om hun ervaringen te omschrijven. Deze thema's zijn grotendeels onder te verdelen in vier categorieën: waargenomen nut en effecten, praktische invulling en uitvoering, tekstuele inhoud, en oefeningen. Opvallend was dat de vijf deelnemers elk enkele thema's zeer belangrijk vinden die bij anderen niet aan bod komen. Hieruit blijkt dat de vijf deelnemers de therapie elk zeer verschillend hebben ervaren. Tevens komen er enkele mogelijke verbeteringen naar voren uit de interviews. Overkoepelend kan gezegd worden dat welbevindentherapie een veelzijdige therapie is die bij verschillende deelnemers verschillende ervaringen oproept. Dit kan gezien worden als een sterk punt van de therapie, en sluit aan bij de opvatting van zorg die toegespitst wordt op de behoeften van de cliënt.

## **Abstract**

Mental health has long been defined as the absence of mental disorders or symptoms. The positive psychology movement argues to focus research more on the mechanisms and processes of optimal functioning in individuals, relations en societies. This translates into the idea that besides a dimension of mental disorders and psychopathology, there is another dimension of mental health, called positive mental health. Positive mental health encompasses a more general idea of well-being, en is related to psychopathology, but is not merely the absence of it. An improvement in positive mental health appears to protect people against developing or relapsing in mental disorders or symptoms thereof. To make use of this protecting effect a new form of therapy was developed, called well-being therapy (WBT), which aims to improve the positive mental health, and thereby protect against psychopathology. This study was conducted to gain knowledge of how individual participants experience well-being therapy.

In this study the subjective experiences with WBT were examined in five participants. These patients had undergone WBT as part of a pilot in a larger-scale research focusing on the effects of WBT after treatment of posttraumatic stress disorder. In order to examine their experiences interviews were conducted, recorded and transcribed. The transcripts were used for a context analysis and a thematic analysis.

De patients were largely positive about their experiences with WBT, one was explicitly negative. The thematic analysis revealed 29 themes that the patients used to describe their experiences with the therapy. Most of these themes can be divided into four categories: perceived usability and effects, practical execution, theoretical contents and texts, and exercises. Each patient mentioned different themes to be important for them which were hardly or not mentioned by other patients. From this it can be said that each patient had a very different experience with WBT. Some possible improvements were also mentioned. In general it can be concluded that WBT is a versatile form of therapy that triggers different experiences in each patient. This can be viewed as a strong point of the therapy, and allows it to play an important part in improving patient-centered care.

## Inhoudsopgave

Inleiding	6
-----	-----
Methode	10
-----	-----
Holistische contentanalyse	12
-----	-----
Thematische analyse	17
-----	-----
Discussie	28
-----	-----
Referenties	32
-----	-----
Bijlagen	35
-----	-----

## **Inleiding**

Lange tijd is geestelijke gezondheid gedefinieerd als de afwezigheid van psychopathologie. De werkwijze binnen de GGZ was gebaseerd op het diagnosticeren van stoornissen op basis van symptomen, en behandeling met een op deze diagnose aansluitende therapie, veelal gericht op het verminderen van de symptomen of klachten (Turner et al., 2002, Sheldon & King, 2001). Tegenwoordig is een andere benadering in opkomst, als onderdeel van de relatief nieuwe stroming positieve psychologie. Binnen positieve psychologie wordt ervoor gepleit om onderzoek meer te richten op mechanismen en processen van optimaal functioneren van individuen, relaties en samenlevingen (Bohlmeijer et al., 2013). Binnen deze stroming heerst de opvatting dat geestelijke gezondheid niet alleen afhankelijk is van de afwezigheid van klachten, maar dat er nog een aparte dimensie van geestelijke gezondheid is, die samenhangt met, maar niet geheel afhankelijk is van de mate waarin men psychische klachten ervaart. Deze dimensie wordt positieve geestelijke gezondheid genoemd. De tweedeling van psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid wordt het twee continua-model genoemd (Westerhof & Keyes, 2010, Lamers et al., 2011). Het model onderscheidt geestelijke ziekte en geestelijke gezondheid. Geestelijke ziekte is de aanwezigheid van psychische stoornissen, of symptomen daarvan. Geestelijke gezondheid is een meer algemene vorm van welbevinden. In het model wordt beschreven dat de twee niet zozeer tegenpolen zijn, maar ook niet ongerelateerd. Er blijken correlaties te bestaan tussen facetten van geestelijke ziekte en geestelijke gezondheid. Een verhoging van positieve geestelijke gezondheid blijkt negatief samen te hangen met de mate van psychische klachten (Lamers, 2012). Het lijkt dus een beschermende werking te hebben voor het ontwikkelen van of terugvallen in psychische klachten. Dit maakt het verhogen van geestelijke gezondheid interessant voor terugvalpreventie na behandeling van psychische stoornissen of klachten. Aansluitend bij deze opvatting is de nieuwe therapievorm welbevindentherapie (WBT). Hierin wordt niet alleen ingezet op de vermindering van psychische klachten, maar vooral op het bevorderen van welbevinden. Als pilot wordt WBT sinds kort ingezet in de nazorgfase van traumabehandeling. Omdat WBT een andere invalshoek heeft dan de meeste gangbare therapieën, namelijk minder gericht op klachten en meer op sterke kanten, is het denkbaar dat cliënten deze therapie ook anders ervaren dan andere therapieën. In dit onderzoek wordt gekeken naar de subjectieve beleving van cliënten die WBT volgen.

### *Welbevinden therapie*

Binnen de positieve psychologie worden vaak drie kerncomponenten van welbevinden onderscheiden. Emotioneel welbevinden wordt veelal gedefinieerd als de aanwezigheid van positieve emoties, de afwezigheid van negatieve emoties, en de mate waarin mensen tevreden zijn over hun leven (Diener, 1984). De tweede kerncomponent is psychologisch welbevinden. Met psychologisch welbevinden wordt bedoeld de mate waarin een individu functioneert in termen van zelfrealisatie en het vervullen

van psychologische basisbehoeften (Ryan & Deci, 2001). Ten slotte is er sociaal welbevinden. Waar psychologisch welbevinden gaat over hoe een persoon functioneert naar eigen behoeften, gaat sociaal welbevinden over hoe een persoon functioneert in de maatschappij. Sociaal welbevinden is de individuele ervaring en beoordeling van het eigen publieke of maatschappelijke functioneren.

Als reactie op de groeiende onderkenning dat geestelijke gezondheid meer omvat dan de afwezigheid van psychische klachten, ontwikkelde de Italiaanse therapeut Giovanni Fava de welbevindentherapie (Fava et al. 1998, Fava & Ruini, 2003), voor gebruik in de nazorgfase van behandelingen. WBT grijpt vooral in op het gebied van psychologisch welbevinden, en is hierin grotendeels gebaseerd op het werk van Carol Ryff, de grondlegger van psychologisch welbevinden. Zij definieerde psychologisch welbevinden aan de hand van zes dimensies, weergegeven in tabel 1. (Ryff, 1989).

**Tabel 1. Dimensies van psychologisch welbevinden**

Doelgerichtheid	plannen en doelen hebben, een gevoel van richting en zinvolheid in het leven
Persoonlijke groei	gevoel van voortgaande ontwikkeling van de eigen persoon
Autonomie	zelfbepaling en onafhankelijkheid aan de hand van eigen maatstaven
Omgevingsbeheersing	gevoel van beheersing, competentie en controle bij het omgaan met de omgeving
Zelfacceptatie	positieve attitude ten opzichte van zichzelf, met erkenning van zowel positieve als negatieve eigenschappen en gebeurtenissen
Positieve relaties	warme relaties met anderen, en capaciteit voor empathie, affectie en intimiteit

Welbevindentherapie bestaat uit acht gestructureerde sessies, onderverdeeld in drie fasen. De eerste fase is erop gericht positieve emoties te herkennen en deze in een situationele context te plaatsen. De belangrijkste oefening hiertoe is het dagboek van positieve emoties, waarin cliënten wordt gevraagd een dagboek bij te houden waarin zij momenten van positieve emoties noteren en in welke hevigheid zij deze ervaren. In de tweede fase gaan de cliënt en therapeut op zoek naar de gedachten die de momenten van positieve emoties doen stoppen. Het doel is om te identificeren welke automatische gedachten en denkfouten hieraan ten grondslag liggen. Vervolgens bepaalt de therapeut op welke dimensies van psychologisch welbevinden deze gedachten veel voorkomen. Op basis hiervan wordt besloten op welke gebieden van psychologisch welbevinden de rest van de interventie zich zal richten. In de derde fase van de behandeling worden de geïdentificeerde gebieden van psychologisch welbevinden verhoogd door middel van gedragsoefeningen en psycho-educatie. Dit leidt tot verhoging van het totale psychologisch welbevinden bij de cliënt (Fava & Ruini, 2003).

Uit meerdere onderzoeken is de effectiviteit van WBT gebleken. In een onderzoek van Fava et al. werden 20 cliënten die behandeld waren voor stemming- of angststoornissen verder behandeld met WBT of cognitieve gedragstherapie (CGT). Beide methoden leverden verbetering op, maar bij WBT

waren de verbeteringen significant groter (Fava et al., 1998). In een later onderzoek werden twintig cliënten met gegeneraliseerde angststoornis behandeld met acht sessies CGT of 4 sessies CGT en vervolgens vier sessies WBT. De combinatie CGT en WBT had significant meer effect dan enkel CGT (Fava et al., 2005). Later onderzoek heeft aangetoond dat welbevindentherapie het welbevinden verhoogt in een niet-klinische populatie (Ruini & Fava, 2012). Er is dus meermalen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van WBT. Er is echter nog weinig bekend over hoe cliënten zelf de WBT ervaren.

### *Toepassing binnen traumabehandeling*

Voor dit onderzoek werd gekeken naar de toepassing van WBT bij mensen met een posttraumatische stress stoornis (PTSS). Er wordt geschat dat 80.7% van de Nederlandse bevolking ooit een traumatische gebeurtenis meemaakt, en dat 7.4% van de Nederlandse bevolking ooit kampt met een PTSS (de Vries & Olf, 2009). Hoewel er succesvolle behandelmethoden zijn voor PTSS, bleek uit een recente studie van Perez Benitez dat terugval na succesvolle behandeling 29,5% is (Perez Benitez et al., 2012). Deze cijfers maken duidelijk dat er een duidelijke meerwaarde te halen is uit een verbeterde terugvalpreventie bij PTSS. Een interventie die ingrijpt op welbevinden na traumabehandeling zou terugval kunnen verlagen.

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar positieve geestelijke gezondheid in klinische populaties, maar er zijn enkele studies die erop wijzen dat deze lager zou kunnen zijn in mensen met PTSS in vergelijking met een gemiddelde populatie. In een analyse van de Australische nationale enquête naar geestelijke gezondheid en welbevinden werd gevonden dat mensen met PTSS beduidend lager scoorden op algemene geestelijke gezondheid dan de gemiddelde bevolking, waarbij welbevinden een onderdeel was van algemene geestelijke gezondheid (Mills et al., 2006). In een onderzoek onder de bevolking van een Taiwanees dorp dat drie jaar eerder een aardbeving had meegemaakt werd gevonden dat het wel of niet hebben van PTSS een negatieve voorspeller was voor kwaliteit van leven, wat een overlap vertoont met welbevinden (Wu et al., 2006).

Een belangrijk thema binnen de positieve psychologie is dat van posttraumatische groei. Tedeschi en Calhoun (2004) schreven een uiteenzetting over het proces van posttraumatische groei. Volgens hen ontstaat posttraumatische groei wanneer slachtoffers van een trauma nieuwe ideeën en schema's ontwikkelen, nadat hun oorspronkelijke idee over de wereld niet langer houdbaar is in het licht van de traumatische gebeurtenis(sen). Afhankelijk van de persoonlijke visie op het gebeurde, kan er een positief gevoel ontstaan over de periode na het trauma, waarin mensen groei ervaren naar aanleiding van (her)ontdekte waarden.

De focus op verhoging van welbevinden en posttraumatische groei maakt positieve psychologie een interessante invalshoek bij de behandeling en rehabilitatie van trauma en PTSS. De inzet van een



rehabilitatie gebaseerd op positieve psychologie kan een uitkomst zijn bij het verhogen van welbevinden in deze doelgroep, en helpen bij de preventie van terugval.

#### *Belang van kwalitatief onderzoek*

Hoewel er al enig effectonderzoek is gedaan naar welbevindentherapie, is er nog weinig bekend over hoe cliënten welbevindentherapie ervaren. Arora (2008) beargumenteert dat het toch belangrijk is om de beleving van een cliënt mee te nemen in een grootschalig effectonderzoek. In tegenstelling tot kwantitatief onderzoek, waarbij vaak vanuit het perspectief van de onderzoeker wordt geredeneerd, tracht men bij kwalitatief onderzoek om het perspectief van de betrokkene(n) in kaart te brengen. Dit kan bijdragen aan het identificeren van werkzame onderdelen van een interventie (Nastasi & Schensul, 2005). Kwalitatief onderzoek kan in combinatie met kwantitatief onderzoek gebruikt worden om de bevindingen uit kwantitatief onderzoek te verklaren (Onwuegbuzie & Leech, 2004, 2005, Nastasi & Schensul, 2005). Bovendien kan het inzicht geven over de context waarin de interventie wordt gevolgd, wat gebruikt kan worden om de uitvoering van de interventie beter af te stemmen op de behoeften van de cliënt (Campbell et al., 2006). Om deze redenen is besloten om een kwalitatief onderzoek uit te voeren naar de ervaringen van de cliënt met welbevindentherapie.

Om te achterhalen hoe cliënten zelf de therapie ervaren, wordt een kwalitatief onderzoek opgezet, met als hoofdvraag: Wat is de subjectieve ervaring van cliënten met welbevindentherapie?

## **Methode**

### *Deelnemers*

Voor het uitvoeren van dit onderzoek werd een semigestructureerd interview afgenomen bij vijf cliënten die een WBT hebben gevolgd. Deze deelnemers waren allen in behandeling voor een posttraumatische stress-stoornis op een afdeling die gespecialiseerd is in psychotrauma. Van de vijf deelnemers waren er vier vrouw. De leeftijd varieerde van 21 tot 51. Eén van de deelnemers heeft de WBT niet afgerond. De deelnemers zijn benaderd door hun eigen behandelaars met de vraag of zij mee wilde werken aan het onderzoek. De WBT behandelingen waren uitgevoerd als onderdeel van een pilot onder behandelaars in het kader van een langdurig effectonderzoek naar WBT. De behandelaars hebben wel een training gevolgd in het begeleiden van deze vorm van WBT, maar hebben geen verdere ervaring met WBT. In de bespreking van de resultaten worden de deelnemers aangeduid met fictieve namen.

### *Behandeling*

Voor dit onderzoek werd WBT ingezet volgens de methode ‘Dit is jouw leven’ (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2013). Dit is een Nederlandstalige bewerking van WBT door Ernst Bohlmeijer en Monique Hulsbergen. In deze methode is welbevindentherapie onderverdeeld in acht hoofdstukken, welke cliënten aan de hand van een zelfhulpboek doorwerken. De hoofdstukken bestaan steeds uit een gedeelte informatie en een aantal opdrachten, waarvan cliënten zelf kunnen bepalen hoeveel zij doen en hoe vaak zij deze doen. In vergelijking met de originele vorm van WBT zoals ontwikkeld door Giovanni Fava is ‘Dit is jouw leven’ meer gestructureerd. Ook is er meer ruimte voor emotioneel en sociaal welbevinden, naast psychologisch welbevinden, en er zijn elementen van mindfulness toegevoegd. Een laatste belangrijke toevoeging is een hoofdstuk over posttraumatische groei.

Vanwege de specifieke toepassing in een PTSS behandelsetting is een protocol ontwikkeld waarin de deelnemers de hoofdstukken in een aangepaste volgorde doorwerken (Bohlmeijer & Hüning, 2014). Dit houdt in dat de deelnemers de eerste sessie bezig zijn met positieve emoties, de tweede en derde sessies staan in het teken van zelfcompassie en de vierde en vijfde sessie gaan over posttraumatische groei. Voor de laatste sessie kunnen de deelnemers een hoofdstuk naar keuze doorwerken. Tevens zijn er een aantal oefeningen die vast onderdeel zijn van de therapie in dit protocol. De deelnemers hebben tweewekelijkse gesprekken met een therapeut waarin zij het hoofdstuk dat zij doorgewerkt hebben bespreken. Dit behandelprotocol is goedgekeurd door de ethische Commissie.

### *Interviews*

De interviews zijn afgenomen op de afdeling waar de behandelingen zijn uitgevoerd. Hiervoor werd een interviewschema gebruikt, waarin werd gevraagd naar de verwachtingen vooraf, de ervaringen, de

prettige en minder prettige kanten en wat zij wel of niet als helpend hebben ervaren. Voor sommige vragen werd specifiek onderscheid gemaakt tussen de onderdelen ‘theoretische inhoud’, ‘oefeningen’ en ‘werkvorm’. Aan het begin van elk interview werd enkele biografische informatie gevraagd ten behoeve van context. Voor het interview werd de deelnemers om toestemming gevraagd voor het opnemen van het gesprek en het gebruik van de resultaten en citaten. De lengte van de gesprekken varieerde van 9 minuten tot 24 minuten. De interviews zijn afgenomen door de onderzoeker. Van de interviews werden audio-opnamen gemaakt, deze werden later getranscribeerd ten behoeve van de analyse.

### *Kwalitatieve analyse*

Ten eerste werd er van elke deelnemer een holistische content analyse gemaakt. Dit houdt in dat op basis van het interview een algemeen beeld wordt geschetst van de deelnemer, in welke context deze de cursus heeft gevolgd, hoe hij of zij deze ervaren heeft en wat voor hem of haar de belangrijkste plus- en minpunten waren aan de cursus.

Ten tweede is er een thematische analyse gemaakt. Hiervoor zijn de transcripten verwerkt in atlas.ti. Aan de hand van de transcripten zijn de interviews opgedeeld in fragmenten. De lengte van fragmenten varieerde van een halve zin tot enkele regels. Leidraad voor het indelen van de fragmenten was dat elke fragment duurde zolang hetzelfde thema in dezelfde context besproken werd. Wanneer een ander thema of hetzelfde thema vanuit een andere invalshoek aan bod kwam, werd een nieuw fragment gecodeerd. Elk fragment werd gelabeld met een thema, en in sommige gevallen een waardeoordeel, bijvoorbeeld ‘duidelijkheid+’ en ‘duidelijkheid-’. Er werd niet meer dan één label toegekend per fragment. Vervolgens werd gekeken of er labels samengevoegd konden worden vanwege overlap in thema. Hieruit kwam een schema met 52 verschillende labels.

Vervolgens zijn de transcripten opnieuw gecodeerd met behulp van dit schema. De labels die niet vaker dan twee keer voorkwamen zijn kritisch bekeken en zoveel mogelijk ondergebracht bij of gecombineerd met andere labels. Wanneer een label niet goed ondergebracht kon worden, maar wel voor minimaal één deelnemer een belangrijk thema was, is er voor gekozen om het label te handhaven. Zo is het aantal labels teruggebracht tot 38.

Aan de hand van dit nieuwe schema zijn de transcripten een laatste keer gecodeerd. Op basis van deze codering zijn de thema’s gekwantificeerd. Tevens zijn de thema’s ingedeeld in categorieën van verwante thema’s.

## Holistische contentanalyse

*Emily Bosboom*

Emily is een 21-jarige vrouw. Zij woont samen met haar vriend en bereidt zich voor op een vervolgopleiding. Zij is in het verleden door loverboys misbruikt, en heeft hier langdurige PTSS-klachten aan over gehouden. Deze klachten zijn behandeld door middel van een EMDR therapie. In navolging hiervan heeft zij de welbevindentherapie gevolgd.

Over het algemeen is zij positief over de welbevindentherapie. Zij omschrijft de therapie ook wel als “leuk” en “gezellig”. Wat zij regelmatig noemt als een goed punt van de therapie zijn de creatieve oefeningen die erbij horen. Zij vindt het leuk om bijvoorbeeld een gedichtje te schrijven over iets, of een favoriet voorwerp uit te zoeken om mee te nemen. Ook noemt ze dat dit soort opdrachten haar dwongen om kritisch naar zichzelf te kijken:

*“Ja, want in dat gedichtje denk ik dan, misschien zit ik wel af en toe een beetje te geïsoleerd in dat plekje in de bank. Daar probeer ik mezelf in te spotten, dat ik ook weer wat makkelijker eruit kan komen daarna. Daarna dacht ik: ‘Zie je wel, gedichtje klopt weer.’”*

Hiermee bedoelt ze dat door kritisch naar haar gedrag en gedachten te kijken, in dit geval door er een gedichtje over te schrijven, zij deze patronen leert herkennen en inzicht krijgt in wat die voor effect hebben. Dit helpt haar om deze patronen te doorbreken.

Een opdracht die zij specifiek noemt als erg belangrijk voor haar is de ‘drie goede dingen-oefening’, waarbij de deelnemers wordt gevraagd om aan het eind van elke dag drie goede dingen van die dag op te noemen. Deze oefening is onderdeel van het hoofdstuk over positieve emoties. Zij noemt dat ze deze oefening samen met haar vriend deed, waardoor hun relatie ook verbeterde.

Het meest negatieve vond ze wat ze zelf omschrijft als de ‘zweverigheid’ van de therapie. Hiermee bedoelt ze voornamelijk de oefeningen die vragen om iets in gedachten te nemen en een voorstelling te maken, bijvoorbeeld de ‘compassionele metgezel’ (ook wel ‘oma-oefening’), waarbij de deelnemers zich een voorstelling maken van een metgezel die onvoorwaardelijk accepterend is naar de deelnemer. Hierover zegt ze: Dergelijke opdrachten vond zij niet nuttig, zij geeft er de voorkeur aan om daadwerkelijk actie te ondernemen in plaats van ergens een voorstelling van te maken:

*“...zo zitten en je ogen sluiten, nadenken over een leuk persoon en een moeilijke situatie, wie doet dat? Je moet dat gewoon uitpraten, vind ik.”*

Wat zij verder als negatief omschrijft is dat de therapie te zelfstandig is. Zij had graag gezien dat er vaker een derde persoon bij betrokken worden, bijvoorbeeld de partner. Ook noemt ze dat ze kon merken dat de therapie nog nieuw was, en de structuur nog verbeterd kon worden. Ze zou het fijner vinden als er in de gesprekken vast een introductie op het hoofdstuk voor de komende week zou zijn, zodat je er als deelnemer niet helemaal onbevangen in valt.

#### *Florieke de Hollander*

Florieke is een 26-jarige vrouw. Zij is nog in behandeling voor verscheidene trauma's, en heeft ook depressieve symptomen. Zij is ook chronisch pijn-patiënt. Zij heeft voor de welbevindentherapie al meerdere cursussen en zelfhulpboeken doorlopen.

Florieke is uitgesproken negatief over de welbevindentherapie. Zij vindt de toon van het boek denigrerend. Hiermee bedoelt ze dat het boek haar constant aanspoort om maar positief te zijn, terwijl dit niet altijd zo gemakkelijk is. Zij voelt zich aangesproken op haar gedrag, en merkte bij zichzelf dan ook de neiging om in de verdediging te schieten tijdens het doorlopen van de cursus. Zij omschrijft dat zij tijdens de cursus meerdere momenten niet goed in haar vel zat, de aansporingen om dan maar positief te zijn irriteerden haar dan eerder dan dat ze haar inspireerden.

*“En dan lees je dat boek, en dan zeggen ze ‘Ja, je moet maar positief zijn’, en dan denk ik ja, dat werkt zo maar niet. Je kunt wel zeggen alles is leuk en aardig, maar daar los je de problemen niet mee op.”*

Daarnaast is zij het vaak oneens met de informatie die in het boek staat. Als voorbeelden noemt zij het verhaal over Viktor Frankl, waarvan zij vindt dat het verkeerd wordt uitgelegd en zelfs wordt verpest, en een stuk waarin de werking van bepaalde hormonen op de verkeerde manier wordt omschreven. Hierdoor verliest het boek voor haar aan geloofwaardigheid.

*“Als je al dat soort dingen niet eens goed hebt, dat moet toch in ieder geval op een goede manier, de informatie die je geeft moet toch goed zijn, denk ik dan, als je zo'n boek schrijft. Anders kan ik het niet serieus nemen”*

Florieke was de enige van de deelnemers met van tevoren duidelijke verwachtingen van de cursus. Omdat zij al meerdere cursussen heeft gevolgd die haar goed hebben geholpen, verwachtte zij dat deze cursus dat ook zou doen, op het gebied van trauma's. Zij vergelijkt de cursus meermalen met andere cursussen. Wat dan opvalt is dat zij hier concrete handvatten mist, aanwijzingen over hoe met iets om te gaan. Dit is in combinatie met de toon een groot hekelpunt, zij ervaart de toon van het boek alsof ze

het op dit moment niet goed doet, maar komt er ook niet achter hoe ze het wel zou moeten doen, in dit geval het versterken van positieve focus. Zij ervaart de cursus dan ook als een teleurstelling.

#### *Tara Emsincks*

Tara is een 33-jarige vrouw, zij woont samen met haar man en twee kinderen. Zij zit momenteel nog in de ziektewet. Zij heeft een traumabehandeling doorlopen omdat zij slachtoffer is geworden van aanranding en lichamelijke mishandeling. Tevens heeft zij een postnatale depressie gehad. Tara heeft de cursus niet afgerond in overleg met de behandelaar, maar kan niet meer vertellen waarom ze hebben besloten te stoppen. Zij heeft 4 sessies afgerond.

Tara is overwegend positief, hoewel zij weinig specifiek is over wat zij goed vond. Ze omschrijft de cursus vooral als nuttig, ze heeft er wel wat aan gehad. Zij noemt hierbij het positieve dagboek. Dit heeft haar doen inzien hoe ze haar eigen gedachten kan beïnvloeden om negatieve gedachten stop te zetten.

*“Wat me het meest heeft geholpen is die opdracht wat ik net zei, van het moment dat je je goed voelt, tot het moment dat het inzakt, daar heb je wat aan.”*

Ze heeft wel moeite gehad met het huiswerk. Ze noemt dat ze er vaak tegenop zag om hieraan te beginnen. Soms was dit omdat ze druk was, maar ze had ook de neiging het voor zich uit te schuiven. Dit had mede te maken met dat het soms confronterend voor haar was. Dit gaat dan vooral over haar verleden. Hierbij komt ook naar voren dat ze de cursus te zelfstandig vond. Ze had liever meer begeleiding gehad van haar behandelaar. Soms hielp deze haar op weg door gedeeltelijk samen met de opdrachten te beginnen tijdens de sessies, en haar dan de rest als huiswerk mee te geven. Dit werkte beter voor haar. Toch valt op dat ze het veel over ‘huiswerk’ heeft, het lijkt alsof ze het veelal met tegenzin gedaan heeft:

*“...ik heb wel altijd een stok achter de deur nodig, nou was het meestal op het laatste moment ‘oja, ik moet nog huiswerk maken’. Dus dan denk ik ‘oh, laten we dat nog maar eens even doen’, ik doe het wel, maar altijd op het laatste moment”.*

#### *Ibrahim Basmaci*

Ibrahim is een 35 jarige alleenstaande man. Hij zit op dit moment in de ziektewet. Hij heeft PTSS-klachten en whiplashklachten naar aanleiding van een auto-ongeluk. Op het moment dat hij de cursus gaat volgen heeft hij nog last van achterdochtigheid en onzekerheid, en hij is erg agressief. Ook heeft hij moeite met concentratie.

Voor Ibrahim is de welbevindentherapie vooral heel interessant. Hij vindt het erg leuk om te lezen in het boek en gebruikt het om zijn eigen klachten te verklaren. Op die manier geeft het hem meer inzicht in zichzelf. Hier haalt hij erg veel voldoening uit. Het helpt hem ook om zijn klachten te accepteren, omdat hij beter weet waar het vandaan komt. Het leukste vond hij het hoofdstuk over zelfcompassie. Dit hielp hem om zijn situatie te accepteren en zichzelf tijd en rust te gunnen.

*“Dat ik weet waar het vandaan komt. Omdat ik voor mezelf ook een beetje bevestiging zoek, dat ik niet dingen ga invullen, omdat ik heel achterdochtig en onzeker ben ga ik dingen verzinnen, ‘dit is dit’, maar omdat dit het bevestigt helpt het mij wel om het te accepteren.”*

Hij is erg enthousiast over de inhoud van het boek, ook de wetenschappelijke informatie die erbij vermeld staat. Ook vindt hij dat het erg duidelijk omschreven wordt allemaal. Toch had hij wel veel moeite met het lezen van de hoofdstukken. Hij noemt dat dit waarschijnlijk komt door zijn concentratieproblemen. Hierdoor kostte het hem erg veel energie om de hoofdstukken door te lezen en de oefeningen te doen. Ook vond hij de oefeningen soms onduidelijk omschreven, wist hij niet precies wat de bedoeling was. Toch heeft hij altijd wel de hoofdstukken gelezen en de oefeningen gedaan. Hij noemt ook dat de oefeningen hem vaak goed deden, het gaat dan vooral om oefeningen waarbij hij gevoelens van zich af kon schrijven. Uiteindelijk leidde het ook wel weer tot inzicht in zichzelf.

*“Ja, een beetje wel, een beetje stoom afblazen. Schrijven, kijk, je kropt heel veel dingen op, soms schrijven, dat zet je ook aan het denken.”*

Hij vond het fijn dat de welbevindentherapie, in tegenstelling tot de verwerkingsgerichte therapie, in dit geval EMDR, niet op de klachten en de traumatische gebeurtenis focuste maar op het alledaagse leven. Dit maakte het minder zwaar tijdens de sessies in vergelijking met EMDR. Wel vindt hij dat de cursus af en toe iets te zelfstandig is, hij vindt gesprekken fijner dan zelf iets moeten lezen.

#### *Ingrid Binneman*

Ingrid is een vrouw van 44 jaar. Zij woont alleen, maar heeft wel een vaste relatie. Ze zit op dit moment in de ziektewet. Over de rede waarom ze in behandeling is wil ze niet teveel kwijt, ze noemt dat ze veel ellende heeft meegemaakt, eigenlijk vanaf haar geboorte al. Zij heeft voor de welbevindentherapie al meerdere andere cursussen en therapieën gehad.

Ingrid is uitermate positief over de welbevindentherapie. Heel belangrijk hierin is de herkenning van zichzelf in wat er in het boek staat beschreven. Dit komt meerdere malen naar voren, en het heeft haar ertoe bewogen met deze cursus verder te gaan, waar ze met eerdere therapieën en cursussen steeds stopte.

*“Dit is jouw leven, en dat klopt. Dat is ook mijn leven.”*

‘De compassionele metgezel’ of ‘oma-oefening’, waarbij de deelnemers zich een voorstelling maken van een metgezel die onvoorwaardelijk acceptierend is naar de deelnemer, is voor haar heel belangrijk geweest. Zij stelde zich haar oma voor, met wie zij altijd een goede band heeft gehad. Ze past deze oefening nog regelmatig toe na afloop van de cursus, op momenten dat ze aan rotsituaties moet denken of de dreiging van hyperventilatie voelt opkomen. Ze probeert dat dan niet langer te onderdrukken, maar accepteert het. Dit helpt haar in het dagelijks leven. Ze gebruikt deze oefening ook bij het in slaap komen. Ze noemt dit als een verschil met vorige therapieën, dat ze hier meer dingen heeft geleerd die ze direct kon toepassen.

Ze omschrijft ook dat de cursus haar heeft geholpen om verder te gaan, om het verleden af te sluiten:

*“Als je die verhalen leest, ook dat je slachtoffer bent, of voelt, dat ben je niet, dat heb ik altijd wel gedacht, en je vind jezelf zielig, je vind jezelf wel... niks was goed. Maar dat hoeft niet. Je bent gewoon goed, en je bent geen slachtoffer. Dat moet je nou achter je laten, weet je wel?”*

Door de oefeningen in het boek heeft ze het idee dat ze weer verder kan. Dit geeft haar ook weer hoop voor de toekomst. Hierin waren de oefeningen ook belangrijk, ze noemt oefeningen waarbij je opschrijft hoe je jezelf over drie maanden ziet, waarbij je je een toekomst voorstelt.

Als enige negatieve kant van de cursus noemt ze dat er soms veel over anderen in stond. Hiermee bedoelt ze bijvoorbeeld verhalen over andere mensen in de teksten, voorbeelden, maar ook hoofdstuk 7, dat als thema ‘positieve relaties’ heeft. Dit vond ze dan ook het minst leuke hoofdstuk. Hiernaast komt naar voren dat ze soms wel moeite had met het doorwerken van de hoofdstukken, met name het lezen van de teksten. Ze heeft sommige hoofdstukken meerdere keren moeten lezen, omdat het anders niet bleef hangen. Dit is iets van zichzelf, ze heeft altijd moeite met lezen. Ze omschrijft het dan ook niet als een minpunt van de cursus, ze is eerder trots op zichzelf dat ze het heeft afgemaakt. Verder heeft ze geen negativiteit over de cursus. Ze heeft de cursus ook al aan meerdere mensen aanbevolen, ze heeft het boek sinds het eind van de cursus aan drie mensen uitgeleend.



## **Thematische analyse**

Aan de hand van de laatste codering zijn de thema's gekwantificeerd en ingedeeld in overkoepelende categorieën. In deze laatste stap zijn drie labels niet meegenomen in de analyse. Ten eerste is dit het label *biografische informatie*, wat alleen gebruikt is voor de context in de holistische content analyse, maar geen informatie geeft over de ervaring met de WBT. Ten tweede zijn dit de labels *algemene positieve uitingen* en *algemene negatieve uitingen*, omdat deze labels geen specifieke informatie gaven over de ervaring van de cliënten. Hierdoor bleven er van de 38 labels in het laatste schema 35 over. Van deze 35 labels zijn er vier keer labels samengevoegd die een positieve uiting en een negatieve uiting van hetzelfde thema weergaven. Twee keer zijn twee labels nog samengevoegd omdat zij uiteindelijk toch teveel overlap vertoonden. Dit leidde tot 29 labels die als thema's gebruikt werden. Onder deze thema's werden 4 overkoepelende categorieën vastgesteld en één restcategorie voor thema's die te weinig verbintenis hadden met andere thema's. De uiteindelijke indeling van thema's en hoeveelheid uitingen per thema is weergegeven in tabel 2. In figuur 1 is per deelnemer weergegeven hoeveel uitingen zij in elke categorie hebben gedaan, in figuur 2 is per categorie weergegeven hoeveel uitingen elke deelnemer in die categorie heeft gedaan.

### *Waargenomen nut en effecten*

De meeste uitingen van de deelnemers vallen in de categorie waargenomen nut en effecten, veel deelnemers kijken terug op de therapie in termen van wat zij eraan hebben gehad. Deelnemers geven hierbij aan of zij de cursus, of een onderdeel hiervan, nuttig vonden of niet. Voor een groot gedeelte zijn dit algemene uitingen van nut, zoals *'je hebt er wat aan'* (Tara) of *'...omdat ik het echt onzin vond'* (Florieke). Van deze algemene uitingen waren er elf positief en acht negatief. Naast deze algemene uitingen kwam een aantal manieren waarop de therapie nut had voor de deelnemers naar voren in meer specifieke effecten van de cursus, wat tot uiting kwam in negen verschillende thema's die onder deze categorie vallen.

### Herkenning en inzicht

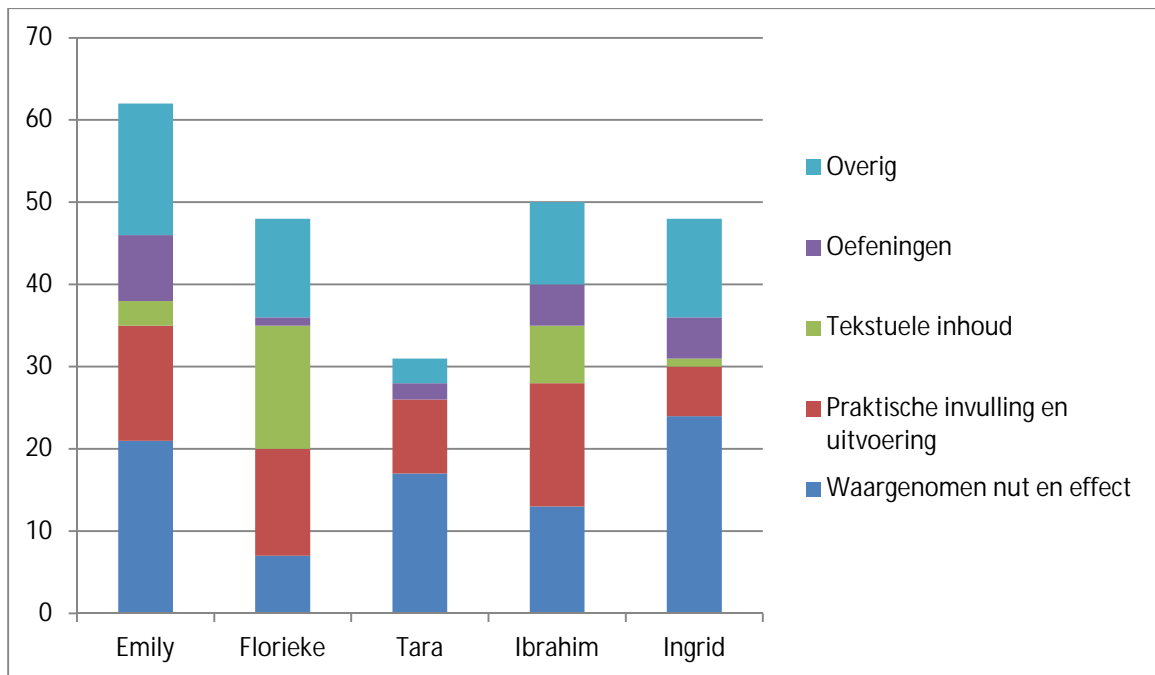
Hiermee wordt bedoeld dat deelnemers zichzelf herkennen in de teksten of oefeningen uit het boek, maar het gaat ook om het inzicht waar de herkenning toe leidt. Een deelnemer herkent bijvoorbeeld het eigen gedrag of de gedachten wanneer die besproken worden en verwerft vervolgens inzicht in hoe dit gedrag of deze gedachten ontstaan. Herkenning en inzicht worden als positief ervaren, en kan leiden tot acceptatie of afsluiting. Ibrahim geeft aan dat hij het fijn vindt dat hij zijn klachten herkent in het boek, en aan de hand van de uitleg zijn eigen gedrag ook beter begrijpt.

*"Dus voor mij vond ik het prettig, ik ben altijd iemand die graag wil weten wat ik heb, ik ben een controlfreak, en voor mezelf, ik wil het gewoon begrijpen, zodat ik mezelf kan helpen"* (Ibrahim)

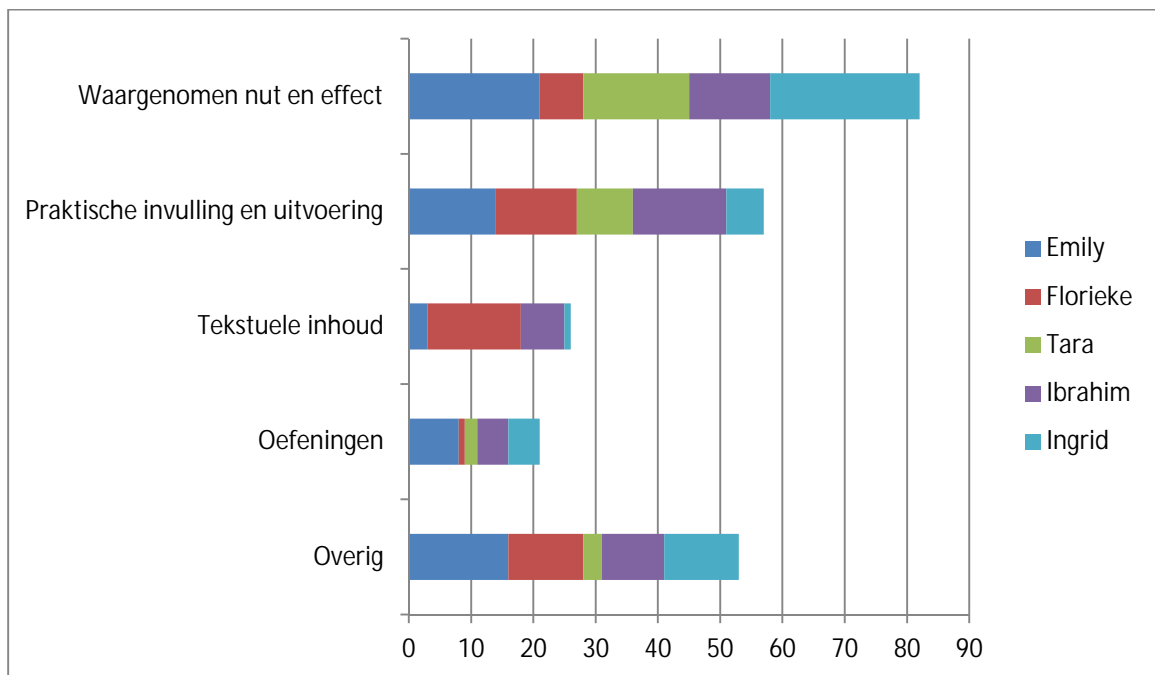
**Tabel 2.**

Categorie	Thema	Aantal	Emily	Florieke	Tara	Ibrahim	Ingrid
	<b>Totaal</b>	<b>82</b>	<b>21</b>	<b>7</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>24</b>
Waargenomen nut en effecten	Nut algemeen	19	4	5	5	1	4
	Herkenning – inzicht	14			1	6	7
	Bevordering positiviteit	12	7		4	1	
	Toepassing na afloop	9	1		2		6
	Zelfcompassie en zelfwaardering	8	1		2	4	1
	Confronterend	7	4		2	1	
	Afsluiting – hoop	7			1		6
	Niet geschikt voor mij	4	2	2			
	Verbetering relaties	2	2				
	<b>Totaal</b>	<b>57</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>6</b>
Praktische invulling en uitvoering	Moeite	16		1	1	10	4
	Therapietrouw	11	3	4	2	2	
	Zelfstandigheid	11	4	1	3	3	
	Tegenzin	10	5	2	3		
	Te weinig concreet	6	2	4			
	Werkvorm – positief	3		1			2
	<b>Totaal</b>	<b>26</b>	<b>3</b>	<b>15</b>		<b>7</b>	<b>1</b>
Tekstuele inhoud	Interessant	10		2		7	1
	Denigrerende toon	7		7			
	Oneens met tekst	5	1	4			
	Te wetenschappelijk	4	2	2			
	<b>Totaal</b>	<b>21</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
Oefeningen	Oefeningen algemeen	13	5		2	5	1
	Oma-oefening/Compassionele metgezel	5	1				4
	Drie goede dingen-oefening	3	2	1			
Overig	Vergelijking	16	2	7		2	5
	Verwachtingen	8	1	3	1	2	1
	Aanbeveling	6	1		1	1	3
	Emotionele belasting	6	2		1	2	1
	Plezier	5	3				2
	Klachten bij aanvang therapie	5	1	1			3
	Te zweverig	4	4				

**Figuur 1.**



**Figuur 2.**



Confronterend

Confronterend lijkt op herkenning en inzicht, maar wordt in eerste instantie als negatiever ervaren, veelal omdat deelnemers worden gewezen op eigenschappen van zichzelf die zij als slecht ervaren. Soms was het lezen van de tekst of het doen van de oefeningen confronterend voor de deelnemers. Zij werden gewezen op hun negatieve gewoonten of patronen, op hoe zij zelf negatieve gedragingen in

stand konden houden. Ook de bezigheid van kritisch naar jezelf kijken valt hieronder. Voor andere deelnemers was de welbevindentherapie vooral confronterend omdat er gebeurtenissen uit het verleden werden aangehaald, zoals blijkt uit het citaat van Tara.

*“Omdat je naar jezelf moet kijken. Als er iets verschrikkelijk is is het kijken wat je zelf fout doet.” (Emily)*

*“Ik denk dat je dan toch wel weer geconfronteerd wordt met je verleden, dan denk ik van, nou, dat kan nog wel even wachten.” (Tara)*

### Bevordering positiviteit

Veel deelnemers noemen dit als een van de werkzame elementen van de welbevindentherapie. Zij merken bij zichzelf dat zij door middel van de cursus een meer positieve focus hebben. Dit kan gaan over het opmerken van positieve dingen die je eerder niet zou opmerken, zoals gebeurt bij de opdrachten die erop gericht zijn positieve focus te leggen in je dagelijkse leven. Dit wordt geïllustreerd in het citaat van Emily hieronder. Het kan ook gaan over het ontdekken van gedachten die je normaal in een negatieve emotie doen geraken, en deze gedachten op tijd opmerken en uitdagen of vervangen, zoals blijkt uit het citaat van Tara hieronder. Uitingen die gaan over de focus van deze cursus op meer alledaagse zaken in plaats van op klachten, vallen hier ook onder.

*“Nou ja, grappig om te zien hoe je jezelf dan op gegeven moment leert kijken. Je bent daar helemaal niet bewust mee bezig, wat is je veilige plekje.” (Emily)*

*“Dat je toch, met bepaalde dingen kun je zeg maar het slechte gevoel weg krijgen. Dat vind ik wel prettig soms.” (Tara)*

### Toepassing na afloop

Dit betreft fragmenten waaruit blijkt dat deelnemers nog technieken of oefeningen uit de welbevindentherapie toepassen na afloop. De manier waarop zij dit doen verschilt zeer. Tara omschrijft bijvoorbeeld dat ze in het boek gaat lezen wanneer ze zich slecht voelt. Soms gaat het om het concreet toepassen van oefeningen die in het boek staan. Ingrid past bijvoorbeeld nog regelmatig de ‘oma-oefening’ toe:

*“Als je aan een rotsituatie denkt, dan denk ik altijd aan mijn oma, dat komt er ook in voor, ‘denk aan iemand, hoe zou die reageren’.” (Ingrid)*

### Afsluiting en hoop

Hieronder valt het afsluiten van een vervelende periode dankzij de welbevindentherapie, maar ook het krijgen van nieuwe hoop voor de toekomst wat hiermee samengaat. Dit thema kwam voornamelijk aan de orde bij Ingrid, die als enige dit zo sterk ervaren heeft. Zij omschrijft dit als volgt:

*“Als je heel lang psychisch trauma hebt, kom je daar nooit uit, heel vaak zak je heel vaak weer heel diep terug, begin je weer van voren af aan. Dit boek heeft een oplossing.” (Ingrid)*

### Zelfcompassie en zelfwaardering

Hiermee wordt bedoeld het accepteren en er laten zijn van leed of negatieve emoties. Dit betreft de door mindfulness geïnspireerde onderdelen van de cursus, maar ook het hoofdstuk over zelfcompassie. Voor Tara was dit het minst interessante onderdeel van de cursus, Ibrahim vond het juist het leukste hoofdstuk. Voor een gedeelte omdat hij zich hierin herkende, maar ook omdat het hem rust gaf, waar hij normaal gesproken teveel wil.

*“Dan leggen ze je uit dat je jezelf tijd moet geven, gunnen, om beter te worden, ik weet niet hoe ik het anders moet uitleggen, dat is heel kort samengevat wat ik, dat vond ik interessant. Compassie en waardering voor jezelf.” (Ibrahim)*

### Niet geschikt voor mij

Dit houdt in dat een deelnemer niet uitgesproken negatief is over een onderdeel van de welbevindentherapie, maar dat hij of zij denkt dat dit gewoon niet matcht met zijn of haar persoonlijke stijl.

### Verbetering relaties

Hierbij gaat het om het merken van een verbetering in je sociale relaties door de welbevindentherapie. Dit kwam alleen ter sprake bij Emily. Toch was het voor haar een centraal thema, en zij noemde het betrekken van derden dan ook als belangrijkste verbeterpunt. Hierdoor is besloten dit een apart thema te laten.

### *Praktische invulling en uitvoering*

Bij het bespreken van de ervaringen kwam ook vaak ter sprake hoe de deelnemers in de praktijk met de therapie bezig waren geweest, en hoe dit hen afging. Hierbij kwamen ook enkele verbeterpunten voor de therapie naar voren. Binnen deze categorie is *werkvorm – positief* een restlabel, waaronder positieve uitingen over de werkvorm vallen, die verder niet specifiek zijn. Afgezien van dit restlabel zijn er nog vijf specifieke thema's te onderscheiden.

### Moeite

Voor veel deelnemers was de cursus wel zwaar om te doorlopen, hoewel niet vanwege de emotionele belasting. Hierbij gaat het om moeite hebben met het lezen of begrijpen van de teksten of het niet precies begrijpen wat de bedoeling van de opdrachten is. Beide deelnemers die dit thema het meest noemen omschrijven dat dit niet aan de methode ligt, maar aan henzelf:

*“Ik heb zelf concentratieproblemen. Voor mij om iets door te lezen, dat kost me heel veel energie.”(Ibrahim)*

*“Lezen is voor mij heel moeilijk. Ik kan wel lezen, maar als ik het uit heb gelezen denk ik ‘wat heb ik nou gelezen?’ dus vaak moet het nog een keer.”(Ingrid)*

### Therapietrouw

Bij het bespreken van de therapie kwam ook vaak naar voren hoe trouw de deelnemers de therapie gevolgd hadden. Van de elf uitingen zijn er zeven positief en vier negatief. Over het algemeen gaven alle deelnemers aan wel alle hoofdstukken en opdrachten gedaan te hebben, maar soms hebben ze zich er makkelijk vanaf gemaakt, dit is bij Emily het geval bij de opdrachten die zij te ‘zweverig’ vindt, en bij Florieke naar het einde van de therapie toe, wanneer zij niet meer gemotiveerd is om deze nog af te ronden:

*“Op het eind niet meer, toen wou ik er ook echt mee stoppen, maar ik moest het afmaken van de psycholoog, toen heb ik nog wel alles gelezen, en de oefeningen een beetje gelezen” (Florieke)*

### Zelfstandigheid

Zelfstandigheid kwam naar voren als één van de meest genoemde negatieve kanten van de cursus. De deelnemers voelden zich soms in het diepe gegooid met het huiswerk. Ze moesten het alleen doen en kregen pas daarna feedback van de therapeut, veel hadden liever gezien dat ze meer zouden samenwerken met de therapeut. Ze ervaren de cursus nu als iets wat je teveel alleen doet. Emily miste niet alleen meer inbreng van de therapeut, maar ook het betrekken van een partner bij de oefeningen. Zij deed dat wel uit zichzelf en ondervond hiervan veel positieve effecten.

*“maar op het moment dat je jezelf emotioneel moet herstellen, dat helpt niet voor mij. Daar heb ik echt wel iemand bij nodig, niet eens zozeer voor de feedback, maar gewoon om het kwijt te kunnen.”(Emily)*

Eén concreet voorbeeld hiervan komt bij drie deelnemers naar voren. Zij hadden liever tijdens de sessies alvast een korte introductie gekregen op het hoofdstuk dat voor de komende twee weken op het

programma stond, zodat zij niet helemaal onbevungen hieraan zouden beginnen. Florieke kent dit vanuit een andere cursus die zij heeft gevolgd:

*“Ja dan had je iets meer introductie, en dan kon je ook meteen iets meer daarop ingaan, dat werkte wel heel goed”*(Florieke)

### Tegenzin

Hierbij gaat het erom dat deelnemers de welbevindentherapie met tegenzin volgen, vaak gaat dit over het uitstellen van het doen van de oefeningen en opdrachten. Ze zien het huiswerk als een verplichting. Ook bij de deelnemers die overwegend positief zijn over de cursus komt dit nog opvallend vaak voor. Zij schuiven dan de opdrachten voor zich uit, willen er liever niet aan beginnen. Als ze deze gedaan hebben blijkt uiteindelijk wel dat de oefeningen nuttig voor ze waren. Dit gaat vaak samen met *confronterend*, dat is één van de redenen waarom de deelnemers het huiswerk uitstellen, zoals blijkt uit deze quote:

*“Nou ja, het nut er niet van in zien, meer excuses verzinnen waarom ik dan niet naar mezelf hoefde te gaan kijken.”*(Emily)

### Te weinig concreet

Voor twee deelnemers kwam naar voren dat zij de WBT nog niet concreet genoeg vonden. Florieke miste vooral concrete adviezen of handvatten over hoe om te gaan met negatieve emoties, of hoe positieve emoties te bevorderen. Emily miste nog structuur, dit was vooral een kwestie van nieuwigheid, zij kon bij het volgen van de cursus merken dat deze voor het eerst in deze vorm gegeven werd.

*“... ik had echt verwacht dat het mij handvatten zou geven, in hoe je omgaat met terugvallen, want herstel gaat natuurlijk niet rechtlijnig, je hebt goeie periodes, je hebt slechte periodes, hoe ga je daar dan mee om?”*(Florieke)

*“Het is nog de pilot, dus het hangt nog een beetje aan elkaar, dat kon ik wel merken, dat het nog niet echt een stand iets is. Dus dat je geen vaste opdrachten hebt...”*(Emily)

### *Tekstuele inhoud*

De thema's in deze categorie hebben betrekking op de informatie die in de hoofdstukken beschreven is, zowel over de inhoud als de manier waarop het geschreven is. Hierbinnen zijn vier thema's te onderscheiden.

### Interessant

Hiermee wordt bedoeld dat de deelnemers geïnteresseerd waren in wat er in de tekst werd geschreven, zonder direct zichzelf hierin te herkennen. De meeste uitingen hiervan komen van Ibrahim, die voornamelijk positief was over de theoretische inhoud van het boek.

*“En hier heb ik aantekeningen gemaakt, zoals over die hormonen, dat komt dan vrij, dat vond ik gewoon prettig om te weten”(Ibrahim)*

### Denigrerende toon

Dit thema kwam alleen naar voren bij Florieke, maar was in haar beleving zo centraal aanwezig dat het een belangrijke rol speelt. Zij vond de toon waarop het boek werd geschreven denigrerend, omdat het op haar over kwam alsof het belerend was, alsof zij nu alles fout deed. Dit leidde ertoe dat zij geneigd was in de verdediging te schieten bij het lezen van de tekst.

*“ik vond meteen al dat de toon, zo van ‘Ja, je moet maar positief gaan leven, en dan komt alles wel goed.’ Ja, dat kan je wel zeggen, maar hoe moet je dat nou echt gaan doen?”(Florieke)*

### Oneens met tekst

Dit omschrijft dat een deelnemer het stellig oneens was met een theorie of stelling uit het boek. Vier van de vijf uitingen zijn van Florieke, dit speelt een belangrijke rol in haar negatieve ervaring met de cursus.

### Te wetenschappelijk

Dit gaat over de theorieën en onderzoeken die aangehaald worden in de hoofdstukken. Emily vond deze informatie soms moeilijk om te doorgronden, mede omdat ze er niet direct in geïnteresseerd was. Ook Florieke vond het vaak moeilijk om de link te leggen tussen de onderzoeken die aangehaald worden en de waarde hiervan in het hier en nu.

*“Ze gooien ook heel veel met onderzoeken, ‘Ja, vanuit dit onderzoek blijkt dit, en vanuit dat onderzoek blijkt dat’, dan denk ik ‘ja, wat moet ik daarmee?’”(Florieke)*

### Oefeningen

De oefeningen waren een centraal thema in de beleving van de meeste deelnemers. Over het algemeen zijn de deelnemers positief over de oefeningen, met name de schrijfoefeningen. Zij hebben het veelal prettig ervaren om ervaringen van zich af te schrijven. Soms worden ze genoemd in combinatie met de effecten die ze teweeg brengen, soms zijn ze een voor een cliënt een centraal onderdeel van de



beleving. Voor twee oefeningen geldt dat zij dermate belangrijk waren voor de ervaring van een deelnemer, dat zij als apart thema zijn opgenomen.

#### Oma-oefening/compassionele metgezel

Deze oefening komt heel specifiek naar voren in de ervaringen van Ingrid. Voor haar is dit het belangrijkste onderdeel van de welbevindentherapie geweest. Ook noemt ze dat ze deze oefening nog veel toepast in het dagelijks leven, na afloop van de cursus. Emily refereert ook eenmaal naar de oma-oefening, zij vindt deze te ‘zweverig’.

#### Drie goede dingen-oefening

Uitingen waarbij werd gerefereerd naar de ‘drie goede dingen-oefening’. Deze oefening nam een centrale plek in in de beleving van Emily, omdat zij deze samen met haar vriend deed. Dit versterkte hun relatie op de volgende manier, omdat zij meer hun waardering naar elkaar uitspraken. Zij omschrijft dit op de volgende manier:

*“Je ziet dan in één keer dat een ander gaat waarderen wat je doet. Normaal gaat het zo: ‘Je hebt eten gekookt, fijn, lekker’ en nu zei je ’s avonds: ‘Ik vond het echt fijn dat toen ik thuis kwam het eten klaar stond, en dat je bijna anderhalf uur in de keuken had gestaan, dat kan ik wel waarderen’. De volgende dag ga je dan weer koken: ‘Hij ziet het in elk geval!’”(Emily)*

#### *Overige thema’s*

#### Vergelijkingen

Om de welbevindentherapie te omschrijven worden vaak vergelijkingen gemaakt met andere therapieën. Deze komen voornamelijk van de twee deelnemers die al meerdere andere cursussen hadden doorlopen. Opvallend is dat Florieke alleen negatieve vergelijkingen maakt (7 uitingen) en Ingrid alleen positieve (5 uitingen). Florieke noemt voornamelijk dat de welbevindentherapie minder concrete handvatten biedt, Ingrid vindt dat welbevindentherapie deze juist méér biedt.

*“Bij [het revalidatiecentrum] heb ik ook heel erg geleerd hoe je met de buitenwereld om moet gaan, andere mensen gaan met heel andere dingen om, en die hebben niet altijd begrip voor je, voor wat er allemaal gebeurt, en dat is wel heel lastig, en ik had echt gedacht dat het boek daar misschien ook handvatten in zou geven, of dat ze daar überhaupt aandacht aan zouden besteden, maar...”(Florieke)*

*“Ja, daar was ik helemaal niet zo serieus mee, ik nam niks serieus. (...) En dat wat hier in dat boek staat, doe je ook meteen, hè?”(Ingrid)*

### Verwachtingen

Dit gaat over de verwachtingen van de deelnemers voor zij aan de cursus begonnen. Met uitzondering van Florieke gingen hadden de deelnemers geen specifieke verwachtingen.

*“Nee, ik laat het gewoon over me heen komen. Ik zie het allemaal wel.” (Ibrahim)*

*“Nee, ik denk, ik doe maar gewoon.” (Ingrid)*

### Aanbeveling

Desgevraagd noemen de meeste deelnemers dat zij de cursus wel zouden aanbevelen aan mensen met traumatische ervaringen. Ingrid is de enige die er uit zichzelf over begint, en die het ook al daadwerkelijk heeft aanbevolen en haar boek heeft uitgeleend aan drie anderen:

*“Nee, ik raad dat iedereen aan, mijn boek gaat nou ook al naar de derde persoon. Ik zeg allemaal: ‘Lees maar, probeer maar eens’.” (Ingrid)*

### Emotionele belasting

Over de emotionele belasting wordt over het algemeen gezegd dat deze minder zwaar is in vergelijking met verwerkingsgerichte therapie, ook al was de welbevindentherapie soms wel confronterend. Ingrid had er het minste moeite mee, Tara gaf als enige aan het soms wel zwaar te hebben gevonden, qua emotionele belasting.

*“Ik vond het niet zwaar, dit is leuk om te doen.” (Ingrid)*

*“Op dat moment, als je je dan heel slecht voelt, dan is het heel zwaar, maar dan een andere keer, dan is het weer net iets makkelijker.” (Tara)*

### Plezier

Hieronder vallen uitingen die aangeven dat de deelnemers het leuk vonden om bezig te zijn met de cursus, dat zij plezier hadden in de therapie zelf, zonder acht te slaan op de mogelijke effecten ervan. Dit komt naar voren bij Emily (*‘Ja, ik vond het wel leuk’*) en Ingrid (*‘Ik vond het gewoon heel leuk’*)

### Klachten bij aanvang therapie

Dit waren uitingen over welke klachten de deelnemers nog hadden bij aanvang van de welbevindentherapie, en welke invloed dit heeft gehad op het verloop. Florieke noemt dat zij nog wel depressieve perioden had tijdens het volgen van de cursus, en dat het boek dan niet aansloeg:

*“nou ja, ik heb ook wel tijden gehad dat ik heel depressief was, en dan is het ook niet handig als je dan net dat boek moet lezen” (Florieke)*

Voor Ibrahim spelen er ook nog klachten (achterdochtigheid, onzekerheid, agressiviteit), maar dit lijkt hem anders te beïnvloeden. Hij vindt het juist fijn om deze klachten met behulp van het boek te kunnen verklaren.

### Te zweverig

Dit thema komt alleen voor bij Emily, maar voor haar is het een belangrijk thema. Zij doelt hiermee op spiritualiteit die soms aan bod komt, maar ook op de meer meditatieve oefeningen, waarbij je ergens over moet nadenken of je ergens een voorstelling van moet maken, zoals de oma-oefening.

*“ik wil dat allemaal heel graag met mijn vriend doen, dan als je daar voor jezelf met je ogen dicht gaat zitten, en een beetje mediteren of wat het is.”(Emily)*

## Discussie

Welbevindentherapie is ontwikkeld om positieve geestelijke gezondheid in mensen te verhogen. Hierdoor zullen zij gelukkiger worden en minder vatbaar zijn voor terugval na een psychiatrische behandeling. Er is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd onder deelnemers die een WBT hebben gevolgd na een traumabehandeling om zicht te krijgen op hoe zij de therapie hebben ervaren. Dit kan helpen bij het verklaren van resultaten uit kwantitatief effectonderzoek en kan mogelijke verbeteringen identificeren. Op basis van de analyses van vijf interviews kan hoofdzakelijk gezegd worden dat cliënten de therapie elk heel verschillend hebben ervaren. De deelnemers zijn overwegend positief, één is uitgesproken positief en één is uitgesproken negatief. In de interviews valt steeds op dat voor de meeste deelnemers één of twee thema's er duidelijk uitspringen en een belangrijke rol innemen in hun verhaal, terwijl deze thema's bij andere deelnemers helemaal niet aan de orde komen. Van de vijf interviews zijn er geen twee vergelijkbaar. Het merendeel van de thema's kan ingedeeld worden in één van vier categorieën: *Waargenomen nut en effecten*, *praktische invulling en uitvoering*, *tekstuele inhoud* en *oefeningen*.

De meeste deelnemers omschrijven hun ervaringen met de therapie in termen van wat zij aan de cursus hebben gehad, de categorie *waargenomen nut en effect* heeft de meeste uitingen. Ook hierin zijn de meeste deelnemers positief, zij noemen dat zij baat hebben gehad bij de cursus. Uit onderzoek naar ervaringen met medische behandelingen en beoordelingen hiervan blijkt dat effect van een behandeling samenhangt met beoordeling van de betreffende behandeling (Kane et al., 1997, Jackson et al., 2001). Hoewel in dit onderzoek geen kwantitatieve metingen van effect zijn vergeleken, lijkt waargenomen effect wel van invloed te zijn op de beoordeling van de therapie.

Na *waargenomen nut en effect* vallen de meeste uitingen binnen *praktische invulling en uitvoering*. Hieruit blijkt het belang van de implementatie van een interventie, naast een theoretische onderbouwing. Dit sluit aan bij de visie van Campbell (2006), en benadrukt de mogelijkheden van kwalitatief onderzoek om mogelijke verbeteringen aan te dragen in de ontwerpfase van een interventie. Opvallend binnen deze categorie is dat meerdere deelnemers aangeven de WBT als zwaar te hebben ervaren, dat zij moeite hadden met het lezen van de hoofdstukken of het maken van de oefeningen. Mogelijk speelt hierin mee dat bij enkele deelnemers de PTSS nog niet volledig in remissie was. Concentratieproblemen zijn een symptoom van PTSS en zouden dus verantwoordelijk kunnen zijn voor de moeite die deelnemers hebben.

Binnen de categorie *tekstuele inhoud* is het merendeel van de uitingen van één deelnemer. Deze deelnemer is overwegend negatief en is het vaak oneens met wat er in de hoofdstukken staat en op welke manier dit geschreven is. Ook is er een aantal uitingen van een deelnemer die de tekstuele

inhoud juist het meest positieve onderdeel van de WBT vond. Opvallend is dat in de vierde categorie *oefeningen* een omgekeerd patroon te zien is, de deelnemers die weinig over de tekstuele inhoud uiten refereren vaker aan de oefeningen en omgekeerd. Het lijkt er dus op dat in de ervaringen van de deelnemers de tekstuele inhoud óf de oefeningen een prominente plaats innemen, maar niet beiden. Slechts bij één deelnemer worden beiden ongeveer evenveel besproken.

Het feit dat de geïnterviewde deelnemers elk andere thema's hebben die voor hen het meest belangrijk waren in de WBT wijst erop dat het een veelzijdige therapie betreft met verschillende elementen. Dit kan omschreven worden als een sterke kant van de therapie. In de medische zorg gaan sinds enkele jaren steeds meer stemmen op voor een focus op patient-centered care (PCC), ook wel person-centered care genoemd, een vorm van zorg die meer toegespitst is op de individuele behoeften van de patiënt (Reynolds, 2009). Volgens Arora (2009) en Olsson et al. (2012) kan PCC leiden tot grote verbeteringen in de zorg. Welbevindentherapie zou op een vergelijkbare manier ingericht kunnen worden, als de cursus op een manier gegeven wordt waarbij er nadruk wordt gelegd op de elementen van de cursus die het meest aansluiten bij de behoefte van de cliënt.

Binnen de ervaringen van de deelnemers viel op dat één deelnemer uitgesproken negatief was, waar anderen overwegend positief waren. Het is mogelijk dat de mate van symptomen bij aanvang van de cursus hierop een invloed heeft gehad. In de introductie van de 'Dit is jouw leven' wordt afgeraden te beginnen aan de cursus wanneer er nog sprake is van ernstige angst- of depressieve klachten. Dit zou mogelijk verklaren waarom deze deelnemer de cursus negatief ervoer, iets waar zij zelf ook op zinspeelt. Uit een meta-analyse van Sin & Lyubomirsky (2009) naar positieve psychologische interventies blijkt echter dat cliënten met depressieve klachten juist meer baat hebben bij deze interventies. Uit een meer recente meta-analyse blijkt dat positieve psychologische interventies een positief effect kunnen hebben op vermindering van depressieve symptomen (Bolier et al., 2013). Ruini & Fava (2012) noemen wel dat de beste resultaten met WBT behaald worden wanneer deze wordt toegepast wanneer er geen sprake is van een volledige stemmings- of angststoornis, maar wel symptomen hiervan zijn. Uit de ervaringen van deze deelnemer komt ook naar voren dat zij zich gedwongen voelt om zich positief te voelen, wanneer zij hiertoe geen rede heeft. Dit leidt er vooral toe dat zij geen aansluiting vindt bij de WBT.

#### *Beperkingen en sterke kanten studie*

Vanwege het verkennende karakter van deze studie is het niet mogelijk om resultaten te generaliseren naar een bredere populatie. Dat is ook niet het doel geweest van het onderzoek. Het gaat erom een idee te geven van hoe cliënten de welbevindentherapie ervaren op een individueel niveau. Het in kaart brengen van de gebruikerservaring heeft nieuwe ideeën opgeleverd voor toekomstige verbeteringen aan de therapie.

Een belemmerende factor in bij de uitvoering van dit onderzoek betreft dat de interviews zijn afgenomen op dezelfde afdeling als waar de cliënten de therapie hebben gevolgd, en dat de onderzoeker, die zelf de interviews afnam, ook op deze afdeling werkzaam was. Hoewel voor elk interview benadrukt is dat de cliënten vrijuit konden spreken en dat de resultaten anoniem verwerkt zouden worden, is het denkbaar dat zij sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven. De cliënten hadden in alle gevallen al een band met de therapeut voor zij met de WBT begonnen, en gingen in enkele gevallen ook na de WBT nog door met behandeling. Zij hebben misschien angst gehad dat een negatief oordeel over de therapie de werkrelatie met de therapeut zou kunnen schaden. Toch is voor deze constructie van informatieverzameling gekozen, omdat deze in de praktijk het meest haalbaar was.

Omdat de interviews zijn afgenomen en gecodeerd door één onderzoeker is er geen manier geweest om een interbeoordelaarsbetrouwbaarheid of andere maat van objectieve codering vast te stellen. Hierdoor kan de codering van de transcripten gekleurd zijn. Morrow (2005) beargumenteert dat dit in kwalitatief onderzoek geen beperking hoeft te zijn. Omdat het doel is om een zo accuraat mogelijke representatie van de deelnemer neer te zetten, kan de subjectieve inschatting van de onderzoeker, gebaseerd op wat hij gezien heeft tijdens de dataverzameling, juist dienen als aanvullende data.

#### *Mogelijke verbeteringen*

Hoewel de resultaten vanuit dit onderzoek niet gegeneraliseerd kunnen worden, komen er wel enkele mogelijkheden voor verbetering naar voren die in de toekomst nader onderzocht kunnen worden. Meest vooraanstaand van de tekortkomingen die worden omschreven is de zelfstandigheid die de deelnemers ervaren in de cursus. Omdat de methode ‘Dit is jouw leven’ ook gebruikt kan worden als zelfhulpboek, is het begrijpelijk dat veel van de oefeningen gericht zijn op zelfstandig uitvoeren. Toch misten de deelnemers in dit onderzoek meer interactie en begeleiding van de therapeut. Hierop kan worden ingesprongen door bijvoorbeeld een aangepast behandelprotocol bij het boek te gebruiken.

Een concreet voorbeeld wat uit de resultaten naar voren komt is het inleiden van een nieuw hoofdstuk door de therapeut in de sessie voorafgaand aan het doorwerken van dit hoofdstuk door de cliënt. Omdat één deelnemer ook aanraadt om derden te betrekken bij de behandeling, zouden er ook varianten van oefeningen in het boek opgenomen kunnen worden die bijvoorbeeld een partner of familielid betrekken bij het uitvoeren van de oefening.

Hiernaast kan gezegd worden dat op basis van de uiteenlopende ervaringen met de therapie van de deelnemers, het is aan te raden om de cursus zoveel mogelijk te personaliseren. Dit kan door bijvoorbeeld op voorhand met de cliënt te bespreken welke hoofdstukken het meeste aandacht krijgen,

of door te bepalen of er een grotere nadruk moet liggen op de tekstuele inhoud dan wel de oefeningen. Ook is het verstandig de keuzevrijheid in de oefeningen zoveel mogelijk te bewaren. Dit zal de kans verhogen dat elke deelnemer maximaal effect ervaart van de cursus, maar zou ook het plezier waarmee de deelnemers de cursus volgen kunnen verhogen.

### *Conclusie en aanbevelingen*

Dit onderzoek heeft laten zien dat deelnemers aan een welbevindentherapie uiteenlopende ervaringen omschrijven. Ongeacht waar de verschillen in ervaring vandaan komen, is het een opvallende constatering dat elke deelnemer de cursus op een eigen manier heeft ervaren. In veel positieve psychologische interventies wordt er naar gestreefd om sterke kanten verder te ontwikkelen. Het kan gezegd worden dat de mogelijkheid voor elke deelnemer om de therapie op zijn eigen manier te ervaren, een sterke kant is van de welbevindentherapie, welke verder ontwikkeld kan worden. De methode 'Dit is jouw leven' voorziet in verschillende oefeningen, waaruit een deelnemer zelf een keuze kan maken. Op basis van dit onderzoek kan aanbevolen worden deze keuzevrijheid te bewaren en te benadrukken. Verdere personalisering kan toegevoegd worden door varianten op oefeningen te bedenken. Dit maakt de deelnemer meer een partner in zijn eigen proces. In de medische zorg wordt steeds meer belang gehecht aan patient-centered care, het lijkt erop dat welbevindentherapie een belangrijke bijdrage kan leveren aan het verhogen van patient-centered care in de geestelijke gezondheidszorg.

De conclusies van dit onderzoek zijn gebaseerd op de uitingen van een klein aantal deelnemers. Om deze te valideren verdient het aanbeveling om verder te onderzoeken of dezelfde thema's spelen bij andere cliënten die WBT volgen. De mogelijke verbeteringen die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen zijn nog niet in de praktijk toegepast. Het is daarom interessant om te zien hoe toekomstige deelnemers deze veranderingen in de therapie beoordelen. Uit dit onderzoek kwam ook naar voren dat de deelnemers de therapie voornamelijk omschreven in termen van wat de effecten die zij bij zichzelf waargenomen hadden. In toekomstig onderzoek kan gekeken worden naar welke verbanden er zijn tussen effect van een therapie en beoordeling door cliënten van een therapie in positieve psychologische interventies. Uit het onderzoek is gebleken dat de subjectieve ervaringen van deelnemers een toegevoegde waarde heeft naast kwantitatieve effectstudies, door mogelijke processen te verkennen en nieuwe mogelijke verbeteringen te identificeren. In navolging hiervan zouden de ervaringen van de behandelaars een uniek perspectief kunnen bieden op de processen die een rol spelen bij welbevindentherapie.

## Referenties

Arora, N. K. (2009). Importance of patient-centered care in enhancing patient well-being: A cancer survivor's perspective. *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care & Rehabilitation*, 18(1), 1-4.

Bohlmeijer, E., Bolier, L., Steeneveld, M., Westerhof, G., Walburg, J.A. (2013). Welbevinden: van bijzaak naar hoofdzaak? In Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G., Walburg, J.A. *Handboek Positieve Psychologie* (pp 17-38). Amsterdam: Boom

Bohlmeijer, E. & Hulsbergen, M. (2013). *Dit is jouw leven*. Amsterdam: Boom

Bohlmeijer, E. & Hüning, L. (2013). *Welbevindentherapie protocol*

Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13(1), 119.

Campbell, N. C., Murray, E., Darbyshire, J., Emery, J., Farmer, A., Griffiths, F. & Kinmonth, A. L. (2007). Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *Bmj*, 334(7591), 455-459.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.

Fava, G. A., Rafanelli, C. C., Cazzaro, M. M., Conti, S. S., & Grandi, S. S. (1998). Well-being therapy: A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine*, 28(2), 475-480.

Fava, G. A., & Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: Well-being therapy. *Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*, 34(1), 45-63.

Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., & Sirigatti, S. (2005). Well-Being Therapy of Generalized Anxiety Disorder. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 74(1), 26-30.

Jackson, J. L., Chamberlin, J., & Kroenke, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social science & medicine*, 52(4), 609-620.



Kane, R. L., Maciejewski, M., & Finch, M. (1997). The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Medical care*, 35(7), 714-730.

Lamers, S., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of clinical psychology*, 67(1), 99-110.

Lamers, S.M.A. (2012) Reciprocal impact of positive mental health and psychopathology. In Lamers, S.M.A. *Positive mental health: Measurement, relevance and implications* (pp 139-162). Enschede, the Netherlands: University of Twente.

Mills, K., Teesson, M., Ross, J., & Peters, L. (2006). Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 652-658.

Nastasi, B. K., & Schensul, S. L. (2005). Contributions of qualitative research to the validity of intervention research. *Journal of School Psychology*, 43(3), 177-195.

Onwuegbuzie, A. J., & Leech, N. L. (2004). Enhancing the interpretation of “significant” findings: The role of mixed methods research. *The Qualitative Report*, 9(4), 770-792.

Onwuegbuzie, A. J., & Leech, N. L. (2005). On becoming a pragmatic researcher: The importance of combining quantitative and qualitative research methodologies. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(5), 375-387.

Pérez Benítez, C. I., Zlotnick, C., Stout, R. I., Lou, F., Dyck, I., Weisberg, R., & Keller, M. (2012). A 5-year longitudinal study of posttraumatic stress disorder in primary care patients. *Psychopathology*, 45(5), 286-293.

Reynolds, A. (2009). Patient-centered care. *Radiologic Technology*, 81(2), 133-147.

Ruini, C., & Fava, G. A. (2012). Role of well being therapy in achieving a balanced and individualized path to optimal functioning. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(4), 291-304.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.

Sheldon, K. M., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American psychologist*, 56(3), 216.

Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice friendly meta analysis. *Journal of clinical psychology*, 65(5), 467-487.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). " Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence". *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18.

Turner, N., Barling, J., & Zacharatos, A. (2002). Positive psychology at work. *Handbook of positive psychology*, 715-728.

De Vries, G. J., & Olf, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of traumatic stress*, 22(4), 259-267.

Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119.

Wu, H. C., Chou, P., Chou, F. H. C., Su, C. Y., Tsai, K. Y., Ou-Yang, W. C., ... & Chen, M. C. (2006). Survey of quality of life and related risk factors for a Taiwanese village population 3 years post-earthquake. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 40(4), 355-361.

## **Bijlage 1**

### **Interviewschema WBT**

Leeftijd:

Hoe is uw woon-/gezinssituatie?

Alleenstaand / samenwonend / samenwonend met kinderen / alleen met kinderen

Evt. leeftijd kinderen:...

Hoe is uw dagbesteding?

Studie / werk / huishoudelijk werk / gepensioneerd / vrijwilligerswerk / arbeidsongeschikt / werkloos / anders, nl...

Kunt u kort iets vertellen over de rede waarom u in behandeling bent/was?

Hoe heeft u de WBT ervaren?

Wat waren vooraf uw verwachtingen over de WBT? Zijn die verwachtingen uitgekomen?

Wat vond u prettig aan de WBT?

Wat vond u minder prettig aan de WBT?

Welke verschillen met de voorgaande/andere therapie merkte u?

Hoe vond u de werkvorm van de WBT?

Wat vond u van de oefeningen?

Heeft u de cursus altijd trouw gevolgd? (Huiswerk, hoofdstukken lezen, opdrachten...)

Hoe zwaar vond u de WBT, qua emotionele belasting?

Welk hoofdstuk of onderdeel van de WBT vond u het leukst, of het meest interessant?

Welk hoofdstuk of onderdeel vond u het minst leuk, of minst interessant?

Stond er informatie in de hoofdstukken waar u het niet mee eens was?

Zou u WBT aanbevelen voor mensen die een traumabehandeling hebben doorlopen of traumatische ervaringen hebben gehad?

Als u de theoretische inhoud van de WBT een cijfer zou moeten geven van 1 tot 10, welk cijfer zou u geven? Kunt u dit toelichten?

Als u de huiswerkopdrachten van de WBT een cijfer zou moeten geven van 1 tot 10, welk cijfer zou u geven? Kunt u dit toelichten?

Als u de werkvorm van de WBT een cijfer zou moeten geven van 1 tot 10, welk cijfer zou u geven? Kunt u dit toelichten?

Als u de WBT als geheel een cijfer zou moeten geven van 1 tot 10, welk cijfer zou u geven? Kunt u dit toelichten?