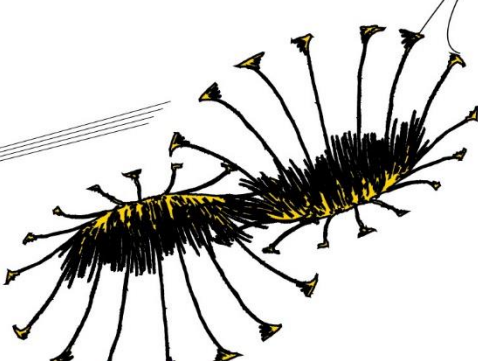





EEN FIJN LEVEN MET EEN PSYCHISCHE ZIEKTE?

Een onderzoek naar het welbevinden bij
volwassenen met een psychische ziekte

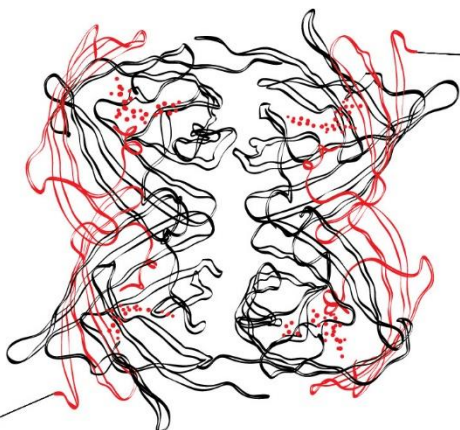


Fleur Schreurs
s1546260

Universiteit Twente
Faculteit Gedragwetenschappen
Positieve Psychologie & Technologie

Begeleiders:
Prof. Dr. G.J. Westerhof
Drs. C.P.M. Franken

Masterthesis, 10 EC
22-03-2016



Samenvatting

Achtergrond: Traditioneel wordt er gekeken naar geestelijke gezondheid vanuit een klachtgerichte benadering, namelijk op basis van de aan- of afwezigheid van psychische ziekten. De positieve psychologie werpt hier een ander licht op. Het optimaal functioneren en het versterken van het welbevinden wordt hierin benadrukt. Geestelijke gezondheid bestaat volgens het twee-continua model uit de twee continua psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid. Er blijkt sprake te zijn van een samenhang tussen deze twee continua. Naast deze samenhang kunnen beide continua ook onafhankelijk van elkaar bewegen waardoor vele combinaties mogelijk zijn. Aangezien blijkt dat geestelijke gezondheid naast de mate van psychopathologie ook uit positieve geestelijke gezondheid bestaat, is het interessant om bij mensen met een psychische ziekte de mate van welbevinden te bestuderen. Tot op heden zijn er voornamelijk studies naar het welbevinden gedaan bij de algemene bevolking. Deze studie zal het welbevinden bestuderen van de klinische populatie en vergelijken met het welbevinden van de algemene bevolking. In deze studie bestaat de klinische populatie uit vier diagnosegroepen met een hoge prevalentie: stemmingsstoornissen, angststoornissen, ontwikkelingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Naast de vergelijking met de algemene bevolking zal ook het welbevinden vergeleken worden tussen de verschillende diagnosegroepen.

Methode: Het onderzoek werd verricht onder de algemene bevolking (N=1663) en de klinische populatie (N=499). De gegevens van de algemene bevolking zijn verkregen uit onderzoek van Lamers, et al. (2011). De gegevens van de klinische populatie komen voort uit een lopend onderzoek van GGNet waarbij de gegevens zijn verkregen vanuit de Routine Outcome Monitoring (ROM)-meting. Het betreft ambulante cliënten van de volwassenen-zorg. De klinische populatie bevat mensen met een stemmingsstoornis (N=181), angststoornis (N=105), ontwikkelingsstoornis (N=81) en persoonlijkheidsstoornis (N=132). Om het welbevinden in kaart te brengen is gebruik gemaakt van de Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF). De data zijn verwerkt en geanalyseerd in het statistiek programma SPSS versie 22.

Resultaten: Uit de resultaten blijkt dat het welbevinden van de algemene bevolking significant verschilt ten opzichte van de klinische populatie ($p < .01$). De algemene bevolking ervaart meer emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden dan de klinische populatie. Tevens verschillen beide populaties in de categorieën van floreren, gematigde geestelijke gezondheid en wegwijnen ($p < .01$). Binnen de klinische populatie blijken mensen met een stemmingsstoornis een significant lager emotioneel welbevinden te ervaren dan mensen met een ontwikkelingsstoornis ($p < .01$). Bovendien blijken de verschillende psychische ziektes ook te verschillen in de categorieën van floreren ($p < .01$). Wanneer er gekeken wordt naar de demografische gegevens blijkt de leeftijd negatief samen te hangen met het ervaren emotioneel welbevinden van de klinische populatie.

Conclusie: Net als uit eerdere onderzoeken blijkt ook in dit onderzoek dat de algemene bevolking meer welbevinden ervaart en zich vaker in de categorie floreren bevindt dan de klinische populatie. In deze studie wordt allereerst het twee-continua model teruggevonden vanwege de samenhang tussen de twee continua. Deze samenhang geldt voor de populaties als geheel. Maar wanneer er een op een wordt gekeken blijkt de klinische populatie ook in staat te floreren. Het twee-continua model wordt wederom in deze studie teruggevonden omdat de twee continua onafhankelijk van elkaar kunnen bewegen (Keyes, 2005a; Westerhof & Keyes, 2008). Kortom de kans op wegwijnen bij een psychische ziekte is groter dan de kans op floreren. Er blijkt echter dat floreren mogelijk is. Het hebben van een psychische ziekte duidt dus niet per definitie op een laag welbevinden. Wat tot op heden onbekend was, maar blijkt uit deze studie, is dat het welbevinden bij de verschillende psychische ziekten op dezelfde mate wordt ervaren. Mensen met een ontwikkelingsstoornis ervaren echter wel meer emotioneel welbevinden dan mensen met een stemmingsstoornis. Dit is slechts op één component van welbevinden, de overige componenten van welbevinden worden dezelfde mate ervaren.

Abstract

Background: From a traditional way mental health is seen as the appearance or disappearance of a mental disorder. Positive psychology sheds a different light on it because it emphasizes the optimal performance and strengthening of the well-being. According to the two-continua model mental health is composed out of two continua: the degree of psychopathology and well-being. There appears to exist a relation between the two continua. Besides this connection the two continua can move independently, so many combinations are possible. Since it appears that mental health in addition to the degree of psychopathology also the degree of well-being includes, it is to study the degree of well-being of people with a mental disorder. To date, studies have primarily focused on the well-being of the general population. The current study will examine the well-being of the clinical population, and then compare the results with the well-being of the general population. In this study the clinical population exists out of four diagnostic groups with a high prevalence: mood, anxiety, developmental and personality disorder. In addition to the comparison with the general population, there will also be made a comparison of the well-being among the different diagnostic groups.

Method: The research was conducted among the general (N=1663) and clinical population (N=499). The data of the general population was obtained from a study of Lamers, et al. (2011). The data of the clinical population has been collected from an ongoing study of GGNet. GGNet obtained the data from the Routine Outcome Monitoring (ROM)-measurement. It concerns ambulatory clients of adult care. The clinical population contains people with a mood disorder (N=181), anxiety disorder (N=105), developmental disorder (N=81) and a personality disorder (N=132). The Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) has been used to measure the well-being. The data was subsequently processed and analyzed in the statistical program SPSS version 22.

Results: It appears that the well-being of the general population significantly differs from the clinical population ($p < .01$). The general population is experiencing more emotional, social and psychological well-being than the clinical population. Also both populations differ in the categories of flourish, moderate mental health and languishing ($p < .01$). Within the clinical population, people with a mood disorder experienced significantly lower emotional well-being than people with a developmental disorder. Moreover, the various mental illnesses also appear to differ in the categories of flourish ($p < .01$). When we look at the demographics, it appears that the age is negatively related to the experienced emotional well-being of the clinical population.

Conclusion: As shown in previous studies this study also shows that the general population will experience more well-being and more often in the category flourish is than the clinical population. This study first confirms the two-continua model for the relation between the two continua. This relation applies to the entire populations. However, when looking to individuals, it appears that people in the clinical population are also able to flourish. The two-continua model is again confirmed in this study since the two continua can move independently of each other (Keyes, 2005a; Westerhof & Keyes, 2008). The conclusion that can be drawn from this is that the risk of languishing in a mental illness is more present than flourishing. The chances that someone is going to flourish, however, exists, so having a mental illness does not indicate necessarily a low wellbeing. What was unknown until now, but this study shows is that the well-being experienced by the various mental illnesses are equally. However, people with a developmental disorder experience more emotional well-being than people with a mood disorder. This is only one component of well-being, the other components of well-being are experienced in the same extent.

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Abstract	2
1. Inleiding.....	4
2. Methode.....	9
2.1 Respondenten	9
2.2 Procedure.....	10
2.3 Meetinstrumenten	10
2.4 Statistische analyse.....	10
3. Resultaten	12
4. Discussie.....	14
4.1 Uitkomsten van het onderzoek	14
4.2 Beperkingen & aanbevelingen	15
4.3 Conclusie	16
Referentielijst	17

1. Inleiding

Net als lichamelijke ziekten komen psychische ziekten veel voor. Maar liefst 42,7% van de Nederlanders heeft ooit in hun leven geleden aan een psychische ziekte (Graaf, ten Have & van Dorsselaer, 2010). Hier zijn zowel sociale als maatschappelijke consequenties aan verbonden. Sociale consequenties zijn schaamte voor de ziekte en eenzame gevoelens (Crossley & Rockett, 2004; Perse & Wolf, 2005). De maatschappelijke consequenties zijn hoge maatschappelijke kosten die er direct en indirect mee gediend zijn. Volgens GGZ Nederland (2009) bedraagt dit 10% van de totale kosten van de gezondheidszorg. Ook worden er indirecte kosten gemaakt. Er wordt verlies gedraaid wat betreft de arbeidsproductiviteit aangezien werknemers met een psychische ziekte zich vaker ziekmelden dan werknemers zonder een psychische ziekte. De indirecte kosten voor angststoornissen worden op bijna vier miljard euro geschat en voor depressie is dit bijna één miljard euro (Smit, 2009). Volgens Weehuizen (2006) is tevens ook een maatschappelijke consequentie dat een verdere stijging van de productiviteit niet goed mogelijk is door de vele psychische ziekten. Het hebben van een psychische ziekte is dan ook de belangrijkste reden voor arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim (Koopmans, 2009). In bovenstaande studies worden psychische ziekten op een negatieve manier belicht. Traditioneel wordt er ook gekeken naar geestelijke gezondheid vanuit een klachtgerichte benadering, namelijk op basis van de afwezigheid van psychische ziekten. Maar is deze negatieve benadering terecht? De positieve psychologie werpt hier een ander licht op waarvoor deze studie aandacht zal hebben.

Naast de traditionele klachtgerichte benadering van geestelijke gezondheid is er ook een krachtgerichte benadering. Deze is terug te vinden in de positieve psychologie en in de definitie van de World Health Organization (WHO). In de positieve psychologie wordt het optimaal functioneren en het versterken van het welbevinden benadrukt (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Deze denkwijze wordt ondersteund door de WHO. De WHO definieert geestelijke gezondheid als: ‘a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community’ (WHO, 2005, p.2). Hierbij ligt de focus op het versterken van de geestelijke gezondheid. De brede definitie kan teruggebracht worden tot drie componenten. Er wordt gesproken over emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. Deze drie componenten vormen samen de positieve geestelijke gezondheid (Keyes, 2002).

Het onderscheid tussen de drie componenten van welbevinden vindt zijn oorsprong in het hedonische en eudaimonische welbevinden. Hedonisch welbevinden wordt gedefinieerd als de aanwezigheid van positieve gevoelens, de afwezigheid van negatieve gevoelens en de aanwezigheid van levenstevredenheid (Ryan & Deci, 2001). De definitie van het emotioneel welbevinden sluit hierop aan (Keyes, 1998). Volgens Diener (1984) en Diener & Chan (2011) leven mensen langer en gezonder wanneer er sprake is van een hoog emotioneel welbevinden. Het eudaimonisch welbevinden is breder dan enkel het ervaren van plezier. Met het eudaimonisch welbevinden wordt de mate waarin men optimaal functioneert weergegeven. De nadruk ligt ten eerste op zelfrealisatie (Ryan & Deci, 2001). Hier sluit de definitie van het psychologisch welbevinden op aan (Keyes, 1998). Ryff (1989) stelt dat het psychologisch welbevinden uit zes dimensies bestaat: doelgerichtheid, persoonlijke groei, autonomie, omgevingsbeheersing, zelfacceptatie, positieve relaties. Als er aan al deze dimensies voldaan wordt, zal dit bijdragen aan een goede geestelijke gezondheid. Ten tweede ligt de nadruk van eudaimonisch welbevinden op het optimaal functioneren in de maatschappij. Hier sluit de definitie van het sociaal welbevinden op aan. Er wordt onderscheid gemaakt tussen vijf dimensies: sociale integratie, sociale acceptatie, sociale contributie, sociale actualisatie en sociale coherentie (Keyes, 1998). Er is sprake van een hoog sociaal welbevinden wanneer de dimensies een persoon beschrijven die een positieve visie heeft op de maatschappij en op anderen mensen, die de maatschappij begrijpt, erin participeert en zich erin thuis voelt. Binnen het welbevinden kan er dus onderscheid gemaakt worden tussen het emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden. Dit vormt samen de positieve geestelijke gezondheid. Een hoge mate van welbevinden kan leiden tot het verlagen van het ziekteverzuim en tot het vergroten van de productiviteit (Bohlmeijer, Bolier, Steeneveld, Westerhof & Walburg, 2013). Dit toont het belang aan van een goede positieve geestelijke gezondheid.

Naast het onderscheid tussen de drie componenten van welbevinden, kan in hoeverre iemand welbevinden ervaart ook worden onderverdeeld in drie categorieën: wegwijnen, gematigde geestelijke gezondheid en floreren. De categorie wegwijnen bestaat uit mensen met een laag welbevinden (Keyes, 2002). Hierbij is sprake van een laag hedonisch en eudaimonisch welbevinden. De categorie floreren bestaat uit mensen met een hoog welbevinden. Zij ervaren een hoge mate van welbevinden op de drie componenten van welbevinden (Keyes, 2005a). Hierbij is sprake van een hoog hedonisch en eudaimonisch welbevinden. De categorie gematigde geestelijke gezondheid bestaat uit mensen waarbij het welbevinden zowel niet hoog als laag is maar matig is (Keyes, 2002). De mate van welbevinden kan veranderen waardoor iemand in een andere categorie terecht komt. Wanneer er dus over welbevinden wordt gesproken, worden hiermee de drie componenten en de drie categorieën van welbevinden bedoeld. Hierdoor kan er een uitgebreid beeld geschetst worden van iemands positieve geestelijke gezondheid.

Maar in hoeverre is positieve geestelijke gezondheid nu gerelateerd aan psychopathologie? Het twee-continua model maakt onderscheid tussen de twee continua positieve geestelijke gezondheid en psychopathologie (Keyes, 2005a). Het continuüm positieve geestelijke gezondheid duidt de aan- of afwezigheid van positieve geestelijke gezondheid aan en het continuüm psychopathologie duidt de aan- of afwezigheid van psychopathologie aan. Hierbij gaat psychopathologie vaker samen met een lagere positieve geestelijke gezondheid en afwezigheid van psychopathologie gaat vaker samen met een betere positieve geestelijke gezondheid. Keyes (2005a) ondervond dat deze twee continua ook onafhankelijk van elkaar kunnen bewegen. Het blijkt dat mensen met psychopathologie zich vaker bevinden in de categorie gematigde geestelijke gezondheid (15%) dan in de categorie wegwijnen (7%). Omgekeerd bevinden mensen zonder psychopathologie zich ook in de categorie wegwijnen (10%) (Keyes, 2005a). Mensen met psychopathologie kunnen dus ook een goede positieve geestelijke gezondheid hebben en mensen zonder symptomen van psychopathologie kunnen ook een lage positieve geestelijke gezondheid hebben. De twee continua staan relatief los van elkaar waardoor vele combinaties mogelijk zijn.

Het twee-continua model is valide gebleken in meerdere studies waaronder in een studie bij de Nederlandse bevolking waarbij het welbevinden en psychopathologie werden gemeten. Er is een relatie tussen psychopathologie en welbevinden. De relatie tussen psychopathologie en emotioneel welbevinden is sterker dan de relatie tussen psychopathologie en psychologisch en sociaal welbevinden. De sterkste samenhang zit tussen het emotioneel welbevinden en depressieve klachten. Naast deze relatie is ook gebleken dat psychopathologie en welbevinden onafhankelijk van elkaar kunnen bewegen. Ook op deze manier wordt het twee-continua model bevestigd (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011; Westerhof & Keyes, 2008).

De studies naar het welbevinden zijn tot op heden voornamelijk gedaan bij de algemene bevolking. Hierin bevinden zich zowel mensen zonder als met psychopathologie (Delleman, 2013). Er zijn enkele studies gedaan naar het welbevinden van de klinische populatie. In onderstaande tekst wordt er besproken wat hierover tot op heden bekend is. Stemmingsstoornissen, angststoornissen, ontwikkelingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen hebben een hoge prevalentie (Graaf, et al., 2010). Om deze reden is het interessant om bij genoemde diagnosegroepen te onderzoeken in hoeverre welbevinden ervaren wordt.

Onder stemmingsstoornissen vallen de depressieve stoornis, bipolaire stoornis (manisch depressief) en overige stemmingsstoornissen door een lichamelijke aandoening of door middel gebruik. Het belangrijkste kenmerk van stemmingsstoornissen is de gestoorde gemoedstoestand of stemming. Andere kenmerken zijn geremdheid, gejaagdheid, vermoeidheid, gewichtsverlies, slaapklachten, interesseverlies, concentratieproblemen, doodsgedachten en grootheid ideeën (Van der Molen, Perreijn & van den Hout, 2007). Uit enkele onderzoeken bleek een negatief verband tussen een depressie en welbevinden dat aansluit bij het twee-continua model. Dit negatieve verband houdt in dat hoe hoger de mate van depressieve klachten is, hoe lager de mate van emotioneel welbevinden is (Beekman, Deeg, Braam, Smit & van Tilburg, 1997). Tevens is het emotioneel welbevinden van mensen met een

stemmingsstoornis lager dan van mensen met schizofrenie (Atkinson, Zibin & Chuang, 1997). Beide studies benoemen dat het welbevinden bij een stemmingsstoornis laag is vanwege de symptomen van de stoornis en de consequenties die het met zich meebrengt. Zoals de definitie luidt ervaren ze namelijk minder plezier en daardoor ook minder positieve emoties.

Bovenstaande onderzoeken spreken alleen over een laag emotioneel welbevinden. Maar dit is slechts één component van welbevinden waardoor geen uitspraak kan worden gedaan over het totale welbevinden. Ook is de vergelijking in eerder onderzoek enkel gedaan met één welbevinden componenten ten opzichte van één psychische ziekte. De uitkomst hiervan kan niet gegeneraliseerd worden. De sterkte van deze studie is dan ook dat alle componenten van welbevinden gemeten worden en daarna vergeleken worden met verschillende psychische ziekten. Naast het laag verwachte emotioneel welbevinden op basis van eerdere studies, wordt in deze studie ook een laag sociaal en psychologisch welbevinden verwacht op basis van de stoornisdefinitie. Lusteloosheid en somberheid gaan namelijk gepaard met een stemmingsstoornis (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008). Aannemelijk is dat mensen met een stemmingsstoornis hierdoor minder sociale activiteiten ondernemen en zich afzonderen van de maatschappij. Dit vormt de verwachting voor een laag sociaal welbevinden. De moeite om positieve relaties te ervaren, om het eigen toestandsbeeld te accepteren en de stagnatie in persoonlijke groei, scheidt de verwachting dat er tevens sprake zal zijn van een laag psychologisch welbevinden.

Bij angststoornissen is er sprake van irreële angst bij voorwerpen, mensen, beelden of gedachten. Er zijn verschillende stoornissen die binnen de categorie angst vallen: een paniekstoornis, specifieke fobie, sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis (GAS), obsessief-compulsieve stoornis en posttraumatische stressstoornis (PTSS) (Van der Molen, et al., 2007). Net als de verwachting op basis van het twee-continua model ervaren mensen met een angststoornis een lager emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden dan mensen zonder deze diagnose (Bijl & Ravelli, 2000). Zodra er onderscheid wordt gemaakt tussen de verschillende angststoornissen blijkt dit eveneens. Mensen met een paniekstoornis hebben een laag emotioneel welbevinden. (Harris, Whittal & Goetsch, 1995) en zowel mensen met PTSS als GAS ervaren een laag welbevinden op de drie componenten van welbevinden. Hiervoor geldt dat hoe meer ervaren klachten, hoe lager het ervaren welbevinden is (Stein & Heimberg, 2004; Olatunji, Cisler & Tolin, 2007). Dit sluit aan bij de verwachting op basis van het twee-continua model (Keyes, 2005a). Ondanks dat mensen met een angststoornis een laag welbevinden ervaren blijkt toch dat het welbevinden bij hen hoger is in vergelijking met andere psychische ziekten (Bijl & Ravelli, 2000; De Beurs, Beekman, Van Balkom, Deeg, Van Dyck & Van Tilburg, 1999).

Uit bovenstaande onderzoeken kan opgemaakt worden dat er over het algemeen een laag welbevinden wordt ervaren door angstpatiënten, echter is dit welbevinden hoger dan bij mensen met andere psychopathologie. Op basis van eerdere onderzoeken, maar ook op basis van de stoornisdefinitie wordt er in deze studie een laag welbevinden verwacht op alle componenten. Vermijdingsgedrag gaat vaak gepaard met een angststoornis (Vandereycken, et al., 2008). Verwacht wordt dat het sociaal welbevinden laag zal zijn vanwege het vermijden van situaties, plaatsen en mensen. Dit kan resulteren tot een afname in sociale contacten met als gevolg een sociaal isolement. Door het sociale isolement en de angstige gevoelens zullen er minder positieve gevoelens ervaren worden. Dit heeft een negatieve uitwerking op het emotioneel welbevinden. Doordat mensen met een angststoornis angst ervaren, iets niet durven en daarbij hulp nodig hebben van anderen mensen, kunnen zij zich afhankelijk voelen van anderen. Hierdoor kan de autonomie in het geding komen evenals het hebben van positieve relaties. Dit scheidt de verwachting voor een laag psychologisch welbevinden.

Ontwikkelingsstoornissen zijn een groep van psychiatrische aandoeningen uit de kindertijd die ernstige aantasting inhouden op verschillende gebieden. Deze aandoeningen omvatten onder andere Autisme Spectrum Stoornissen (ASS) en Attention Deficit/Hyperactivity Disorders (ADHD) (Rutter, Bishop, Pine, Scott, Stevenson, Taylor & Thapar, 2008). ASS kenmerkt zich door stoornissen in het sociale contact en communicatie met een beperkte interesse en gedragsrepertoire (Delfos, 2005). ADHD kenmerkt zich door aandachts- of concentratiestoornis, hyperactiviteit of onrust en impulsief

gedrag (Kooij, 2002). Mensen met ADHD kunnen moeilijkheden ervaren in het aangaan van vriendschappen en het ontvangen van sociale steun vanwege de lage mate van psychosociaal functioneren en het hebben van emotionele en gedragsproblemen (Brod, Perwien, Adler, Spencer & Johnston, 2005). Dit heeft een negatief effect op het emotioneel- en sociaal welbevinden (Escobar, Soutullo, Hervas, Gastaminza, Polavieja & Gilaberte, 2005; Brod, et al., 2005). Eveneens heeft een tekort van emotionele stressregulatie een negatief effect op het totale welbevinden (Escobar et al., 2005). De mate van emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden bij mensen met ADHD is gelijk aan mensen met andere psychische ziekten (Danckaerts, Sonuga-Barke, Banaschewski, et al., 2009). Zodra er naar ASS wordt gekeken blijkt dat het emotioneel welbevinden bij mensen met ASS lager geschat wordt dan bij mensen met ADHD (Lee, Harrington, Louie & Newschaffer, 2008).

Bovenstaande onderzoeken stellen dat het emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden laag zijn bij mensen met een ontwikkelingsstoornis. Een laag sociaal welbevinden wordt verwacht vanwege de sociale problemen die mensen met een ontwikkelingsstoornis kunnen hebben. Het hebben van moeilijkheden in sociale contacten kan ervoor zorgen dat er weinig positieve gevoelens worden ervaren. Dit maakt dat er ook een laag emotioneel welbevinden verwacht kan worden.

Persoonlijkheidsstoornissen zijn stoornissen die in de vorming van de persoonlijkheid zijn ontstaan. Karaktertrekken worden gebruikt om situaties op een bepaalde manier waar te nemen en hier consistent op te reageren. (Zuckerman, 1991). Stoornissen die in de vorming van de persoonlijkheid zijn ontstaan leiden tot inconsistente reacties in bepaalde situaties waardoor problemen worden ervaren op meerdere aspecten van het leven. Persoonlijkheidsstoornissen worden verdeeld in drie clusters. Cluster A kenmerkt zich door merkwaardig en excentriek gedrag (paranoïde, schizoïde en schizo typische persoonlijkheid), cluster B kenmerkt zich door dramatisch, emotioneel of impulsief gedrag (theatrale, narcistische, antisociale en borderline persoonlijkheid). Ten slotte kenmerkt cluster C zich door angstige patiënten (afhankelijke, dwangmatige en vermijdende persoonlijkheid) (Van der Molen, et al., 2007). Mensen met een persoonlijkheidsstoornis ervaren een aanzienlijk lager emotioneel welbevinden dan de algemene bevolking (Narud, Mykletun & Dahl, 2005). De mate van emotioneel welbevinden bij persoonlijkheidsstoornissen komt overeen met de mate van emotioneel welbevinden bij longkanker patiënten en is zelfs veel lager ten opzichte van mensen met een somatische ziekte zoals reuma, Parkinson, type II diabetes of HIV patiënten (Soeteman, Timman, Trijsburg, Verheul & Busschbach, 2005; Soeteman, Verheul & Busschabach, 2008; Siderowf, Ravina & Glick, 2002; Stavem, Frøland & Hellum, 2005).

Bovenstaande onderzoeken spreken allen over een zeer laag emotioneel welbevinden bij persoonlijkheidsstoornissen. Maar hierin is alleen het emotioneel welbevinden onderzocht en geen vergelijking gemaakt andere psychische ziekten. Deze studie zal vernieuwend zijn omdat ook de overige welbevindencomponenten onderzocht gaan worden en vervolgens vergeleken worden met andere psychische ziekten. Vanwege de verschillende persoonlijkheidsstoornissen zal binnen de componenten van welbevinden variatie bestaan aangezien het vele aspecten aansnijdt. Op basis van eerder onderzoek wordt er een laag emotioneel welbevinden verwacht. Bovendien wordt de hoogte van het sociaal welbevinden laag verwacht vanwege de beperkte mogelijkheid om in de maatschappij te functioneren. Echter zal dit verschillen per persoonlijkheidsstoornis. Mensen met persoonlijkheidsstoornissen kunnen moeite hebben om zich aan te sluiten bij andere mensen waardoor zij zich mogelijk minder prettig voelen in de maatschappij. Het accepteren van de innerlijke problemen, de afwezigheid van autonomie bij cluster C persoonlijkheidsstoornissen en de moeite met omgevingsbeheersing scheppen de verwachting dat ook het psychologisch welbevinden laag zal uitvallen.

Er bestaan enkele studies naar het welbevinden, maar deze studies zijn niet specifiek genoeg. Er wordt inconsistent gesproken over de componenten van welbevinden. In de meeste onderzoeken wordt er gesproken over het emotioneel welbevinden en worden de andere componenten van welbevinden buiten beschouwing gelaten. Deze studie zal vernieuwend zijn ten opzichte van bestaande onderzoeken. Als eerste zal deze studie alle drie componenten van welbevinden betrekken. Hierdoor kan er een uitspraak worden gedaan over de positieve geestelijke gezondheid. Als tweede zal er een

indeling gemaakt worden in de welbevindencategorieën floreren, gematigde geestelijke gezondheid en wegwijnen. Als derde zal deze studie het ervaren welbevinden vergelijken tussen de algemene bevolking en de klinische populatie. Als vierde wordt er gekeken in hoeverre er een verschil zichtbaar is in het ervaren welbevinden tussen de verschillende psychische ziekten die zich in de klinische populatie bevinden. Hierbij zal gekeken worden of het twee-continua model teruggevonden wordt voor de klinische populatie. Dit model wordt teruggevonden wanneer enerzijds de samenhang tussen de twee continua gevonden wordt en anderzijds wanneer de twee continua onafhankelijk van elkaar bewegen.

Om te kunnen spreken van geestelijke gezondheid dient er zowel psychopathologie als positieve geestelijke gezondheid gemeten te worden (Lamers, 2012). Deze studie verschaft inzicht in de positieve geestelijke gezondheid bij mensen met een psychische ziekte en in hoeverre dit verschilt ten opzichte van de algemene bevolking. Hiermee kan de hoogte worden bepaald van het welbevinden en een vergelijking worden gemaakt met de algemene bevolking om op basis daarvan te bepalen in welke mate welbevinden wordt ervaren. Als in overeenstemming met de verwachting blijkt dat de algemene bevolking een lager welbevinden heeft dan de algemene bevolking duidt dit erop dat de klachtgerichte benadering tot op heden onvoldoende werking heeft op het welbevinden. Er zal dan volgens de krachtgerichte benadering onderzocht moeten worden of er baat bij is om het welbevinden te optimaliseren en op welke manier. Om hier een goed beeld van te krijgen zullen de verschillende dimensies van de welbevindencomponenten onderzocht worden waarbij zichtbaar wordt welke behoeftes er zijn. Zodra het welbevinden geoptimaliseerd kan worden doormiddel van een therapie vanuit de krachtgerichte benadering en effectief blijkt te zijn, zal dit aspect breder moeten worden gedragen in de GGZ. Er zal naast een klachtgerichte benadering ook aandacht moeten zijn voor een krachtgerichte benadering. Binnen de krachtgerichte benadering wordt een persoon niet enkel tot de klachten en de diagnose gereduceerd, maar is er ook aandacht voor de positieve aspecten en kwaliteiten van de persoon. Dit kan leiden tot minder stereotypering, stigmatisering en discriminatie (Seligman en Csikszentmihalyi, 2000). Om deze redenen is deze studie van belang en levert het een eerste bijdrage met als doel om inzicht te krijgen in welke mate mensen met een psychische ziekte welbevinden ervaren. Hieruit volgt de volgende onderzoeksvraag:

“In hoeverre ervaren volwassenen met een psychische ziekte welbevinden in vergelijking met de algemene bevolking, en is er een verschil zichtbaar binnen verschillende psychische ziekten wat betreft het welbevinden?”

Uit de hoofdvraag vloeien deze deelvragen:

“In welke mate ervaren mensen met een psychische ziekte welbevinden in vergelijking met de algemene bevolking?”

Zoals eerder besproken wordt er in deze studie op basis van eerdere studies verwacht dat de klinische populatie een lager welbevinden ervaart dan de algemene bevolking. De klinische populatie zal een lager emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden ervaren dan de algemene bevolking. Op basis van het twee-continua model wordt er verwacht dat er binnen de klinische populatie meer mensen wegwijnen dan binnen de algemene bevolking. Daarnaast scheidt het twee-continua model de verwachting dat de klinische populatie wel florerende mensen bevat net als dat mensen in de algemene bevolking ook kunnen wegwijnen en dat er dus gesproken kan worden van twee onafhankelijke continua.

“Is er een verschil zichtbaar in de mate van welbevinden tussen de verschillende psychische ziekten?”

Deze hypothese is exploratief van aard waarbij de vraag is of er tussen de psychische ziekten een verschil in welbevinden ervaren wordt. Op basis van eerder onderzoeken kan hier geen verwachting over uitgesproken worden. Ook kan er geen verwachting worden uitgesproken over het verschil in floreren per diagnosegroep.

2. Methode

2.1 Respondenten

De steekproef van de algemene bevolking bestond uit 1663 respondenten. De gemiddelde leeftijd was 47,7 jaar (SD=17,8) met een leeftijdsspreiding tussen de 18 en 108 jaar. In Tabel 1 zijn overige demografische gegevens zichtbaar. De steekproef van de klinische populatie bestond uit 499 respondenten. De gemiddelde leeftijd was 40 jaar (SD=11,8) met een leeftijdsspreiding tussen de 17 en 75 jaar. De demografische gegevens verschilden significant tussen beide populatie. De algemene bevolking is gelijkmatiger verdeeld wat betreft geslacht en leeftijdsspreiding dan de klinische populatie. De klinische populatie bevatte meer vrouwen en minder mannen en bevatte meer jongere respondenten dan de algemene bevolking. De algemene bevolking bevatte meer hoger opgeleiden dan de klinische populatie. De klinische populatie had voor een groot deel (30,8%) een andere opleidingsvorm gevolgd dan de vormen die binnen dit onderzoek benoemd zijn.

De gemiddelde leeftijd van de respondenten met een stemmingsstoornis (N=181) was 44,4 jaar (SD=11,6), met een angststoornis (N=105) was 39,5 jaar (SD=11,4), met een ontwikkelingsstoornis (N=81) was 36 jaar (SD=11,4) en met een persoonlijkheidsstoornis (N=132) was 36,7 jaar (SD=10,7). Ook tussen de verschillende psychische ziekten verschilden de demografische gegevens significant van elkaar. De groep ontwikkelingsstoornissen bevatte ruim twee keer zoveel mannen dan de groep angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen en de groep persoonlijkheidsstoornissen bevatte meer vrouwen in vergelijking tot de andere diagnosegroepen. De groep stemmingsstoornissen had de gelijkmatigste verdeling wat betreft geslacht in vergelijking tot de overige diagnosegroepen. De groep stemmingsstoornissen bevatte meer oudere respondenten en de groep ontwikkelingsstoornissen bevatte meer jonge respondenten. De groep persoonlijkheidsstoornissen bevatte meer hoogopgeleide respondenten en de groep angststoornissen meer laagopgeleide respondenten. De respondenten uit de groep stemmingsstoornissen hebben vaker een andere vorm van opleiding gevolgd dan dat hier aangegeven was.

Tabel 1: Demografische gegevens

		Algemene bevolking N=1663	Klinische populatie N=499	P	Stemmings- stoornis N=181	Angst- stoornis N=105	Ontwikkelings- stoornis N=81	Persoonlijkheids- stoornis N=132	P
Geslacht	Man	49,8%	41,3%	.00*	43,6%	34,3%	67,9%	27,3%	.00*
	Vrouw	50,2%	58,7%		56,4%	65,7%	32,1%	72,7%	
Leeftijd	17-30	24,4%	26,5%	.00*	24,0%	25,7%	37,0%	34,1%	.00*
	31-40	15,2%	24,6%		19,3%	26,7%	27,2%	28,8%	
	41-50	13,3%	26,3%		28,2%	26,7%	23,5%	25,0%	
	51-60	18,2%	20,4%		32,6%	18,1%	11,1%	11,4%	
	61-70	18,8%	2,0%		2,8%	2,9%	1,2%	0,8%	
	71+	10,2%	0,2%		0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	
Opleiding	Lager basisonderwijs	30,3%	5,0%	.00*	3,3%	8,6%	4,9%	4,5%	.00*
	Lager beroepsonder- wijs & VMBO	11,7	16,2		16,6%	21,0%	11,1%	15,2%	
	HAVO & MBO 2 jaar	44,4%	36,3%		12,2%	8,6%	14,8%	18,2%	
	VWO & MBO 3-4 jaar				22,1%	16,2%	38,3%	19,7%	
	HBO	8,0%	9,6%		6,6%	12,4%	8,6%	12,1%	
	WO	4,0%	2,0%		0,6%	1,9%	2,5%	3,8%	
	Anders	1,7%	30,8%		38,7%	31,4%	19,7%	26,5%	

*P=<.01, 99% betrouwbaarheidsinterval

2.2 Procedure

Deze studie was een kwantitatief onderzoek. De respondenten die zich in de klinische populatie bevonden zijn ambulante cliënten die zich bij GGNet hebben aangemeld binnen de volwassen-zorg. Hierbij is na het intakeproces een diagnose gesteld op grond van de DSM-IV-TR criteria. Vervolgens hebben de respondenten een Routine Outcome Monitoring (ROM)-meting ingevuld. Dit is een meting waarbij de respondent vragenlijsten in eigen tijd invullen. De respondentgegevens zijn volgens 'passieve consent' verkregen vanuit de reguliere ROM-meting. Door het invullen van de ROM-meting gaven zij toestemming voor deelname aan dit onderzoek. Slechts zeven van de 506 cliënten hebben aangegeven niet deel te willen nemen aan dit onderzoek. De ROM-meting gegevens zijn op een beveiligde USB-stick opgeslagen waarbij de gegevens van de respondenten geanonimiseerd zijn binnen het databestand. De onderzoeker heeft een verklaring getekend waarop staat dat er vertrouwelijk met de gegevens om wordt gegaan.

De gegevens van de algemene bevolking zijn verkregen uit onderzoek van Lamers, et al., (2011). Hierbij is gebruik gemaakt van de eerste meting van de vragenlijst. Ook deze gegevens zijn geanonimiseerd verkregen via een beveiligde USB-stick. De gegevens van Lamers, et al., (2011) zijn verkregen van het panel LISS van CentERdata. Dit is een internetpanel voor longitudinale internet studies in de sociale wetenschappen dat beheerd wordt in Tilburg. Het LISS panel bestaat uit een representatief panel van 5000 huishoudens die willekeurig zijn gekozen uit de gemeentelijke registers in Nederland. Eén derde van het panel werd gevraagd om deel te nemen aan de module naar geestelijke gezondheid. Tijdens de meting in 2007 hebben 1663 mensen hieraan deelgenomen waardoor er beschikking is over gegevens van 1663 respondenten. Bij deze deelname was er sprake van active consent. De deelnemers gaven bewust toestemming voor het gebruik van de gegevens.

2.3 Meetinstrumenten

De Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) meet positieve geestelijke gezondheid (Keyes, 2005b). Het is een betrouwbaar en valide meetinstrument om de positieve geestelijke gezondheid te meten van de Nederlandse bevolking (Lamers, et al., 2011). De vragenlijst bevat 14 items die verdeeld zijn in de drie welbevinden componenten. Drie items meten emotioneel welbevinden ($\alpha=.89$), vijf items meten sociaal welbevinden ($\alpha=.78$) en zes items meten psychologisch welbevinden ($\alpha=.85$). Het blijkt dat de vragenlijst een hoge overall betrouwbaarheid heeft ($\alpha=.89$) (Lamers, et al., 2011). Deze hoge overall betrouwbaarheid blijkt ook uit deze studie met de klinische populatie ($\alpha=.92$). Zowel het emotioneel welbevinden ($\alpha=.88$), als het sociaal welbevinden ($\alpha=.78$) en het psychologisch welbevinden ($\alpha=.87$) hebben een hoge betrouwbaarheid in deze studie. De items gaan over de aanwezigheid van uiteenlopende gevoelens gedurende de afgelopen maand. De antwoordmogelijkheden lopen van '1' (nooit) tot '6' (elke dag). De respondenten worden onderverdeeld in floreren, gematigde geestelijke gezondheid en wegwijnen. Iemand floreert zodra op één van de drie items van emotioneel welbevinden antwoordmogelijkheid '5' of '6' wordt ingevuld. Tevens moeten er zes van de elf items van sociaal en psychologisch welbevinden beantwoord worden met antwoordmogelijkheid '5' of '6'. Iemand bevindt zich in de categorie wegwijnen zodra bij één op de drie items binnen emotioneel welbevinden antwoordmogelijkheid '1' of '2' wordt gekozen en op zes van de elf items van sociaal en psychologisch welbevinden geantwoord wordt met antwoordcategorie '1' of '2'. Zodra iemand aan beide categorieën niet voldoet, bevindt de persoon zich in de categorie gematigde geestelijke gezondheid (Keyes, 2009). Deze vragenlijst is de meest onderzochte welbevinden vragenlijst in Nederland. Volgens Westerhof en Keyes (2008) is de Nederlandse versie van de MHC-SF dan ook het meest populaire instrument om geestelijke gezondheid te meten.

2.4 Statistische analyse

Er werden kwantitatieve analyses uitgevoerd door middel van het statistiek programma SPSS versie 22. Middels een Chi2 werd er gekeken of de demografische variabelen geslacht, leeftijd en opleidingsniveau significant verschillen tussen de algemene bevolking en de klinische populatie. Ditzelfde werd herhaald tussen de verschillende psychische ziekten. Vervolgens werd er geanalyseerd met Pearson Correlation of de demografische variabelen samenhangen met het ervaren welbevinden

van de klinische populatie. Hiervoor was gekozen omdat dan inzichtelijk werd in hoeverre de demografische gegevens in verband stonden met de uitkomsten van het welbevinden bij de klinische populatie.

De eerste onderzoeksvraag luidde: “In welke mate ervaren mensen met een psychische ziekte welbevinden in vergelijking met de algemene bevolking?” Deze vraag werd beantwoord door het gemiddelde welbevinden van de algemene bevolking en de klinische populatie te analyseren met behulp van Descriptive Statistics. Daarna werd elke component van welbevinden van de algemene bevolking met de klinische populatie vergeleken doormiddel van een Univariate ANOVA. De mate van floreren op basis van de welbevindencategorieën van de algemene bevolking en de klinische populatie werd vergeleken doormiddel van een Chi2. Hieruit bleek of er een verschil was in de mate van welbevinden tussen beide populaties. De tweede onderzoeksvraag luidde: “Is er een verschil zichtbaar in de mate van welbevinden tussen de verschillende psychische ziekten?” Om deze vraag te beantwoorden werd er eveneens een Univariate ANOVA gebruikt. Elke component van welbevinden werd vergeleken binnen de klinische populatie. Hieruit bleek of er tussen deze psychische ziekten een verschil zat in het ervaren welbevinden. Middels de Bonferroni test werd het verschil gespecificeerd. De mate van floreren op basis van de welbevindencategorieën van de verschillende psychische ziekten in de klinische populatie werd vergeleken doormiddel van een Chi2. Hieruit bleek of er een verschil was in de mate van welbevinden voor de verschillende psychische ziekten.

3. Resultaten

“In welke mate ervaren mensen met een psychische ziekte welbevinden in vergelijking met de algemene bevolking?”

Er is getoetst in welke mate het welbevinden verschilt tussen de algemene bevolking en de klinische populatie. In Tabel 2 wordt een overzicht gegeven van de gemiddelden voor beide populaties. Hieruit is zichtbaar dat de algemene bevolking significant meer welbevinden ervaart dan de klinische populatie ($p < .01$). Wanneer er gekeken wordt naar de drie componenten van welbevinden blijkt eveneens dat de algemene bevolking zowel op het emotioneel, sociaal als psychologisch welbevinden, meer welbevinden ervaart dan de klinische populatie ($p < .01$).

Tabel 2: Gemiddelden, standaard deviaties en significante verschillen van het welbevinden tussen de algemene bevolking en de klinische populatie.

	Algemene bevolking N=1663		Klinische populatie N=499		F waarde	P waarde
	Mean	SD	Mean	SD		
Totale welbevinden	2.98	.85	1.89	1.05	573.70	.00*
Emotioneel welbevinden	3.67	.94	2.13	1.30	844.88	.00*
Sociaal welbevinden	2.33	1.01	1.57	1.07	210.46	.00*
Psychologisch welbevinden	3.18	.99	2.03	1.16	483.53	.00*

* $P < .01$, 99 % betrouwbaarheidsinterval

Ook is er getoetst in welke categorie van welbevinden de respondenten van de algemene bevolking en de klinische populatie zich bevinden. In Tabel 3 wordt een overzicht gegeven met de mate van floreren. Van de algemene bevolking floreert 34.9% ten opzichte van 10.2% van de klinische populatie. Zowel in de algemene bevolking (60.2%), als in de klinische populatie (47.9%) bevond de meerderheid van de respondenten zich in de categorie gematigde geestelijke gezondheid. In de klinische populatie bevond zich tevens een groot gedeelte van de respondenten in de categorie wegwijnen (41.9%). Bij de algemene bevolking was dit slechts 4.9% van de respondenten. De welbevinden categorieën verschillen significant tussen de twee populaties ($p < .01$). Bovenstaande resultaten komen overeen met de verwachting waardoor de eerste hypothese wordt bevestigd.

Tabel 3: De mate van floreren in percentages bij de algemene bevolking en de klinische populatie

	Floreren	Gematigde geestelijke gezondheid	Wegkwijnen	P waarde
Algemene bevolking N=1663	34.9%	60.2%	4.9%	
Klinische populatie N=499	10.2%	47.9%	41.9%	.000*

* $P < .01$, 99 % betrouwbaarheidsinterval

“Is er een verschil zichtbaar in de mate van welbevinden tussen de verschillende psychische ziekten?”

Er is getoetst of er een verschil zichtbaar is in de mate van welbevinden tussen de verschillende psychische ziekten. In Tabel 4 wordt een overzicht gegeven met de gemiddelden voor de psychische ziekten. Er is een significant verschil in het emotioneel welbevinden van respondenten met stemmingsstoornissen en mensen met ontwikkelingsstoornissen ($p = .005$). Respondenten met een stemmingsstoornis ($m = 1.90$) ervaren minder welbevinden dan respondenten met een ontwikkelingsstoornis ($m = 2.49$). Bovendien blijkt dat er een negatief verband is tussen de leeftijd en het emotioneel welbevinden ($r = -.103$; $p = .02$). Dit houdt in dat jonge respondenten met een psychische ziekte meer emotioneel welbevinden ervaren dan oudere respondenten met een psychische ziekte. Echter blijkt het verband zwak van aard te zijn. De leeftijd blijkt dus matig in verband te staan met de uitkomst van het emotioneel welbevinden.

Tabel 4: Gemiddelden en standaard deviaties van het welbevinden tussen de verschillende psychische ziekten.

	Stemmingsstoornis N=181 Mean SD	Angststoornis N=105 Mean SD	Ontwikkelingsstoornis N=81 Mean SD	Persoonlijkheids- stoornis N=132 Mean SD
Totaal welbevinden	1.76 (1.15)	1.93 (1.05)	2.05 (.86)	1.90 (1.26)
Emotioneel welbevinden	1.90 (1.38)*	2.23 (1.37)	2.49 (1.05)*	2.09 (1.15)
Sociaal welbevinden	1.51 (1.13)	1.57 (1.07)	1.60 (1.0)	2.22 (.98)
Psychologisch welbevinden	1.90 (1.26)	2.09 (1.15)	1.65 (1.02)	2.04 (1.12)

*P=<0.05, 95 % betrouwbaarheidsinterval

In Tabel 5 wordt een overzicht gegeven met de mate van floreren bij de klinische populatie. Wanneer er gekeken wordt in welke mate de psychische ziekten floreren, blijkt uit Tabel 5 dat er significante verschillen zitten tussen de psychische ziekten (p=.004). Dit houdt in dat er een verschil is tussen de mate van welbevinden bij de verschillende psychische ziekten. In de diagnosegroep stemmingsstoornissen bevonden zich de meeste florerende respondenten (11.6%) en binnen de diagnosegroep ontwikkelingsstoornissen bevonden zich de minste florerende respondenten (7.4%). De minst wegwijnende respondenten bevonden zich in de diagnosegroep ontwikkelingsstoornis (30.9%), en de meest wegwijnende respondenten bevonden zich binnen de diagnosegroep stemmingsstoornis (52.5%). Hiermee kan gezegd worden dat er binnen stemmingsstoornissen zich vele uitersten bevinden en binnen een ontwikkelingsstoornis het minst. In de groep ontwikkelingsstoornis bevonden zich de meeste respondenten in de gematigde geestelijke gezondheidscategorie. Aangezien de tweede hypothese exploratief van aard is, kan deze niet verworpen of aangenomen worden.

Tabel 5: De mate van floreren in percentages bij de verschillende psychische ziekten.

	Floreren	Gematigde geestelijke gezondheid	Wegkwijnen	P waarde
Stemmingsstoornis N=181	11.6%	35.9%	52.5%	
Angststoornis N=105	10.5%	50.5%	39.0%	
Ontwikkelingsstoornis N=81	7.4%	61.7%	30.9%	
Persoonlijkheidsstoornis N=132	9.8%	53.8%	36.4%	.004*

*P=<0.01, 99 % betrouwbaarheidsinterval

4. Discussie

4.1 Uitkomsten van het onderzoek

In deze studie is het welbevinden van de klinische populatie gemeten om te kijken in hoeverre dit verschilt ten opzichte van de algemene bevolking en in hoeverre er binnen de klinische populatie verschillen zichtbaar zijn in het ervaren welbevinden. Hierbij zal gekeken worden of het twee-continua model teruggevonden wordt voor de klinische populatie. Deze studie is van belang omdat het een unieke studie is die een eerste bijdrage levert aan de kennis en inzicht in het welbevinden bij de klinische populatie. Hierbij wordt een vergelijking gemaakt tussen verschillende psychische ziekten.

Voor een eerste indruk zijn de uitkomsten van de klinische populatie vergeleken met de algemene bevolking. In overeenstemming met de verwachting blijkt dat de algemene bevolking significant meer welbevinden ervaart dan de klinische populatie. De algemene bevolking ervaart meer emotioneel welbevinden, namelijk meer positieve gevoelens dan de klinische populatie. Tevens ervaart de algemene bevolking meer sociaal welbevinden, zij functioneren meer optimaal in de maatschappij dan de klinische populatie. Bovendien ervaart de algemene bevolking meer psychologisch welbevinden, namelijk meer persoonlijke groei, doelgerichtheid, autonomie, omgevingsbeheersing, positieve relaties en zelfacceptatie dan de klinische populatie. Dit sluit aan bij de bevindingen van Beekman, et al. (1997), Bijl en Ravelli (2000) en Narud, et al. (2005). Het twee-continua model is door Lamers et al. (2011) teruggevonden bij de algemene bevolking. In deze studie is het twee-continua model teruggevonden voor de klinische populatie. Enerzijds is er sprake van een samenhang tussen de twee continua omdat psychopathologie samengaat met een lagere positieve geestelijke gezondheid en de afwezigheid van psychopathologie samengaat met een betere positieve geestelijke gezondheid. Maar wanneer er een op een wordt gekeken blijkt dit niet voor iedereen te gelden. Anderzijds is er namelijk sprake van onafhankelijke bewegingen tussen de twee continua. Mensen met een psychische ziekte zijn namelijk in staat om te floreren net als mensen zonder een psychische ziekte zich binnen de categorie wegwijnen kunnen bevinden. Het hebben van een psychische ziekte kan dus samengaan met zowel een lage als hoge mate van welbevinden (Keyes, 2005a; Westerhof & Keyes, 2008). De conclusie die hieruit getrokken kan worden is dat de kans op wegwijnen bij een psychische ziekte groter is dan floreren. De kans dat iemand floreert bestaat echter wel, dus duidt het hebben van een psychische ziekte niet per definitie op een laag welbevinden.

Een kanttekening bij deze uitkomsten is dat er in deze studie geen inzicht is in de ernst van de psychische ziekten. De vier diagnosegroepen vertegenwoordigen vele psychische ziekten, denkbaar is dat de ervaren ernst van de klachten per psychische ziekte verschilt. Mogelijk ervaren de mensen die floreren minder ernst van de klachten dan de mensen die wegwijnen waardoor het de resultaten kan beïnvloeden. In vervolgonderzoek is het interessant om onderscheid te maken in de ervaren ernst van de klachten, door bijvoorbeeld de GAF-score hierin te betrekken, zodat er nog een specifiekere uitkomst mogelijk is.

Wat nog niet eerder is onderzocht en deze studie dus uniek maakt is dat het welbevinden van mensen met een stemmings-, angst-, ontwikkelings- en persoonlijkheidsstoornis onderling met elkaar wordt vergeleken. Het blijkt dat mensen met een stemmingsstoornis een significant lager emotioneel welbevinden ervaren dan mensen met een ontwikkelingsstoornis. Zoals de definitie luidt hebben mensen met een stemmingsstoornis een sombere stemming, verminderde interesse en een verminderd vermogen om plezier te beleven (Van der Molen, et al., 2007). Dit kan een verklaring zijn voor het hebben van minder positieve gevoelens bij mensen met een stemmingsstoornis dan dat mensen met een ontwikkelingsstoornis ervaren. Uit onderzoek van Beekman, et al. (1997) bleek dat er een negatief verband was tussen een depressie en het emotioneel welbevinden. Dit is klaarblijkelijk meer van invloed dan het laag psychosociaal functioneren is op het emotioneel welbevinden bij ontwikkelingsstoornissen zoals Escobar, et al. (2005) en Brod, et al. (2005) omschreven. Dit gevonden verschil is slechts op één component van welbevinden. De overige gevonden verschillen binnen de klinische populatie zijn niet significant. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het welbevinden tussen de verschillende psychische ziekten niet van elkaar verschilt. Dit bevestigt de aanname van

Danckaerts, et al. (2009) waaruit bleek dat mensen met ADHD op een gelijke mate welbevinden ervaren als mensen met een andere psychische aandoening.

Wanneer er gekeken wordt naar de samenhang van demografische gegevens en het welbevinden blijkt enkel de leeftijd negatief samen te hangen met het emotioneel welbevinden van de klinische populatie. Er is geen samenhang zichtbaar tussen het welbevinden en het geslacht en opleidingsniveau. Dit houdt in dat jongeren met een psychische ziekte meer emotioneel welbevinden ervaren dan oudere mensen met een psychische ziekte. De gemeten samenhang is echter zwak te noemen waardoor dit met voorzichtigheid geïnterpreteerd moet worden. Wel is een aanbeveling voor de praktijk om hier sneller op in te steken doormiddel van ACT of WBT. Deze therapieën spelen in op het bevorderen van het welbevinden en kunnen al in een vroeger stadium worden ingezet van de behandeling wat mogelijk het emotioneel welbevinden bij oudere mensen kan bevorderen. Uit onderzoek van Westerhof en Keyes (2009) bleek dat in de algemene bevolking juist oudere personen meer emotioneel welbevinden ervaren. In deze studie blijkt dit voor de klinische populatie juist tegenovergesteld te zijn. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er een verschil zit in het ervaren emotioneel welbevinden op basis van de leeftijd tussen de algemene bevolking en de klinische populatie. In vervolgstudies is het interessant om dit verschil te onderzoeken binnen de klinische populatie door te kijken of naast het welbevinden ook de ervaren klachten samenhangen met de leeftijd.

Er is sprake van een significant verschil tussen psychische ziekten en de verschillende categorieën van welbevinden. Mensen met een stemmingsstoornis floreren het meest en mensen met een ontwikkelingsstoornis floreren het minst. Daar staat tegenover dat mensen met een stemmingsstoornis ook het meest wegwijnen en mensen met een ontwikkelingsstoornis het minst vaak wegwijnen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er veel variatie is binnen de diagnosegroep stemmingsstoornis en minder variatie is binnen de diagnosegroep ontwikkelingsstoornis. In de diagnosegroep stemmingsstoornissen kan deze variatie komen doordat er vanwege een bipolaire stoornis zowel sprake kan zijn van een depressieve als een manische episode. Wanneer er sprake is van een manische episode worden er minder klachten ervaren, is er minder sprake van ziekte inzicht waardoor de vragenlijst positiever kan worden ingevuld dan tijdens een depressieve episode. Dit verklaart mogelijk de variatie binnen de groep stemmingsstoornissen. Een ontwikkelingsstoornis kent deze verschillende episoden niet. In vervolg onderzoek is interessant om dit te gaan bestuderen op individueel niveau.

4.2 Beperkingen & aanbevelingen

Deze studie bevat twee grote onderzoekspopulaties. Beide bevatten voldoende respondenten wat maakt dat er een gedegen uitspraak gedaan kan worden. Er bestaat echter wel een onduidelijkheid rondom de algemene bevolking. Het is onbekend in hoeverre de algemene bevolking klachtenvrij is. Er bestaat een kans dat de algemene bevolking ook respondenten bevat die lijden aan een psychische ziekte maar hiermee niet gediagnostiseerd zijn. Hierdoor kan het gemiddelde welbevinden lager uitvallen omdat blijkt dat mensen met een psychische ziekte vaker een lager welbevinden ervaren. In vervolgstudies wordt aangeraden dat er ook een klachtenlijst wordt afgenomen bij de algemene bevolking zodat de ernst van ervaren klachten geïnventariseerd en vergeleken kunnen worden tussen beide populaties. Bovendien is hierbij interessant om te onderzoeken welke redenen de algemene bevolking heeft om zich niet bij de GGZ aan te melden en welke redenen de klinische populatie heeft om dit wel te doen.

Binnen de klinische populatie is er steeds gesproken over vier diagnosegroepen. Deze diagnosegroepen hebben de hoogste prevalentie. Hierdoor zijn deze groepen interessant om te onderzoeken en dekken zij een groot gedeelte van de psychische ziekten. In vervolgstudies is het interessant om ook andere diagnosegroepen te onderzoeken, zoals psychotische stoornissen, stoornissen door het gebruik van psychoactieve stoffen en dissociatieve stoornissen. Bovendien is het interessant om ook onderscheid te maken tussen de psychische ziekten die tot de gebruikte vier diagnosegroepen behoren. Door het welbevinden hiervan te meten kunnen er nog specifiekere uitspraken gedaan worden en kan de variatie mogelijk in het welbevinden binnen de diagnosegroep verklaard worden. Tevens is in deze studie onduidelijk in hoeverre er sprake is van co-morbiditeit bij

de klinische populatie. Er is steeds van één diagnose uitgegaan. In de praktijk is er echter vaak sprake van co-morbiditeit. Hierdoor is het voor vervolgstudies interessant om de co-morbiditeit mee te nemen in het onderzoek. Het is denkbaar dat combinaties van psychische ziekten een andere uitwerking hebben op het welbevinden.

De demografische gegevens bleken allen te verschillen tussen beide populaties en de binnen de klinische populatie. Door co-variabelen te betrekken bij deze studie werd inzichtelijk in hoeverre demografische gegevens in verband stonden met de uitkomsten van het welbevinden bij de klinische populatie. Er is gekeken of er een samenhang is tussen het gemeten welbevinden van de klinische populatie en het geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Voor vervolgstudies is het aan te raden om daadwerkelijk te kijken of deze co-variabelen het welbevinden beïnvloeden en of er naast deze genoemde co-variabelen ook nog andere variabelen van invloed zijn zoals religie en culturele afkomst. Dit zou namelijk een mogelijke verklaring kunnen zijn voor de verschillen in het welbevinden. In deze studie is gebruik gemaakt van de vragenlijst MHC-SF. Dit is een kwalitatief goed meetinstrument met een hoge interne betrouwbaarheid. De MHC-SF is het best onderzochte meetinstrument gericht op welbevinden. Dit maakt dat de welbevindengegevens van goede kwaliteit zijn. Toch heeft de MHC-SF ook enkele beperkingen. De items over het sociaal welbevinden bevatten begrippen die breed opgevat kunnen worden. Daardoor kunnen respondenten de vragen verschillend interpreteren (Köhle, 2010). Bovendien blijken de items over sociale coherentie en sociale contributie niet vergelijkbaar voor bepaalde culturele groepen en kan de gehele vragenlijst afhankelijk van de cultuur verschillend worden ingevuld (Joshnloo, Wissing, Khumalo & Lamers, 2013). In vervolgstudies wordt daarom aanbevolen om naast de MHC-SF ook een andere welbevinden vragenlijst af te nemen, zoals de Flourishing Scale (Diener, et al., 2009), om zo een zuiverder beeld te krijgen. Bovendien is in deze studie gebruik gemaakt van ANOVA's. Dit zijn analyses waarmee goede vergelijkingen gemaakt kunnen worden tussen de twee populaties en binnen de klinische populatie.

4.3 Conclusie

Terugkijkend op deze studie wordt geconcludeerd dat gemiddeld gezien de algemene bevolking een beter welbevinden heeft dan de klinische populatie. Tussen de psychische ziekten zijn er bijna geen verschillen zichtbaar wat betreft het welbevinden. Er is één verschil gevonden voor het emotioneel welbevinden, namelijk dat mensen met een ontwikkelingsstoornis meer positieve gevoelens ervaren dan mensen met een stemmingsstoornis. Op de overige componenten zijn geen verschillen gevonden wat inhoudt dat mensen met een psychische ziekte in gelijke mate welbevinden ervaren. Het twee-continua model is teruggevonden voor de klinische populatie. Het blijkt namelijk dat mensen met psychopathologie vaker een laag welbevinden ervaren maar dat deze relatie niet perfect is. De klinische populatie is namelijk ook in staat om te floreren wat duidt op een onafhankelijke beweging tussen de twee continua.

Referentielijst

- Atkinson, M., Zibin, S. & Chuang, H. (1997). Characterizing Quality of Life Among Patients With Chronic Mental Illness: A Critical Examination of the Self-Report Methodology. *American Journal of Psychiatry*, 154 (1), 99-105. Doi: 10.1176/ajp.154.1.99
- Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Braam, A. W., Smit, J. H. & Tilburg, W. van. (1997). Consequences of major and minor depression in later life: A study of disability, well-being and service utilization. *Psychological Medicine*, 27, 1397-1409.
- Beurs, de, E., Beekman, A. T. F., Balkom, A. J. L. M. van, Deeg, D. J. H., Dyck, R. van & Tilburg, W. van. (1999). Consequences of anxiety in older persons: Its effect on disability, well-being and use of health service. *Psychological Medicine*, 29, 583-593.
- Bijl, R.V. & Ravelli, A. (2000) Current and residual functional disability associated with psychopathology. *Psychological medicine*, 30: 657-668.
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Steeneveld, M., Westerhof, G. & Walburg, J. A. (2013). *Handboek positieve psychologie. Theorie, onderzoeken en toepassingen*. Uitgeverij Boom, Amsterdam.
- Brod, M., Perwien, A., Adler, L., Spencer, T. & Johnston, J. (2005). Conceptualization and Assessment of Quality of Life for Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Primary Psychiatry*, 12 (6), 58-64.
- Crossley, D. & Rockett, K. (2004). The experience of shame in older psychiatric patients: a preliminary enquiry. *Aging and Mental Health*, 9, 368-73.
- Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E.J., Banaschewski, T., et al. (2009) The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Epub ahead of print].
- Delfos, M. F. (2005). *Een vreemde wereld*. Amsterdam: SWP.
- Dellemann, 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, 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, 1-43.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2009). New measures of well-being: Flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 39, 247-266.
- Escobar, R., Soutullo, C.A., Hervas, A., Gastaminza, X., Polavieja, P. & Gilaberte, I. (2005). Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics*: 116, e364-9.

- GGZ Nederland. (2009). *Zorg op waarde geschat: Sectorrapport GGZ (2009)*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Graaf, R., Have, M. ten, & Dorsselaer, S. van (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2, opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Harris, C.V., Whittal, M.L. & Goetsch, V.L. (1995). *Quality of life in adults with panic disorder*. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, D.C.
- Joshanloo, M. Wissing, M.P., Khumalo, I.P. & Lamers, S.M.A. (2013). Measurement invariance of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) across three cultural groups. *Elsevier Personality and Individual Difference*, 55 (7), 755-759. Doi:10.1016/j.paid.2013.06.002
- Keyes, C. L. M. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140. Doi: jstor.org/stable/2787065
- 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. (2005a). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539–548.
- Keyes, C.L.M. (2005b). The subjective well-being of America's youth: Toward a comprehensive assessment. *Adolescent and Family Health*, 4, 3-11.
- Keyes, C.L.M. (2009). *Brief description of the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF)*. Verkregen op 17, mei, 2014 van << www.sociology.emory.edu/downloads/MHC-SF_Brief_Description.doc>>
- Köhle, N. (2010). "Mag ik vragen, wat ik u moet vragen?". Een onderzoek naar de zwakheden van het Mental Health Continuum Short Form met behulp van het ThreeStep Test-Interview. (Unpublished bachelor's thesis). University of Twente, Enschede, The Netherlands.
- Kooij, J. J. S. (2002). *ADHD bij volwassenen diagnostiek en behandeling*. Amsterdam: Pearson.
- Koopmans, P. C. (2009). *Recurrence of sickness absence: A longitudinal study*. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.
- Lamers, S. M. A. (2012). *Positive mental health: Measurement, relevance and implications*. Enschede, the Netherlands: University of Twente (doctoral thesis).
- 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(1), 99-110. Doi: 10.1002/jclp.20741
- Lee, L., Harrington, R. A., Louie, B. B. & Newschaffer, C. J. (2008). Children with Autism: Quality of Life and Parental Concerns. *Journal Autism Dev Disorder*, 38: 1147-1160.
- Molen, H. T., van der, Perreijn, S., Hout, M. A., van den. (2007). *Klinische psychologie theorieën en psychopathologie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

- Narud, K., Mykletun, A. & Dahl, A. (2005). Quality of life in patients with personality disorders seen at an ordinary psychiatric outpatient clinic. *BMC Psychiatry*, 5, 10-22.
- 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. Doi:10.1016/j.cpr.2007.01.015
- Perse, E. & Wolf, M. (2005). Combating loneliness among persons with severe mental illness: social network interventions' characteristics, effectiveness, and applicability. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 519-609.
- Rutter, M., Bishop, D. V. M., Pine, D. S., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. & Thapar, A. (2008). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14. Doi: 10.1037//0003-066X.55.1.5
- Siderowf, A., Ravina, B. & Glick, H. A. (2002). Preference-based quality-of-life in patients with arkinson's disease. *Neurology*, 59, 103-108.
- Smit, F. (2009). *Publieke geestelijke gezondheid: Analyse en synthese*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Soeteman, D. I., Timman, R., Trijsburg, R. W., Verheul, R. & Busschabach, J. J. V. (2005). Assessment of the burder of disease among inpatients in specialized units that provide psychotherapy. *Psychiatric Services*, 56, 1153-1155.
- Soeteman, D. I., Verheul, R. & Busschabach, J. J. V. (2008). The Burden of Disease in Personality Disorders: Diagnosis-specific Quality of Life. *Journal of Personality Disorders*, 22(3), 259-268.
- Stavem, K., Froland, S. S. & Hellum, K. B. (2005). Comparison of preference-based utilities of the 15D, EQ-5D and SF-6D in patients with HIV/AIDS. *Quality of Life Research*, 14, 971-980.
- 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, 161-166.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.M.G. (2008). *Handboek psychopathologie, deel 1 basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Weehuizen, R. (2006). *Mentaal Kapitaal: een verkennende studie naar de psychologische dimensie van economische ontwikkeling*. Den Haag: Commissie van Overleg Sectorraden voor Onderzoek en Ontwikkeling.

- Westerhof, G. & Keyes, C.L.M. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 63(10), 808-820.
- Westerhof, G. & Keyes, C.L.M. (2009). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119. Doi: 10.1007/s10804-009-9082-y
- World Health Organization. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO.
- Zuckerman, M. (1991). *Psychobiology of personality*. Cambridge: Cambridge University Press.