



De relatie tussen disfunctioneren en welbevinden in
de klinische populatie

Masterscriptie Positieve Psychologie en Technologie (10ECT)

Annabel van der Linden, S1614096

Eerste supervisor: dr. Sanne Lamers

Tweede supervisor: drs. Katinka Franken

Augustus 2015

Samenvatting

Inleiding: Uit eerder onderzoek in de algemene Nederlandse bevolking blijkt dat welbevinden en psychopathologie twee aan elkaar gerelateerde, maar te onderscheiden dimensies zijn. In de geestelijke gezondheidszorg ligt de focus uitsluitend op psychopathologie. De huidige studie onderzoekt in welke mate het twee-continua model gerepliceerd kan worden in de klinische populatie en of er unieke samenhangen zijn tussen de verschillende componenten van welbevinden en disfunctioneren. *Methode:* Welbevinden (MHC-SF) en disfunctioneren (OQ-45) worden op één moment gemeten in een klinische populatie ($N=79$, $M_{leeftijd} = 40.04$, $SD_{leeftijd} = 12.58$). Eerst wordt door middel van een bivariate correlatieanalyse de sterkte van de samenhang tussen welbevinden en disfunctioneren getoetst. Daarna worden de participanten, afhankelijk van de mate van welbevinden en disfunctioneren die ervaren wordt, door middel van een kruistabel tegen elkaar afgezet om het twee-continua model te toetsen. Ten slotte wordt een multiële regressieanalyse uitgevoerd om de unieke samenhang te onderzoeken. *Resultaten:* Er is een matige samenhang tussen de mate van welbevinden en disfunctioneren die ervaren wordt ($r = -.66$; $\rho < .001$). Verder wordt aangetoond dat disfunctioneren in interpersoonlijke relaties een unieke samenhang heeft met totaal ($\beta = -.42$, $\rho < .01$), emotioneel ($\beta = -.40$, $\rho < .01$) en psychologisch ($\beta = -.40$, $\rho < .01$) welbevinden wanneer gecontroleerd wordt voor de andere componenten van disfunctioneren. Psychologisch welbevinden heeft een unieke samenhang met totaal disfunctioneren ($\beta = -.38$, $\rho < .01$), symptomatische distress ($\beta = -.46$, $\rho < .001$) en disfunctioneren in interpersoonlijke relaties ($\beta = -.40$, $\rho < .01$) wanneer gecontroleerd wordt voor de andere componenten van welbevinden. *Conclusie:* De resultaten bevestigen, in mindere mate dan in de algemene bevolking, ondersteuning van het twee-continua model in de klinische populatie. Op basis van deze resultaten lijkt het belangrijk om in de geestelijke gezondheidszorg niet uitsluitend oog te hebben voor de psychische klachten, maar ook voor de mate van welbevinden die ervaren wordt. Op basis van de aangetoonde unieke samenhangen tussen de componenten lijkt het dat de focus bij de klachtgerichte behandeling op het verminderen van disfunctioneren in interpersoonlijke relaties zou moeten liggen en bij het bevorderen van welbevinden op het psychologische welbevinden voor het meest effectieve behandelresultaat.

Sleutelwoorden: Welbevinden; psychopathologie; disfunctioneren; twee-continua model; klinische populatie

Abstract

Background: Earlier research in the general Dutch population showed that well-being and psychopathology are two interrelated, but distinct dimensions. In mental health, the focus is exclusively on psychopathology. The current study examines the extent to which the two-continua model can be replicated in the clinical population and the interdependence of the various components of well-being and dysfunction. *Methods:* Well-being (MHC-SF) and dysfunction (OQ-45) are measured by means of a clinical population at a particular moment in time ($N = 79$, $M_{\text{age}} = 40.04$, $SD_{\text{age}} = 12.58$). First the strength of the relationship between well-being and dysfunction is tested by way of a bivariate correlation analysis. Subsequently, by means of a cross table the participants are set off against each other in order to test the two-continua model. Finally a multiple regression analysis was done in order to test the unique consistency. *Results:* The two-continua model is supported in the clinical population ($r = -.66$; $\rho < .001$). Furthermore, it is shown that dysfunction in interpersonal relationships has a unique association with total ($\beta = -.42$, $\rho < .01$), emotional ($\beta = -.40$, $\rho < .01$) and psychological ($\beta = -.40$, $\rho < .01$) well-being after controlling for the other components of dysfunction. Psychological well-being has unique correlation with overall dysfunction ($\beta = -.38$, $\rho < .01$), symptomatic distress ($\beta = -.46$, $\rho < .001$) and dysfunction in interpersonal relationships ($\beta = -.40$, $\rho < .01$) after controlling for the other components of well-being. *Conclusion:* The results confirm, to a lesser extent than the general Dutch population, support of the two-continua model in the clinical population. Based on these results, it seems important for the mental health to not only focus on psychological symptoms, but to focus also on well-being. According to the demonstrated unique associations, it should be the focus of the complaint targeted treatment to reduce dysfunction in interpersonal relationships. The focus with respect to promoting well-being should be on the psychological well-being in order to obtain the most effective treatment results.

Keywords: Well-being; psychopathology; dysfunction; two-continua model; clinical population

Een groot deel van de Nederlandse bevolking krijgt ooit in het leven te maken met psychopathologie. Dit kan zijn doordat men zelf aan psychopathologie lijdt of dat men familieleden, collega's of kennissen heeft die aan psychopathologie lijden. Waar voorheen bij geestelijke gezondheid de focus op de psychische klachten lag, is de laatste jaren de positieve psychologie in opkomst waardoor een verschuiving van de focus naar het welbevinden te zien is. In deze studie wordt onderzoek gedaan naar de relatie tussen psychopathologie en disfunctioneren in de klinische populatie.

Prevalentie en behandeling van psychopathologie

Psychopathologie is een kernbegrip dat alle psychische stoornissen omvat. De stoornissen hebben als gemeenschappelijke factor het uitoefenen van invloed op het algemeen functioneren met als gevolg disfunctioneren (Spitzer & Wilson, 1975). De American Psychiatric Association (2013) heeft de psychopathologie in eenentwintig hoofdcategorieën verdeeld die op hun beurt weer onderverdeeld zijn in verschillende soorten psychische stoornissen. De meest voorkomende hoofdcategorieën in Nederland zijn de stemmings-, angst- en middelenstoornis. In de Nederlandse bevolking is de prevalentie van alle psychopathologie 18,0% en heeft 42,7% ooit in zijn of haar leven een psychische stoornis gehad (de Graaf, ten Have, & van Dorsselaer, 2010). Om te kunnen genezen van een psychische stoornis of er mee om te leren gaan is het in de meeste gevallen noodzakelijk om professionele hulp te zoeken. Als gevolg van het vele vóórkomen van psychopathologie is de behandeling ervan een veel besproken onderwerp.

Momenteel ligt de focus binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) op de psychische klachten die ervaren worden. Men komt pas in aanraking met de GGZ als er sprake is van psychische klachten die belemmerend zijn in het dagelijks leven. Binnen de GGZ wordt er gewerkt met algemene richtlijnen om zo de kwaliteit van de gezondheidszorg te waarborgen of zelfs te verbeteren. In deze richtlijnen worden als mogelijke psychologische behandelingen klachtgerichte behandelmethoden beschreven. De focus ligt daarbij op het verminderen van psychische klachten, omdat psychische gezondheid gezien wordt als de afwezigheid van psychopathologie (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Psychiatrische poliklinische patiënten geven echter aan dat de belangrijkste elementen voor psychische gezondheid de aanwezigheid van optimisme en zelfvertrouwen, de terugkeer naar de gebruikelijke ik en de terugkeer naar een normaal niveau van functioneren zijn (Zimmerman, et al. 2006). Zij vinden het verminderen van de psychische klachten dus niet de belangrijkste voorwaarde voor psychische gezondheid. Daarnaast blijkt uit onderzoek (Insel & Skolnick, 2006; Kessler et al., 2005) dat de huidige behandelingen niet bijdragen aan afnemen van de prevalentie van psychopathologie en het

krijgen van psychopathologie op jonge leeftijd. De huidige behandelmethoden focussen zich dus op andere resultaten dan de resultaten die de klinische patiënten graag willen bereiken en hebben geen effect op de prevalentie. Dit leidt tot de vraagstukken hoe de geestelijke gezondheidszorg beter kan aansluiten bij de wensen van de klinische populatie en, of de GGZ haar focus moet verbreden. Om deze vraagstukken te kunnen beantwoorden is het van belang om meer inzicht te krijgen in de relatie tussen psychische klachten en het welbevinden in de klinische populatie.

Welbevinden

Niet alleen de psychiatrische poliklinische patiënten (Zimmerman et al., 2006), maar ook de World Health Organization (WHO) vindt het van belang om de aandacht in de geestelijke gezondheidszorg niet te beperken tot afwezigheid van psychische klachten. De WHO definieert psychische gezondheid als: ‘a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community’ (p. 2). Aan de hand van deze definitie kan de psychische gezondheid worden verdeeld in drie componenten van welbevinden, te weten: emotioneel welbevinden, psychologisch welbevinden en sociaal welbevinden. Welbevinden kent meerdere definities, maar bovenstaande definitie komt overeen met hoe andere studies met betrekking tot de positieve psychologie welbevinden definiëren. In de huidige studie komt de strekking van het begrip welbevinden overeen met de bovenstaande definitie.

De eerste component van welbevinden is emotioneel welbevinden, ook wel de subjectieve ervaring van welbevinden genoemd (Diener, 1984). Emotioneel welbevinden omvat drie onderdelen, namelijk de mate waarin positieve gevoelens aanwezig zijn, de mate waarin negatieve gevoelens aanwezig zijn en de mate waarin mensen tevreden zijn met hun leven. De tweede component van welbevinden is psychologisch welbevinden. Hieronder wordt het effectief functioneren van het individu in de zin van zelfrealisatie verstaan (Ryff, 1989; Ryff & Singer, 1998). Er zijn zes criteria die onderdeel uitmaken van zelfrealisatie: doelgerichtheid (gevoel van richting in het leven), persoonlijke groei (gevoel van voorgaande ontwikkeling), autonomie (zelfbepaling en onafhankelijkheid), omgevingsbeheersing (effectief gebruik maken van mogelijkheden die zich voordoen), zelfacceptatie (positieve attitude ten opzichte van zichzelf) en positieve relaties (warme, vertrouwensvolle relaties met anderen). De derde component van welbevinden is sociaal welbevinden. Sociaal welbevinden betreft het effectief functioneren in de maatschappij. Keyes (1998) verdeelde sociaal welbevinden in vijf dimensies: sociale acceptatie (een positieve houding ten opzichte van anderen), sociale actualisatie (geloof

in maatschappelijke vooruitgang), sociale contributie (het gevoel waardevol te zijn voor de maatschappij), sociale coherentie (begrijpen van de maatschappij) en sociale integratie (thuis voelen in de maatschappij).

Welbevinden en psychopathologie: het twee-continua model

In de algemene bevolking zijn al meerdere onderzoeken gedaan naar psychische klachten en welbevinden waaruit geconcludeerd kan worden dat er een relatie tussen deze twee factoren is. Zo werd aan de hand van een drie-fasen model geconcludeerd dat verbetering van welbevinden noodzakelijkerwijs voorafgaat aan het verminderen van symptomatische klachten en dat vermindering van symptomatische klachten een voorwaarde is voor verbetering van functioneren (Howard, Lueger, Maling, & Martinovich, 1993). Daarnaast is aangetoond dat aanwezigheid van welbevinden het risico op het ontwikkelen van psychische klachten en stoornissen vermindert (Keyes, Dhingra, & Simoes, 2010; Lamers et al., 2015; Wood & Joseph, 2009) en de kans op herstel vergroot (Bergsma, ten Have, Veenhoven, & de Graaf, 2011). Andersom blijkt uit de studie van Keyes (2007) dat verminderen van psychische klachten niet noodzakelijk leidt tot een beter welbevinden.

Hoe deze relatie tussen welbevinden en psychische klachten in de algemene bevolking er inhoudelijk uitziet, kan toegelicht worden aan de hand van het twee-continua model (Keyes, 2005). Dit model toont aan dat psychopathologie en welbevinden te onderscheiden zijn van elkaar, maar wel gerelateerd zijn aan elkaar. De afwezigheid van psychopathologie gaat vaak samen met een hoge mate van ervaren welbevinden en vice versa, maar de relatie is verre van perfect. In Tabel 1 is de relatie tussen psychopathologie en ervaren welbevinden inzichtelijk gemaakt. In de tabel is terug te zien dat afwezigheid van psychopathologie vaak samengaat met hoog welbevinden en aanwezigheid van psychopathologie vaak samengaat met laag welbevinden, maar dat er ook participanten zijn met afwezigheid van psychopathologie en laag welbevinden of juist met aanwezigheid van psychopathologie en hoog welbevinden. Het is dus niet vanzelfsprekend dat iemand met een laag welbevinden veel psychopathologie heeft of andersom. Westerhof en Keyes (2008) tonen aan dat het twee-continua model ook toepasbaar is op de algemene Nederlandse bevolking ($r = -.32$; $p < .001$).

Tabel 1. *Combinaties van ervaren welbevinden en psychopathologie (Keyes, 2005).*

	Laag welbevinden	Middelmatig welbevinden	Hoog welbevinden	Totaal
Afwezigheid van psychopathologie	12,6%	65,9%	21,8%	77,1%
Aanwezigheid van psychopathologie	30,4%	63,0%	6,5%	23,0%
Totaal	16,5%	65,3%	18,3%	100,0%

Eerder besproken studies geven een duidelijk beeld van de relatie tussen welbevinden en psychopathologie, maar verscheidene studies onderzoeken deze relatie nog gedetailleerder en doen in de algemene bevolking onderzoek naar de onderlinge samenhang tussen verschillende psychische klachten en componenten van welbevinden (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, & Keyes, 2011; Westerhof & Keyes, 2008). Uit deze studies blijkt dat de samenhang tussen psychische klachten en emotioneel welbevinden sterker is dan de samenhang tussen psychische klachten en sociaal of psychologisch welbevinden. Van de klinische klachten hangen depressieve klachten het sterkst samen met welbevinden. De sterkste samenhang bestaat tussen depressieve klachten en emotioneel welbevinden. Als het twee-continua model ondersteund wordt in de klinische populatie is het van belang om ook inzicht te hebben in de onderlinge samenhang tussen de verschillende componenten. Zo kunnen uitspraken gedaan worden over op welke componenten de focus moet liggen in de geestelijke gezondheidszorg en kan een specifiekere behandeladvies gegeven worden.

De belangrijkste implicatie van het twee-continua model is dat men psychisch gezond is als er geen of nauwelijks psychopathologie ervaren wordt én een grote mate van welbevinden ervaren wordt. Om psychische gezondheid te ervaren moet de focus derhalve niet enkel liggen op psychopathologie of ervaren welbevinden, maar op beide dimensies. Dit sluit aan bij de eerder besproken studies die stelden dat voor vermindering van symptomatische klachten, bevordering van welbevinden noodzakelijk is (Howard et al., 2007) en dat vermindering van psychische klachten niet per se leidt tot een beter welbevinden (Keyes, 2007). Als het twee-continua model gerepliceerd kan worden in de klinische populatie, betekent dit dat alleen een klachtgerichte benadering niet alle aspecten omvat die deel uitmaken van de psychische gezondheid, maar aangevuld zou moeten worden met een focus op het welbevinden dat ervaren wordt. Dit zou ook aansluiten bij de wensen van de psychiatrische poliklinische patiënten (Zimmerman et al., 2006).

Huidige studie

In de algemene bevolking is aangetoond dat er een matige samenhang is tussen psychopathologie en welbevinden, maar dat het twee te onderscheiden factoren zijn (Keyes, 2005; Westerhof & Keyes, 2008) en dat om psychische gezondheid te bereiken de focus op beide factoren moet liggen. Naar de samenhang tussen psychopathologie en welbevinden in de klinische populatie is niet eerder onderzoek gedaan. Het is relevant om hier meer kennis over te verkrijgen, omdat de huidige geestelijke gezondheidszorg zich uitsluitend richt op psychische klachten, klinische patiënten aangeven de bevordering van welbevinden belangrijker te vinden dan het afnemen van de klinische klachten (Zimmerman et al., 2006) en omdat de huidige klachtgerichte behandelmethoden niet bijdragen aan het verlagen van de prevalentie van psychopathologie (Insel & Skolnick, 2006; Kessler et al., 2005). In de huidige studie zal in plaats van psychopathologie het disfunctioneren gemeten worden, omdat alle participanten in de klinische populatie aan psychopathologie lijden en disfunctioneren de gemeenschappelijke factor van alle verschillende stoornissen is (Spitzer & Wilson, 1975). Disfunctioneren kan op meerdere vlakken onderscheiden worden en in de huidige studie zal disfunctioneren verdeeld worden in drie componenten (Lambert, et al., 1996). De eerste component van disfunctioneren is de symptomatische disstress. Symptomatische disstress omvat subjectieve klachten en problemen (intrapsychisch disfunctioneren). De tweede component betreft het disfunctioneren in interpersoonlijke relaties en de derde component het disfunctioneren in de sociale rol. De sociale rol houdt in hoe iemand functioneert op het werk, op school, thuis en bij recreatieve activiteiten.

Op basis van informatie over de relatie tussen disfunctioneren en welbevinden in de klinische populatie kan de focus in de geestelijke gezondheidszorg daarop aangepast worden. De behoefte aan informatie met betrekking tot deze relatie leidt tot de onderzoeksvraag: ‘In welke mate kan het twee-continua model gerepliceerd worden in de klinische populatie?’. Als het twee-continua model ondersteund wordt in de klinische populatie is het relevant om inzicht te hebben in de onderlinge samenhang tussen de componenten van welbevinden en disfunctioneren, zodat er een betrouwbaarder en specifiekere behandeladvies kan worden gegeven. De onderzoeksvraag die hieruit volgt is: ‘Welke componenten van welbevinden en disfunctioneren hebben een unieke samenhang?’.

Afgaand op de verschillende studies (Keyes, 2005; Lamers et al. 2015; Westerhof & Keyes, 2008) is de hypothese opgesteld dat het twee-continua model gerepliceerd kan worden in de klinische populatie, maar in mindere mate dan in de algemene bevolking, omdat naar verwachting de relatie tussen welbevinden en disfunctioneren sterker zal samenhangen in de

klinische populatie dan in de algemene bevolking. De sterkere samenhang wordt verwacht omdat in men pas in de klinische populatie terecht komt indien de psychische klachten als belemmerend ervaren worden. Mensen met een laag welbevinden, maar geen belemmerende psychische klachten zullen dus niet in de geestelijke gezondheidszorg terecht komen. Mensen met een hoog welbevinden en veel psychische klachten komen ook niet in de geestelijke gezondheidszorg terecht, omdat door het hoge welbevinden de psychische klachten niet als belemmerend ervaren worden (Zimmerman et al., 2006). Ondanks deze sterke samenhang wordt ondersteuning van het twee-continua model verwacht, omdat in de algemene Nederlandse bevolking een lage samenhang gevonden werd ($r = -.32$; $p < .001$) (Westerhof & Keyes, 2008) en naar verwachting het verschil tussen de algemene Nederlandse bevolking en de klinische populatie niet dusdanig groot zal zijn dat in de klinische populatie een perfecte samenhang gevonden wordt.

Voor de onderzoeksvraag ‘Welke componenten van welbevinden en componenten van disfunctioneren hebben een unieke samenhang?’ worden gelijke resultaten verwacht als in de algemene bevolking (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, & Keyes, 2011; Westerhof & Keyes, 2008) en zijn de volgende hypothesen opgesteld: symptomatische distress heeft een unieke samenhang met welbevinden en emotioneel welbevinden heeft een unieke samenhang met disfunctioneren.

Methode

Participanten

Voor deze studie is gebruik gemaakt van data uit een groter onderzoek. De participanten zijn patiënten van GGNet. In totaal namen negenenzeventig participanten deel aan dit onderzoek waarvan zevenendertig mannen (46,8%) en tweeënveertig vrouwen (53,2%). De leeftijd varieerde van achttien tot vijfenzeventig jaar ($M = 40.04$, $SD = 12.58$). Alle participanten zijn gediagnostiseerd met psychopathologie. De psychopathologie bestond uit stemmings- ($N = 25$, 31,6%), angst- ($N = 19$, 24,1%), persoonlijkheids- ($N = 16$, 20,3%) en ontwikkelingsstoornissen ($N = 14$, 17,7%). Vijf participanten (6,3%) hebben geen psychische stoornis ingevuld. Het meest voorkomende hoogst afgeronde opleidingsniveau is drie- of vierjarig middelbaar beroepsonderwijs of voortgezet wetenschappelijk onderwijs (22,5%). In totaal hebben drieëntwintig participanten (29,1%) geen opleidingsniveau ingevuld.

Tabel 2. Hoogst afgeronde opleidingsniveau.

Opleidingsniveau	N	%
Niet ingevuld of geen opleiding	25	31,6
Basisonderwijs / lagere school	2	2,5
Lager beroepsonderwijs, lager vormend onderwijs (LBO/VMBO praktijk)	13	16,5
(M)ULO / MAVO / VMBO theorie	9	11,4
Middelbaar beroepsonderwijs (MBO) 2-jarig, HAVO	3	3,8
Middelbaar beroepsonderwijs (MBO) 3- 4-jarig, VWO / HBS / Gymnasium / Atheneum	18	22,8
Hoger beroepsonderwijs of wetenschappelijk onderwijs (master)	9	11,4

Note. N = aantal participanten, % = percentage participanten

Procedure

Bij GGNet wordt gebruik gemaakt van Routine Outcome Monitoring (ROM). De applicatie die GGNet gebruikt, NetQ, wordt gebruikt voor het afnemen van vragenlijsten om het behandelingseffect te meten. Elke drie maanden vullen de participanten de vragenlijsten in die gekoppeld zijn aan NetQ. De uitkomsten van de vragenlijsten worden gebruikt voor evaluatie en eventuele bijsturing van de behandeling. De participanten hebben toestemming gegeven dat de lijsten die zij invulden in de ROM-meting gebruikt mogen worden voor wetenschappelijk onderzoek. Er werd gebruik gemaakt van een passieve consent. De participanten dienden aan te geven als ze geen toestemming wilden verlenen. De onderzoeksdata van het huidige

onderzoek zijn verzameld gedurende maart en april 2015 uit een lopend project. De participanten hebben de vragenlijsten zelfstandig ingevuld via mijnGGNet of via een link die verstuurd werd per e-mail. Onder speciale omstandigheden konden de vragenlijsten op papier worden ingevuld of mondeling worden afgenomen en werden de resultaten door het secretariaat ingevoerd. Voor de huidige studie zijn deze data door middel van een beveiligde USB-stick verkregen.

Materialen

Welbevinden is gemeten met behulp van de Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) (Lamers et al., 2011). De participanten gaven bij veertien stellingen aan hoe vaak die stelling van toepassing is geweest op hen gedurende de afgelopen maand. Dit deden ze door middel van een zespunts-Likertschaal (0=nooit, 1=één of twee keer, 2=ongeveer één keer per week, 3=twee of drie keer per week, 4=bijna elke dag en 5=elke dag). Een voorbeeld van een stelling is: 'In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u gelukkig was?'. Van de veertien stellingen onderzochten drie stellingen het emotioneel welbevinden, zes het psychologisch welbevinden en vijf het sociaal welbevinden. In het onderzoek in de algemene Nederlandse bevolking van Lamers et al. (2011) wordt aangetoond dat de MHC-SF een betrouwbare en valide meting geeft van welbevinden en wordt de onderverdeling van welbevinden in de drie componenten bevestigd. De test is ook stabiel in de itemparameters over de tijd (Lamers, Glas, Westerhof, & Bohlmeier, 2012). In de huidige studie met klinische patiënten geeft de MHC-SF ook een betrouwbare meting van welbevinden (Cronbachs $\alpha = .87$). De huidige studie toetst ook de betrouwbaarheid van de specifieke componenten: emotioneel (Cronbachs $\alpha = .86$), psychologisch (Cronbachs $\alpha = .76$) en sociaal (Cronbachs $\alpha = .61$) welbevinden.

Keyes (2002) heeft aan de hand van de Mental Health Continuum de mate van welbevinden gecategoriseerd in drie groepen. 'Languishing' is de groep met een zwakke geestelijke gezondheid waarbij men op minimaal één item van emotioneel welbevinden en op minimaal zes items van sociaal en psychologisch welbevinden 0 of 1 scoort. 'Flourishing' is de groep met een goede geestelijke gezondheid waarbij men op minimaal één item van emotioneel welbevinden en op minimaal zes items van sociaal en psychologisch welbevinden 4 of 5 scoort. De groep die tussen 'languishing' en 'flourishing' valt, is de groep met een gematigde geestelijke gezondheid. Deze groep wordt 'moderate' genoemd. In de huidige studie worden de participanten zowel continu als categorisch verdeeld om zo de mate van welbevinden en het twee-continua model te toetsen.

Disfunctioneren is gemeten met behulp van de Outcome Questionnaire-45 (OQ-45) (de Jong et al., 2007). De OQ-45 is geen diagnostisch instrument, maar screent het algemeen disfunctioneren (de Jong, 2009). De participanten vulden vijftienveertig stellingen in over hoe ze zich de week voorafgaande aan het invullen van de vragenlijst tot op de dag van het invullen zelf hebben gevoeld. Dit deden ze door middel van een vijfpunts-Likertschaal (0=nooit, 1=zelden, 2=soms, 3=vaak, 4=bijna altijd). Een voorbeeld van een stelling is: 'Ik denk erover om een einde aan mijn leven te maken'. Een aantal items werden gehercodeerd. Deze stellingen waren omgekeerd geformuleerd, bijvoorbeeld 'Ik ben een tevreden mens'. In totaal kon er een score van 180 punten worden behaald. Een hoge score indiceert een hogere mate van klachten.

De vragenlijst meet disfunctioneren op vier componenten. De component symptomatische disstress (SD), subjectieve klachten en problemen (intrapsychisch disfunctioneren), wordt gemeten aan de hand van vijftientig stellingen. De component disfunctioneren in interpersoonlijke relaties (IR) wordt gemeten aan de hand van elf stellingen. De component disfunctioneren in de sociale rol (SR) wordt gemeten aan de hand van negen stellingen. De component angst en somatische disstress omvat dertien stellingen die ook door de andere componenten omvat worden en is toegevoegd aan de Nederlandse versie van de OQ-45, maar is niet van toepassing op de originele versie. Als gevolg van multicollineariteit wordt deze component in het huidige onderzoek buiten beschouwing gelaten. De OQ-45 is een valide en betrouwbaar meetinstrument (Cronbachs $\alpha = .93$). De Jong et al. (2007) en de Beurs, den Hollander-Gijsman, Buwalda, Trijsburg, en Zitman (2005) vonden dat de OQ-45 een lage discriminante validiteit heeft. In de huidige studie met klinische patiënten geeft de OQ-45 ook een betrouwbare meting van disfunctioneren (Cronbachs $\alpha = .92$). De huidige studie toetst ook de betrouwbaarheid van de specifieke componenten: SD (Cronbachs $\alpha = .91$), IR (Cronbachs $\alpha = .80$) en SR (Cronbachs $\alpha = .57$).

De Jong, Nugter, Lambert, en Burlingame (2009) hebben aan de hand van de OQ-45 de niveaus van functioneren gecategoriseerd in vier groepen. Een score onder de 55 punten suggereert dat de participant op een normaal, gezond niveau functioneert. Een score tussen de 55 en 67 punten geeft aan dat de participant meer last van klachten heeft en meer problemen ervaart dan mensen die op een gezond niveau functioneren, maar zich hierdoor minder gehinderd voelen in vergelijking met de meeste patiënten die in behandeling zijn. Een totaalscore tussen 67 en 92 punten houdt in dat de participant zich in dezelfde mate gehinderd voelt door symptomen en problemen als andere patiënten. Een score hoger dan 92 punten geeft aan dat de participant zich veel meer gehinderd voelt door de symptomen en klachten in vergelijking met andere participanten. In de huidige studie worden de participanten opgedeeld

in twee groepen. Een groep met een score onder de 67 punten en een groep met een score boven de 67 punten.

Data-analyse

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden zijn meerdere analyses uitgevoerd. Allereerst is de beschrijvende statistiek (het gemiddelde, de standaarddeviatie, spreiding en skewness/standaardfout skewness) onderzocht. Vervolgens zijn de assumpties voor correlatie en multiële regressie gecontroleerd ($p < .05$). De eerste assumptie 'lineariteit van de regressievergelijking' controleert op lineariteit en homoscedasticiteit. Middels een spreidingsdiagram is bevestigd dat de huidige studie aan deze assumptie heeft voldaan. De tweede assumptie 'normaliteit, gemiddelde en variantie van de errortermen' controleert op een normale verdeling met gemiddelde 0 en constante variantie. Middels de breuk van de 'skewness' met de daarbij behorende standaardfout met waarden tussen -2 en 2 is aangetoond dat de huidige studie aan deze assumptie heeft voldaan. Aan de derde assumptie 'onafhankelijkheid van errortermen' wordt voldaan, omdat de diverse onderzoekseenheden onafhankelijk zijn van elkaar. Aan de vierde assumptie 'multicollineariteit' wordt ook voldaan, omdat de waarden van 'Tolerance' hoger zijn dan 0.1 en de waarden van 'Variation Inflation Factor' lager zijn dan 10. Nadat aan alle assumpties werd voldaan, konden de analyses uitgevoerd worden.

Om de onderzoeksvraag 'In welke mate kan het twee-continua model gerepliceerd worden in de klinische populatie?' te beantwoorden is gekeken of er een significante correlatie bestaat tussen totaal welbevinden en disfunctioneren. Daarnaast werd ook per component onderzocht of er significante correlaties waren tussen welbevinden en disfunctioneren. Er werd gekeken naar Pearson's R, omdat de variabelen normaal verdeeld zijn. Aan de hand van de volgende criteria zijn de hoogtes van de correlaties bepaald: $.00 < r < .30$: nauwelijks of geen correlatie, $.30 < r < .50$: lage correlatie, $.50 < r < .70$: middelmatige correlatie, $.70 < r < .90$: hoge correlatie (Hinkle, Wiersma, & Jurs, 2003). Om deze resultaten te vergelijken met andere studies zijn de participanten ingedeeld in groepen op basis van de normen zoals eerder beschreven (languishing, moderate, flourishing) en op basis van de verdeling aan de hand OQ-45. Aan de hand van deze groepen is een kruistabel gemaakt.

Ten slotte is een multivariate lineaire regressieanalyse uitgevoerd om antwoord te geven op de onderzoeksvraag: 'Welke componenten van disfunctioneren en componenten van welbevinden hebben een unieke samenhang?'. Er is gekozen voor een multivariate lineaire regressieanalyse, omdat deze regressieanalyse ook controleert voor de onderlinge samenhang. De multivariate lineaire regressieanalyse is uitgevoerd door middel van de entermethode. Deze

analyse werd meerdere malen uitgevoerd, vier keer om de samenhang te meten tussen de verschillende componenten van welbevinden in verband met alle variabelen van disfunctioneren en vier keer om de samenhang te meten tussen de verschillende componenten van disfunctioneren in verband met alle variabelen van welbevinden.

Resultaten

Voordat de correlatieanalyse en multivariate lineaire regressieanalyse zijn uitgevoerd, is eerst de beschrijvende statistiek uitgevoerd. Het gemiddelde, de standaarddeviatie en spreiding binnen de variabelen zijn weergegeven in Tabel 3. In de tabel is terug te zien dat bij welbevinden het laagst gescoord wordt op sociaal welbevinden. Bij disfunctioneren wordt, gecontroleerd voor de verschillende scores die te behalen zijn per component, het laagst gescoord op disfunctioneren in sociale rol. In verhouding is het verschil tussen de scores op disfunctioneren in sociale rol en disfunctioneren in interpersoonlijke relaties erg klein. Binnen disfunctioneren in interpersoonlijke relaties is de spreiding wel veel hoger dan binnen disfunctioneren in sociale rol.

Mate van replicatie van het twee-continua model in de klinische populatie

Om antwoord te geven op de vraag in welke mate het twee-continua model gerepliceerd kan worden in de klinische populatie is een bivariate correlatieanalyse uitgevoerd. De resultaten van de bivariate correlatieanalyse zijn weergegeven in Tabel 4. In de tabel is terug te zien dat totaal welbevinden en totaal disfunctioneren een middelmatige, negatieve samenhang hebben. Dit betekent dat een hogere mate van welbevinden matig samenhangt met een lagere mate van disfunctioneren. Verder valt op dat sociaal welbevinden en disfunctioneren in sociale rol niet significant met elkaar correleren. Dat betekent dat de mate van sociaal welbevinden die ervaren wordt, geen samenhang heeft met het disfunctioneren in sociale rol en vice versa. Een andere merkwaardigheid is dat alle componenten van welbevinden een sterke samenhang hebben met totaal welbevinden en asymptotische distress en disfunctioneren in interpersoonlijke relaties een sterke samenhang hebben met totaal disfunctioneren, maar dat disfunctioneren in sociale rol middelmatig samenhangt met totaal disfunctioneren.

Naast de correlatieanalyse is een kruistabel gemaakt om de resultaten te vergelijken met andere studies. In Tabel 4 is hiervan een overzicht weergegeven. Hierin is te zien dat 2,5% van de participanten op een normaal, gezond niveau functioneren óf zich minder gehinderd voelen door de psychische klachten dan andere patiënten en in de groep languishing vallen en eveneens 2,5% van de participanten op een normaal, gezond niveau functioneren óf zich minder gehinderd voelen door de psychische klachten dan andere patiënten en in de groep flourishing vallen. Ook is terug te zien dat 32,9% van de participanten zich in dezelfde mate óf in hogere

DISFUNCTIONEREN EN WELBEVINDEN

mate gehinderd voelen door de psychische klachten dan andere patiënten en in de groep moderate vallen. De resultaten van de kruistabel sluiten aan bij de resultaten van de correlatieanalyse. In de tabel is terug te zien dat een lagere mate van disfunctioneren samengaat met een hogere mate van welbevinden en vice versa, maar dat dit niet voor alle participanten geldt.

Tabel 3.

Beschrijvende statistiek van disfunctioneren en welbevinden en correlatieanalyse tussen disfunctioneren en welbevinden in de klinische populatie.

	Beschrijvende statistiek			Correlatieanalyse						
	M	SD	Range	1	2	3	4	5	6	7
1. Totaal welbevinden	1.73	0.84	3.36	1	-	-	-	-	-	-
2. Emotioneel welbevinden	2.00	1.23	4.67	.84***	1	-	-	-	-	-
3. Psychologisch welbevinden	1.88	0.96	4.00	.93***	.73***	1	-	-	-	-
4. Sociaal welbevinden	1.39	0.86	3.80	.79***	.46***	.59***	1	-	-	-
5. Totaal disfunctioneren	85.46	24.12	104.00	-.66***	-.59***	-.65***	-.44**	1	-	-
6. Symptomatische disstress	54.88	15.49	71.00	-.62***	-.53***	-.61***	-.44***	.96***	1	-
7. Disfunctioneren in interpersoonlijke relaties	16.84	7.39	36.00	-.63***	-.60***	-.62***	-.39***	.84***	.73***	1
8. Disfunctioneren in sociale rol	12.38	4.89	21.00	-.32**	-.33**	-.32**	-.18	.61***	.48***	.31**

Note. M = gemiddelde, SD = standaarddeviatie, range = spreiding binnen de variabele, ** = $\rho < .01$, *** = $\rho < .001$

Tabel 4.*Kruistabel ervaren welbevinden en disfunctioneren in aantal participanten.*

	Languishing	Moderate	Flourishing	Totaal
0 – 66	2 (2,5%)	14 (17,7%)	2 (2,5%)	18 (22,8%)
67 – 180	34 (43,0%)	26 (32,9%)	1 (1,3%)	61 (77,2%)
Totaal	36 (45,6%)	40 (50,6%)	3 (3,8%)	79 (100,0%)

Unieke samenhang tussen componenten van disfunctioneren en componenten van welbevinden

Om antwoord te geven op de vraag ‘Welke componenten van disfunctioneren en componenten van welbevinden hebben een unieke samenhang?’ is een multivariate lineaire regressieanalyse uitgevoerd. Bij de regressievergelijking tussen disfunctioneren in sociale rol en welbevinden is de component sociaal welbevinden buiten beschouwing gelaten en bij de regressievergelijking tussen sociaal welbevinden en disfunctioneren is disfunctioneren in sociale rol buiten beschouwing gelaten, omdat deze twee variabelen niet significant met elkaar correleren. Alle regressievergelijkingen waren significant. Dit betekent dat alle drie de componenten van disfunctioneren in combinatie met elkaar een significante samenhang hebben met welbevinden (zowel met totaal welbevinden als met de componenten afzonderlijk) en dat alle drie de componenten van welbevinden in combinatie met elkaar een significante samenhang hebben met disfunctioneren (zowel met totaal disfunctioneren als met de componenten afzonderlijk). In Tabel 5 en 6 zijn de resultaten van deze regressievergelijkingen weergegeven.

De drie componenten van disfunctioneren verklaren samen 45% van de variantie van welbevinden. Disfunctioneren in interpersoonlijke relaties heeft een significante, negatieve, unieke samenhang met zowel totaal welbevinden, emotioneel welbevinden als psychologisch welbevinden. Dit betekent dat de componenten van disfunctioneren elkaar overlappen als gekeken wordt naar de samenhang tussen totaal disfunctioneren en welbevinden, maar dat disfunctioneren in interpersoonlijke relaties op zichzelf een deel van samenhang verklaart. De unieke samenhang tussen disfunctioneren in interpersoonlijke relaties en emotioneel welbevinden is significant sterker dan de unieke samenhang tussen disfunctioneren in interpersoonlijke relaties en totaal of psychologisch welbevinden.

De drie componenten van welbevinden verklaren samen 45% van de variantie van het disfunctioneren. Psychologisch welbevinden heeft een significante, negatieve, unieke samenhang met zowel totaal disfunctioneren, symptomatische distress als disfunctioneren in

DISFUNCTIONEREN EN WELBEVINDEN

interpersoonlijke relaties. Dit betekent dat de componenten van welbevinden elkaar overlappen als gekeken wordt naar de samenhang tussen welbevinden en disfunctioneren, maar dat psychologisch welbevinden op zichzelf een deel van de samenhang verklaart.

Tabel 5. *Multipele regressieanalyses met de onderlinge samenhang van welbevinden.*

	Totaal disfunctioneren			Symptomatische disstress			Disfunctioneren in interpersoonlijke relaties			Disfunctioneren in sociale rol		
	β	ρ		β	ρ		β	ρ		β	ρ	
Emotioneel welbevinden	-0.24			-.18			-.30			-.21		
Psychologisch welbevinden	-0.42	**		-.40	**		-.40	**		-.17		
Sociaal welbevinden	-0.08			-.13			-.02					
	F	R ²	ρ	F	R ²	ρ	F	R ²	ρ	F	R ²	ρ
	20.44	.45	***	16.12	.39	***	18.92	.43	***	5.29	.12	***

Note. F = F-waarde, ρ = significantiewaarde, R² = verklaarde variantie, β = gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt, ** = $\rho < .01$, *** = $\rho < .001$

Tabel 6. *Multipele regressieanalyses met de onderlinge samenhang van disfunctioneren.*

	Totaal welbevinden			Emotioneel welbevinden			Psychologisch welbevinden			Sociaal welbevinden		
	β	ρ		β	ρ		β	ρ		β	ρ	
Symptomatische distress	-0.32			-.14			-.29			-.35		
Disfunctioneren in interpersoonlijke relaties	-0.38	**		-.46	***		-.40	**		-.14		
Disfunctioneren in sociale rol	-0.05			-.12			-.06					
	F	R ²	ρ	F	R ²	ρ	F	R ²	ρ	F	R ²	ρ
	20.82	.45	***	15.64	.39	***	19.69	.44	***	9.77	.20	***

Note. F = F-waarde , ρ = significantiewaarde, R² = verklaarde variantie, β = gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt, ** = $\rho < .01$, *** = $\rho < .001$

Discussie

Het doel van deze studie was om te onderzoeken in welke mate het twee-continua model gerepliceerd kan worden in de klinische populatie en om antwoord te geven op de vraag welke componenten van welbevinden en disfunctioneren een unieke samenhang hebben. Dit alles met het doel om inzicht te krijgen in de relatie tussen welbevinden en disfunctioneren in de klinische populatie. Zo kan op basis van deze informatie de focus van de geestelijke gezondheidszorg hierop aangepast worden en beter ingespeeld worden op de wensen van de patiënten. Daarnaast zou deze informatie bij kunnen dragen aan betrouwbaarder en specifiekere behandeladvies.

Antwoord gevend op de onderzoeksvraag of het twee-continua model ondersteund wordt in de klinische populatie is allereerst gekeken naar de correlatie tussen welbevinden en disfunctioneren. Deze relatie is geen perfecte relatie ($r = -.66$; $p < .001$), maar wel sterker dan in de algemene Nederlandse bevolking ($r = -.32$; $p < .001$) (Westerhof & Keyes, 2008). Daarnaast blijkt uit de kruistabel dat in de klinische populatie van de mensen die op een gezond, normaal niveau functioneren óf zich minder gehinderd voelen door de psychische klachten dan de andere patiënten evenveel participanten in de languishing groep als in de flourishing groep vallen. Ook blijkt uit de kruistabel dat 32,9% van de participanten zich in dezelfde mate óf in hogere mate gehinderd voelen door de psychische klachten dan andere patiënten en toch in de moderate groep vallen. Tevens is uit de kruistabel ook op te maken dat de klinische populatie meer evenredig verdeeld is dan in de algemene bevolking (Keyes, 2005). In lijn met de studies van Lamers et al. (2015) en Westerhof en Keyes (2008) en de opgestelde hypothese ondersteunt de huidige studie het twee-continua model, maar in mindere mate dan in de algemene Nederlandse bevolking. Welbevinden en psychopathologie kunnen in de klinische populatie gezien worden als twee gerelateerde, maar te onderscheiden dimensies (Keyes, 2005).

Kijkend naar de unieke samenhang tussen de componenten, toont de studie aan dat disfunctioneren in interpersoonlijke relaties een unieke negatieve samenhang heeft met totaal, emotioneel en psychologisch welbevinden en dat psychologisch welbevinden een unieke negatieve samenhang heeft met disfunctioneren, symptomatische distress en disfunctioneren in interpersoonlijke relaties. Afgaand op de studie in de algemene bevolking werd verwacht dat symptomatische distress een unieke samenhang zou hebben met welbevinden en dat emotioneel welbevinden een unieke samenhang zou hebben met disfunctioneren (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, & Keyes, 2011; Westerhof & Keyes, 2008). Doordat de resultaten uit de studie in de klinische populatie afwijken van de resultaten uit de studie in de algemene bevolking worden de verschillen tussen de algemene bevolking en de klinische

populatie en de relevantie van het repliceren van onderzoek in de klinische bevolking benadrukt.

Doordat de huidige studie erg innovatief is, zijn in de literatuur nauwelijks mogelijke verklaringen te vinden voor de gevonden resultaten in deze studie. Studies die passen bij de gevonden unieke samenhang tussen psychologisch welbevinden en disfunctioneren zijn de studies van Parloff, Kelman en Frank (1954) en van Fave, Rafanelli, Cazzaro, Conti en Grandi (1998). Al meer dan een halve eeuw geleden stelden Parloff et al. dat bij behandeling van stemmingsstoornissen de focus moet liggen op bevordering van het effectief functioneren van het individu oftewel het psychologisch welbevinden. In 1998 ontwikkelden Fave et al. een welbevindentherapie die zich eveneens richt op de bevordering van het psychologisch welbevinden. Ondanks dat beide studies geen directe aanleiding noemen waarom specifiek gekozen wordt voor psychologisch welbevinden, sluit dit wel aan bij de gevonden resultaten in de huidige studie.

Beperkingen en aanbevelingen

Een mogelijke beperking van de huidige studie zou kunnen zijn dat de twee gebruikte vragenlijsten verschillende perioden meten. Zo meet de MHC-SF het welbevinden aan de hand van belevingen van de afgelopen maand en de OQ-45 het disfunctioneren aan de hand van de belevingen van de afgelopen week. Een andere beperking van de huidige studie is de betrouwbaarheid van de component disfunctioneren in sociale rol en de betrouwbaarheid van sociaal welbevinden. De betrouwbaarheid van de component disfunctioneren in sociale rol had vergroot kunnen worden door het item 'Ik werk / studeer niet zo hard als vroeger' te verwijderen. Hier is bewust niet voor gekozen, omdat in de analyses gebruik gemaakt is van de cut-offscores van de OQ-45 en deze scores anders niet meer betrouwbaar zouden zijn. De betrouwbaarheid van sociaal welbevinden kon niet verbeterd worden door het verwijderen van items. Bij een eventuele vervolgstudie zou het van belang kunnen zijn om een vragenlijst te gebruiken die zowel in totale zin als per domein betrouwbaar en valide is. Dit kan eventueel invloed hebben gehad op de niet-significante relatie tussen twee variabelen en de verdere resultaten van de studie.

Een andere beperking van de huidige studie is dat de klinische populatie uit de huidige studie niet representatief is voor de gehele klinische populatie. Voor een representatieve klinische populatie zou de populatie moeten bestaan uit participanten met psychische stoornissen die alle eenentwintig hoofdcategorieën waarin de psychopathologie is opgedeeld vertegenwoordigen (American Psychiatric Association, 2013). De huidige populatie bestaat uit participanten met een stemmings-, angst-, persoonlijkheids- of ontwikkelingsstoornis.

Alhoewel de huidige studie niet representatief is voor de gehele klinische populatie, zijn de resultaten wel waardevol, omdat stemmings- en angststoornissen de meest voorkomende stoornissen in de Nederlandse bevolking zijn (de Graaf, ten Have, & van Dorsselaer, 2010). Voor vervolgonderzoek is het een aanbeveling om de studie uit te voeren bij een populatie die representatief is voor de gehele klinische populatie en onderscheid te maken tussen de verschillende stoornissen om onderlinge verschillen in kaart te kunnen brengen.

Waar in de huidige geestelijke gezondheidszorg nu nog vanuit een klachtgerichte benadering gewerkt wordt, lijkt het op basis van de resultaten van de huidige studie aannemelijk om de focus te verbreden naar zowel psychische klachten als de mate van welbevinden. Door het specifieke inzicht in de unieke relaties onderling, zouden de interventies specifiek per component ingestoken kunnen worden. Zo zouden positieve interventies vooral gericht moeten zijn op het bevorderen van psychologisch welbevinden en zouden de klachtgerichte behandelingen de focus moeten hebben op het verminderen van disfunctioneren in interpersoonlijke relaties. Op basis van deze resultaten zou in een vervolgstudie het effect van welbevindentherapie (Fave, Rafanelli, Cazzaro, Conti, & Grandi, 1998) onderzocht kunnen worden in de klinische populatie. Ook zou het effect van de verschillende kortdurende, eenvoudige interventies die zelfstandig kunnen worden ingezet (Seligman, Rashid, & Parks, 2006) worden gemeten in de klinische populatie. In de algemene bevolking gaven deze interventies al kleine, maar significante resultaten, ook in een vervolgstudie drie tot zes maanden later (Bolier et al., 2013). Bij het gebruik van interventies tijdens een studie moet wel rekening gehouden worden met de risico's die de interventies in de klinische populatie met zich mee kunnen brengen. Uit onderzoeken van Sergeant en Mongrain (2011) en Sin, Della Porta en Lyubomirsky (2011) blijkt dat bepaalde interventies té confronterend of zelfs schadelijk kunnen zijn in een klinische populatie.

Een andere aanbeveling voor vervolgstudie is om een longitudinale studie uit te voeren naar de effecten van verschillende behandelingen. Er zou zowel onderzoek gedaan kunnen worden naar de effecten van alleen klachtgerichte behandeling, effecten van alleen welbevindenbevordering en effecten van klachtgerichte behandeling in combinatie met welbevindenbevordering. Daarnaast zou onderzoek gedaan kunnen worden naar de overeenkomsten en verschillen tussen klachtgerichte behandelingen zonder duidelijke focus en klachtgerichte behandelingen met de focus op disfunctioneren in interpersoonlijke relaties. Eveneens zou een studie gedaan kunnen worden naar bevordering van welbevinden in het algemeen en bevordering van welbevinden met de focus op psychologisch welbevinden. Tevens kan een studie gedaan worden naar de bidirectionele relatie tussen welbevinden en

disfunctioneren in de klinische populatie. In de algemene Nederlandse bevolking is aangetoond dat psychopathologie en welbevinden, behalve dat het twee gerelateerde dimensies zijn, ook wederzijds voorspellend zijn (Lamers, Westerhof, Glas, & Bohlmeijer, 2015). Dit is ook het geval wanneer beide dimensies voor elkaar gecontroleerd zijn. Zo is een verandering in het ervaren welbevinden in de eerste drie maanden een significante voorspeller voor psychische klachten na zes maanden. Deze resultaten ondersteunen de ‘promotion and protection hypotheses’ (Keyes, 2010) die stelt dat over de tijd het bevorderen van welbevinden het risico op psychopathologie vermindert en dat het afnemen van welbevinden het risico op psychopathologie vergroot. Als deze resultaten gerepliceerd kunnen worden in de klinische populatie zou het bevorderen van welbevinden mogelijk als preventie kunnen dienen tegen psychopathologie.

Conclusie

In de huidige studie wordt aangetoond dat het twee-continua model kan worden gerepliceerd in de klinische populatie, maar dat de ondersteuning in de klinische populatie van mindere mate is dan in de algemene bevolking. Dit betekent dat om psychische gezondheid te bereiken zowel gericht moet worden op vermindering van psychische klachten als op bevordering van welbevinden, maar dat deze twee factoren sterker gerelateerd zijn aan elkaar dan in de algemene bevolking. Daarnaast zijn een unieke samenhang tussen disfunctioneren in interpersoonlijke relaties en welbevinden en een unieke samenhang tussen psychologisch welbevinden en disfunctioneren aangetoond.

De huidige studie is een aanvulling op de studies die tot nu toe zijn gedaan naar het twee-continua model, welbevinden en disfunctioneren in de algemene bevolking. Deze studie biedt een goede basis voor vervolgstudies in de klinische populatie waarbij gedacht kan worden aan het toetsen van een causale relatie tussen welbevinden en disfunctioneren in de klinische populatie of het toetsen van de effecten van een verandering van de focus in de geestelijke gezondheidszorg.

REFERENTIES

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Bergsma, A., M., Ten Have, R., Veenhoven, & De Graaf, R. (2011). Most people with mental disorders are happy. *Journal of Positive Psychology*, *6*, 253-259.
- 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*, 119-139.
- de Beurs, E. den Hollander-Gijsman, M., Buwalda, V.J.A., Trijsburg, W., Zitman, F. (2005). De Outcome Questionnaire (OQ45): psychodiagnostisch gereedschap. *De Psycholoog*, *40*, 393-400.
- de Graaf, R., ten Have, M., & van Dorsselaer, S. (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. *Nemesis-2: Opzet en eerste resultaten*, Trimbos-Instituut, Nederland, Utrecht.
- de Jong, K. (2009). Monitoren van behandelresultaten: betere gezondheidsuitkomsten of kortere behandelduur? [Monitoring treatment outcomes: better outcomes or shorter duration of treatment?] *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, *9*, 1119-1121.
- de Jong, K., Nugter, M.A., Lambert, M.J. & Burlingame (2009). *Handleiding voor afname en scoring van de Outcome Questionnaire (OQ-45)*. [Manual for administration and scoring of the Outcome Questionnaire (OQ-45)]. Salt Lake City, UT: OQ Measures LLC.
- de Jong, K., Nugter, M. A., Polak, M. G., Wagenborg, J. E. A., Spinhoven, P., & Heiser, W. J. (2007). The Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: A cross-cultural validation, *Clinical Psychologie & Psychotherapie*, *14*, 288-301.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, *95*, 542-575.
- 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.
- Hinkle, D. E., Wiersma, W., & Jurs, S. G. (2003). *Applied statistics for the behavioral sciences*. Boston, Mass., [etc.]: Houghton Mifflin.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 678-685.

- Insel, T. R., & Scolnick, E. M. (2006). Cure therapeutics and strategic prevention: Raising the bar for mental health research. *Molecular Psychiatry*, *11*, 11-17.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 593-602.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, *61*, 121-140.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, *43*, 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigation axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 539-548.
- 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. (2010). The next steps in the promotion and protection of positive mental health. *The Canadian Journal of Nursing Research*, *42*, 17-28.
- Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., & Simoes, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, *100*, 2366-2371.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *3*, 249-258.
- Lamers, S. M. A., Glas, C. A. W., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Longitudinal evaluation of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *European Journal of Psychological Assessment*, *28*, 290-296.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & 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.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Glas, C. A. W., & Bohlmeijer, E. T. (2015). The bidirectional relation between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study. *The Journal of Positive Psychology*.

- Parloff, M. B., Kelman, H. C., & Frank, J. D. (1954). Comfort, effectiveness and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, *11*, 343–351.
- 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., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, *9*, 1-28.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, *55*, 5-14.
- Seligman, M., Rashid, T., & Parks, A. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, *61*, 774-788
- Sergeant, S., & Mongrain, M. (2011). Are positive psychology exercises helpful for people with depressive personality styles? *Journal of Positive Psychology*, *6*, 260-272.
- Sin, N.L., Della Porta, M.D., & Lyubomirsky, S. (2011). Tailoring positive psychology interventions to treat depressed individuals. *Applied positive psychology: Improving everyday life, health, schools, work, and society*, 79-96.
- Spitzer, R. L., & Wilson, P. T. (1975). Nosology and the official psychiatric nomenclature. *Comprehensive textbook of psychiatry*, *2*, 826-845.
- Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. M. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, *63*, 808-820.
- Wood, A.M. & Joseph, S. (2009). 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.
- World Health Organization, (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO.
- Zimmerman, M., McGlinchey, J. B., Pasternak, M. A., Friedman, M., Attiullah, N., Boerescu, D. (2006). How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective. *The American Journal of Psychiatry*, *163*, 148-150.