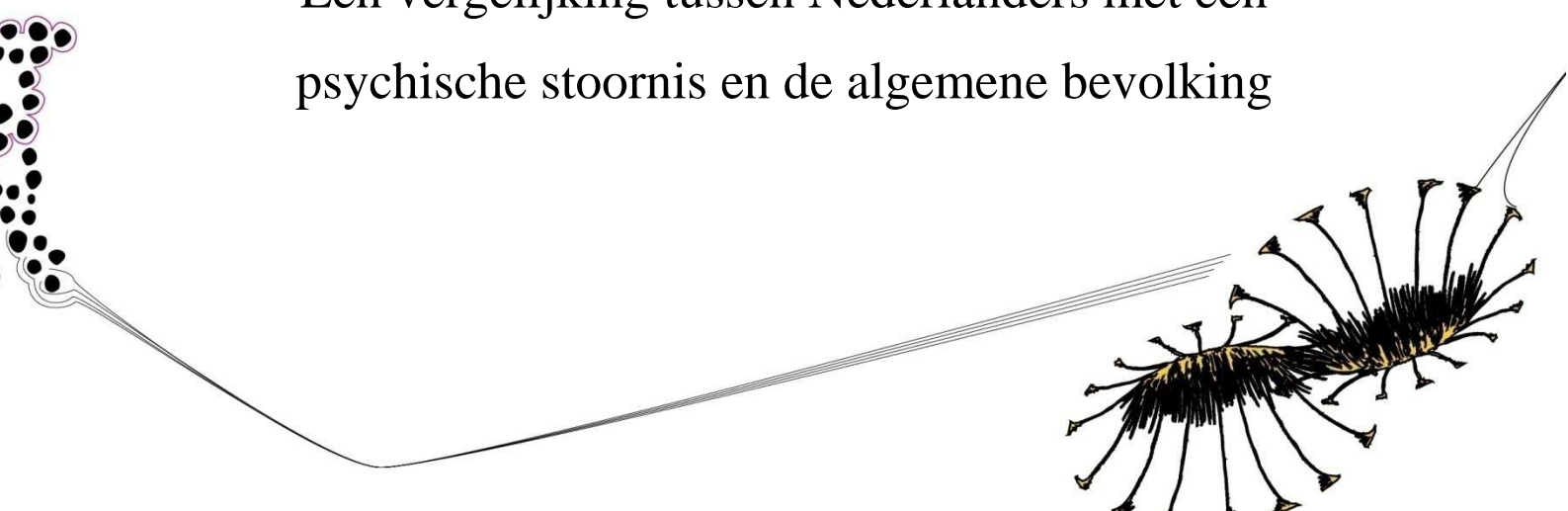




Welbevinden:
Een vergelijking tussen Nederlanders met een
psychische stoornis en de algemene bevolking



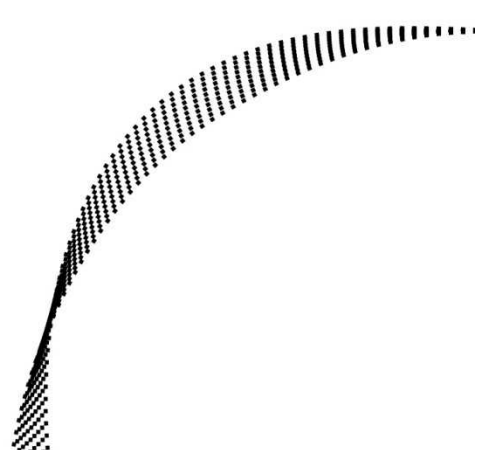
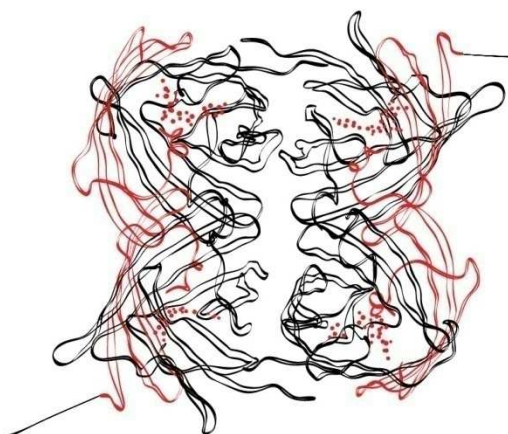
MASTERTHESE POSITIEVE PSYCHOLOGIE EN TECHNOLOGIE 10EC

Kamila Queitsch
s1093851

Universiteit Twente, Enschede
Faculteit Psychologie, Gezondheid en Technologie

Begeleiders:
Dr. Sanne Lamers
Drs. Katinka Franken

01.12.2015



Samenvatting

Waar in de geestelijke gezondheidszorg lange tijd de nadruk lag op de behandeling en preventie van psychische klachten, daar is welbevinden steeds meer centraal komen te staan. Volgens het twee continua-model zijn mensen immers pas echt geestelijk gezond wanneer ze én geen stoornis hebben én floreren. Geestelijke ziekte correleert negatief met subjectief welbevinden; ze zijn aan elkaar gerelateerd, maar tevens onafhankelijk van elkaar. Uit onderzoek is dan ook naar voren gekomen dat alle mogelijke combinaties van de aan- en afwezigheid van geestelijke ziekte en gezondheid voor kunnen komen. Studies naar welbevinden zijn voornamelijk uitgevoerd onder gezonde steekproeven. Wanneer echter mentale gezondheid niet alleen afhangt van de afwezigheid van klachten, maar vooral ook de aanwezigheid van welbevinden, is het relevant om juist ook onderzoek naar welbevinden te doen onder mensen met psychische klachten. In de onderhavige studie zal daarom een vergelijking worden gemaakt tussen de mate van welbevinden bij een klinische en algemene populatie. In eerder onderzoek kwam naar voren dat de levenstevredenheid bij psychopathologische patiënten in vergelijking tot de algemene bevolking lager is. Dit doet vermoeden dat het welbevinden van psychopathologische patiënten in deze studie ook lager zal zijn in vergelijking tot de algemene bevolking.

Het onderzoek werd verricht onder twee groepen, een algemene ($n = 1662$) en een klinische populatie ($n = 74$). De klinische populatie is bovendien nog eens onderverdeeld in vier groepen, namelijk: patiënten met een angststoornis ($n = 19$), persoonlijkheidsstoornis ($n = 16$), ontwikkelingsstoornis ($n = 14$) en patiënten met een stemmingsstoornis ($n = 25$). Data is vergaard aan de hand van de Mental Health Continuum-Short Form en demografische gegevens vragenlijsten die zijn afgenomen bij de GGZ-instelling GGNet onder psychische patiënten die aan het begin van de behandeling staan. De data is vervolgens in SPSS geanalyseerd.

De klinische populatie scoort significant lager dan de algemene bevolking op alle domeinen van welbevinden. Dit pleit ervoor dat welbevinden en psychische ziekte samenhangen. Opvallend echter, is dat zowel onder de algemene als de klinische populatie, alle niveaus van welbevinden voorkomen, wat zou pleiten voor het twee continua-model; ondanks de aanwezigheid van psychische ziekte, kan er sprake zijn van een hoog welbevinden. Wel toont de gevonden data aan dat de aanwezigheid van een psychische stoornis de kans op een laag welbevinden verhoogt. Na de angststoornispatiënten scoorden persoonlijkheidsstoornispatiënten het hoogst op welbevinden, daarna ontwikkelingsstoornispatiënten en mensen met stemmingsstoornissen scoorden het laagst.

Abstract

For a long time, the treatment and prevention of psychological complaints was the focus of mental healthcare. Over time, this focus is shifting to well-being. According to the two continua-model, people are only truly mentally healthy when they flourish and do not have any disorders. Mental disease correlates negatively with subjective well-being; they are related to one another, but are independent from each other at the same time. Accordingly, research has shown that all possible combinations of the presence and absence of mental illness and health can occur. Studies on well-being have, for the most part, been conducted using healthy samples. However, when mental health is not solely dependent on the absence of complaints, but especially on the presence of well-being, it is relevant to also do research on well-being among people with psychological complaints. This study will therefore make a comparison between the measure of well-being of a clinical and a general population. Earlier research has shown that the living satisfaction of psychopathological patients appears to be lower, when compared to that of the general population. This leads to the assumption that the well-being of the psychopathological patients in this study will also be lower when compared to that of the general population.

The research was done using two groups, a general ($n = 1662$) and a clinical ($n = 74$) population. Furthermore, the clinical population is subdivided into four groups, namely: patients with an anxiety disorder ($n = 19$), personality disorder ($n = 16$), developmental disorder ($n = 14$), and patients with a mood disorder ($n = 25$). The data has been collected through the use of the Metal Health Continuum-Short Form and demographical information questionnaires taken at the GGZ-institution GGNet among psychological patients who have recently started receiving treatment. The data was subsequently analyzed in SPSS.

The clinical population scored significantly lower than the general population on all domains of well-being. This suggests that well-being and psychological illness are related. Remarkable, however, is that among both the general and the clinical populations, all levels of well-being are present, which would indicate the two continua-model; regardless of the presence of a psychological illness, there might very well be a high level of well-being. The data does show that the presence of a psychological disorder increases the chance of lower levels of well-being. The patients with an anxiety disorder scored highest with regard to well-being, followed by those with a personality disorder, after which came those with developmental disorders, and the patients with mood disorders scored lowest.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Abstract	3
1. Inleiding	5
1.1. Positieve psychologie	5
1.2. Welbevinden	7
1.3. Het twee continua-model	8
1.4. Onderzoeken klinische populatie	9
1.5. Onderzoeksvragen	11
2. Methode	13
2.1. Deelnemers	13
2.2. Procedure	14
2.3. Materiaal: MHC-SF	15
2.4. Analyse	15
3. Resultaten	16
3.1. Verschillen in welbevinden tussen de algemene bevolking en de klinische populatie .	16
3.2. Verschillen in welbevinden tussen de groepen angststoornis, persoonlijkheidsstoornis, ontwikkelingsstoornis en stemmingsstoornis	18
4. Discussie	20
4.1. Conclusie	20
4.2. Beperkingen van dit onderzoek	24
4.3. Aanbevelingen voor vervolgonderzoeken	24
Referentielijst	25

1. Inleiding

Waar in de geestelijke gezondheidszorg lange tijd de nadruk lag op de behandeling en preventie van psychische klachten, daar is welbevinden steeds meer centraal komen te staan (Keyes, 2007). Onderzoek heeft immers aangetoond dat er, ondanks aanwezigheid van psychopathologie, wel sprake kan zijn van welbevinden (Keyes, 2007). Door de aandacht te verschuiven van klachten naar krachten, is een heel scala aan nieuwe onderzoeken, inzichten en effectieve psychologische behandelingen ontstaan. Welbevinden blijkt preventief te werken tegen psychopathologie (Lamers, 2012), in verband te staan met fysieke gezondheid (Howell, Kern & Lyubomirsky, 2007; Diener & Chan, 2011), en een vereiste te zijn voor mentale gezondheid ofwel, de afwezigheid van klachten en aanwezigheid van welbevinden (Keyes, 2002).

Hoewel er in de laatste jaren veel onderzoek is gedaan naar welbevinden, zijn deze studies voornamelijk uitgevoerd onder gezonde steekproeven; mensen zonder psychische stoornissen (Delleman, 2013). Daar Keyes (2002) aangeeft dat niet alleen afwezigheid van klachten, maar vooral ook de aanwezigheid van welbevinden een vereiste is voor mentale gezondheid, is het relevant om juist ook onderzoek naar welbevinden te doen onder mensen met psychische klachten. Dit is echter nog niet gedaan. In de onderhavige studie zal daarom een vergelijking worden gemaakt tussen de mate van welbevinden bij een klinische en algemene populatie. Zo kan achterhaald worden of het welbevinden lager is onder mensen met psychische klachten en of het welbevinden ondanks aanwezigheid van psychische klachten toch hoog kan zijn om zo duidelijk te maken of aanvullende therapieën met betrekking tot welbevinden voor de klinische populatie nuttig kunnen zijn. Wanneer blijkt dat welbevinden correleert met de aanwezigheid van een psychische stoornis, zou dit een goede indicatie zijn voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) om van koers te veranderen en niet langer (slechts) probleemgericht te werken, maar juist ook welbevinden-therapieën aan te bieden.

1.1. Positieve psychologie

In de geestelijke gezondheidszorg wordt de probleemgerichte benadering veel gehanteerd: men richt zich op het ontstaan, de behandeling en de preventie van psychische stoornissen (Slade, 2010). Ongeveer één op de vijf mensen voldoet aan de criteria voor een psychische stoornis (De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaer, 2010). Psychische stoornissen komen niet alleen veel voor, maar hebben ook een grote impact op het leven van mensen die

eraan lijden (Meijer, Smit, Schoemaker & Cuijpers, 2006). Men ervaart minder vitaliteit, meer pijn, een algeheel slechtere gezondheid, en een minder goed rol-, sociaal en lichamelijk functioneren (Vollebergh, De Graaf, Ten Have, Schomaker, Van Dorsselaer, Spijker & Beekman, 2003). Maddux (2009) zet uiteen dat door toenemende kennis over prevalentie, epidemiologie, diagnostiek, consequenties, en behandeling van psychische problemen, patiënten steeds doeltreffender behandeld kunnen worden. In deze behandelingen staat echter meer de ziekte, dan de gezondheid centraal. De psychologie volgt hiermee het medische model: dat wat afwijkt van de norm moet worden behandeld en genezen. In het Diagnostic and Statistical Manual (DSM) komt dit medische model goed naar voren. Het handboek betreft een omschrijving van de verschillende stoornissen met daarbij de classificatie op basis van symptomatologie, zo zetten Westerhof en Bohlmeijer (2010) uiteen. Om te bepalen of iemand gediagnosticeerd wordt met een bepaalde stoornis moeten voldoende symptomen aanwezig zijn, hiervoor zijn heel veel tests ontwikkeld. Men onderzoekt hiermee vooral de aan- of afwezigheid van een stoornis en niet de individuele uitingen en kenmerken van de klachten. De behandeling van een stoornis richt zich bovendien vaak op het afnemen van de symptomen totdat men niet meer aan de DSM-criteria voldoet, en niet op het verbeteren van welbevinden. Hoewel het medische model ons veel heeft gebracht; het bestuderen van stoornissen en klachten heeft ons veel informatie verschaft over het normale en abnormale functioneren waardoor klachten beter herkend en bestreden kunnen worden, is men in dit model doorgeschoten. Zo is het gevaar ontstaan dat een persoon wordt gereduceerd tot zijn of haar klachten (Westerhof & Bohlmeijer, 2010).

We zouden ook veel kunnen leren van het bestuderen van gedrag dat in positieve zin afwijkt (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Wanneer zowel het negatieve als het positieve in ogenschouw wordt genomen, dan wordt duidelijk dat de opvatting over geestelijke gezondheid als de afwezigheid van ziekte te beperkt is (Keyes, 2002). Deze inzichten hebben ertoe geleid dat Seligman en Csikszentmihalyi in 2000 de grondslag voor de positieve psychologie hebben gelegd; psychologie die zich meer richt op de positieve aspecten in het leven van mensen. Het doel van de positieve psychologie is het opbouwen van positieve kwaliteiten in plaats van de negatieve aspecten te willen repareren. Onderzoek zal zich dan ook minder op het disfunctioneren van mensen richten en meer op de mechanismen en processen die het functioneren van individuen, relaties en samenleving bevorderen. Positieve psychologie is dus primair gericht op welbevinden (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

1.2. Welbevinden

Niet alleen de positieve psychologie, maar ook de World Health Organization geeft in zijn definitie van geestelijke gezondheid aandacht aan welbevinden: "*Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community.*" (WHO, 2005, p.2). Deze visie beschrijft een concept waarbij geestelijke gezondheid niet alleen de afwezigheid van klachten is maar ook de aanwezigheid van welbevinden. Drie kerncomponenten van welbevinden komen erin naar voren: welbevinden van het individu, functioneren in de maatschappij en zelfrealisatie. In de positieve psychologie wordt geestelijke gezondheid ook omschreven door drie criteria: geluk, zelfrealisatie en maatschappelijke integratie (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Op individueel niveau worden ook wel de termen: emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden gebruikt (Keyes, 2007).

Emotioneel welbevinden betreft het ervaren van positieve emoties en levenstevredenheid (Keyes, 2007). Het is een multidimensionaal concept met evaluaties uit het leven met betrekking tot emoties, het aanwezig zijn van positieve affecten en het ontbreken van negatieve affecten (Diener, 1984).

Sociaal welbevinden wordt onderverdeeld in vijf dimensies die bepalen hoe een mens in een sociale omgeving functioneert (Keyes, 1998). Deze dimensies zijn: maatschappelijke integratie (je een deel voelen van een gemeenschap, en je gesteund voelen door de gemeenschap), sociale contributie (het gevoel hebben dat je iets waardevols hebt te geven aan de maatschappij en dat je dagelijkse activiteiten worden gewaardeerd door de gemeenschap), coherentie (een sociale wereld zien die te begrijpen, logisch en voorspelbaar is, zorgen voor en geïnteresseerd zijn in de samenleving en de omgeving), actualisatie (ervoor zorgen en geloven dat de maatschappij zich op een positieve manier ontwikkelt, geloven dat de maatschappij de mogelijkheid heeft positief te groeien en dat de maatschappij mogelijkheden realiseert) en acceptatie (positieve houding hebben tegenover mensen, in het algemeen anderen erkennen en accepteren). Daarmee is een mens met een hoog sociaal welbevinden iemand die een positieve visie heeft op anderen, in de maatschappelijke vooruitgang gelooft, de maatschappij ook begrijpt en zich erin thuis voelt (Keyes, 1998).

Psychologisch welbevinden beschrijft het optimaal positief functioneren in de zin van zelfrealisatie. Dit welbevinden wordt door zes elementen beschreven (Ryff, 1989). Deze zes elementen zijn: zelfacceptatie, omgevingsbeheersing, positieve relaties met anderen, persoonlijke groei, autonomie en doelgerichtheid. Zelfacceptatie betekent dat mensen een

positieve attitude ten opzichte van zichzelf hebben, zij zien verschillende kanten van zichzelf inclusief de positieve en negatieve eigenschappen. Als men effectief gebruik kan maken van de mogelijkheden in zijn omgeving, of zijn omgeving zo kan kiezen of creëren dat die bij de eigen persoonlijke behoeften past, is er sprake van omgevingsbeheersing. Positieve relaties betreffen warme en vertrouwensvolle relaties met anderen waarin empathie, affectie en intimiteit aanwezig zijn. Als mensen zich ontwikkelen en openstaan voor nieuwe ervaringen, is er sprake van persoonlijke groei. Autonomie betreft de vaardigheid om zichzelf te beoordelen aan de hand van persoonlijke maatstaven en zelfstandig te zijn. Doelgerichtheid betekent dat mensen doelen en plannen in hun leven hebben. Het psychologisch welbevinden is hoog als de belevingen op de zes dimensies hoog zijn, er is dan sprake van zelfrealisatie.

Wanneer op alle drie de componenten van welbevinden hoog wordt gescoord, wordt er gesproken van flourishing. Een lage mate zou duiden op languishing (Keyes, 2002). Mensen die floreren ervaren een optimale mate van functioneren en mensen bij wie sprake is van languishing ervaren vaak een inhoudsloos leven (Fredrickson & Losada, 2005). Zelfs al is er echter sprake van flourishing, dan nog kan het zijn dat iemand lijdt onder bepaalde klachten. De aanwezigheid van klachten betekent niet per definitie de afwezigheid van welbevinden, en vice versa, zo legt Keyes (2007) uit in zijn twee continua-model.

1.3. Het twee continua-model

Keyes (2007) zet uiteen dat de probleemgerichte benadering er vanuit gaat dat het behandelen van geestelijke ziekte, mensen weer gezond maakt. Geestelijke ziekte staat dan aan de ene kant van het continuüm en geestelijke gezondheid aan de andere kant. Dit zou dus betekenen dat de afwezigheid van ziekte de aanwezigheid van geestelijke gezondheid is. Of men wel echt gezond is wanneer men niet meer voldoet aan de criteria voor een stoornis is echter de vraag.

Volgens het twee continua-model van Keyes (2005) zijn mensen pas echt geestelijk gezond wanneer ze én geen stoornis hebben én floreren. Geestelijke ziekte correleert negatief met subjectief welbevinden; ze zijn aan elkaar gerelateerd, maar tevens onafhankelijk van elkaar. Er is sprake van twee aparte dimensies. Geestelijke gezondheid is niet slechts de afwezigheid van een psychische ziekte; niet slechts de aanwezigheid van een hoog welbevinden, maar een complete staat van de aanwezigheid en afwezigheid van psychische ziekte en geestelijke gezondheidssymptomen. Uit onderzoek is dan ook naar voren gekomen dat alle mogelijke combinaties van de aan- en afwezigheid van geestelijke ziekte en

gezondheid voor kunnen komen (Keyes, 2007). Iemand die een psychopathologische stoornis heeft kan dus wel een hoog welbevinden vertonen; eveneens kan iemand zonder een psychopathologische stoornis laag welbevinden ervaren (Suldo & Shaffer, 2008; Westerhof & Keyes, 2010). Het ene continuüm geeft de aan- of afwezigheid van psychopathologie weer en het andere continuüm de aan- of afwezigheid van welbevinden (Keyes, 2005). Psychosociaal functioneren kan dus beter worden verklaard door een gecombineerde diagnose; door het meten van beide continua in plaats van een continuüm (Keyes, 2005).

Om daadwerkelijk de geestelijke gezondheid van een mens te meten is het dus belangrijk zowel psychopathologie als welbevinden te meten (Lamers, 2012). Het is daarom opmerkelijk dat er zoveel aandacht is besteed aan onderzoek naar psychische klachten, en het welbevinden buiten ogeschouw is gelaten. Hoewel er binnen de positieve psychologie wel studies worden gedaan naar welbevinden, worden deze studies verricht onder mensen zonder psychische problemen (Delleman, 2013). Hoe het met het welbevinden van de klinische populatie is gesteld, is daarom vooralsnog onbekend. Hier hoopt het onderhavige onderzoek wat licht op te kunnen werpen door het welbevinden van een klinische populatie af te zetten tegen het welbevinden van de algemene bevolking. Hiertoe is het echter relevant om eerst te verkennen wat er wél bekend is over de klinische populatie.

1.4. Onderzoeken klinische populatie

De DSM-IV differentieert tussen bijna 300 psychische stoornissen. Eigenlijk kan er niet één definitie van een psychische stoornis gegeven worden omdat één definitie nooit alle verschillende situaties kan dekken (Stein, Phillips, Bolton, Fulford, Sadler & Kendler, 2011). Toch doet de DSM-IV een poging: Een stoornis is een gedragsmatige of psychologische aandoening of patroon dat zich in een individu voordoet, dat leidt tot significante ongemakken of disfunctioneren, dat niet slechts een te verwachten reactie is op veelvoorkomende stressoren of verliezen, het reflecteert een onderliggend psychobiologisch disfunctioneren, is niet slechts het resultaat van sociale afwijking of conflicten met de maatschappij, kan diagnostisch gevalideerd worden en heeft klinisch nut (Stein et al., 2011). Waar een hoog welbevinden zou leiden tot geestelijke gezondheid, daar zou een psychische stoornis juist een negatief effect hebben op welbevinden en geestelijke gezondheid. Hoewel psychopathologie het welbevinden beïnvloed, sluit het welbevinden echter niet uit (Keyes, 2007). Mogelijk veroorzaakt een bepaalde stoornis of ziekte minder welbevinden dan een andere. In de onderhavige studie wordt daarom het welbevinden onderzocht onder vier groepen stoornissen:

angststoornis, persoonlijkheidsstoornis, ontwikkelingsstoornis en stemmingsstoornis.

Angststoornissen vallen onder As I (klinische syndromen) van de DSM-IV en zijn onderverdeeld in: paniekstoornis met/zonder agorafobie, specifieke fobie, sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis, angststoornissen vanwege medische condities of middelengebruik en angststoornissen niet anders omschreven. Om met een angststoornis gediagnosticeerd te worden moet in ieder geval leed aanwezig zijn als de persoon geconfronteerd wordt met de bron die angst oproept (American Psychiatric Association, 2013). Volgens Byrne en Pachana (2010) is onderzoek naar angststoornissen bij volwassenen nog achterstallig. Het is nog onduidelijk in welke mate het welbevinden is aangetast bij mensen met een angststoornis. Onderzoek heeft echter wel aangetoond dat een welbevinden-therapie (WBT) ter aanvulling van cognitieve gedragstherapie, effectief kan zijn om angst te reduceren (Fava, Ruini & Rafanelli, 2005; Fava, Ruini, Rafanelli, Finos, Salmaso, Mangelli & Sirigatti, 2005), wat doet vermoeden dat het welbevinden lager is onder mensen met een angststoornis in vergelijking met een gezonde populatie.

De American Psychiatric Association (2013) legt uit dat persoonlijkheidsstoornissen worden gekenmerkt door gedragspatronen die buiten het in de cultuur als gewoon omschreven gedrag liggen. Deze patronen worden al vroeg ontwikkeld, zijn niet flexibel en beperken het functioneren van het individu. De persoonlijkheidsstoornissen worden in veel verschillende stoornissen onderverdeeld waarvan elk zijn eigen unieke kenmerken heeft: paranoïde, schizoïde, schizotypische, antisociale, borderline, theatrale, narcistische, ontwijkende, afhankelijke en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis (American Psychiatric Association, 2013). Studies naar het welbevinden bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis zijn voor zover bekend bij de onderzoeker, niet uitgevoerd.

Kenmerken voor de ontwikkelingsstoornissen zijn verminderingen in fysieke vaardigheden, gedrag, taal- en leervermogen. Deze patiënten kunnen vaak niet onafhankelijk of alleen leven (Center for Disease Control and Prevention, 2015). Er is weinig onderzoek gedaan naar welbevinden bij ontwikkelingsstoornispatiënten, de meeste onderzoeken richten zich op welbevinden van ouders. Een bekende ontwikkelingsstoornis is autisme. Een hoofdkenmerk van autistische patiënten is hun gebrek aan sociale vaardigheden en sociale interacties (Herbrecht, Poustka, Birnkammer, Duketis, Schlitt, Schmötzler & Bölte, 2009). Echter is er bij deze groep patiënten wel een behoefte aan betekenisvolle vriendschappen (Bauminger & Kasari, 2000). Dit doet vermoeden dat autistische patiënten en mogelijk ook ontwikkelingsstoornispatiënten een lage mate aan sociaal welbevinden ervaren. Onderzocht is dit echter nog niet. Wel zijn er onderzoeken te vinden betreffende de motorische

ontwikkelingsstoornis. Kinderen met een motorische stoornis laten eenzaamheid en een lage levenskwaliteit zien (Poulsen, Ziviani, Johnson & Cuskelly, 2008; Zwicker, Harris & Klassen, 2013). Er is geen onderzoek te vinden die alle componenten van welbevinden bij patiënten met een ontwikkelingsstoornis heeft gemeten.

Ook de verbinding tussen welbevinden en stemmingsstoornissen is nog onvoldoende onderzocht. Duidelijk is dat stemmingsstoornissen tot een laag emotioneel welbevinden kunnen leiden (Ozcakir, Dogan, Cakir, Bayram & Bilgel, 2014; Peterson, Chatters, Taylor & Nguyen, 2014). Verder kan een laag psychologisch welbevinden ook een risicofactor voor de ontwikkeling van een depressie zijn (Wood & Joseph, 2009). Er werd ook gevonden dat een lage score op levenstevredenheid (een onderdeel van emotioneel welbevinden) ook als risicofactor kan worden gezien (Lewinsohn, Redner & Seeley, 1991). Echter werd vooral in het onderzoek van Headey, Kelley en Wearing (1993) een duidelijke verklaring gegeven. Zij concluderen dat levenstevredenheid en depressie sterk negatief correleren en welhaast als tegenovergesteld kunnen worden gezien. Symptomen van depressie dalen als welbevinden stijgt (Keyes, 2006).

Uit deze literatuurstudie blijkt dat er weinig tot geen onderzoeken zijn uitgevoerd die de mate van welbevinden bij patiënten met een psychische stoornis meten. Er zijn zelfs überhaupt geen onderzoeken uitgevoerd naar alle componenten van welbevinden bij mensen met een psychische stoornis in vergelijking met een algemene bevolking. Onderzoeken die al gedaan zijn kijken alleen naar een stoornis en alleen een component van welbevinden, bijvoorbeeld levenstevredenheid. Het onderzoek van Koivumaa-Honkanen, Honkanen, Antikainen, Hintikka en Viinamäki (1999), waaruit naar voren kwam dat de levenstevredenheid (een onderdeel van emotioneel welbevinden) bij psychopathologische patiënten vergeleken met de algemene bevolking lager is, doet vermoeden dat het emotioneel welbevinden van psychopathologische patiënten in deze studie ook lager zal zijn in vergelijking tot de algemene bevolking.

1.5. Onderzoeksvragen

Het twee continua-model toont aan dat de afwezigheid van een stoornis niet als vanzelfsprekend betekent dat er tevens sprake zal zijn van een hoog welbevinden. Geestelijke gezondheid en geestelijke ziekte blijken complementair te zijn (Keyes, 2005). Om de geestelijke gezondheid van een mens te meten is het dus belangrijk zowel psychopathologie als welbevinden te meten (Lamers, 2012). Tot nog toe heeft de nadruk vooral op de

psychopathologie gelegen en is over het welbevinden van mensen met een psychische stoornis erg weinig bekend. Het onderhavige onderzoek hoopt hier meer licht op te kunnen werpen door het welbevinden van een klinische populatie af te zetten tegen het welbevinden van een algemene populatie. Zo kan achterhaald worden of het welbevinden lager is onder mensen met psychische klachten en of het welbevinden ondanks aanwezigheid van psychische klachten toch hoog kan zijn, daarmee kan duidelijk worden of aanvullende therapieën met betrekking tot welbevinden voor de klinische populatie nuttig kunnen zijn. Wanneer blijkt dat welbevinden correleert met de aanwezigheid van een psychische stoornis, zou dit een goede indicatie zijn voor de GGZ om van koers te veranderen en niet langer (slechts) probleemgericht te werken, maar juist ook welbevinden-therapieën aan te bieden. Meer zicht op welbevinden binnen de GGZ kan veel voordelen hebben, daar reeds is gebleken dat welbevinden mensen sterker maakt, een risicofactor is voor depressie en ook meer terugvalpreventie biedt. Het onderzoek zal geschieden aan de hand van de volgende onderzoeksvragen:

1. Verschilt de mate van welbevinden bij mensen uit de algemene bevolking in vergelijking met mensen met een psychische stoornis?

Door een klinische populatie af te zetten tegen een algemene populatie, kan in kaart worden gebracht in hoeverre er een samenhang bestaat tussen een psychische stoornis en het welbevinden. Is het mogelijk te floreren ondanks psychische ziekte? Omdat Koivumaa-Honkanen et al. (1999) in hun onderzoek aantoonde dat de levenstevredenheid bij psychopathologische patiënten vergeleken met de algemene bevolking lager is, wordt er in het onderhavige onderzoek vanuit gegaan dat de scores op emotioneel welbevinden onder de klinische populatie ook lager zullen zijn. Vanwege de negatieve correlatie van geestelijke ziekte en subjectief welbevinden wordt er voorzichtig vanuit gegaan dat de klinische populatie op alle domeinen van welbevinden lager scoort dan de algemene bevolking.

2. Verschilt de mate van welbevinden tussen de stoornissen: angststoornis, persoonlijkheidsstoornis, ontwikkelingsstoornis en stemmingsstoornis?

Door onderscheid te maken tussen stoornissen binnen de klinische groep is het mogelijk in kaart te brengen welke patiënten het meest of minst welbevinden ervaren, welke patiënten al dan niet kunnen floreren, en wie er al dan niet gebaat zouden kunnen zijn bij een

welbevinden-therapie. Dit is nog niet eerder onderzocht. Zozeer als de stoornissen van elkaar verschillen, zozeer kan ook het welbevinden van mensen met verschillende stoornissen verschillen. Mogelijk zijn mensen met bepaalde stoornissen meer of minder gebaat bij een welbevinden-therapie.

Op basis van de weinig beschikbare literatuur, waarover in de inleiding uitgebreid, wordt verwacht dat mensen met een angststoornis niet per definitie lijden onder een laag welbevinden, maar dat zij vermoedelijk wel lager scoren dan de algemene populatie. Persoonlijkheidsstoornissen lopen in hun aard enorm uiteen, wat vermoedelijk op gebied van welbevinden ook een zeer gevarieerd en gespreid beeld zal opleveren. Wat betreft patiënten met een ontwikkelingsstoornis, zij hebben naar verwachting een lager welbevinden. Mensen met een stemmingsstoornis zullen vermoedelijk, in vergelijking tot de andere psychische stoornissen, het laagst scoren op welbevinden, daar reeds bekend is dat levenstevredenheid en depressie sterk negatief correleren en welhaast als tegenovergesteld kunnen worden gezien. Uit eerder onderzoek bleek dat symptomen van depressie dalen als welbevinden stijgt.

2. Methode

2.1. Deelnemers

Er zijn twee groepen deelnemers in dit onderzoek: de algemene bevolking ($n = 1662$) en de klinische populatie ($n = 74$), dus de mensen die een psychopathologische diagnose hebben gekregen. De verdeling van de twee groepen is ongelijkmatig; er zitten 1662 mensen in de groep algemene bevolking en 74 in de klinische populatie. Gezien de verdeling van de genders kan er van een gelijkmatige verdeling in beide groepen worden gesproken (zie tabel 1).

Om te kunnen vergelijken of er een verschil bij de mate van welbevinden binnen verschillende stoornissen bestaat wordt de klinische populatie nog eens onderverdeeld in vier groepen. Deze groepen zijn patiënten met een angststoornis ($n = 19$), persoonlijkheidsstoornis ($n = 16$), ontwikkelingsstoornis ($n = 14$) en patiënten met een stemmingsstoornis ($n = 25$).

Tabel 1
Beschrijvende kenmerken deelnemers

		Algemene bevolking	Klinische populatie
		n = 1662	n = 74
Geslacht	mannen	n	32
		%	43.2
	vrouwen	n	42
		%	56.8
Leeftijd	M	47.6	39.1
	SD	17.7	11.8

2.2. Procedure

Er werd gebruik gemaakt van twee datasets en twee verschillende methoden van verzameling. Voor beide datasets geldt dat er sprake is van een longitudinale vragenlijst, waarbij voor dit onderzoek gebruik gemaakt werd van data die op één tijdstip werd verzameld. De data voor beide groepen werd ontvangen uit data die voor bredere onderzoeken bestemd zijn. Voor dit onderzoek werd alleen een klein deel van de data gebruikt; de gegevens uit de Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) en demografische gegevens.

De data van de klinische populatie werd verkregen van de GGZ-instelling GGNet. De vragenlijst werd afgenomen tijdens de routine outcome monitoring (ROM) procedure tussen 5 maart tot en met 7 april 2015. ROM is een methode om de toestand van patiënten en de voortgang van een therapie te meten en te evalueren. Het gaat hierbij om een standaard procedure dat steeds binnen de GGZ gebruikt wordt, ROM-metingen worden regelmatig tijdens een therapie gemaakt. Er is dus geen verdere belasting of moeite voor de patiënten ontstaan omdat het invullen van vragenlijsten een deel van een behandeling uitmaakt. De data waarmee hier wordt gewerkt is van patiënten die nog aan het begin van de behandeling staan. Bij de klinische populatie is er sprake van passive consent. De vragenlijsten werden als onderdeel van de behandeling ingevuld. Als de deelnemers niet willen dat hun data voor onderzoek wordt gebruikt moeten zij dit aangeven. Om de gegevens te beschermen werden de data uit de vragenlijst geanonimiseerd en via een beveiligde USB stick ontvangen en geanalyseerd.

Bij de algemene bevolking werd de vragenlijst afgenomen in december 2007. De data van deze populatie werd uit de Langlopende Internet Studies voor de Sociale wetenschappen

(LISS) panel ontvangen. LISS panel wordt door CentERdata georganiseerd. CentERdata is een wetenschappelijk instituut voor dataverzameling en toegepast onderzoek. 5000 huishouden nemen deel aan de LISS panel en worden elk maand gevraagd om onlinevragenlijsten in te vullen. De vragenlijst voor deze studie werd bij een door CentERdata gekozen groep van deelnemers op meerdere tijdstippen opgenomen. In dit onderzoek werd alleen de data uit december 2007 betrokken (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011). Er is sprake van active consent, de deelnemers geven bewust hun toestemming voor gebruik van hun data.

2.3. Materiaal: MHC-SF

De mate van welbevinden werd gemeten door de MHC-SF. De vragenlijst is een zelfrapportage vragenlijst en omvat veertien items. Er wordt naar de frequentie van een gevoel van welbevinden tijdens het afgelopen maand gevraagd. De deelnemers geven hun antwoorden op een zes-punt Likert schaal weer. De schaal loopt van nooit (0) tot elke dag (5).

De MHC-SF meet de positieve geestelijke gezondheid onderverdeeld in emotioneel welbevinden, sociaal welbevinden en psychologisch welbevinden. De vragenlijst bevat drie items over emotioneel welbevinden (i. e. ‘in de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u tevreden was?’), vijf items over sociaal welbevinden (i. e. ‘in de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u begrijpt hoe onze samenleving werkt?’) en zes items voor psychologisch welbevinden (i. e. ‘in de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u de meeste aspecten van uw persoonlijkheid mocht?’).

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van de Nederlandse versie van de MHC-SF die goede psychometrische eigenschappen vertoond (Lamers et al., 2011). De interne consistentie van de MHC-SF werd met de eerder onderzoek van Lamers et al. (2011) vergeleken; positieve geestelijke gezondheid (alle drie componenten van welbevinden bij elkaar) van dit onderzoek was .86 vergeleken met .89 van eerder onderzoek, voor emotioneel welbevinden .67 met .83, voor sociaal welbevinden .59 met .74 en voor psychologisch welbevinden .76 met .83.

2.4. Analyse

De analyses werden met hulp van IBM Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS) versie 22 uitgevoerd. De schalen MHC-SF werden op interne consistentie getest. De interne consistentie van de schalen kwamen met eerder onderzoek redelijk overeen.

Op normaliteit van de MHC-SF schalen werd via Skewness, Kurtosis en Shapiro-Wilk Tests getest. Verdeling van de MHC-SF was in de algemene bevolking net als de klinische populatie niet normaal. Alleen de verdeling van emotioneel welbevinden bij de klinische populatie (S-W (74) = 0.96; $p = .01$), met skewness 0.21 (SD = 0.28) en kurtosis -0.94 (SD = 0.55) en de verdeling van sociaal welbevinden bij de klinische populatie (S-W (74) = 0.96; $p = .04$), met skewness 0.48 (SD = 0.28) en kurtosis -0.29 (SD = 0.55) is normaal.

Echter vallen de skewness en kurtosis waarden onder een grens van 2 punten. Deze waarden zijn klein genoeg om aan te nemen dat dit geen consequenties heeft voor de analyses.

Via boxplots werd op outliers gecontroleerd. Er werden outliers gevonden maar niet verwijderd omdat de steekproeven ongelijk groot zijn. Daardoor is de kans groot dat de boxplots ongerechtvaardigd outliers aangeven.

Om de eerste onderzoeksvraag: "Verschilt de mate van welbevinden bij mensen uit de algemene bevolking in vergelijking met mensen met een psychische stoornis?" te beantwoorden werd eerst een univariate ANOVA uitgevoerd. Hiervoor is gebruik gemaakt van tussen-personen vergelijking. Daarna werd een multivariate ANOVA uitgevoerd om na te gaan of er verschil is in de subschalen van welbevinden tussen de groepen. Hiervoor is gebruik gemaakt van multivariate vergelijking via Wilk's λ en vervolgens tussen-personen vergelijkingen. Opgespoorde verschillen van de univariate en multivariate ANOVA werden via 95% Bonferroni betrouwbaarheidsintervallen [BI] nader onderzocht. Daarna werd een Chi² of independence uitgevoerd om na te gaan of de categorische indeling van flourishing enige samenhang toont met de algemene bevolking en de klinische populatie. Via Cramer's V werd de sterkte van een eventueel gevonden verband gekwantificeerd.

Om de tweede onderzoeksvraag: "Verschilt de mate van welbevinden tussen de stoornissen: angststoornis, persoonlijkheidsstoornis, ontwikkelingsstoornis en stemmingsstoornis?" te onderzoeken werden de analyses voor elk subgroup herhaald binnen de klinische populatie. Voor alle analyses werd een overschrijdingsgrens gehandhaafd van $\alpha = .05$.

3. Resultaten

3.1. Verschillen in welbevinden tussen de algemene bevolking en de klinische populatie

Er is een significant verschil tussen de algemene bevolking en klinische populatie met betrekking tot hun welbevinden te vinden, $F(1,1740) = 544.31$, $p < .05$. De algemene

bevolking scoort hoger in hun mate van welbevinden dan de bevolking met een psychische stoornis, 95% Bonferroni BI [-2.45; -2.07].

Om nader te onderzoeken waar precies de verschillen liggen, werden de subschalen geanalyseerd. Er is een statistisch significant verschil tussen de groep algemene bevolking en de klinische populatie met betrekking tot tenminste een van de subschalen van welbevinden te vinden, W 's $\lambda = 0.73$, $F(3,1738) = 219.33$, $p < .05$.

Voor de subschaal emotioneel welbevinden ($F(1,1740) = 598.70$, $p < .05$; 95% Bonferroni BI [-2.90, -2.47]), sociaal welbevinden ($F(1,1740) = 286.81$, $p < .05$; 95% Bonferroni BI [-2.16, -1.71]) en psychologisch welbevinden ($F(1,1740) = 416.91$, $p < .05$; 95% Bonferroni BI [-2.53, -2.09]) zijn statistisch significante verschillen gevonden. De algemene bevolking scoort op elk subschaal hoger dan de klinische populatie.

Bij de algemene bevolking zijn de gemiddelde waarden voor de totale vragenlijst als ook voor elke subschaal hoger dan bij de klinische populatie. De waarden zijn het hoogst bij emotioneel welbevinden gevolgd door psychologisch welbevinden, algemeen welbevinden en tot slot sociaal welbevinden. Dezelfde rangorde is te vinden bij de klinische populatie (zie tabel 2).

Tabel 2
Mate van welbevinden tussen de algemene bevolking en de klinische populatie

Schaal	Algemene bevolking				Klinische populatie			
			95% BI				95% BI	
	M	SD	min	max	M	SD	min	max
MHC-SF totaal	3.98	0.84	1.00	6.00	1.73	0.84	0.14	3.50
emotioneel welbevinden	4.67	0.94	1.00	6.00	1.99	1.23	0.00	4.67
sociaal welbevinden	3.33	1.01	1.00	6.00	1.39	0.85	0.00	3.80
psychologisch welbevinden	4.18	0.99	1.00	6.00	1.88	0.95	0.00	4.00

Verder werd geanalyseerd of de groepen binnen de categorieën van flourishing verschillen. De twee groepen vertonen statistisch significant verschillende frequenties van de categorieën flourishing (flourishing, moderately mentally healthy en languishing), $\chi^2(2) = 120.41$, $p < .05$. Dit duidt op een structurele samenhang tussen groep en categorie flourishing (Cramer's $V = .26$; $p < .05$). Bij de algemene bevolking komen de meeste mensen terecht in de categorie moderately mentally healthy (50.36%), gevolgd door flourishing (44.77%). Bij

de groep met een psychische stoornis komen de meeste mensen terecht in de categorie moderately mentally healthy (65.00%), gevolgd door languishing (31.25%; zie tabel 3).

Tabel 3
Verschillen bij categorieën flourishing binnen de algemene bevolking en de klinische populatie

	Algemene bevolking		Klinische populatie	
	Aantal	%	Aantal	%
Flourishing	744	44.77	3	3.75
Moderately mentally healthy	873	50.36	52	65.00
Languishing	81	4.87	25	31.25

3.2. Verschillen in welbevinden tussen de groepen angststoornis, persoonlijkheidsstoornis, ontwikkelingsstoornis en stemmingsstoornis

Er blijkt een statistisch significant verschil tussen de verschillende stoornissen en de mate van welbevinden te zijn, $F(3,70) = 4.40$, $p < .05$. Mensen met de diagnose angststoornis scoren in de totale vragenlijst significant hoger dan mensen met de diagnose stemmingsstoornis, 95% BI [-1.49, -0.20]. Binnen de andere stoornissen zijn geen significante verschillen gevonden. Gezien de waarden van de gemiddelden is duidelijk dat patiënten met een angststoornis het meest welbevinden ervaren, gevolgd door patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, ontwikkelingsstoornis en tot slot patiënten met een stemmingsstoornis.

Er is een statistisch significant verschil tussen de stoornissen met betrekking tot tenminste een van de subschalen van welbevinden te vinden, $W\lambda = 0.78$, $F(9,165.65) = 1.98$, $p < .05$.

Voor de subschalen emotioneel welbevinden ($F(3,70) = 4.02$, $p < .05$; 95% Bonferroni BI [-2.12; -0.22]) en psychologisch welbevinden ($F(3,70) = 3.13$, $p < .05$; 95% Bonferroni BI [-1.58; -0.08]) zijn er een statistisch significante verschillen gevonden tussen de stoornissen. De mensen met een angststoornis scoren bij deze schalen hoger dan de mensen met een stemmingsstoornis, voor de anderen stoornissen zijn er geen significante verschillen gevonden.

Voor de subschaal sociaal welbevinden is er ook een statistisch significant verschil gevonden tussen de stoornissen, $F(3,70) = 3.14$, $p < .05$. Er is een trend te zien dat ook hier

de patiënten met een angststoornis hoger kunnen scoren dan de patiënten met een stemmingsstoornis ($p = .05$), 95% Bonferroni BI [-1.35; 0.01].

Met betrekking tot de gemiddelde waarden is er behalve bij de subschaal emotioneel welbevinden altijd dezelfde volgorde te zien: angststoornis gevolgd door persoonlijkheidsstoornis, ontwikkelingsstoornis en stemmingsstoornis. Bij emotioneel welbevinden scoren de patiënten met een ontwikkelingsstoornis hoger dan de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Duidelijk is dat mate van welbevinden altijd het hoogst is bij patiënten met een angststoornis en het laagst bij patiënten met een stemmingsstoornis (zie tabel 4).

Tabel 4
Mate van welbevinden tussen de stoornissen

Schaal	Diagnose	M	SD	95% BI	
				minimum	maximum
MHC-SF totaal	angststoornissen*	2.15	0.61	1.21	3.29
	persoonlijkheidsstoornissen	1.82	1.01	0.29	3.50
	ontwikkelingsstoornissen	1.65	0.75	0.64	3.43
	stemmingsstoornissen*	1.31	0.74	0.14	3.07
emotioneel welbevinden	angststoornissen*	2.53	1.19	0.67	4.33
	persoonlijkheidsstoornissen	1.88	1.19	0.00	4.00
	ontwikkelingsstoornissen	2.19	1.03	1.00	4.33
sociaal welbevinden	stemmingsstoornissen*	1.36	1.15	0.00	3.67
	angststoornissen	1.77	0.80	0.20	3.20
	persoonlijkheidsstoornissen	1.60	1.04	0.20	3.80
psychologisch welbevinden	ontwikkelingsstoornissen	1.16	0.56	0.00	2.20
	stemmingsstoornissen	1.10	0.80	0.00	2.80
	angststoornissen*	2.28	0.74	0.83	3.50
	persoonlijkheidsstoornissen	1.97	1.09	0.00	3.17
	ontwikkelingsstoornissen	1.80	1.03	0.33	4.00
	stemmingsstoornissen*	1.45	0.82	0.33	3.33

* significant verschil met $p < .05$

Ook binnen de klinische populatie werd geanalyseerd of er verschillen binnen de categorieën van flourishing bij de stoornissen te vinden zijn. Er blijkt geen significant verschil te zijn tussen de stoornissen en de mate van flourishing, $\chi^2(6) = 2.43$, $p = .88$. Er is wel te zien dat binnen elke groep het aantal mensen die moderately mentally healthy zijn het hoogst is,

gevolgd door languishing en flourishing. Duidelijk is dat geen patiënt met de diagnose stemmingsstoornis floreerd (zie tabel 5).

Tabel 5

Aantal mensen per stoornisgroep en per categorieën flourishing

	Angststoornis		Persoonlijkheidsstoornis		Ontwikkelingsstoornis		Stemmingsstoornis	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Flourishing	1	5.26	1	6.25	1	7.14	0	0
Moderately mentally healthy	13	68.42	11	68.75	8	57.14	16	64
Languishing	5	26.32	4	25	5	35.71	9	36

4. Discussie

4.1. Conclusie

In de onderhavige studie is het welbevinden bij een klinische populatie geanalyseerd en afgezet tegen het welbevinden van de algemene bevolking. De door deze analyse geworven kennis kan helpen in te zien of het welbevinden onder een klinische populatie verschilt van het welbevinden van een algemene populatie, of mensen met een psychische stoornis ondanks de stoornis wel kunnen floreren en deze gegevens kunnen helpen bij het inschatten of het bevorderen van welbevinden onder patiënten met een psychische stoornis een positieve bijdrage kan leveren en bij welke stoornissen de bijdrage het grootst zou zijn.

Omdat er nog niet eerder onderzoek is verricht naar welbevinden onder een klinische populatie, is in deze studie allereerst onderzocht of er een verschil bestaat tussen de mate van welbevinden onder een algemene bevolking en een klinische populatie. Uit de analyse kwam een duidelijk verschil naar voren. De klinische populatie scoort significant lager dan de algemene bevolking op alle domeinen van welbevinden. Gemiddeld scoort de algemene bevolking twee keer zo hoog op welbevinden dan de klinische populatie. Uit onderzoek van Koivumaa-Honkanen et al. (1999) was eerder al naar voren gekomen dat de levenstevredenheid (een onderdeel van emotioneel welbevinden) lager is bij een psychopathologische populatie vergeleken met een algemene bevolking.

Het onderhavige onderzoek heeft echter alle facetten van welbevinden in acht genomen, namelijk emotioneel, sociaal, psychologisch en algemeen welbevinden. Op alle

subschalen scoort de klinische populatie lager. Dit pleit er zeker voor dat welbevinden en psychische ziekte samenhangen. Opvallend echter, is dat zowel onder de algemene als de klinische populatie, alle niveaus van welbevinden voorkomen. In beide groepen kunnen mensen onder de categorie flourishing, moderately mentally healthy en languishing geschaard worden. Dit zou pleiten voor het twee continua-model; ondanks de aanwezigheid van psychische ziekte, kan er sprake zijn van een hoog welbevinden. De procentuele verschillen tussen de algemene en klinische populatie wat betreft flourishing en languishing, zijn echter beduidend. Slechts een kleine 4% van de klinische populatie floreert, tegenover een kleine 45% van de algemene populatie. Voor languishing zijn deze getallen omgedraaid en kunnen ruim 31% van de klinische populatie onder deze categorie worden geschaard, waar slechts een kleine 5% van de algemene populatie. Dit toont wederom de samenhang tussen psychische ziekte en welbevinden. De aanwezigheid van een psychische stoornis verhoogt de kans op een laag welbevinden. Aangegeven moet worden dat er onder de klinische populatie slechts 3 mensen floreerden, vervolgonderzoek met een grotere klinische onderzoeksgroep is nodig om te bepalen of deze onderzoeksresultaten betrouwbaar zijn. Wel kan echter geconcludeerd worden dat de aanwezigheid van psychische ziekte niet per definitie duidt op een laag welbevinden. De overgrote meerderheid van de klinische populatie (65%) konden geschaard worden onder de categorie moderately mentally healthy, en daarmee lagen ze vrijwel op één lijn met de algemene populatie, waarvan 50% onder deze categorie geschaard kon worden.

De vraag is of de positieve psychologie mensen niet evenzogoed over één kam scheert, als zij die volgens de probleemgerichte benadering werken. De probleemgerichte benadering stelt dat, wanneer men beschikt over een bepaald aantal symptomen, er sprake is van een stoornis. De mate van deze symptomen wordt buiten ogenschouw gelaten. Het twee continua-model stelt dat welbevinden ondanks aanwezigheid van psychische ziekte, hoog kan zijn. De mate van psychische ziekte wordt hier echter ook buiten ogenschouw gelaten. Bij iemand die zwaar depressief is, is mogelijk sprake van een lager welbevinden dan bij iemand met een lichte depressie. Mogelijk zijn de psychische klachten onder de drie mensen van de klinische populatie die floreerden, minder hevig dan van zij die erg laag op welbevinden scoorden. De correlatie tussen welbevinden en ziekte wordt zo wel sterker. Interessant zou zijn om te onderzoeken of de mate van psychisch lijden ook bepalend is voor de mate van welbevinden.

De ernst van de klachten is in het onderhavige onderzoek niet meegenomen, wel op zeker niveau de aard van de klachten. Er is immers onderzocht of er een verschil bestaat wat betreft welbevinden tussen verschillende stoornissen onder de klinische populatie. Uit de analyses kwam naar voren dat angststoornispatiënten gemiddeld hoger scoren op welbevinden

dan de mensen met een andere stoornis. Na de angststoornispatiënten scoorden persoonlijkheidsstoornispatiënten het hoogst, daarna ontwikkelingsstoornispatiënten en mensen met stemmingsstoornissen scoorden het laagst. Deze volgorde geldt ook wanneer wordt ingezoomd op de componenten sociaal en psychologisch welbevinden. Alleen op emotioneel welbevinden scoren mensen met een ontwikkelingsstoornis hoger dan mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

Onder de verschillende onderzochte stoornissen is in elke categorie één persoon gevonden die floreerde, behalve onder de mensen met een stemmingsstoornis. Voor alle onderzochte stoornissen geldt dat de meeste mensen moderately mentally healthy zijn, gevolgd door languishing en dan flourishing. Onder de stemmingsstoornispatiënten zaten de meeste mensen die geschaard kunnen worden onder de groep languishing. Ook ingezoomd op de verschillende stoornissen lijken de onderzoeksuitkomsten in lijn met het twee continua-model: mensen met een psychische stoornis kunnen een hoog welbevinden en zelfs flourishing ervaren.

Met oog op de resultaten van de angststoornispatiënten worden veel overeenkomsten gevonden met eerder onderzoek. Weliswaar zijn de scores lager dan onder de algemene bevolking, toch scoren deze patiënten binnen de klinische groep het hoogst en kunnen zij ook floreren. Daardoor kan worden aangenomen dat angststoornispatiënten niet per se een laag welbevinden hebben. Headey et al. (1993) en Peterson et al. (2014) hadden eerder al geconcludeerd dat een angststoornis geen verband hoeft te hebben met een laag emotioneel welbevinden. Stein en Heimberg (2004) concludeerden echter dat mensen met een gegeneraliseerde angststoornis een laag welbevinden hebben en Olatunji, Cisler, en Tolin (2007) stelden dat mensen met een angststoornis in het algemeen een lage levenskwaliteit hebben. In vergelijking met een algemene populatie zou dit ook aan de hand van de huidige onderzoeksresultaten geconcludeerd kunnen worden. Gemiddeld scoren ook angststoornispatiënten beduidend lager dan de algemene populatie. In vergelijking tot mensen met andere stoornissen scoren zij echter vrij hoog en blijken zij niet per se te lijden onder een laag welbevinden. Hoewel zij niet extreem laag scoren op welbevinden, blijken zij wel gebaat bij een welbevinden-therapie. Voor patiënten die lijden aan gegeneraliseerde angst (GAS) is een WBT ontwikkeld (Fava, 1999). Deze therapie is gebaseerd op de zes elementen van psychologisch welbevinden. Uit onderzoek blijkt de therapie ter aanvulling aan de cognitieve gedragstherapie, effectief om angst te reduceren. Gezien het bevorderen van welbevinden is de WBT als aanvulling effectiever dan de cognitieve gedragstherapie alleen (Fava, Ruini & Rafanelli, 2005; Fava, Ruini, Rafanelli, Finos, Salmaso, Mangelli & Sirigatti, 2005).

Gemiddeld scoren mensen met een persoonlijkheidsstoornis lager op welbevinden dan angststoornispatiënten, maar hoger dan de anderen patiënten. Deze bevindingen zijn niet significant. Inderdaad werd er een patiënt gevonden die in de categorie flourishing hoort, waardoor verondersteld kan worden dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis in staat zijn een hoog welbevinden te ervaren.

Uit eerder onderzoek over ontwikkelingsstoornissen kunnen alleen assumpties voor dit onderzoek worden geformuleerd. Een assumptie was dat deze patiënten een laag sociaal welbevinden zouden tonen. Echter zijn er geen significante verschillen gevonden. De gemiddelden laten zien dat deze patiënten bij sociaal welbevinden hoger scoren dan stemmingsstoornispatiënten, maar lager dan de andere twee groepen patiënten. In ieder geval kan voorzichtig worden geconcludeerd dat ook ontwikkelingsstoornispatiënten een hoog welbevinden kunnen ervaren daar zich één patiënt onder deze groep bevond die volgens de testresultaten floreerde.

Anders is het bij de stemmingsstoornispatiënten, zij scoren significant lager dan angststoornispatiënten op de totale score van de MHC-SF, emotioneel en psychologisch welbevinden. Bovendien scoren zij gemiddeld lager dan de andere groepen en was er in deze groep niet één patiënt die floreerde. Dit onderbouwd de veronderstellingen van Keyes (2006) dat depressieve symptomen tegenovergesteld zijn aan flourishing. Ook het onderzoek van Headey, Kelley en Wearing (1993) kan worden ondersteund; levenstevredenheid en depressie kunnen niet tegelijkertijd worden ervaren. Uit eerder onderzoek bleek dat lage levenstevredenheid en een laag psychologisch welbevinden risicofactoren zijn voor de ontwikkeling van een depressie (Lewinsohn et al., 1991; Wood & Joseph, 2009). Door de assumpties en de bevindingen uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden, dat stemmingsstoornispatiënten een laag welbevinden hebben.

Dit onderzoek steunt het twee continua-model; mensen met een psychische stoornis kunnen een hoog welbevinden ervaren en zelfs floreren. Dit zou betekenen dat geestelijke gezondheid niet alleen de afwezigheid van geestelijke ziekte is. De vraag blijft vooralsnog bestaan of de mate van ziekte bepalend is voor de mate van welbevinden. Wanneer ziekte en welbevinden in mate parallel aan elkaar stijgen/dalen, kunnen ook bij het twee continua-model vraagtekens worden gezet. Een enorm interessant vraagstuk voor vervolgonderzoek. De resultaten van het onderhavige onderzoek doen echter hoe dan ook vermoeden dat een aanvullende welbevinden-therapie nuttig kan zijn voor patiënten met een psychische stoornis. Vooral patiënten die aan een stemmingsstoornis lijden laten een laag welbevinden zien en zouden daarom sterk kunnen profiteren van een aanvullende welbevinden-therapie.

4.2. Beperkingen van dit onderzoek

De belangrijkste en duidelijkste beperking van dit onderzoek is het aantal deelnemers uit de klinische populatie. Met slechts 74 deelnemers van de klinische populatie tegenover 1662 deelnemers uit de algemene bevolking is het de vraag of de, in dit onderzoek gemaakte vergelijking, betrouwbaar is. Ten tweede is niet bekend of de deelnemers uit de algemene bevolking daadwerkelijk niet-klinisch zijn. Er bestaat een kans dat deze personen ook een psychische stoornis hebben maar niet gediagnosticeerd zijn. Hierop had het onderhavige onderzoek kunnen excluderen. Verder is niet bekend of de deelnemers uit de klinische populatie niet ook met een tweede stoornis gediagnosticeerd zijn. Comorbiditeit zou de resultaten kunnen vertekenen; iemand met een angststoornis zal vermoedelijk lager hebben gescoord op welbevinden wanneer er tevens sprake was van een stemmingsstoornis.

4.3. Aanbevelingen voor vervolgonderzoeken

Vervolgonderzoek naar welbevinden onder een klinische populatie is wenselijk. Voor vervolgonderzoeken is het primair belangrijk een grotere steekproef te analyseren. Interessant zou zijn om ook andere stoornissen mee te nemen, zoals bijvoorbeeld mensen met een psychose of patiënten met psychosomatische stoornissen; fysieke klachten kunnen natuurlijk ook van invloed zijn op het welbevinden. Verder zou een analyse naar de demografische gegevens en het opleidingsniveau informatief zijn daar deze variabelen van invloed kunnen zijn op het welbevinden.

De voorzichtige conclusie van het onderhavige onderzoek is dat het twee continua-model klopt en er inderdaad sprake kan zijn van een hoog welbevinden ondanks aanwezigheid van een psychische stoornis. Om dit werkelijk te toetsen zou de mate van psychisch lijden en de mate van welbevinden met elkaar vergeleken moeten worden. Hiertoe zouden correlaties berekend kunnen worden.

Het is erg belangrijk dat wordt onderzocht of welbevinden therapie onder mensen met bepaalde stoornissen inderdaad van toegevoegde waarde kan zijn. Voor- en nametingen rond een aangeboden welbevinden therapie zouden dit in beeld kunnen brengen.

Referentielijst

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fourth Text Revision ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bauminger, N., & Kasari, C. (2000). Loneliness and friendship in high-functioning children with autism. *Child development*, 71(2), 447-456.
- Byrne, G. J., & Pachana, N. A. (2010). Anxiety and depression in the elderly: do we know anymore? *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 504–509.
- Center for Disease Control and Prevention (2015). Developmental Disabilities. Vergreken op 22. augustus 2015 via <http://www.cdc.gov/ncbddd/developmentaldisabilities/index.html>
- Delleman, O. (2013). Positieve geestelijke gezondheidszorg. In Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G. J., & Walburg, J. A. (eds.), *Handboek Positieve Psychologie* (pp. 61-69). Amsterdam: Boom.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43.
- Fava, G. A. (1999). Well-being therapy: Conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(4), 171–179.
- Fava, G. A., Ruini, C., & Rafanelli, C. (2005). Sequential treatment of mood and anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1392–1400.
- 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, 26–30.
- Fredrickson, B. L., & Losada, M. F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60(7), 678.

- Graaf, R. de, Have, M. ten, & Dorsselaer, S. van (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2, Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Headey, B., Kelley, J., & Wearing, A. (1993). Dimensions of mental health: life satisfaction, positive affect, anxiety and depression. *Social Indicators Research*, 29(1), 63-82.
- Herbrecht, E., Poustka, F., Birnkammer, S., Duketis, E., Schlitt, S., Schmötzer, G., & Bölte, S. (2009). Pilot evaluation of the Frankfurt Social Skills Training for children and adolescents with autism spectrum disorder. *European child & adolescent psychiatry*, 18(6), 327-335.
- Howell, R. T., Kern, M. L., & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1(1), 83-136.
- 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? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 395-402.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95-108.
- Koivumaa-Honkanen, H. T., Honkanen, R., Antikainen, R., Hintikka, J., & Viinamäki, H. (1999). Self-reported life satisfaction and treatment factors in patients with

- schizophrenia, major depression and anxiety disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(5), 377-384.
- 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). *Positive Mental Health: Measurement, relevance and implications*. Enschede: University of Twente.
- Lewinsohn, P. M., Redner, J., & Seeley, J. R. (1991). The relationship between life satisfaction and psychosocial variables: New perspectives. *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective*, 141-169.
- Maddux, J. (2009). Stopping the 'madness': Positive psychology and deconstructing the illness ideology and the DSM. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology (2nd ed.)* (pp. 61-69). New York, NY: Oxford University Press.
- Meijer, S. A., Smit, F., Schomaker, C. G., Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand, evidence-based preventie van psychische stoornissen*. Bilthoven: RIVM.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 27(5), 572-581.
- Ozcakir, A., Dogan, F. O., Cakir, Y. T., Bayram, N., & Bilgel, N. (2014). Subjective Well-Being among Primary Health Care Patients. *PloS one*, 9(12), e114496.
- Peterson, T. L., Chatters, L. M., Taylor, R. J., & Nguyen, A. W. (2014). Subjective well-being of older African Americans with DSM IV psychiatric disorders. *Journal of happiness studies*, 15(5), 1179-1196.
- Poulsen, A. A., Ziviani, J. M., Johnson, H., & Cuskelly, M. (2008). Loneliness and life satisfaction of boys with developmental coordination disorder: the impact of leisure participation and perceived freedom in leisure. *Human Movement Science*, 27(2), 325-343.

- 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.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction*. American Psychological Association.
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10(1), 26.
- Stein, M. B., & Heimberg, R. G. (2004). Well-being and life satisfaction in generalized anxiety disorder: Comparison to major depressive disorder in a community sample. *Journal of affective disorders*, 79(1), 161-166.
- Stein, D. J., Philips, K. A., Bolton, D., Fulford, K.W.M., Sadler, J. Z. & Kendler, K. S. (2011). What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychological Medicine*, 40(11), 1759-1765. doi: 10.1017/S0033291709992261
- Suldo, S. M., & Shaffer, E. J. (2008). Looking beyond psychopathology: The dual-factor model of mental health in youth. *School Psychology Review*, 37, 52-68.
- Vollenbergh, W. A. M., De Graaf, R., Ten Have, M., Schomaker, C. G., Van Dorsselaer, S., Spijker, J. & Beekman, A. T. F. (2003). *Psychische stoornissen in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Westerhof, G. J. & Bohlmeijer, E. (2010). *Psychologie van de levenskunst, geestelijke gezondheidsbevordering*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119.
- 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(3), 213-217.

World Health Organization (2005). Promoting Mental Health – Concepts, Emerging Evidence and Practice. Verkregen op 03 maart, 2015, via World Health Organization Web site:http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241562943_eng.pdf?ua=1

Zwicker, J. G., Harris, S. R., & Klassen, A. F. (2013). Quality of life domains affected in children with developmental coordination disorder: a systematic review. *Child: care, health and development*, 39(4), 562-580.