

De relatie tussen welbevinden en psychische klachten in een klinische populatie: Het twee-continua model.

Cansu Sönmez
s1130374

Masterthesis
10 EC
December 2015

Universiteit Twente

Faculteit der Gedragswetenschappen

Positieve Psychologie en Technologie

Begeleiding:

Dr. S.M.A. Lamers

Drs. Katinka Franken

Abstract

Background: According to the two-continua model of mental health, it is important to consider well-being together with psychopathology as both are distinct but related indicators of mental health. Considering the fact that there is limited research about the relationship between well-being and psychopathology regarding people having a disorder, the current study aims to investigate this relationship among patients with a mood-, anxiety-, personality-, and developmental disorder. More specifically, this study investigates, to what extent the two-continua model can be replicated among the mentioned target group.

Methods: This study is part of an ongoing project by GGNet and uses data from the Routine Outcome Monitoring (ROM) database. The participants are adult patients in ambulant mental health care in the Netherlands. A total of 74 patients with mood, anxiety, personality or developmental disorder are participating in the study. The Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF) and Outcome Questionnaire (OQ-45) are used to measure well-being and psychopathology.

Results: A strong negative correlation was found between well-being and psychopathology among patients with mood disorder and developmental disorder and a moderate negative correlation by patients with anxiety and personality disorder. The results also showed that every combination of well-being (low, high) and psychopathology (low, high) occurred within patients with mood-, anxiety, personality and developmental disorder.

Conclusion: The findings support the two-continua model among patients with a mood-, anxiety-, personality-, and developmental disorder, however to a lesser degree compared to the general Dutch population. Based on these findings, it seems important to assess both psychopathology and well-being in mental health care. Moreover, it could be beneficial to focus also on promotion of well-being in addition to the alleviation of psychopathological symptoms, which should be investigated in future research. The limitations of this study and further recommendations for future research are discussed.

Samenvatting

Achtergrond: Volgens het twee-continua model is het belangrijk om naast psychische klachten ook welbevinden in kaart te brengen, omdat beide aspecten verschillende maar samenhangende indicatoren zijn van de geestelijke gezondheid. Gezien het feit dat er weinig onderzoek is naar de relatie tussen psychische klachten en welbevinden bij de klinische populatie, richt de huidige studie zich op deze relatie bij patiënten met stemmings-, angst-, persoonlijkheids- en ontwikkelingsstoornissen. Er wordt met name onderzocht in hoeverre het twee-continua model terug te vinden is bij deze patiënten.

Methode: Dit onderzoek is onderdeel van een lopend onderzoek van GGNet en de gebruikte data is verkregen middels de Routine Outcome Monitoring (ROM) database. De participanten zijn volwassen patiënten binnen de ambulante gezondheidszorg in Nederland. In totaal hebben 74 patiënten met een stemmings-, angst-, persoonlijkheids- en ontwikkelingsstoornis deelgenomen. De Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF) en de Outcome Questionnaire – 45 (OQ-45) zijn afgenomen om het welbevinden en psychische klachten in kaart te brengen.

Resultaten: Er is een sterke negatieve correlatie gevonden tussen welbevinden en psychische klachten bij patiënten met een stemmings- en ontwikkelingsstoornis en een matige negatieve correlatie bij patiënten met een angst- en persoonlijkheidsstoornis. Verder is gebleken dat elke combinatie van welbevinden (hoog, laag) en psychische klachten (veel, weinig) voorkomt in elk van deze klinische hoofdgroepen.

Conclusie: De resultaten bevestigen de ondersteuning van het twee-continua model bij patiënten met een stemmings-, angst-, persoonlijkheids-, en ontwikkelingsstoornis in mindere mate dan in de algemene bevolking. Op basis van deze bevindingen is het van belang gebleken om patiënten tijdens de diagnose niet alleen op klachten, maar ook op de mate van welbevinden te screenen. Verder wijst dit ook op de mogelijkheid dat interventies ter bevordering van welbevinden een aanvulling kunnen zijn op klachtgerichte behandelmethode, waarin vervolgonderzoek is aanbevolen. De beperkingen van dit onderzoek en ander aanbevelingen voor vervolgonderzoek worden besproken.

Inhoudsopgave

Abstract 2

Samenvatting. 3

Inleiding. 5

Geestelijke gezondheidszorg & welbevinden. 6

Welbevinden en psychopathologie: het twee-continua model 7

Doelstelling onderzoek en onderzoeksvragen. 8

Methode. 10

Deelnemers. 10

Procedure. 11

Meetinstrumenten. 12

Analyse. 13

Resultaten. 14

Discussie. 18

Sterkten, beperkingen & aanbevelingen. 19

Conclusie. 21

Referenties. 21

Inleiding

Het hebben van een psychische stoornis is een ernstig en veelvoorkomend gezondheidsprobleem. Stemnings-, angst-, persoonlijkheids- en ontwikkelingsstoornissen behoren tot de meest voorkomende. Zo bleek uit het Nemesis-2 onderzoek dat bijna 20 % van de Nederlanders ooit in het leven te maken krijgt met een stemmings- of angststoornis (de Graaf, ten Have, van Gool & van Dorsselaer, 2012). In internationale studies wordt de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij de algemene bevolking geschat op 3-15 %. In de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg ligt dat op 40-50% en in de forensische psychiatrie op 60 – 80% (Bamelis et al., 2014; Soeteman, Verheul & Van Busschbach, 2008). De heterogeniteit van het begrip ontwikkelingsstoornis maakt de diagnose niet altijd eenvoudig. Zo ontbreekt het de DSM-IV ook aan expliciete diagnostische criteria voor ontwikkelingsstoornissen. Om deze reden is de prevalentie van het alomvattende begrip ontwikkelingsstoornis niet bekend (Angelo, Brouwers, & Bulk, 2005). Echter, de prevalenties van de meest voorkomende ontwikkelingsstoornissen *autisme* en *AD[H]D* (Attention deficit [hyperactivity] disorder) kunnen wel worden weergegeven. Uit internationale studies blijkt dat de prevalentie van autisme ongeveer 1% en van AD[H]D 5,29% bedraagt (Fombonne, 2009; Polanczyk et al., 2007). Daarnaast komt uit diverse onderzoeken naar voren, dat de kans op comorbiditeit vrij hoog is (Bijl, van Zessen, & Ravelli, 1997). Comorbiditeit betekent het gelijktijdig aanwezig zijn van verschillende stoornissen bij één patiënt (Burke, 1990). Mensen met een angst-, persoonlijkheids- of ontwikkelingsstoornis hebben bijvoorbeeld in veel gevallen ook symptomen van een stemmingsstoornis en omgekeerd (Lugnegård et al., 2011; Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2000).

De aard en ernst van deze vier klinische hoofdgroepen kunnen sterk verschillen en de impact op het dagelijks leven van een individu is groot. Studies laten zien dat het hebben van één van deze psychische stoornissen kan leiden tot beperkingen op sociaal, emotioneel en beroepsmatig functioneren of andere belangrijke terreinen (Soeteman et al., 2008; Vandereycken et al., 2000) en een ernstige aantasting van de kwaliteit van leven (Cramer, Torgersen & Kringlen, 2006; de Wells et al., 1989). Daarnaast zijn aan psychische stoornissen grote economische kosten voor de maatschappij verbonden door een verhoogd gebruik van medische voorzieningen en productieverlies door ziekteverzuim. In Nederland worden deze kosten per jaar op 19,6 miljard euro geschat (Ministerie van VWS, 2013). Voor iemand met een psychische aandoening is het dus een noodzakelijke voorwaarde om hulp te zoeken om te kunnen genezen of om beter om te kunnen gaan met hun stoornis. De geestelijke gezondheidszorg speelt hierin een essentiële rol.

Geestelijke gezondheidszorg & welbevinden

Binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) werd jarenlang gewerkt met verschillende klachtgerichte behandelmethoden voor psychische stoornissen. De focus lag hierbij op het diagnosticeren en behandelen van psychische klachten, omdat geestelijke gezondheid alleen gezien werd als de afwezigheid van psychische klachten. Echter, op dit moment vindt een verschuiving plaats binnen deze visie (Gillham & Seligman, 1999). Er is meer aandacht gekomen voor een nieuw vakgebied, namelijk de positieve psychologie. De positieve psychologie is de wetenschap van welbevinden en optimaal functioneren (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Zo laten diverse studies zien dat positieve interventies op zowel de korte als lange termijn een positief effect hebben op de lichamelijke en mentale gezondheid (Duckworth et al., 2005; Howell, Kern, & Lyubomirsky, 2007) en dat welbevinden een beschermende werking heeft tegen psychische stoornissen (Keyes, Dhingra, & Simoes, 2010). Lyubomirsky, King en Diener (2005) laten zien dat welbevinden mensen veerkrachtiger en productiever maakt en gerelateerd is aan succes op meerdere levensgebieden. Daarom richt de geestelijke gezondheidszorg haar aandacht tegenwoordig niet alleen op de afwezigheid van psychische klachten, maar ook op de aanwezigheid van positieve aspecten van het individu, zoals hun kwaliteiten, krachten en mogelijkheden (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Deze positieve visie sluit ook goed aan bij de definitie van geestelijke gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie: *'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 own community'* (World Health Organization [WHO]; 2005, p.2). Deze definitie komt voort uit twee tradities van onderzoek naar welbevinden, namelijk de hedonistische en de eudaimonische traditie (Deci & Ryan, 2008; Ryff, 1989). De hedonische traditie beschrijft welbevinden in termen van positieve emoties en plezier (Deci & Ryan, 2001). Daarentegen gaat de tweede traditie eudaimonia om optimaal functioneren en zelfrealisatie in het persoonlijk en sociaal leven (Waterman, 1993). Wanneer deze definities verder geëxploreerd worden, zijn er drie kerncomponenten van welbevinden te onderscheiden die respectievelijk emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden worden genoemd (Keyes, 2002). *Emotioneel welbevinden*, overeenkomstig met de hedonistische traditie, omvat de aanwezigheid van positieve gevoelens en levenstrevenheid en de afwezigheid van negatieve gevoelens (Diener, 1984). *Psychologisch welbevinden* is het optimaal functioneren van het individu in de zin van zelfontplooiing en zelfrealisatie (Ryff, 1989) en het *sociaal welbevinden* verwijst naar het optimaal functioneren van het individu in sociale groepen en de maatschappij (Keyes, 1998). Het psychologisch en sociaal welbevinden passen hiermee binnen de eudaimonische traditie. Kortom, uit deze definities valt te concluderen dat emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden

gezamenlijk de mate van het algemeen welbevinden vormen en dat welbevinden een belangrijke rol inneemt als maat voor geestelijke gezondheid.

Welbevinden en psychopathologie: het twee-continua model

Nu het concept van welbevinden uiteen is gezet, is de vraag hoe welbevinden aan psychische klachten is gerelateerd, ook wel psychopathologie genoemd. Zoals eerder vermeld werd geestelijke gezondheid jarenlang alleen maar gezien als de afwezigheid van psychopathologie. Het werd verondersteld, dat welbevinden en psychopathologie twee uitersten van een dimensie zijn, wat betekent dat een persoon bij afwezigheid van psychopathologie een hoog welbevinden zal hebben. Andersom werd ervan uitgegaan dat iemand met psychische aandoening geen welbevinden zou kunnen beleven. Echter is uit studies gebleken dat het eenzijdige meten van psychopathologie niet voldoende is om de geestelijke gezondheid van iemand in beeld te brengen (Keyes, 2002; 2005; Keyes & Grzywacz, 2005). Tegenwoordig is sprake van een alternatief model, het twee-continua model (Keyes, 2005). Hierbij worden welbevinden en psychopathologie als twee aparte maar gerelateerde continua beschouwd: het ene continuüm verwijst naar de aan- of afwezigheid van psychopathologie, die slechts matig samenhangt met het andere continuüm welk naar de aan- of afwezigheid van welbevinden verwijst. Aangezien er geen sprake is van een perfecte correlatie kan het dus niet gaan om twee uiteinden van hetzelfde continuüm. De mens kan zich op de twee continua vrij bewegen met als gevolg dat elke combinatie van psychopathologie en welbevinden mogelijk wordt (Keyes, 2005). Dat wil zeggen dat een individu met psychopathologie wellicht een hoge mate van welbevinden en positieve gevoelens kan ervaren, maar ook een laag of geen welbevinden.

Vele empirische studies ondersteunen dit model. Zo hebben Westerhof & Bohlmeijer (2011) het twee-continua model in de algemene Nederlandse bevolking onderzocht en bevestigd. Het model is ook bevestigd bij adolescenten uit de Verenigde Staten (Keyes, 2006) en Zuid-Afrikaanse volwassenen (Keyes et al., 2008). Deze studies bekrachtigen dat welbevinden en psychopathologie elkaar aanvullen en dus een alomvattend beeld van de geestelijke gezondheid geven. Bovendien blijkt uit diverse studies dat psychische klachten en welbevinden niet alleen twee gerelateerde continua zijn, maar ook voorspellend zijn voor elkaar (Keyes, Satvinder & Simoes, 2010; Lamers et al., 2012; Wood & Joseph, 2010). Dat betekent dat verandering van welbevinden over tijd, voorspellend is voor de mate van psychische klachten op een ander moment en dat veranderingen in psychische klachten voorspellend is voor de mate van welbevinden op een later moment (Lamers et al., 2012).

Echter, onderzoeken naar welbevinden in relatie met psychische klachten zijn voornamelijk

in de algemene populatie gedaan. Daarom is er tot nu toe nog niet veel bekend over het twee-continua model binnen de klinische populatie. Psychische klachten en welbevinden werden voornamelijk apart onderzocht binnen de klinische populatie. Zo komt uit deze studie naar voren dat het hebben van een stemmings-, angst-, persoonlijkheids-, of ontwikkelingsstoornis samenhangt met psychische klachten (Vandereycken et al., 2000) en een laag welbevinden (Landgraf et al., 1997; 2002; Rapaport et al., 2005; Soeteman et al., 2008; Wells, 1989). Verder blijkt uit het onderzoek van Jones (1999) dat patiënten met een angststoornis ten opzichte van de andere diagnoses, met name stemmingsstoornissen, beter scoren op een schaal waarmee verschillende aspecten van het kwaliteit van leven wordt gemeten, zoals sociaal functioneren, vitaliteit, pijn, fysiek functioneren en algemene gezondheid. Het is echter ook van belang om meer onderzoek te doen naar de relatie tussen welbevinden en psychische klachten in de klinische populatie aangezien de kennis hierover kan bijdragen aan een verbeterde behandelpraktijk. Het kan vastgesteld worden of er binnen de GGZ- instellingen een multidimensionele benadering van welbevinden en psychische klachten gebruikt moet worden om een compleet beeld van de geestelijke gezondheid te krijgen. Om deze reden wordt in de huidige studie exploratief onderzoek gedaan naar het twee-continua model bij patiënten met stemmings-, angst-, persoonlijkheids- en ontwikkelingsstoornissen.

Doelstelling onderzoek en onderzoeksvragen

Onderzoek naar het welbevinden is de laatste jaren toegenomen en er is een nieuw doel in de gezondheidszorg bijgekomen. Beoogd wordt om de aandacht voor behandeling niet te beperken tot de afwezigheid van psychische klachten maar ook de aanwezigheid van welbevinden. Dit biedt mogelijkheden tot een veranderde aanpak om met psychische aandoeningen om te gaan. Gezien het feit dat er weinig onderzoek is gedaan naar de relatie tussen psychische klachten en welbevinden bij de klinische populatie, is het doel van de huidige studie het verkrijgen van inzicht in de relatie tussen welbevinden en psychische klachten van patiënten met stemmings-, angst-, persoonlijkheids- en ontwikkelingsstoornis. Als hierover meer kennis verkregen wordt, kan er bepaald worden of er binnen de GGZ-instellingen zowel bij de diagnostiek als in de behandeling van patiënten naast klachten ook aandacht zou moeten besteed aan het welbevinden.

Het bovenstaande levert de volgende hoofdvraag op: *In hoeverre is het twee-continua model bij patiënten met een stemmings-, angst-, persoonlijkheids- en ontwikkelingsstoornis terug te vinden?* Om deze hoofdvraag te beantwoorden, zijn volgende deelvragen en hypothesen opgesteld: (a) *Wat is de mate van welbevinden en de mate van psychische klachten bij patiënten met een stemmings-, angst-, persoonlijkheids- en ontwikkelingsstoornis?* (b) *Hoe is de relatie tussen*

welbevinden en psychische klachten bij patiënten met een psychische stoornis en verschilt deze tussen patiënten met een stemmings-, angst-, persoonlijkheids- of ontwikkelingsstoornis? (c) Hoe is de verdeling van de mate van welbevinden in combinatie met de mate van psychische klachten bij patiënten met een stemmings-, angst-, persoonlijkheids- en ontwikkelingsstoornis?

De eerste hypothese is dat het merendeel van de patiënten in de huidige studie een hoge mate van psychische klachten en een lage mate van welbevinden ervaren. Deze hypothese is gebaseerd op eerder besproken literatuur (Landgraf et al., 1997; 2002; Rapaport et al., 2005; Soeteman et al., 2008; Wells, 1989) en op het feit dat de deelnemers in dit onderzoek afkomstig zijn van een specialistische GGZ, wat een instelling voor complexe psychische problematiek is. Verwacht wordt dat de mate van welbevinden hoger zal zijn bij patiënten met een angststoornis dan in de ander drie klinische hoofdgroepen en het laagst bij patiënten met een stemmingsstoornis, in lijn met het onderzoek van Jones (1999). Afgaand op de studies van Keyes (2005) en Lamers et al. (2011) is de tweede hypothese dat er een negatieve relatie is tussen welbevinden en psychische klachten en dat deze geen perfecte relatie zal zijn. Echter, de verwachting is dat de relatie in de huidige studie sterker zal zijn dan in de algemene bevolking, waar een matig negatieve correlatie (-.33) is gevonden (Lamers et al., 2011). Daarnaast wordt ook verwacht dat er een verschil is in deze relatie tussen patiënten met een stemmings-, angst-, persoonlijkheids-, of ontwikkelingsstoornis. De hypothese is dat de soort psychische stoornis een rol speelt in de relatie tussen welbevinden en psychische klachten gezien de verschillen in aard en ernst van de symptomen van de psychische stoornissen. Naar verwachting zal de relatie tussen welbevinden en psychische klachten het sterkst zijn bij patiënten met een stemmingsstoornis, in vergelijking met de ander klinische groepen en het minst sterk bij patiënten met een angststoornis. De derde hypothese is dat patiënten zich vrij kunnen bewegen op de twee continua van het twee-continua model (Keyes, 2005; Westerhof & Bohlmeijer, 2011). Verwacht wordt dat elke combinatie van 'veel' en 'weinig' psychische klachten en 'laag' en 'hoog' welbevinden voorkomt binnen elk van de vier klinische hoofdgroepen. Gebaseerd op eerder besproken literatuur wordt verwacht dat de combinatie van hoge welbevinden met veel of weinig psychische klachten bij patiënten met een angststoornis vaker voorkomt dan bij de ander drie klinische hoofdgroepen.

Volgens deze verwachtingen zal het twee-continua model, waar welbevinden en psychische klachten twee aparte maar gerelateerde continua zijn, ook bij mensen met een stemmings-, angst-, persoonlijkheids-, en ontwikkelingsstoornis te vinden zijn; maar in mindere mate dan in de algemene Nederlandse populatie.

Methode

Deelnemers

Voor deze studie is gebruik gemaakt van data uit een groter onderzoek. De deelnemers zijn ambulant aangemelde volwassene patiënten in nader behandeling van de specialistische geestelijke gezondheidszorg in Nederland. In totaal hebben er 74 deelnemers beide vragenlijsten over welbevinden en psychische klachten volledig ingevuld en die data hiervan wordt in deze studie gebruikt. Van de deelnemers had 33.8% (N=25) een stemmingsstoornis, 25.7% (N=19) een angststoornis, 21.6% (N=16) een persoonlijkheidsstoornis en 18.9% (N=14) een ontwikkelingsstoornis. De leeftijd varieerde van 18 tot 75 jaar ($M=39.7$ $SD=11.8$). Van de deelnemers was 43.2% (N=36) man en 56.8 % (N=42) vrouw. Van de 74 deelnemers heeft het grootste gedeelte geen of alleen de lagere school afgemaakt (33.8%). In totaal heeft 28.4% de middelbare school gevolgd en 10.8 % een hogere opleiding genoten. In Tabel 1 is een overzicht van de verschillende demografische gegevens weergegeven.

Tabel 1.

Demografische kenmerken van de hele klinische steekproef (N=74) en de deelnemers van elk klinische hoofdgroep (N=25; 19; 16; 14)

	Stemmings- stoornis N= 25	Angst- stoornis N= 19	Persoonlijk- heidsstoornis N= 16	Ontwikkelings- stoornis N=14	Totaal N=74
Leeftijd					
M (SD)	43 (11.89)	42 (11.76)	36 (9.80)	32 (10.96)	39(11.84)
Geslacht (%)					
Vrouw	12 (16.2)	6 (8.1)	5 (6.7)	9 (12.2)	32 (43.2)
Man	13 (17.6)	13 (17.6)	11 (14.9)	5 (6.7)	42 (56.8)
Opleidingsniveau^a (%)					
Niet ingevuld	11 (14.9)	4 (5.4)	4 (5.4)	1 (1.4)	20 (27)
Geen	2 (2.7)	-	-	-	2 (2.7)
Laagst	1 (1.4)	1 (1.4)	-	-	2 (2.7)
Laag	5 (6.7)	7 (9.5)	5 (6.7)	4 (5.4)	21 (28.4)
Midden	5 (6.7)	3 (4.1)	4 (5.4)	9 (12.2)	21 (28.4)
Hoog	1 (1.4)	4 (5.4)	3 (4.1)	-	8 (10.8)

Noot. N = aantal deelnemers; % = percentage deelnemers; M = gemiddelde;

SD=standaarddeviatie; ^aIndeling opleidingsniveau volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)

Procedure

Dit onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met GGNet, een organisatie voor de geestelijke gezondheidszorg. Alle 74 deelnemers hebben een persoonlijk identificatienummer gekregen waardoor de data anoniem is verwerkt en versleuteld is verkregen uit de Routine Outcome Monitoring database (ROM). De ROM is een instrument voor de behandelaar om de behandeling van een cliënt door feedback te verbeteren en het effect van de behandeling vast te stellen (Laane & Luijk, 2012). Aan de klachtgerichte vragenlijsten die binnen de ROM sinds 2011 worden gebruikt om voortgang van een behandeling te monitoren, wordt vanaf maart 2015 een welbevinden

zelfrapport vragenlijst toegevoegd. Voor dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de OQ-45 om de klachtenbeleving en de MHC-SF om de welbevindenbeleving te meten. De deelnemers krijgen thuis een folder toegestuurd en hen wordt gevraagd de vragenlijsten in te vullen. Het wordt ook om toestemming gevraagd voor het gebruik van hun gegevens voor wetenschappelijk onderzoek. De vragenlijsten kunnen door de deelnemers zelfstandig online via link in de e-mail of via mijn GGNet ingevuld worden. Voor deelnemers die thuis geen internettoegang hebben is het mogelijk ook op papier of op locatie de vragenlijsten in te vullen. De deelnemers zullen elke drie maanden deze vragenlijst invullen, maar in dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de data in de eerste meting, die in een periode van twee maanden, maart en april 2015, is verzameld. Voor dit onderzoek zijn de ROM-metingen/data verkregen met een beveiligde USB-stick.

Meetinstrumenten

De *Outcome Questionnaire-45* (OQ-45; de Jong, Nugter, Polak, Wagenborg, Spinhoven, & Heiser, 2007) is een zelfbeoordeling vragenlijst met 45 vragen om het algemeen disfunctioneren te screenen. In deze studie is de OQ-45 gebruikt om de mate van psychische klachten te meten. De deelnemers beoordelen zelf op een vijfpunts Likertschaal in hoeverre een uitspraak op hen van toepassing was de afgelopen week. De antwoord mogelijkheden bevinden zich in een range van 0='nooit' tot 4='bijna altijd'. Hoe hoger de score, hoe meer klachten de deelnemer ervaart. De range van de totaalscore op de vragenlijst van de OQ-45 loopt van 0 tot 180. In deze studie worden de deelnemers ingedeeld in twee categorieën: 'veel' en 'weinig' psychische klachten. Er is voor gekozen 79 als afkappunt te nemen omdat in een eerdere studie van de Jong et al. (2007) de gemiddelde totaalscore op de OQ-45 bij de klinische populatie 79 gebleken is. Deelnemers die een score lager dan 79 hebben worden in de categorie 'weinig psychische klachten' ingedeeld en deelnemers die boven 79 scoren worden in de categorie 'veel psychische klachten' ingedeeld. De OQ-45 is gevoelig voor verandering en de psychometrische kwaliteit wordt beschreven als goed (Lambert et al., 1996). In de huidige studie blijkt de gehele OQ-45 een betrouwbaar meetinstrument te zijn met Cronbach's α van .93).

De *Mental Health Continuum -Short Form* (MHC-SF; Lamers et al, 2011) is gebruikt om het welbevinden te meten. Deze vragenlijst is een verkorte versie van de MHC-Long Form en bestaat uit veertien items, waarvan drie items emotioneel welbevinden, vijf items sociaal welbevinden en zes items psychologisch welbevinden meten. Deelnemers geven middels een zespunts Likertschaal (0: Nooit, 1: Een of twee keer, 2: Ongeveer een keer per week, 3: Twee of drie keer per week, 4: Bijna elke dag, 5 : Elke dag) aan hoe vaak ze bepaalde gevoelens in de afgelopen maand hebben ervaren. Een gemiddelde score tussen 0 en 5 kan worden behaald waarbij

een hogere score een indicatie is voor een beter welbevinden. De mate van welbevinden kan hiernaast ingedeeld worden in drie categorieën: goede geestelijke gezondheid (flourishing), zwakke geestelijke gezondheid (languishing) en gematigde geestelijke gezondheid (moderate) (Keyes, 2002). In de huidige studie wordt de mate van welbevinden op grond van de kleine steekproef in twee groepen onderverdeeld, namelijk 'beneden gemiddeld welbevinden' en 'boven gemiddeld welbevinden'. Als afkappunt is een mediaan van 1,75 gebruikt voor de huidige studie. De Nederlandse versie van deze vragenlijst heeft een goede interne consistentie met een Cronbach's α van 0,83 voor de totaalschaal van welbevinden. Ook in de huidige studie blijkt de MHC-SF bij een klinische populatie betrouwbaar te zijn met Cronbach's α van .87.

Analyse

Statistical Program for Social Sciences (SPSS) versie 20.0 is gebruikt om de vragenlijsten te analyseren. Voor een statistisch significant resultaat is een p-waarde van $< .05$ gehanteerd. Als eerste zijn de gemiddelden en standaarddeviaties van de MHC-SF en OQ-45 berekend om de mate van welbevinden en de mate van psychische klachten van de deelnemers uit de vier klinische hoofdgroepen in kaart te brengen en een antwoord op de eerste deelvraag te kunnen geven. Om de samenhang tussen welbevinden en psychische klachten te onderzoeken en dus de tweede deelvraag te kunnen beantwoorden is de bivariaten correlatieanalyse uitgevoerd met de totaalscore van de MHC-SF en met de totaalscore van de OQ-45. De Pearson correlatiecoëfficiënt kan tussen -1 en 0 liggen, waarbij -1 de maximale negatieve correlatie is. Omgekeerd kan de maximale positieve correlatie tussen 0 en 1 liggen. Aan de hand van het categoriale systeem van Dancey and Reidy's (2004) zijn de hoogtes van de correlaties bepaald: $0 < r < 0.3$: geen of zwakke correlatie, $0.3 < r < 0.6$: matige correlatie, $0.6 < r < 0.9$: sterke correlatie. Om te kijken of er een verschil is in de relatie tussen welbevinden en psychische klachten tussen de klinische hoofdgroepen is gebruik gemaakt van de moderatie analyse, met de hoofdgroepen als moderator. De moderatie analyse is met behulp van een multiple regressieanalyse uitgevoerd. In eerste stap zijn de vier hoofdgroepen in dichotome variabelen (1, -1) omgezet. In de tweede stap is het interactie-effect tussen de onafhankelijke variabelen psychische klachten en hoofdgroep berekend door deze eerst te standaardiseren en dan met elkaar te vermenigvuldigen en gebruiken als moderator variabele. Daarnaast worden multiple regressieanalyses uitgevoerd. Voor de regressieanalyses is gebruik gemaakt van de gestandaardiseerde bèta-coëfficiënten. Tot slot is de verdeling van de deelnemers in de mate van welbevinden in combinatie met de mate van psychische klachten in elk hoofdgroep onderzocht. Hiervoor zijn de deelnemers ingedeeld in categorieën op basis van de categorische scoring 'weinig' en 'veel' psychische klachten ($0 < 79$; $79 > 180$) en 'laag' (beneden gemiddeld) en 'hoog' (boven

gemiddeld) welbevinden zoals eerder beschreven. Met de chi-kwadraattoets is gekeken hoeveel deelnemers er zijn met een hoge mate van welbevinden in combinatie met veel of weinig psychische klachten en hoeveel deelnemers er zijn met een lage mate van welbevinden in combinatie met veel of weinig psychische klachten. Deze resultaten zijn vervolgens weergegeven in een kruistabel.

Resultaten

In het volgende paragraaf worden de resultaten van de data-analyse per deelvraag besproken.

De mate van welbevinden en psychische klachten

In Tabel 2 zijn de gemiddelde scores en standaarddeviaties weergegeven. Het blijkt dat de deelnemers op welbevinden middels een 6-puntsschaal (0-5) gemiddeld bij 2 scoorden ($M = 1.7$; $SD = .83$). Op psychische klachten scoorden de deelnemers op een 5-puntschaal (0-4) gemiddeld bij 2 ($M = 1.91$; $SD = .55$). De resultaten laten ook zien dat deelnemers met een stemmingsstoornis gemiddeld het hoogst op psychische klachten en laagst op welbevinden scoorden. Verder blijkt dat de deelnemers met een angststoornis gemiddeld laagst op psychische klachten en hoogst op welbevinden scoorden. Dit is in lijn met wat werd verwacht.

Tabel 2.

Gemiddelde Scores (M), standaarddeviaties (SD) en de correlaties tussen welbevinden (MHC-SF) en psychische klachten (OQ-45) voor elk klinische hoofdgroep

	Stemmings- stoornis (n=25)	Angststoornis (n=19)	Persoonlijk- heidsstoornis (n=16)	Ontwikkelings- stoornis (n=14)	Totaal (N=74)
	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M (SD)
Welbevinden	1.31 (0.74)	2.15 (0.61)	1.81 (1.01)	1.65 (0.75)	1.73 (0.83)
Psychische klachten	2.07 (0.55)	1.70 (0.54)	1.90 (0.53)	2.00 (0.50)	1.91 (0.55)

De relatie tussen welbevinden en psychische klachten

Correlatie

Om de onderlinge samenhang tussen welbevinden en psychische klachten bij patiënten met een stemmings-, angst-, persoonlijkheids-, en ontwikkelingsstoornis te onderzoeken is gebruik gemaakt van de bivariate correlatieanalyse. De resultaten zijn weergegeven in Tabel 3. Het blijkt dat welbevinden en klachten sterk negatief met elkaar correleren en dat dit verband significant is, zoals ook verwacht. Dat betekent hoe meer het algemeen welbevinden, des te minder de psychische klachten, en omgekeerd. Als de relatie tussen welbevinden en psychische klachten bij elk klinische hoofdgroep apart wordt onderzocht, valt op dat het verband tussen welbevinden en psychische klachten bij de groep ontwikkelingsstoornis het sterkst negatief en significant correleert, gevolgd door de groep stemmingsstoornis. In de hoofdgroepen angststoornis en persoonlijkheidsstoornis is een moderate negatief samenhang tussen welbevinden en psychische klachten gevonden. Hoewel er een sterke relatie is gevonden, is er geen sprake van een perfecte relatie waar het twee-continua model mee kan worden ondersteund.

Tabel 3.

Correlaties tussen welbevinden (MHC-SF) en psychische klachten (OQ-45) voor elk vier klinische hoofdgroep

	Psychische klachten				
	Stemmings- stoornis (n=25)	Angsstoornis (n=19)	Persoonlijk- heidsstoornis (n=16)	Ontwikkelings- stoornis (n=14)	Totaal N=74
Welbevinden	-.77**	-.56*	-.53*	-.89**	-.70**

Noot.*Correlatie is significant bij $p < .05$; **Correlatie is significant bij $p < .01$ (2-zijdig getoetst)

Moderatie

Met behulp van multiple regressieanalyses wordt onderzocht of het hebben van een stemmings-, angst-, persoonlijkheids-, of ontwikkelingsstoornis een modererend effect heeft op de relatie tussen psychische klachten en welbevinden. In Tabel 4 zijn de resultaten van de multiple regressieanalyses voor elk klinische hoofdgroep weergegeven. Gebleken is dat psychische klachten een significante hoofdeffect heeft op welbevinden en dat dit hoofdeffect bij de groep ontwikkelingsstoornis het sterkst is, gevolgd door de groep persoonlijkheidsstoornis, angsstoornis en stemmingsstoornis. De resultaten laten ook zien dat er significante hoofdeffecten zijn van de aanwezigheid van een stemmingsstoornis of angsstoornis op welbevinden. De negatieve regressie bij de groep

stemmingsstoornis betekent dat een ernstigere stoornis garant staat voor een lager welbevinden. Opvallend is dat er een positieve regressie is gevonden bij de groep angststoornis. Dat houdt in dat een hogere mate van ernst van de stoornis gerelateerd is aan een hoger welbevinden. Hoewel zowel psychische klachten en de aanwezigheid van een stemmingsstoornis of angststoornis een significante hoofdeffect hebben op het welbevinden, blijkt de interactie tussen de beide hoofdgroepen en psychische klachten niet significant te zijn. Wat de hoofdgroepen persoonlijkheidsstoornis en ontwikkelingsstoornis betreft, is er geen hoofdeffect van de hoofdgroepen en geen interactie-effect gevonden. De resultaten laten zien dat de vier klinische hoofdgroepen geen modererend effect hebben in de relatie tussen welbevinden en psychische klachten. Dit is niet in lijn met de verwachting.

Tabel 4.

Multiple Regressie analyses van de vier klinische hoofdgroepen als moderator in de relatie tussen psychische klachten en welbevinden

	Welbevinden β
Stemmingsstoornis (n=25)	-.20 *
Psychische klachten	-.65 **
Psychische klachten * Stemmingsstoornis	-.02
Adjusted R ²	.50**
Angststoornis (n=19)	.20 *
Psychische klachten	-.66 **
Psychische klachten * Angststoornis	.14
Adjusted R ²	.51**
Persoonlijkheidsstoornis (n= 16)	.06
Psychische klachten	-.69 **
Psychische klachten * Persoonlijkheidsstoornis	.02
Adjusted R ²	.47**
Ontwikkelingsstoornis (n=14)	.01
Psychische klachten	-.70 **
Psychische klachten * Ontwikkelingsstoornis	-.08
Adjusted R ²	.47**

Noot. Afhankelijke variabele: welbevinden, onafhankelijke variabelen: psychische klachten; hoofdgroepen, β = gestandaardiseerde coëfficiënt, * $p < .05$; ** $p < .01$

De verdeling van patiënten in de mate van welbevinden in combinatie met de mate van psychische klachten

Om het twee-continua model in deze studie te onderzoeken zijn de deelnemers verdeeld in groepen op basis van de mate van welbevinden in combinatie met de mate van psychische klachten. De resultaten van de kruistabel zijn weergegeven in Tabel 5. In totaal komt de combinatie van laag welbevinden met veel psychische klachten het meest voor, gevolgd van de combinatie hoog welbevinden met weinig psychische klachten. De combinatie laag welbevinden met weinig psychische klachten komt het minst voor gevolgd door de combinatie hoog welbevinden met veel psychische klachten. De resultaten van de kruistabel sluiten aan bij de resultaten van de correlatieanalyse. In de tabel is terug te zien dat een hogere mate van psychische klachten samengaat met een lagere mate van welbevinden en vice versa, wat voor het traditionele model zou kunnen pleiten. Er is echter ook gebleken dat dit niet voor alle deelnemers geldt en dat er uitzonderingen zijn. Uit de resultaten valt op te maken dat elke combinatie van welbevinden en psychische klachten voorkomt, waarmee het twee-continua model kan worden ondersteund. Dit zou kunnen betekenen dat patiënten zich vrij kunnen bewegen op de twee continua, zoals verwacht. Hetzelfde geldt voor de resultaten van de vier klinische hoofdgroepen, waarin elke combinatie van welbevinden met psychische klachten blijkt voor te komen. In de groep angststoornis blijkt de combinatie hoog welbevinden met weinig klachten het meest voor te komen gevolgd door de combinaties hoog en laag welbevinden met veel psychische klachten, waarin evenveel deelnemers zitten. Deze verdeling blijkt significant te zijn ($\chi^2 = 3.997 (1), p < .05$). Voor de hoofdgroepen stemmings-, persoonlijkheids-, en ontwikkelingsstoornis laat de Chi-kwadraattoets geen significant verschil zien in de verdeling. Dit zou kunnen betekenen dat de aantallen van de deelnemers in de combinatiegroepen van welbevinden met psychische klachten evenrediger zijn verdeeld en niet duidelijk van elkaar verschillen.

Tabel 5.

Verdeling van deelnemers in de mate van welbevinden in combinatie met de mate van psychische klachten in elk vier klinische hoofdgroep

		Welbevinden			χ^2
Psychische klachten		Laag Welbevinden	Hoog welbevinden	Totaal (%)	
Totaal (%)	Veel	7 (9.5)	19 (25.7)	26 (35.1)	8.54**
	Weinig	30 (40.5)	18 (24.3)	48 (64.9)	
	Totaal	37 (50)	37 (50)	74 (100)	
Stemmingsstoornis(%)	Veel	4 (16)	4 (16)	8 (32)	1.75
	Weinig	13 (52)	4 (16)	17 (68)	
	Totaal	14 (68)	8 (32)	25 (100)	
Angststoornis (%)	Veel	1 (5.3)	10 (52.6)	11 (57.9)	3.997**
	Weinig	4 (21.1)	4 (21.1)	8 (42.1)	
	Totaal	5 (26.3)	14 (73.7)	19 (100)	
Persoonlijkheidsstoornis(%)	Veel	1 (6.2)	3 (18.8)	4 (25)	1.33
	Weinig	7 (43.8)	5 (31.2)	12 (75)	
	Totaal	8 (50)	8 (50)	16 (100)	
Ontwikkelingsstoornis(%)	Veel	1 (7.1)	2 (14.3)	3 (21.4)	.42
	Weinig	6 (42.9)	5 (35.7)	11(78.6)	
	Totaal	7 (50)	7 (50)	14 (100)	

*Noot. χ^2 = Chi-kwadraat; * $p < .05$, ** $p < .01$ (tweezijdig)*

Discussie

De geestelijke gezondheidszorg is jarenlang met name gericht geweest op de diagnostiek en behandeling van psychische klachten. Echter, recent onderzoek laat zien dat het belangrijk is om naast psychische klachten ook het welbevinden in kaart te brengen, omdat beide aspecten verschillende indicatoren zijn van de geestelijke gezondheid van mensen (Keyes, 2002). Tot nu toe is onderzoek naar de relatie tussen welbevinden en psychische klachten voornamelijk in de algemene populatie gedaan. Er is nog weinig bekend over de relatie bij mensen met psychische stoornissen, hoewel dit tot een verbeterde kwaliteit van de zorg kan leiden. Als hierover meer kennis verkregen wordt kan er worden bepaald of er binnen de GGZ- instellingen aandacht besteed moeten worden aan het welbevinden van patiënten met een psychische stoornis. Om deze reden was het doel van de huidige studie om meer inzicht te krijgen in de relatie tussen welbevinden en

psychische klachten van patiënten met stemming-, angst-, persoonlijkheids- en ontwikkelingsstoornissen. Het wordt getracht een antwoord te geven op de hoofdvraag in hoeverre het twee-continua model in dit onderzoek terug te vinden is.

Zoals verwacht ervaren mensen met een stemmingsstoornis in vergelijking met mensen uit de andere klinische hoofdgroepen gemiddeld minder welbevinden en meer psychische klachten en mensen met een angststoornis gemiddeld meer welbevinden en minder psychische klachten. Daarnaast blijkt uit de correlatieanalyse dat er in de huidige studie een negatieve samenhang bestaat tussen psychische klachten en welbevinden en dat dit verband bij patiënten met een stemmings- of ontwikkelingsstoornis sterker is dan bij patiënten met een persoonlijkheids- of angststoornis. Hoewel de relatie tussen psychische klachten en welbevinden in de huidige studie sterker is gebleken dan in de algemene Nederlandse populatie is er geen sprake van een perfecte relatie, wat in lijn is met eerder onderzoek naar het twee-continua model (Lamers et al., 2011; Westerhof & Keyes, 2008). De kruistabel laat verder zien dat elke combinatie van 'hoog' en 'laag' welbevinden met 'veel' of 'weinig' psychische klachten voorkomt bij patiënten met stemming-, angst-, persoonlijkheids- en ontwikkelingsstoornissen, zoals ook verwacht werd. Dat wijst erop dat de aanwezigheid van psychopathologie niet per se betekent dat individuen een laag psychologisch, emotioneel, en sociaal welbevinden ervaren en omgekeerd impliceert de afwezigheid van psychopathologie bij individuen niet per se een hoge mate van welbevinden. Dit komt overeen met eerder onderzoek (Keyes, 2005; Westerhof & Bohlmeijer, 2011). Tevens laat de kruistabel zien dat het merendeel van de patiënten met een angststoornis de combinatie van hoog welbevinden met weinig psychische klachten hebben en dat deze combinatie vaker voorkomt dan in de andere klinische hoofdgroepen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat bij bepaalde typen angststoornissen, bijvoorbeeld sociale fobie, het subjectieve gevoel van angst afhankelijk is van de situatie waarin iemand zich bevindt (Vandereycken et al., 2008). Hierdoor kan het zijn dat patiënten geen of weinig last ervaren van hun stoornis op het moment dat zij de vragenlijst over psychische klachten en welbevinden invullen. Vervolgonderzoek is aanbevolen om te kijken of de soort van de angststoornis een rol hierbij kan spelen.

Echter, tegen de verwachting in hebben de klinische hoofdgroepen geen significante modererend effect op de relatie tussen psychische klachten en welbevinden. Een verklaring kan zijn dat er bij de deelnemers sprake is van een redelijk homogene groep, waarvan grotendeels hoge psychische klachten en lage welbevinden hebben, zodat er nauwelijks of geen onderscheid kan worden gemaakt tussen de deelnemers uit de vier klinische hoofdgroepen.

Op basis van de huidige studie kan geconcludeerd worden dat het twee-continua model, waar welbevinden en psychische klachten twee aparte maar gerelateerde continua zijn, ook bij mensen met een stemmings-, angst-, persoonlijkheids- en ontwikkelingsstoornis terug te vinden is.

Echter, de resultaten laten ook zien dat het twee-continua model bij de klinische populatie in mindere mate terug komt dan in de algemene Nederlandse populatie, aangezien de relatie tussen psychische klachten en welbevinden in de huidige studie sterker en dus dichterbij een perfecte relatie ligt. Hoewel de relatie in de huidige studie behoorlijk sterk is, is er geen sprake van een perfecte relatie. Dit wijst erop dat het niet kan gaan om twee uiteinden van hetzelfde continuum. Daarnaast is in deze studie ook aangetoond dat elke combinatie van welbevinden en psychische klachten mogelijk is. Dat wijst erop dat mensen met een stemmings-, angst-, persoonlijkheids- en ontwikkelingsstoornis zich vrij kunnen bewegen op de twee continua van het twee-continua model. Ook dit wijst erop dat welbevinden en psychische klachten meer zijn dan slechts twee tegenovergestelde uiteinden van een continua. Dit twee-continua model bekrachtigt dus het belang van een multidimensionale benadering van psychische klachten en welbevinden om een compleet beeld te krijgen van de geestelijke gezondheid.

Sterkten, beperkingen & aanbevelingen

Een sterk punt van deze studie is dat er gebruik is gemaakt van de data uit de ROM database, waardoor het deel uitmaakt van een longitudinaal onderzoek. De ROM wordt gebruikt als een evaluatie instrument binnen de geestelijke gezondheidszorg, waarbij metingen van de toestand van de patiënten met regelmaat uitgevoerd worden voor een beter zorgproces (Nugter & Buwalda, 2012). Zo kan deze studie op een later moment met dezelfde deelnemers opnieuw worden uitgevoerd. Hierdoor kan gekeken worden of de resultaten stabiel blijven over tijd of een verschil laten zien. Ook maakt de ROM database het mogelijk om dit onderzoek in de toekomst met meer deelnemers opnieuw uit te voeren. Dit is dan ook een aanbeveling voor vervolgonderzoek, omdat de huidige kleine steekproefgrootte een beperking van deze studie is gebleken. Dit kan invloed hebben op de validiteit en betrouwbaarheid van de resultaten. Bij een vervolgonderzoek met meer deelnemers is het dan ook mogelijk de subtypen van de hoofdgroepen van psychische stoornis nader te onderzoeken om onderlinge verschillen in kaart te brengen, zoals tussen de generaliseerde angststoornis of sociale angststoornis. Naast de steekproefgrootte laat dit onderzoek nog een andere beperking zien, namelijk dat dit onderzoek de OQ-45 heeft gebruikt om psychische klachten te meten. Echter, de OQ-45 is geen diagnostisch instrument en wordt normaal gesproken gebruikt om het algemeen disfunctioneren te screenen (de Jong et al., 2007). Het is daarom aanbevolen om bij vervolgonderzoek gebruik te maken van een andere vragenlijst om de psychische klachten te meten, zoals de Brief Symptom Inventory (BSI; Beurs, & Zitman, 2006). Daarnaast is het gewenst om dit onderzoek met patiënten uit de Basis GGZ te doen die een licht tot matige psychische aandoeningen

hebben. Zo kan er onderzocht worden of de resultaten overeenkomen of verschillen van elkaar en of er met betrekking tot het twee-continua model eventuele verschillen voorkomen. Dit vanwege de reden dat de huidige populatie niet representatief is voor de gehele klinische populatie. Tevens is het gewenst om bij een volgend onderzoek na te gaan of er sprake is van een causale relatie tussen welbevinden en psychische klachten binnen de klinische populatie. Uit de huidige studie valt op te maken dat er een verband bestaat tussen welbevinden en psychische klachten, maar dit zegt nog niets over de mogelijke causaliteit. Zo is er binnen de algemene Nederlandse populatie al aangetoond dat verandering van de mate van welbevinden over tijd voorspellend is voor de mate van psychopathologie op een ander moment en vice versa (Lamers et al., 2012). Als welbevinden en psychische klachten voorspellende waarde ten opzichte van elkaar blijken te hebben, kan hierop ingespeeld worden in behandeling. Voor de praktijk kan worden aanbevolen om binnen dit kader een longitudinaal onderzoek uit te voeren naar de effecten van slechts klachtgerichte behandeling, effecten van behandeling ter bevordering van welbevinden, en effecten van klachtgerichte behandeling in combinatie met welbevindenbevordering. Hiervoor kan de mate van welbevinden en psychische klachten bij een behandeling op drie meetmomenten (voor, tijdens en na) worden gemeten en geëvalueerd om te kijken in hoeverre zich de mate van welbevinden en psychische klachten door de behandeling verandert. Het is dan ook gewenst om de componenten van welbevinden en psychische klachten nader te onderzoeken om inzicht te krijgen in de onderlinge samenhang van de componenten. Hierdoor kan worden achterhaald op welke component(en) de focus van de behandeling moet liggen voor een effectieve behandeling van de psychische stoornis. Tot nu toe hebben er ook een aantal onderzoeken plaatsgevonden naar de effectiviteit van interventies ter bevordering van welbevinden bij mensen met een stemmings- of angststoornis. Eén van de interventies is de *welbevindentherapie* (WBT), die al effectief is gebleken bij personen met depressieve klachten (Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conti, & Grandi, 1998; Fava et al., 2004). Een andere interventie is de *Acceptance Commitment Therapy* (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006), die effectief is gebleken bij stemmings- en angststoornissen. Echter, er is nog niet veel bekend over de effectiviteit van interventies ter bevordering van het welbevinden bij persoonlijkheids- en ontwikkelingsstoornissen. Om deze reden wordt er op dat gebied meer onderzoek aanbevolen binnen de klinische populatie.

Conclusie

Ondanks de beperkingen, kan geconcludeerd worden dat welbevinden en psychische klachten twee verschillende maar samenhangende indicatoren zijn van geestelijke gezondheid. Dit twee-continua model van geestelijke gezondheid bevestigt dan ook het belang van het meten van

welbevinden als aanvulling op het meten van psychische klachten om een compleet beeld van de geestelijke gezondheid van iemand te krijgen. Verder wijst dit ook op de mogelijkheid dat interventies ter bevordering van welbevinden een waardevolle aanvulling kunnen zijn op het verminderen van klachten, waarin vervolgonderzoek is aanbevolen.

Referenties

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual Disorders Fourth Edition - Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial of the Clinical Effectiveness of Schema Therapy for Personality Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 171 (3), 305-322.
- Bijl, R. V., van Zessen, G., & Ravelli, A. (1997). Klinische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van klinische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 50, 2453-2460.
- Bohlmeijer, E. T. (2012). *Eudaimonia. Voer voor psychologen. Pleidooi voor een herorientatie van de geestelijke gezondheidszorg*. Enschede: University of Twente: Rotatie.
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G. & Walburg, J. A. (2012). *Handboek Positieve Psychologie*. Uitgeverij Boom, Amsterdam.
- Burke, J. D, Wittchen, H. U., Regier, D. A., & Sartorius, N. (1990). Extracting information from diagnostic interviews on co-occurrence of symptoms of anxiety and depression. In: Maser J. D., Cloninger C. R. (Eds), *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 36, 649–67.
- Chang, E. C., Maydeu-Olivares, A., & D'Zurilla, T. J. (1997). Optimism and pessimism as partially independent constructs: Relationship to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 23, 433-440.
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2006). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive psychiatry*, 47(3), 178-184
- Dancey, C., & Reidy, J. (2004). *Statistics without Maths for Psychology: using SPSS for Windows*, London: Prentice Hall.
- De Beurs, E., & Zitman, F. (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI): De betrouwbaarheid en

validiteit van een handzaam alternatief. [The Brief Symptom Inventory (BSI): The reliability and validity of a practical alternative to the SCL 90]. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 120-141.

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9, 1-11.
- De Graaf, R., ten Have, M., van Gool, C., & van Dorsselaer, S. (2012). Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van NEMESIS-2. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(1), 27.
- De Graaf, R., Ten Have, M., & Van Dorsselaer, S. (2010). The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2): design and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19(3), 125-141.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575
- 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.
- De Jong, K., & Spinhoven, P. (2008). De Nederlandse versie van de Outcome Questionnaire (OQ-45): een cross culturele validatie. *Psychologie en Gezondheid*, 36, 35-45.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651.
- Emmelkamp, P. M., Bouman, T. K., & Visser, P. (2009). *Angststoornissen en hypochondrie: diagnostiek en behandeling*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., & Grandi, S. (1998). Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine*, 28, 475-480.
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., & Grandi, S. (2004). Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1872-1876.
- Fombonne, E. (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research*, 65, 591-598.
- Gillham, J. E., & Seligman, M. E. (1999). Footsteps on the road to a positive psychology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 163-173.

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- 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, 83-136.
- Jones, R., Yates, W.R., Williams, S., Zhou, M., & Hardman, L. (1999). Outcome for adjustment disorder with depressed mood: Comparison with other mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 55, 55-61.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140.
- Keyes, C.L.M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 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(3), 539-554.
- 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., Grzywacs, J. G. (2005). Health as a complete state: The added value in work performance and healthcare costs. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47, 523-532.
- Keyes, C.L.M., Wissing, M., Potgieter, J.P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum-short form (MHC-SF) in Setswana speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(3), 181-192.
- 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(12), 2366-2371.
- Laane, R. & Luijk, R. (2012). ROM en Positie van Zorgverzekeraars. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 54(2), 132-139.
- 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 & Psychotherapy*, (3), 249-258.
- Lamers, S. M. A. (2012). Positive mental health: Measurement, relevance and implications. Enschede, the Netherlands: University of Twente.

- 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
- Landgraf, J. M., Abetz, L., & Ware, J. E. (1996). The CHQ user's manual. Boston: *The Health Institute, New England Medical Center*, 235-9.
- Landgraf J. M., Abetz L. N. (1997). Functional status and well-being of children representing three cultural groups: Initial self-reports using the CHQ-CF87. *Psychology and Health* 12(6), 839-854.
- Landgraf J. M., Rich M, Rappaport L., (2002). Measuring quality of life in children with attention deficit/hyperactivity disorder and their families: development and evaluation of a new tool. *Archives pediatric & adolescent Medicine* 15 (4)6, 384-391.
- Laurent de Angulo, M. S., Brouwers- de Jong, E. A, & Bulk, A. (2005). *Ontwikkelingsonderzoek in de jeugdgezondheidszorg*. Uitgeverij Van Gorcum.
- Lugnegård, T., Hallerbäck, M. U., & Gillberg, C. (2011). Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome. *Research in developmental disabilities*, 32(5), 1910-1917.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855
- Niemeijer, M. H., & Gastkemper, M. (2009). *Ontwikkelingsstoornissen bij kinderen: Medisch pedagogische begeleiding en behandeling*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Nisbett, R. E. & Wilson, T. D. (1977). Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, 84, 231-259.
- Nugter, M. A., & Buwalda, V. J. A. (2012). Achtergronden en gebruiksmogelijkheden van ROM in de ggz. *Tijdschr Psychiatr*, 54, 111-20.
- 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.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *The American journal of psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R., & Endicott, J. (2005). Quality of life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1171-1178.

- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) - Minister van Volksgezondheids, Welzijn en Sport. |Kosten van Ziekten| Volksgezondheidszorg.info. (28.11.2013). Verkregen op 2.6.2015 van <https://www.volksgezondheidszorg.info/kosten-van-ziekten>
- 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. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. *American Psychologist*, 55 (1),5-14.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Bender, D. S., Dyck, I. R., Stout, R. I., Morey, L. C., & Gunderson, J. G. (2005). Dimensional representations of DMS-IV personality disorders: relationships to functional impairment. *American Journal of Psychiatry*, 162, 191-1925.
- Soeteman, D. I., Verheul, R., & Busschbach, J. J. van.(2008a). Een prijzige stoornis. Studie naar kosteneffectiviteit therapieën hard nodig. *Medisch Contact*, 63(4), 160-163.
- Soeteman, D. I., Hakkaart-van Roijen, H., Verheul, R., & Busschbach, J. J. van. (2008b). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 259-265
- Sönmez, C. (2014). Een onderzoek naar de samenhang van positieve geestelijke gezondheid met toekomstgerichte eigenschappen en met de interventie narratieve toekomstverbeelding. Bachelorthese, University of Twente, The Netherlands.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C. A. L., & Emmelkamp, P.M.G. (2000). *Handboek Psychopathologie*. Deel I Basisbegrippen. Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Diegem.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-691.
- Wells, K. B., Stewart, A., Hays, R. D., Burnam, M. A., Rogers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S., & Ware, J. (1989). *The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study*. *Jama*, 262(7), 914-919
- Westerhof, G.J., & Bohlmeijer, E. (2010). *Psychologie van de levenskunst*: Boom Amsterdam.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 63(10),808-820.
- 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

World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO