

januari | '18

Welbevindentherapie:
een systematisch literatuuronderzoek naar de toepassingsvormen,
doelgroepen en effecten

Sinem Öntas
S1542885
Masterthese

Positieve Psychologie en Technologie
Faculteit van Gedragswetenschappen
Psychologie

Eerste begeleider: Dr. Peter Meulenbeek
Tweede begeleider: Dr. Peter ten Klooster

Voorwoord

Voor u ligt de masterthese ‘Welbevindentherapie en de toepassingsvormen, doelgroepen en effecten’. Het onderzoek voor deze masterthese is geschreven in het kader van mijn afstuderen in de Master Positive Psychology & Technology (PPT) van University of Twente (UT) te Enschede. Dankzij deze Master heeft positieve psychologie een belangrijke plaats in zowel mijn opleiding als mijn leven genomen. Ook heeft het een belangrijke bijdrage gehad in zowel mijn persoonlijk ontwikkelen als in de uitoefening van mijn functie als psycholoog. Tevens is er tijdens mijn opleiding een vak aan bod gekomen waarin er werd gewerkt met het zelfhulpboek *‘Dit is jouw leven’*. In dit boek las ik een klein stukje tekst, geschreven door Chris Person, die mij erg inspireerde. Hij schreef:

‘In het eerste deel van mijn volwassen leven had ik geen tijd voor de kleine dingen waarvan ik wist dat ze me gelukkig zouden maken, ‘dat komt later wel’. Ik had het geluk dat ik op een gegeven moment besepte dat ik nooit de tijd zou hebben, tenzij ik de tijd zou maken. Toen begon de rest van mijn leven..’.

Deze tekst beschrijft ook mijn perspectief op het leven en mijn eigen levensstijl. Hiermee is het doen van onderzoek naar een interventie die een belangrijke bijdrage kan leveren aan het welbevinden van personen, waarbij zij tot bloei kunnen komen, voor mij een groot genoegen geweest.

Welbevindentherapie (WBT) is een interventie ontstaan vanuit positieve psychologie waarbij het uitgangspunt is dat we allemaal in potentie unieke, creatieve, spontane, talentvolle wezens zijn en dat ieder mens iets waardevols heeft te geven aan de wereld. We dragen die mogelijkheid in ons. We kunnen deze mogelijkheid verwaarlozen of uit het oog verliezen. We kunnen onze eigenheid en oorspronkelijkheid kwijtraken. De kunst van het leven is om te zijn wie we zijn, of daar opnieuw ruimte voor te maken. De lezers van mijn mastertheses wil ik meegeven dat het een uitdaging is om van ons eigen leven een kunstwerk te maken met de kunst om van het leven te genieten en onszelf met onze eigen kwaliteiten te overstijgen. Ik hoop dan ook dat mijn onderzoek een belangrijke bijdrage zal leveren aan klinische praktijk en andere settingen waar WBT toegepast kan worden.

Met het afronden van deze these is er een einde gekomen aan mijn studententijd. De tijd is gekomen om mijn vleugels uit te slaan en een glansrijke carrière tegemoet te gaan. Dit was niet mogelijk geweest zonder de vele docenten die mij, ons, veel geleerd hebben. Hen wil ik hiervoor bedanken. Ook wil ik bij deze mijn begeleiders Peter Meulenbeek en Peter ten Klooster met altijd een open en vriendelijke houding hartelijk bedanken voor de ondersteuning gedurende het onderzoek, maar ook hun waardevolle input en feedback bij het schrijven van deze masterthese. Tot slot wil ik mijn ouders en familie in het bijzonder erg bedanken voor de steun die mij door de moeilijke momenten heen gesleept hebben. Hun motiverende woorden hebben mij geholpen om deze opleiding tot een goed einde te brengen.

Sinem Öntas

Enschede, 1 februari 2018

Samenvatting

Achtergrond: Lange tijd is de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) sterk gericht geweest op psychologische dysfunctie en behandeling gericht op psychische klachten. Tegenwoordig wordt psychologisch welbevinden in toenemende mate meegenomen in de definitie van herstel van psychische klachten. Als reactie op de groeiende onderkenning dat de GGZ meer omvat dan de afwezigheid van psychische klachten, ontwikkelde Giovanni Fava de welbevindentherapie (WBT). Er is veel bekend over deze therapievorm, maar een eenduidig overzicht ervan ontbreekt. Wat zijn de toepassingsvormen van WBT? Bij welke doelgroepen is het toegepast? Wat zijn de effecten van WBT die tot nu toe blijken? Het doel van dit review is om deze vragen te beantwoorden om zo een duidelijk overzicht te geven.

Methode: Er is een systematische review naar literatuur uitgevoerd in het najaar van 2017. Studies omtrent WBT en de drie onderzoeksvragen werden geïnccludeerd. Verschillende zoektermen werden ingevoerd in wetenschappelijke elektronische databases, zoals MEDLINE, Scopus, PsychInfo (EBSCO), PsycARTICLES (EBSCO) en Web of Science. Initieel waren er 280 studies gevonden, waarvan er 249, die niet aan de criteria voldeden, werden geëxcludeerd. Er werden 31 studies opgenomen in dit review.

Resultaten: De geïnccludeerde onderzoeken vonden plaats in verschillende landen, maar vooral in Europa. Ongeveer de helft (51,6%) van de studies bestond uit een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoeksdesign (RCT). De onderzoeken laten zien dat WBT is toegepast in verschillende vormen met verschillende technieken. WBT kan zowel worden toegepast als enige therapievorm als in toevoeging aan CGT met behulp van een sequentiële combinatie. Ook kan WBT toegevoegd worden aan farmacotherapie of gedragsmatige behandeling, zoals exposuretherapie. Verder kan WBT zowel individueel als in groepsverband worden toegepast. Daarnaast blijkt dat WBT breed toepasbaar is bij diverse psychische stoornissen en patiënten in zowel klinische als niet-klinische settings. De doelgroep varieert van een leeftijd van minimaal 8 tot en met 64 jaar. Hieruit blijkt dat WBT toepasbaar is bij kinderen, adolescenten en volwassenen. Ten slotte laat WBT positieve effecten zien op de mentale gezondheid, namelijk vermindering van psychische klachten en verhogen van psychologisch welbevinden bij diverse psychische stoornissen, klachten en doelgroepen in diverse context.

Discussie en conclusie: Voor het eerst is er een breed en duidelijk overzicht verkregen van WBT en de drie onderdelen ervan. De resultaten van de huidige studie kunnen nuttig zijn bij de evaluatie en aanpassing van behandelprogramma's, preventieve interventies, WBT als online interventie, toepassing van WBT bij hulpverleners en geven aanbevelingen voor toekomstig onderzoek naar WBT. In huidige studie is een groot deel van de onderzoeken uitgevoerd door de originele ontwikkelaar van WBT en is er vooral in Europa onderzoek gedaan. Ook bestonden de onderzoeken uit een relatief kleine steekproef. Het is van belang in de toekomst meta-analyses en gerandomiseerd onderzoek te doen met een grote steekproef in verschillende landen en met verschillende onderzoekers, zodat stelligere uitspraken gedaan kunnen worden over de bruikbaarheid van WBT in de GGZ.

Abstract

Background: For a long time, Mental Health Care (GGZ) has been strongly focused on psychological dysfunction and treatment focused on psychological complaints. Nowadays, psychological well-being is increasingly included in the definition of recovery from psychological complaints. In response to the growing awareness that GGZ includes more than the absence of psychological complaints, Giovanni Fava developed wellbeing therapy (WBT). Much is known about this form of therapy, but there is no clear overview. What are the application forms of WBT? On which target groups has it been applied? What are the effects of WBT that have proven so far? The purpose of this review is to answer these questions in order to provide a clear overview.

Method: A systematic literature search was applied in the autumn of 2017. Studies on WBT and the three research questions were included. Different search terms were used in the scientific electronic databases such as MEDLINE, Scopus, PsychInfo (EBSCO), PsycARTICLES (EBSCO) and Web of Science. Initially, 280 studies were found, of which 249, who did not meet the criteria, were excluded. 31 studies were included in this review.

Results: The included studies took place in different countries, but especially in Europe. About half (51,6%) of the studies consisted of a randomized controlled research design (RCT). The studies show that WBT has been applied in different forms with different techniques. WBT can be applied as well as any therapy form as in addition to CGT using a sequential combination. WBT can also be added to pharmacotherapy or behavioral treatment, such as exposure therapy. Furthermore, WBT can be applied both individually and in groups. In addition, it appears that WBT is widely applicable in various mental disorders and patients in both clinical and non-clinical settings. The target group varies from an age of at least 8 to 64 years. This shows that WBT is applicable in children, adolescents and adults. Finally, WBT shows positive effects on mental health, namely reduction of psychological complaints and increasing psychological well-being in various mental disorders, complaints and target groups in various contexts.

Discussion and conclusion: For the first time a broad and clear overview has been obtained from WBT and its three components. The results of the current study can be useful in the evaluation and adaptation of treatment programs, preventive interventions, WBT as online intervention, application of WBT to care providers and recommendations for future research into WBT. In the current study, a large part of the research has been carried out by the original developer of WBT and research has been carried out mainly in Europe. The studies also consisted of a relatively small sample. In the future, it is important to conduct meta-analyzes and randomized research with a large sample in different countries and with different researchers, so that more pronounced statements can be made about the usefulness of WBT in mental health care.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	6
1.1 Relevantie	6
1.2 Geestelijke gezondheid en welbevinden	6
1.3 Drie kerncomponenten van welbevinden	7
1.4 Model van psychologisch welzijn en positief functioneren	8
1.5 Welbevindentherapie	9
1.6 Verschil CGT en WBT	9
1.7 Onderzoeksvraag	10
2. Methode	11
2.1 Literatuuronderzoek	11
2.2 Zoektermen	11
2.3 Literatuur Screening, Inclusie- en Exclusie Criteria	12
2.4 Data extractie	12
3. Resultaten	13
3.1 Gevonden studies	13
3.2 Kenmerken van de studies	13
3.3 Toepassingsvormen	14
3.4 Doelgroepen	19
3.5 Effecten	22
3.5.1 <i>Depressieve stemmingsstoornis en dysthyme stoornis</i>	22
3.5.2 <i>Posttraumatische stressstoornis</i>	23
3.5.3 <i>Gegeneraliseerde angststoornis</i>	24
3.5.4 <i>Paniekstoornis</i>	24
3.5.5 <i>Cyclothyme stoornis</i>	24
3.5.6 <i>Obsessief-compulsieve stoornis</i>	25
3.5.7 <i>Middelenaafhankelijkheid</i>	25
3.5.8 <i>Anorexia nervosa</i>	25
3.5.9 <i>Angst- en stemmingsstoornis</i>	25
3.5.10 <i>Persistente ontwenningverschijnselen</i>	25
3.5.11 <i>Affectieve stoornissen</i>	25
3.5.12 <i>Kinderen met stemmings-, angst- en gedragsstoornis</i>	26
3.5.13 <i>WBT-schoolinterventie</i>	26
4. Discussie	32
4.1 Belangrijkste resultaten	32
4.2 Implicaties klinische praktijk	33
4.2.1 <i>Twee-continua model en WBT</i>	33
4.2.2 <i>Implicaties van WBT bij psychische stoornissen</i>	34
4.2.3 <i>Implicaties van WBT voor preventie</i>	36
4.2.4 <i>Implicaties van WBT voor hulpverleners</i>	37
4.3 Limitaties onderzoek	37
4.4 Aanbevelingen	38
4.5 Sterke punten van het huidige literatuuronderzoek	39
4.6 Conclusie	39
Literatuurlijst	40
Appendix	45

1. Inleiding

1.1 Relevantie

De toenemende belangstelling voor psychologisch welzijn, levenskwaliteit en optimaal menselijk functioneren heeft een groei van positieve psychologie met zich meegebracht (Cloninger, 2006; Gillham & Seligman, 1999). Binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt de stroming positieve psychologie steeds vaker geïntegreerd in het behandelprogramma. Vanuit het gedachtegoed van de positieve psychologie is onder andere welbevindentherapie (WBT) ontstaan. WBT beoogt positieve geestelijke gezondheid te bevorderen door het verbeteren van welbevinden. De therapie kan een belangrijke bijdrage leveren aan herstel en terugvalpreventie aansluitend op reguliere behandeling van psychische stoornissen (Westerhof & Keyes, 2010).

Er is verspreide informatie te vinden over WBT, maar een duidelijk overzicht van het gebruik ervan ontbreekt. Een gebrek aan overzicht leidt tot slecht inzicht in de nieuwe therapievorm. Het is van belang inzicht te krijgen doordat het een belangrijke bijdrage kan leveren aan het versterken van het behandel aanbod. Er is behoefte om kennis te verzamelen over WBT wat betreft de toepassingsvormen, de doelgroep waarop het tot nu toe is toegepast en de effecten die tot nu toe blijken. Deze literatuurstudie zal hier systematisch onderzoek naar doen.

1.2 Geestelijke Gezondheidszorg en welbevinden

Lange tijd is de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) sterk gericht geweest op psychologische dysfunctie waarbij gezondheid werd gelijkgesteld aan afwezigheid van psychische klachten en werd de aanwezigheid van welzijn achterwege gelaten (Ryff & Singer, 1996). Hiermee lag de nadruk op de behandeling en preventie van psychische klachten. Alhoewel interventies gericht op psychologisch welzijn steeds vaker worden toegepast, bestaat de behandeling van psychische stoornissen op dit moment voornamelijk uit psychotherapie die de persoon uit het negatief functioneren brengen, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT) of exposuretherapie. CGT is een wetenschappelijk effectief gebleken behandeling voor veel psychische stoornissen en wordt wereldwijd toegepast (Ryff & Singer, 1996; Belaise, Fava & Marks, 2005; Caffo, Belaise & Forresi, 2008). Echter is gebleken dat een aanzienlijk deel van de patiënten, in de periode na een effectieve en succesvolle behandeling, residuele symptomen vertoont (Fava, 1996). De aanwezigheid van residuele symptomen houdt in dat er nog klachten aanwezig zijn gebleven na een succesvolle behandeling. Deze restverschijnselen vormen een risico voor terugval (Fava, Ruini & Belaise, 2007; Fava, Tomba & Grandi, 2007). Hiermee is er een groeiend besef ontstaan dat standaard behandelingen volgens de probleemgerichte benadering niet voldoende effectief is bij het bepalen van volledig herstel en niet het meest geschikt is in een reststadium of voor preventieve doeleinden (Fava, 1996). Ook het bevorderen en herstellen van welzijn blijft hiermee weg.

Volgens Fava, Tomba en Grandi (2007) moet psychologisch welbevinden worden meegenomen in de definitie van herstel van psychische klachten, omdat de afwezigheid van welbevinden een persoon kwetsbaarder maakt bij tegenslagen in het latere leven. Ook Ryff en Singer (1996) stellen dat de afwezigheid van welzijn kwetsbaarheidsproblemen creëert voor mogelijke toekomstige tegenslagen en dat de weg naar duurzaam herstel niet uitsluitend het wegnemen van klachten is, maar het bewerkstelligen van welzijn hierbij van belang is. Het twee-continua model (Keyes, 2005) biedt een verklaring en een aangrijppunt voor terugvalpreventie. Dit model geeft aan dat geestelijke gezondheid zowel de afwezigheid van psychische stoornissen omvat als positieve gezondheid in de vorm van welbevinden. Gezond functioneren wordt gekenmerkt door een optimale balans tussen positieve en negatieve cognities en emoties en psychopathologie wordt gemarkeerd door afwijkingen van het optimale evenwicht (Garamoni et al., 1991; Schwartz et al., 2002).

Welbevindentherapie: toepassingsvormen, doelgroepen en effecten.

Er is inmiddels een groot aantal studies verricht naar de relatie tussen welbevinden en psychopathologie (Bohlmeijer et al., 2016; Lamers & Keyes, 2016). Psychopathologie en welbevinden zijn twee verschillende, maar gerelateerde dimensies van geestelijke gezondheid (Keyes, 2005; Lamers et al., 2011). Er bestaat een negatieve samenhang tussen beide dimensies. Psychische problemen gaan vaak samen met een laag welbevinden (Lammers, 2012). De afwezigheid van psychisch welbevinden is een risicofactor voor depressie. Een toename van welbevinden heeft een beschermend effect op het ontwikkelen van psychische klachten, terugval en herhaling (Wood & Joseph, 2010). Ook beschermt het tegen kwetsbaarheid voor chronische en acute gebeurtenissen in het leven die stress opleveren (Ryff & Singer, 1998). Positieve emoties en welzijn kan het herstelproces van een psychische stoornis en de levensduur beïnvloeden (Fava & Sonino, 2010 ; Chida & Steptoe, 2008 ; Fava et al. 2007). Uit onderzoeken komt naar voren dat mensen met een hoger welbevinden negen maanden na behandeling een lagere kans op psychische klachten hebben (Lamers et al., 2015). Verder blijkt dat mensen die een hoge mate van welbevinden ervaren drie jaar later 57% minder kans op een angststoornis en 35% minder kans op een stemmingsstoornis hebben (Schotanus-Dijkstra et al., 2016).

Waar lange tijd de nadruk lag op het behandelen van stoornissen, zou het investeren in welbevinden een bijdrage aan preventie van psychische stoornissen kunnen leveren en wellicht ook aan het verminderen van ziekteverzuim en het verhogen van productiviteit (Keyes & Grzywacz, 2005). Ook voor het vergroten van de lange termijn effecten van klachtgerichte behandelingen zou aandacht voor het welbevinden een meerwaarde kunnen hebben (Fava & Ruini, 2009). Bohlmeijer et al. (2016) pleiten daarom voor een gebalanceerde GGZ. In een gebalanceerde GGZ is welbevinden naast psychopathologie een belangrijke uitkomst (Christenhusz, Bohlmeijer & Meulenbeek, 2016).

1.3 Drie kerncomponenten van welbevinden

Ook de World Health Organization (WHO) pleit ervoor om de aandacht voor geestelijke gezondheid niet te beperken tot de afwezigheid van psychische stoornissen. De WHO beschrijft 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'* (World Health Organization, 2005).

De WHO onderscheidt drie kerncomponenten van welbevinden. Allereerst de subjectieve ervaring van welzijn (emotioneel welbevinden). Dit component omvat de mate waarin mensen tevreden zijn over hun leven ofwel de mate waarin positieve emoties aanwezig en negatieve emoties afwezig zijn (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). De tweede component bestaat uit het effectief functioneren van het individu in termen van zelfrealisatie (psychologisch welbevinden). Het omvat de mate waarin een individu functioneert in de zin van persoonlijke groei, ontwikkeling en het vervullen van psychologische basisbehoeften (Ryff, 1989 ; Ryan & Deci, 2001). De derde component omvat het effectief functioneren in de maatschappij (sociaal welbevinden). Dit is de individuele ervaring en beoordeling van het eigen publieke of maatschappelijk functioneren en de betrokkenheid (Keyes, 1998). In de definitie van de WHO wordt verwezen naar zelfrealisatie als een belangrijke component van geestelijke gezondheid. Bij zelfrealisatie gaat het om het positief functioneren van het individu. Het gaat dus niet primair om een plezierig leven, maar juist om een goed leven vanuit psychologisch perspectief.

1.4 Model van psychologisch welzijn en positief functioneren

Het psychologisch welbevinden zoals door het WHO is gedefinieerd, is als belangrijkste component nader onderzocht door Carol Ryff. Zij deed onderzoek naar de kerndimensies van optimaal ontwikkelende en functionerende personen en wordt beschouwd als grondlegger van het begrip psychologisch welbevinden. Zij ontwikkelde een multidimensionaal model voor psychologisch welzijn en positief functioneren, bestaand uit zes dimensies, namelijk: autonomie, persoonlijke groei, doel in het leven, zelfacceptatie, positieve interpersoonlijke relaties en omgevingsbeheersing, zie tabel 1 (Ryff, 1989). Deze dimensies zijn onderling verbonden en zijn sterk geïndividualiseerd. Het impliceert dat er niet één goede manier is en dat mensen verschillende combinaties van sterkten en kwetsbaarheden hebben.

Het doel van positieve interventies is de bevordering van het psychologisch welzijn van een laag niveau naar een optimaal evenwichtig niveau van de dimensies (Keyes, 2002). Dit betekent dat patiënten niet worden aangemoedigd om in alle dimensies het hoogst mogelijke niveau van psychologisch welzijn te volgen, maar om evenwichtig te functioneren. Dit optimale evenwichtige welzijn kan verschillen van patiënt tot patiënt, afhankelijk van factoren, zoals persoonlijkheidskenmerken, sociale, culturele en maatschappelijke contexten (Ryff, 2008; Ruini et al., 2003; Ruini & Fava, 2012). Optimaal menselijk functioneren kan worden bereikt door persoonlijke potenties en doelstellingen te realiseren (Ryan & Deci, 2001). Uit ervaring blijkt dat dit model goed toepasbaar is op klinische populaties (Fava et al., 2001; Rafanelli et al., 2000).

Positief psychologische interventies zouden het reguliere behandelaanbod in de GGZ kunnen verbeteren. Door de aanvulling van positief psychologische interventies op een klachtgerichte behandeling wordt een meer gebalanceerde inhoud van behandeling ontwikkeld, die zich zowel op klachten als op krachten focust (Westerhof & Bohlmeijer, 2010).

Tabel 1

Dimensies van psychologisch welbevinden (Ryff, 1989)

Dimensies	Betekenis
Doelgerichtheid	Plannen en doelen hebben, gevoel van richting in het leven, ervaring van zinvolheid in heden en verleden, hebben van geloof dat het leven ergens naartoe gaat en betekenis in het leven.
Persoonlijke groei	Gevoel van voortgaande ontwikkeling, perceptie van de eigen persoon als groeiend en zich ontwikkelend, nieuwsgierigheid, openheid en tolerantie voor nieuwe ontwikkelingen, gevoel van realisatie van eigen mogelijkheden en groei in richting van zelfkennis en toenemend inzicht in eigen gedrag.
Autonomie	Zelfbepaling aan de hand van eigen persoonlijke maatstaven, onafhankelijk van wat anderen hiervan vinden, weerstand tegen sociale druk om op bepaalde wijze te denken en te gedragen en gedragsregulatie van binnenuit.
Omgevingsbeheersing	Gevoel van beheersing, competentie en controle bij het omgaan met de eisen die de omgeving stelt, controle over complex geheel van activiteiten, effectief en op doelgerichte wijze gebruik maken van mogelijkheden die zich voordoen, kiezen en creëren van contexten die passen bij persoonlijke behoeften en waarden
Zelfacceptatie	Positieve attitude ten opzichte van zichzelf, herkenning en acceptatie van verschillende kanten van de eigen persoon, met erkenning van zowel positieve als negatieve eigenschappen en gebeurtenissen, positief gevoel over het verleden en verloop van het eigen leven.
Positieve Relaties	Warme en vertrouwensvolle relaties met anderen, bezig zijn met het welzijn van anderen, capaciteit voor empathie, affectie en intimiteit en begrip voor geven en nemen in menselijke relaties.

1.5 Welbevindentherapie

Als reactie op de groeiende onderkenning dat psychologisch gezondheid meer omvat dan de afwezigheid van psychische klachten, ontwikkelde de Italiaanse therapeut Giovanni Fava de welbevindentherapie (WBT) (Fava et al., 1998; Fava & Ruini, 2003). WBT is een interventie die voortkomt uit positieve psychologie en is gericht op het gebied van psychologisch welbevinden van het multidimensionele model van Ryff (Ryff, 1989). Met behulp van de zes dimensies beoogt de interventie positieve geestelijke gezondheid te bevorderen door het psychologisch welbevinden te vergroten (Fava & Tomba, 2009). De focus ligt in tegenstelling tot klachtgerichte behandelingen niet op het verminderen van klachten. WBT biedt vaardigheden en inzichten om van een laag niveau tot een optimaal niveau van de zes dimensies van psychologisch welbevinden te komen. Het is een gestructureerd, educatief model dat als instructie kan fungeren om zelfstandig met huidige problemen om te leren gaan.

WBT bestaat uit acht tot twaalf gestructureerde sessies die elke week of om de week kunnen plaatsvinden. De duur van de sessies kan variëren van 30 tot 50 minuten. In de therapie wordt zelfwaarneming benadrukt door met behulp van een gestructureerd dagboek dagelijkse positieve ervaringen en emoties bij te houden. Tijdens de sessies worden er oefeningen en instructies gegeven (Ruini & Fava, 2012). De techniek is gericht op het veranderen van overtuigingen en attitudes die schadelijk zijn voor het welzijn en de persoonlijke groei. Het uiteindelijke doel is het versterken van welzijn bevorderend gedrag.

WBT is onderverdeeld in drie fasen. De eerste (initiële) fase is gericht op het identificeren van momenten van welzijn en deze in een situationele context te plaatsen, hoe kort ze ook waren. Ook is het gericht op het herkennen van positieve emoties. Patiënten wordt gevraagd om in een gestructureerd dagboek de momenten van welzijn bij te houden, beoordeeld op een schaal van 0-100, waarbij de 0 de afwezigheid van welzijn is en 100 het meest intense moment van welzijn dat kan worden ervaren.

Wanneer de momenten van welzijn op de juiste manier worden herkend, wordt de patiënt in de tweede (middelste) fase aangemoedigd om gedachten en overtuigingen te identificeren die tot voortijdige onderbreking van het welzijn leiden. Hiermee worden de onderliggende automatische gedachten en denkfouten geïdentificeerd. Fouten in het denken en alternatieve interpretaties worden besproken. Deze irrationele gedachten worden uitgedaagd en vervangen door realistische gedachten. Dit kan leiden tot een effectieve cognitieve herstructurering. Er worden cognitief-gedragsmatige technieken gebruikt om onderbrekingen van welzijn aan te pakken en optimale ervaringen na te streven. Ook worden activiteiten aangemoedigd die plezier geven en het welzijn versterken. Een dergelijke versterking kan ook resulteren in graduele taakopdrachten, zoals blootstelling aan gevreesde of uitdagende situaties die de patiënt waarschijnlijk zal vermijden.

In de derde (laatste) fase wordt Ryff's schaal van psychologisch welbevinden (PWB) gebruikt om te zoeken naar disfunctionele attitudes of ongepaste verwachtingen in bepaalde domeinen van het positief functioneren (Ryff, 1989). Hierbij wordt er meer gericht op de dimensies waar de patiënt laag op scoort die meer aandacht behoeven. Ook formuleert een patiënt concrete acties om specifieke aspecten van psychologisch welbevinden te versterken.

1.6 Verschil CGT en WBT

Uit wereldwijde onderzoeken is CGT een effectief gebleken behandeling voor een veelvoudigheid van psychische stoornissen, zoals omschreven in de DSM-5 (Fava & Tomba, 2009). Een vraag die opkomt, is wat therapieën gericht op positieve psychologie zoals WBT onderscheidt van klachtgerichte therapieën zoals CGT (MacLeod & Moore, 2000). Ten eerste is een belangrijk verschil de focus. Bij CGT wordt er gefocust op psychologische stoornissen, terwijl bij WBT wordt gefocust op psychologisch welzijn. Een tweede onderscheid is het doel van de therapie. Bij CGT is het doel om de klachten te verminderen door het veranderen van automatische gedachten, terwijl bij WBT het doel

Welbevindentherapie: toepassingsvormen, doelgroepen en effecten.

is om het psychologisch welzijn en optimaal functioneren te bevorderen in de zes dimensies van Ryff (1989). Beide therapieën passen vergelijkbare technieken toe. Hierin is een belangrijk derde onderscheid dat de strategieën van CGT er op zijn gericht om redeneringen van de patiënt te verklaren, te veranderen en klachten onder controle te houden. In tegenstelling berusten de strategieën van WBT op progressie van het welzijn van de patiënt. Acceptatie en positieve hulpbronnen worden versterkt. Een vierde verschil is dat CGT is gebaseerd op sterk gestructureerde richtlijnen, zoals cognities, gedragingen en gevoelens. Hiertegenover wordt WBT gekenmerkt door flexibiliteit, een geïndividualiseerde aanpak en gericht op de specifieke behoeften van de patiënt om herstel te bevorderen (Kashdan & Rottenberg, 2010; Wood & Tarrier, 2010).

Kortom, CGT is gericht op het reduceren van klachten en de psychische stoornis, maar in de fase na de behandeling blijkt dat patiënten vaak restsymptomen vertonen. Dit betekent dat er een groot risico bestaat op terugval doordat er psychische klachten aanwezig kunnen blijven. WBT is gericht op het versterken van welzijn wat een vermindering van klachten kan veroorzaken. Een toename van het psychologisch welzijn kan de resterende symptomen verhinderen waarmee de kans op terugval mogelijk kleiner is (Rafanelli et al., 2000). Er is wereldwijd veel onderzoek gedaan naar CGT. Ondanks dat CGT een effectief bewezen behandeling is, heeft het ook beperkingen. In tegenstelling tot CGT is het doel van WBT om terugval te voorkomen. In de wetenschap is er onderzoek naar WBT gedaan en is er het een en ander over bekend, maar een eenduidig overzicht ervan ontbreekt. Een gebrek aan eenduidige informatie omtrent WBT en een duidelijk overzicht wordt met dit literatuuronderzoek opgevuld.

1.7 Onderzoeksvraag

Deze studie beoogt een overzicht te geven van welbevindentherapie (WBT) wat betreft de volgende deelvragen die zijn geformuleerd:

- 1) Welke toepassingsvormen van WBT bestaan er?
- 2) Bij welke doelgroepen is WBT tot nu toe toegepast?
- 3) Wat zijn de effecten van WBT die tot nu toe blijken?

Met behulp van een systematisch literatuur onderzoek worden de wetenschappelijke bevindingen over dit onderwerp verzameld, onderverdeeld en beoordeeld.

2. Methode

Om te komen tot een overzicht van de toepassingsvormen, doelgroepen en effecten van WBT is een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd. Er zijn uitgebreide en actuele databases gebruikt om onderzoek te doen naar WBT en de deelvragen. Om de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek te maximaliseren en om evidence-based onderzoek te waarborgen, werd dataverzameling gedaan volgens systematische richtlijnen. De beoordeling van de gevonden literatuur werd uitgevoerd op basis van de structuur voor het uitvoeren van een systematisch literatuuronderzoek volgens Cuijpers (2016). De belangrijkste doelstelling van deze literatuurstudie was om WBT te analyseren op het gebied van toepassingsvormen, doelgroepen en effecten die tot nu toe blijken en deze samen te vatten.

2.1 Literatuuronderzoek

Er is uitgebreid gezocht naar gepubliceerde Nederlands en Engelstalige literatuur door de auteur. Hierbij zijn wetenschappelijke elektronische databases gebruikt, zoals MEDLINE, Scopus, PsychInfo (EBSCO), PsycARTICLES (EBSCO), Web of Science en Google Scholar. Deze zoeksystemen gaven samen een representatief overzicht van de beschikbare studies op psychologisch wetenschappelijk gebied. Ook werd in de referentielijsten van gevonden studies gezocht naar verdere relevantie studies. De zoekopdracht is uitgevoerd in het najaar van 2017. Originele gepubliceerde studies of beschrijvingen van WBT zijn opgenomen in het onderzoek en wetenschappelijke artikelen omtrent de drie te bestuderen onderwerpen van WBT zijn beschreven.

2.2 Zoektermen

Vanwege de systematische aard van dit onderzoek is er een zoekopdracht geformuleerd. In de zoekopdracht zijn verschillende combinaties en synoniemen van zoektermen gebruikt. Om te zoeken naar WBT en de deelvragen zijn er extra zoektermen gebruikt om een uitgebreid overzicht te krijgen. Doordat dit het eerste review naar WBT is die gedaan is, werd er wat betreft dit onderwerp bij het zoeken geen beperking in jaartal of data gegeven. De belangrijkste indexterm die door de auteur is gebruikt, was WBT die gecombineerd werd met zoektermen die betrekking hebben op de toepassingsvormen, doelgroepen en effecten. Deze zoektermen werden gecombineerd met de operator "AND". Voor Nederlandse literatuur is gezocht met Nederlandse zoektermen en voor Engelse literatuur is gezocht met Engelse zoektermen. De resulterende zoekreeks werd vervolgens achtereenvolgens voor iedere database gebruikt. Een overzicht van de gebruikte belangrijkste indexterm, de zoektermen en combinaties voor de onderzoeksvraag is in tabel 2 geïllustreerd.

Tabel 2

Overzicht zoektermen voor de onderzoeksvraag

<i>Index term</i>	<i>Zoektermen</i>	<i>Combinatie onderzoeksvraag (AND)</i>
Well-being therapy	Target groups, methods, practice, application, effects, outcomes, results	Well-being therapy AND target groups, methods, practice, application, effects, outcomes, results
Welbevindentherapie	Doelgroep, toepassingsvorm, methode, effecten, uitkomsten, resultaten	Welbevindentherapie AND doelgroep, toepassingsvorm, methode, effecten, uitkomsten, resultaten
Well-being therapie	Doelgroep, toepassingsvorm, methode, effecten, uitkomsten, resultaten	Well-being therapie AND doelgroep, toepassingsvorm, methode, effecten, uitkomsten, resultaten

2.3 Literatuur Screening, Inclusie- en Exclusie Criteria

Het onderzoek naar literatuur werd uitgevoerd in twee fasen van screening. In eerste instantie is er gekeken naar inclusiecriteria en daarna naar exclusiecriteria. In de eerste fase zijn de vooraf gedefinieerde zoektermen ingevoerd in de elektronische databases gevolgd door een gedetailleerde screening van de titels en samenvattingen van de artikelen. De toegepaste exclusiecriteria waren als volgt: literatuur geschreven in andere talen dan Nederlands of Engels en literatuur over alleen het begrip welbevinden of een andere vorm van therapie. Voor de gebruikte exclusiecriteria, zie tabel 3.

In de tweede fase van screening werden de volledige tekstversies van de artikelen of rapporten die in de eerste fase zijn geaccepteerd, verkregen. Als het niet mogelijk was om een volledige versie te verkrijgen, werd de studie uitgesloten. Vervolgens werd de volledige tekst gescreend. Literatuur werd opgenomen wanneer de informatie was gerelateerd aan WBT en de doelgroep, toepassingsvormen en/of effecten ervan. Na de selectie van relevante studies verkregen in fase twee zijn de referenties gecontroleerd. Zie tabel 3 voor een overzicht van inclusiecriteria.

Tabel 3

In- en exclusiecriteria

<i>Inclusiecriteria</i>	<i>Exclusiecriteria</i>
- Onderzoek naar WBT en de toepassingsvormen, doelgroepen en effecten	- Geen publicatie in het Nederlands of Engels - Geen volledige tekst beschikbaar - Literatuur over alleen WBT zonder toepassingsvormen, doelgroepen en effecten - Literatuur over alleen welbevinden als concept - Literatuur over een ander soort therapie

2.4 Data extractie

Nadat de verkregen literatuur grondig is bestudeerd, werden gegevens geëxtraheerd om relevante informatie te identificeren. Geëxtraheerde gegevens bevatten de volgende informatie per studie: a) identificatie op naam van de auteurs, publicatiedatum, locatie of instelling van publicatie, bron van het artikel als boek, titel of tijdschrift en het digitaal objectidentificatienummer (DOI), b) beschrijving van de studie, studieontwerp en interventiegegevens, c) steekproefeigenschappen als populatie en steekproefgrootte en d) de hoofdresultaten. De geëxtraheerde gegevens van de studies werden samengevat in een tabel (zie Appendix).

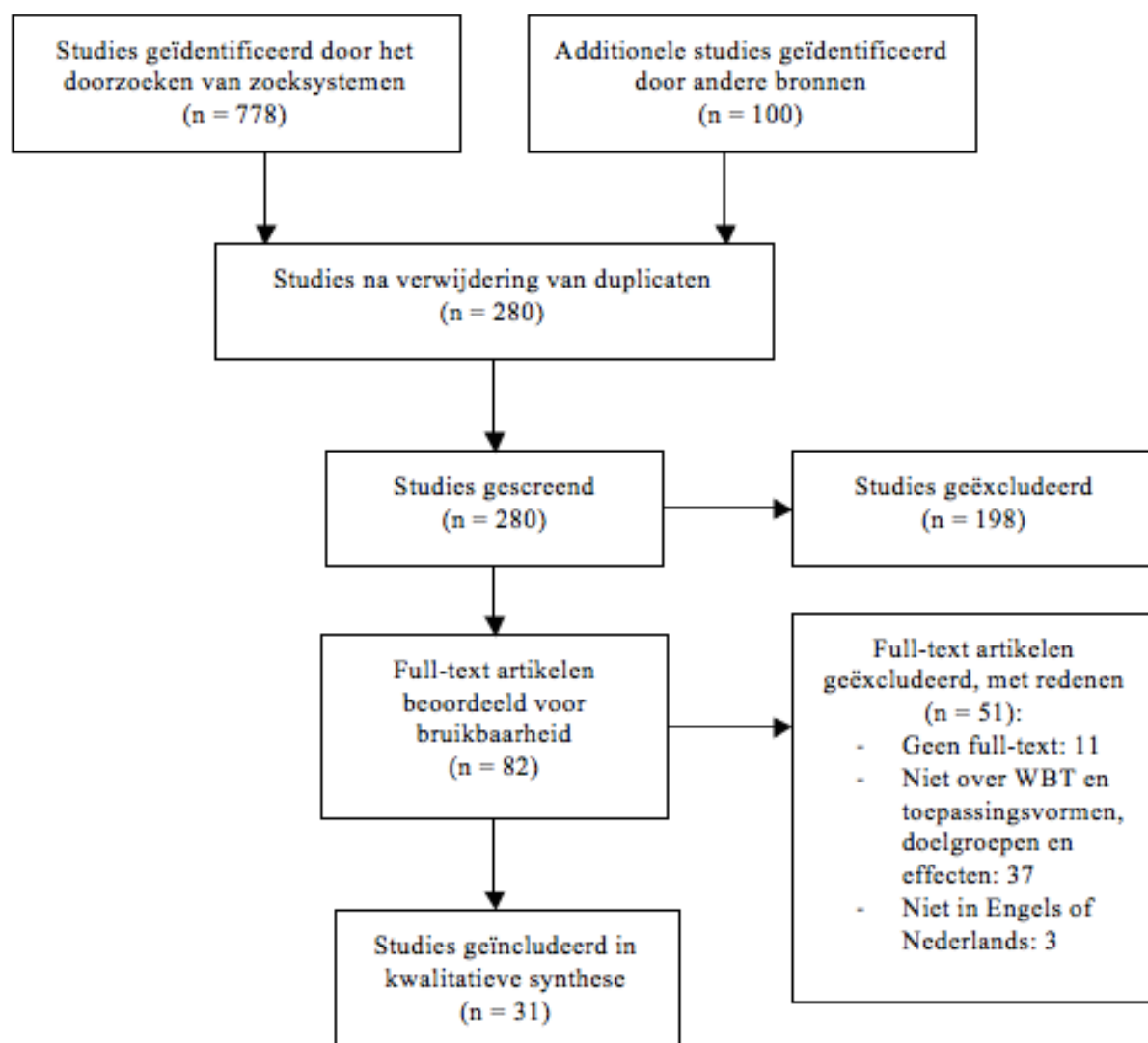
3. Resultaten

3.1 Gevonden studies

Als resultaat van de zoek- en screeningsprocedure met behulp van de hierboven genoemde zoektermen en combinaties (zie tabel 2 en 3) werden in totaal 878 studies gevonden. Hiervan werden 778 geïdentificeerd door middel van databaseonderzoek en 100 door middel van referentielijsten. Na controle voor duplicaten werden 280 onderzoeken gescreend in de eerste screeningsfase. De titels en samenvattingen zijn gecontroleerd op basis van bovenstaande inclusie- en exclusiecriteria waarna 198 studies zijn geëxcludeerd van het onderzoek. De belangrijkste reden voor exclusie was dat de gevonden studies bestond uit alleen het onderwerp welbevinden, welbevindentherapie en andere vormen van behandeling. In de tweede screeningsfase werden 82 studies gecontroleerd op basis van exclusiecriteria. Hiervan waren 11 studies met ontbrekende full-tekst artikelen waardoor deze zijn geëxcludeerd van het onderzoek. Er zijn 40 full-tekst artikelen verkregen en gecontroleerd op basis van exclusiecriteria. In totaal zijn er 51 studies geëxcludeerd op basis van exclusiecriteria. In de laatste fase zijn er 31 studies geïnccludeerd in het onderzoek. Deze artikelen en de bevindingen worden hieronder nader besproken. Om het selectieproces van onderzoeken te beschrijven, werd een PRISMA-stroomdiagram (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009) gebruikt. Dit stroomdiagram wordt geïllustreerd in figuur 1.

3.2 Kenmerken van de studies

Van de 31 artikelen die in de definitieve steekproef zijn geïnccludeerd, waren 16 gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (RCT's) (51,6%), 7 casestudies (22,6%), 5 pilotstudies (16,1%), 2 quasi-experimenteel onderzoeken (6,5%) en 1 kwalitatief onderzoek (3,2%). Wanneer er werd gekeken naar de resultaten dan toonden de geïnccludeerde onderzoeken sterke verscheidenheid qua design, studiegrootte, studiepopulatie en meetinstrumenten, voor een overzicht hiervan gesorteerd op naam van de eerste auteur, zie appendix. Ten eerste bestond er een grote variëteit in de steekproefomvang. Dertien studies hadden minder dan 10 deelnemers, elf studies hadden tussen de 10 en 50 deelnemers, vier studies hadden tussen de 50 en 150 deelnemers en drie studies hadden tussen de 150 en 250 deelnemers. De meerderheid, namelijk 17 van de onderzoeken werden uitgevoerd in Italië door de oorspronkelijke ontwikkelaar van WBT. Verder werden 7 in Nederland, vier in Iran, twee in Amerika en één in Duitsland uitgevoerd. Bovendien werden verschillende studiepopulaties met verschillende diagnoses gebruikt, waaronder patiënten met depressieve stoornis, cyclothyme stoornis, dysthyme stoornis, gegeneraliseerd angststoornis (GAS), Post-traumatisch-stressstoornis (PTSS), paniekstoornis (met of zonder agorafobie), obsessief-compulsief stoornis (OCS), sociale fobie, medicatieafhankelijkheid, ADHD, anorexia nervosa en agressieve gedragsstoornis (ODD). Ook waren er 3 onderzoeken waaraan scholieren deelnamen. Studies omvatten deelnemers van sterk uiteenlopende leeftijden, zoals kinderen onder 15 jaar, adolescenten tussen 15 en 18 jaar en volwassenen tussen 18 en 64 jaar. Daarnaast bestond er een grote diversiteit wat betreft de metingen die zijn gebruikt om de uitkomsten van de onderzoeken te achterhalen, zoals zelfrapportagevragenlijsten, interviews of observatieschalen. Dit liet zien dat er niet één algemeen geaccepteerde en toegepaste manier is om factoren als welbevinden en de dimensies ervan en psychische klachten te meten. Er zijn verschillende condities gevonden waarmee de interventie is vergeleken in de onderzoeken, zoals een controlegroep, andere interventie, wachtlijst en usual care. Ten slotte is het, met betrekking tot de onderzoeken die meer dan één meetpunt omvatten (bijvoorbeeld cohortonderzoeken), interessant om te vermelden dat de tijd tussen de meetpunten sterk varieerde (van 2 weken tot 6 jaar).



Figuur 1. PRISMA-flowchart die een beschrijving geeft van het proces van literatuurselectie (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009)

3.3 Toepassingsvormen

De eerste onderzoeksvraag was: ‘Welke toepassingsvormen van WBT bestaan er?’. Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden, werden 30 artikelen gevonden die hierop antwoord gaven. Zie tabel 4 voor een overzicht van de toepassingsvormen van WBT en de daaraan gerelateerde artikelen.

Uit de resultaten van het literatuuronderzoek kwam naar voren dat de gevonden artikelen in verschillende groepen kunnen worden verdeeld. Het bleek dat er verschillende toepassingsvormen van WBT bestonden. Ten eerste werd gevonden dat WBT zowel individueel als in groepsverband is toegepast in de onderzoeken die tot nu toe zijn uitgevoerd. Er waren 25 onderzoeken gevonden met individuele WBT en 5 onderzoeken met groepsgerichte WBT die face-to-face plaatsvonden.

Er is variëteit gevonden in het aantal sessies en de duur van de toepassingsvorm van WBT. Er waren 2 onderzoeken gevonden met WBT van 4 sessies. Verder waren er 7 onderzoeken met WBT van 6 sessies. Daarnaast bleek dat de meerderheid, namelijk 9 onderzoeken bestond uit 8 sessies WBT. Bovendien waren er 3 onderzoeken gevonden met 10 sessies van WBT. Ook werden 3 onderzoeken gevonden waarbij er 1 bestond uit WBT van 9 sessies, een ander met 12 sessies en weer een ander onderzoek met WBT van 16 sessies. Ten slotte lieten andere onderzoeken zien dat het aantal sessies kon variëren tijdens de toepassing van WBT uiteenlopend tussen 6 en 16 sessies, 5 en 8

Welbevindentherapie: toepassingsvormen, doelgroepen en effecten.

sessies, 8 en 10 sessies, 4 en 8 sessies en 8 en 12 sessies. Ook de duur van de sessies van WBT liep uiteen met 3 onderzoeken van 30 minuten, 2 onderzoeken van 40 minuten, de meerderheid, namelijk 7 onderzoeken van 45 minuten, 2 onderzoeken van 50 minuten, 3 onderzoeken van 1 uur, 1 onderzoek van 90 minuten en 3 onderzoeken van 2 uur. Ook waren er 3 onderzoeken waarbij de duur per sessie kon verschillen tussen de 45 en 60 minuten en 30 en 50 minuten.

Met betrekking tot de methoden en technieken die zijn toegepast, bleek er wel veel overeenstemming te zijn. Er werden verschillende psychotherapeutische strategieën toegepast voor het verbeteren van welzijn. WBT was voornamelijk gebaseerd op de techniek van zelfobservatie. Het bestond uit het bijhouden van een gestructureerd dagboek en identificeren van momenten van welzijn in situationele context, gedachten en overtuigingen die tot vroegtijdige onderbreking van het welzijn leiden. Er werden strategieën toegepast om irrationele overtuigingen en automatische gedachten te corrigeren door deze uit te dagen wat leidde tot cognitieve herstructurering. Verder bestond het uit technieken gericht op het versterken van gedragsactiviteiten, zoals plezierige taken en blootstelling aan gevreesde situaties die door de patiënt werden vermeden. Er werd gewerkt met huiswerkopdrachten. Ook werden er 4 onderzoeken gevonden waarin werd gewerkt met andere soort technieken gericht op een specifieke doelgroep. Hierbij werd er als aanvulling op de bovenstaande toepassingsvormen gericht op het identificeren, herkennen, en uitdrukken van verschillende emoties, leren van de relatie tussen emoties en gedrag, relatie tussen gedachten en emoties, versterken van teamwerk, erkennen van positieve persoonlijkheidseigenschappen, versterken van autonomie, positieve relaties met anderen, zelfacceptatie, doel in het leven, geluk en emotioneel welzijn. Dit vond plaats door middel ontspanningstechnieken, oefeningen, discussies, groeps- gesprekken en/of opdrachten, (rollen)spellen, huiswerkopdrachten, gedragsactiviteiten en dagboek.

Verder bleek dat de toepassingsvorm van WBT in Nederland verschildte in vergelijking met andere landen, zoals Italië. In andere landen was het protocol het zelfde zoals ontwikkeld door Fava. Er werden 7 onderzoeken gevonden waarin het aangepaste Nederlandse protocol van WBT was toegepast. De methode waarmee gewerkt werd, was WBT waarbij er gebruik werd gemaakt van het zelfhulpboek *'Dit is jouw leven'* (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2013; Meulenbeek, Christenhusz & Bohlmeijer, 2015). Dit zelfhulpboek bevatte uitgebreide psycho-educatie over de verschillende aspecten van psychologisch welbevinden en een groot aantal bewezen effectieve oefeningen om het positieve emotioneel, psychologisch en sociaal functioneren te versterken. Elke week werd er gewerkt aan één dimensie van Ryff (Ryff, 1989). Verder waren er oefeningen om vaardigheden te ontwikkelen voor het verhogen van zelfcompassie, procesgerichte coping en mindfulness-oefeningen (Meulenbeek, Christenhusz & Bohlmeijer, 2015; Stuiver, 2013; Post, 2011). Ook het aantal sessies verschildte in de Nederlandse versie. Er was gekozen voor 8 sessies, omdat dit beter paste in de Nederlandse GGZ. Deze WBT kon zowel individueel als in groepen worden uitgevoerd. In vergelijking met de originele vorm van WBT was *'Dit is jouw leven'* (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2013) meer gestructureerd. Ook was er meer ruimte voor emotioneel en sociaal welbevinden, naast psychologisch welbevinden en waren er elementen van mindfulness en een hoofdstuk over posttraumatische groei toegevoegd.

Ten slotte bleek dat WBT kon variëren in de manier waarop het werd toegepast. In de gevonden onderzoeken waren er drie manieren waarop WBT was toegepast, namelijk WBT samengaand met CGT (sequentiële combinatie), na CGT of een andere vorm van behandeling of afzonderlijk zonder een andere vorm van behandeling. De meeste, namelijk 12 onderzoeken werden uitgevoerd door toepassing van WBT na een afgeronde behandeling zonder voldoende effect, zoals CGT of een andere vorm van behandeling, zoals reguliere verwerkingsbehandeling. Verder waren 10 onderzoeken uitgevoerd in sequentiële combinatie van WBT en CGT. Dit hield in dat een patiënt in de behandeling zowel CGT als WBT kreeg. Ten slotte waren er 9 onderzoeken waarin WBT als enige vorm van behandeling werd toegepast zonder voorafgaand of samengaand met een andere vorm van behandeling.

Welbevindentherapie: toepassingsvormen, doelgroepen en effecten.

Samenvatting. Wanneer alle bovenstaande resultaten werden samengevat, kon gezegd worden dat er verschillende toepassingsvormen van WBT bestonden. De resultaten lieten zien dat WBT zowel individueel als in groepsverband werd toegepast. Verder bleek uit de onderzoeken dat het aantal sessies kon variëren tussen de 4 en 16 sessies, maar 8 sessies van WBT was het meest gangbare. De meeste onderzoeken lieten zien dat de duur van de sessies gemiddeld 45 minuten was. Bovendien bleek zelfobservatie een techniek te zijn die bij alle WBT werd toegepast door middel van een dagboek. In Nederland gold een uitzondering voor de toepassingsvorm van WBT. Deze werd uitgevoerd in een aangepaste vorm waarbij gewerkt werd met het hulpboek *'Dit is jouw leven'* en verschillende toegevoegde oefeningen. Ten slotte werd gevonden dat WBT het meest was toegepast na een behandeling met CGT of een andere vorm van behandeling zonder voldoende effect waardoor ervoor was gekozen om WBT toe te voegen.

Welbevindenterapie: toepassingsvormen, doelgroepen en effecten.

Tabel 4

Toepassingsvormen van WBT

<i>Auteur</i>	<i>Doel</i>	<i>Werkwijze</i>
Albieri et al. (2009)	Een gewijzigde vorm van WBT toepassen bij kinderen in klinische setting.	Individuele WBT van 8 wekelijkse sessies van 1 uur. Het bestond uit een dagboek, (rollen)spellen, oefeningen, huiswerkopdrachten en gedragsactiviteiten.
Belaise, Fava & Marks (2005)	WBT bij de behandeling van PTSS toepassen.	Individuele WBT met dagboek. Patiënt 1 ontving 4 sessies gedurende 8 weken en patiënt 2 kreeg 8 tweewekelijkse sessies.
Belaise, Gatti, Chouinard & Chouinard (2014)	CGT gecombineerd met WBT toepassen na stopzetting van antidepressiva en persistente ontweningsverschijnselen.	Individuele WBT van 6 tot 16 wekelijkse sessies van 1 uur met psycho-educatie, dagboek, oefeningen en huiswerk.
Bohlmeijer, Christenhusz, Huning & Meulenbeek (2017)	Toepassing van WBT als aanvulling op de reguliere behandeling bij een casus.	Individuele WBT van 8 tweewekelijkse sessies van 45 minuten. Het bestond een dagboek en er werd gewerkt met het hulpboek 'Dit is jouw leven' en huiswerkopdrachten.
Cosci (2015)	Toepassing van WBT bij een patiënt waarbij exposuretherapie, medicatie en CGT onvoldoende effect hadden.	Individuele WBT van 6 sessies met een dagboek en opdrachten.
Fava et al. (1998a)	Toepassing van WBT vergelijken met CGT.	Individuele WBT van 8 tweewekelijkse sessies van 40 minuten. WBT bestond uit een dagboek, oefeningen, beheersings- en plezier taken en blootstelling aan gevreesde situaties.
Fava (1998b)	Toepassing van WBT samen met CGT en leefstijlmodificatie in vergelijking met KM.	Individuele WBT van 10 tweewekelijkse sessies van 30 minuten. WBT bestond uit opdrachten en gedragsactiviteiten.
Fava et al. (2004)	CGT in sequentiële combinatie met WBT en leefstijlmodificatie in vergelijking met KM.	Individuele WBT van 10 tweewekelijkse sessies van 30 minuten.
Fava et al. (2005)	Toepassing van CGT in vergelijking met het sequentiële gebruik van CGT gevolgd door WBT.	Individuele WBT van 8 tweewekelijkse sessies van 40 minuten. Het bestond uit een dagboek, oefeningen en beheersings- en plezierige taken en blootstelling aan gevreesde situaties.
Fava et al. (2011)	Sequentiële combinatie van CGT en WBT in vergelijking met KM.	Individuele WBT van 10 tweewekelijkse sessies van 45 minuten. Het bestond uit een dagboek en opdrachten.
Fava, Ruini, Rafanelli & Grandi (2002)	Sequentiële vorm van CGT, WBT en leefstijlmodificatie in vergelijking met dosisverhoging van medicatie bij verlies van klinisch effect van langdurige antidepressiva.	Individuele WBT van 6 wekelijkse sessies van 30 minuten.
Harms (2016)	WBT toepassen in vergelijking met TAU.	Individuele WBT van 6 sessies van 45 minuten in 12 weken. Het bestond uit 'Dit is jouw leven', dagboek, (mindfulness-)oefeningen en huiswerkopdrachten.
Kennard et al. (2014)	Sequentiële behandeling van medicatie, CGT en WBT vergelijken met medicatie.	Individuele WBT en gezinscomponenten. Sessies duurden meestal 1 uur.
Leeftang (2016)	Toepassing van WBT ten opzichte van TAU.	Individuele WBT van 6 sessies bestond uit het hulpboek 'Dit is jouw leven' met oefeningen en huiswerkopdrachten.
Meulenbeek, Christenhusz & Bohlmeijer (2015)	Een aanpaste WBT in Nederland toepassen in 2 casusverslagen.	Nederlandse WBT bestond uit 5 tot 8 tweewekelijkse individuele sessies van 45 minuten met psycho-educatie, oefeningen en huiswerkopdrachten.

Welbevindenterapie: toepassingsvormen, doelgroepen en effecten.

<i>Auteur</i>	<i>Doel</i>	<i>Werkwijze</i>
Moeenizadeh & Kumar (2010)	Toepassing van WBT in vergelijking met CGT.	Individuele WBT van 8 sessies van 45 minuten. Het bestond uit een dagboek opdrachten en gedragsactiviteiten.
Moeenizadeh & Salagame (2010)	Toepassing van WBT in vergelijking met CGT.	Individuele WBT van 8 sessies van 45 tot 60 minuten in een periode van 8 weken. Het bestond uit een dagboek en opdrachten.
Moeenizadeh & Zarif (2017)	Toepassing van WBT.	WBT in groepsverband met 8 tot 10 sessies van 45 tot 60 minuten gedurende 8 weken. Het bestond uit een dagboek en opdrachten.
Post (2011)	Toepassing van een aangepaste WBT.	Individuele WBT van 4 tot 8 sessies van ongeveer 45 minuten. Het bestond uit een dagboek, (huiswerk)opdrachten en mindfulness-oefeningen.
Ruini et al. (2006)	Een op school gebaseerde interventieprotocol afgeleid van WBT toepassen in vergelijking met CGT bij scholieren.	WBT in groepsverband van 4 tweewekelijkse sessies van 2 uur. Het bestond uit een dagboek, (rollen)spellen en groeps gesprekken.
Ruini et al. (2009)	Een WBT schoolinterventieprotocol in vergelijking met een aandacht-placebo-interventie bij middelbare scholieren.	WBT in groepsverband van 6 wekelijkse sessies van 2 uur. Het bestond uit een dagboek, ontspanningstechnieken, (groeps-)opdrachten, rollenspellen, groepsdiscussies en spelletjes.
Pirnia, Rezaei, Rahimian & Soleimani (2016)	Toepassing van WBT.	Individuele WBT van 12 wekelijkse sessies van 50 minuten. Het bestond uit opdrachten en dagboek.
Ruini & Fava (2008)	Toepassen WBT als een terugval-preventieve strategie.	<i>In het artikel blijken geen resultaten wat betreft toepassingsvormen.</i>
Ruini & Fava (2009)	Toepassing van WBT bij een patiënt die is behandeld met CGT zonder voldoende effect.	Individuele WBT van 6 sessies met een dagboek en opdrachten.
Sperry (2013)	Toepassing van WBT bij een casus.	Individuele WBT van 8 sessies die bestond uit een dagboek, opdrachten en huiswerk.
Stangier et al. (2013)	Toepassen van CGT, WBT en minfulness in vergelijking met manuele psycho-educatie.	Individuele WBT gecombineerd met CGT van 16 sessies van 50 minuten in een periode van 8 maanden. Het bestond uit mindfulness meditatie-oefeningen, gedragsactiviteiten, gedragsexperimenten en oefeningen.
Stuiver (2013)	Groepsgerichte WBT toepassen bij patiënten die de reguliere behandeling hebben afgerond.	WBT in groepsverband van 9 wekelijkse sessies van 90 minuten met groepsoefeningen en huiswerkopdrachten.
Tomba et al. (2010)	Toepassing van WBT in vergelijking met AM in schoolsetting.	WBT in groepsverband van 6 wekelijkse sessies van 2 uur. WBT bestond uit oefeningen, groeps-spellen en discussies, huiswerkopdrachten en dagboek.
Tomba et al. (2016)	Sequentiële combinatie van CGT en WBT in vergelijking met KM.	Individuele WBT van 8 tot 12 wekelijkse of tweewekelijkse sessies van 30 tot 50 minuten. Het bestond uit een dagboek, oefeningen en huiswerkopdrachten.
Tomba & Tecuta (2016)	Toepassing van WBT bij een casus.	Individuele WBT van 8 wekelijkse sessies van 45 minuten. Het bestond uit een dagboek, huiswerkopdrachten en gedragsactiviteiten.
Valckx (2014)	Toepassing van WBT na of tijdens een andere behandeling.	Individuele WBT volgens de methode 'Dit is jouw leven' met een zelfhulpboek. Het bestond uit informatie en opdrachten en mindfulness-oefeningen.

Afkortingen. AM, Anxiety Management; CGT, Cognitieve Gedragstherapie; GAS, Gegeneraliseerd Angststoornis; KM, Klinisch management; PTSS, Posttraumatische stress-stoornis; TAU, Treatment as usual; WBT, Welbevindenterapie.

3.4 Doelgroepen

De tweede onderzoeksvraag was: 'Bij welke doelgroepen is WBT tot nu toe toegepast?'. Om deze vraag te beantwoorden, werden 31 artikelen gevonden. Zie tabel 5 voor een overzicht van de doelgroepen waarbij WBT is toegepast en de daaraan gerelateerde artikelen.

Uit het literatuuronderzoek kwam naar voren dat de gevonden artikelen in verschillende groepen verdeeld konden worden. De resultaten lieten zien dat er verschillende doelgroepen waren die hebben deelgenomen aan WBT. Ten eerste werd gevonden dat er grote variëteit bestond in de psychische stoornissen die patiënten ondervonden. De meerderheid, namelijk 13 onderzoeken bestond uit patiënten met een depressieve stemmingsstoornis. In deze groep kon er onderscheid worden gemaakt tussen eenmalige en recidiverende depressie. Het onderzoek van Moenizadeh & Zarif (2017) liet zien dat WBT werd toegepast bij onvruchtbare vrouwen die depressie hadden ontwikkeld. Verder waren er 4 onderzoeken gevonden van WBT bij patiënten met PTSS, 4 onderzoeken met GAS en 3 onderzoeken met paniekstoornis. Hierbij kon er een onderscheid worden gemaakt in een paniekstoornis met of zonder agorafobie. Daarnaast waren er 2 onderzoeken gevonden met patiënten met cyclothyme stoornis, dysthyme stoornis en OCS. Ook was er 1 onderzoek met patiënten met middelenafhankelijkheid, anorexia nervosa, ODD, ADHD en sociale fobie. Er waren 2 onderzoeken waarvan de patiënten een angst- en stemmingsstoornis hadden zonder specificatie in een bepaalde diagnose. Als laatst kon worden opgemerkt dat er 3 onderzoeken van WBT werden gevonden waaraan scholieren deelnamen zonder een psychische stoornis.

Ook werd gevonden dat WBT was toegepast in verschillende landen en hiermee bij doelgroepen van verschillende etniciteit. Een meerderheid, namelijk 17 onderzoeken werden uitgevoerd in Italië. Verder werden er 7 in Nederland, 4 in Iran, 2 in Amerika en 1 in Duitsland uitgevoerd.

Ten slotte werd gevonden dat de doelgroep van de onderzoeken bestond uit verschillende leeftijden. Er werd 1 onderzoek gevonden met kinderen van 8 tot 11 jaar met een gemiddelde leeftijd van 9,5 jaar. Ook werden er 4 onderzoeken gevonden waarvan de doelgroep bestond uit jongeren met een gemiddelde leeftijd van 13,8 jaar en scholieren met een gemiddelde leeftijd van 11,4 jaar, 13 jaar en 14,4 jaar. Verder was er bij meerdere onderzoeken sprake van een doelgroep tussen de 20 en 30 jaar, zoals een onderzoek waarbij de gemiddelde leeftijd 24,37 jaar was. De meerderheid van de onderzoeken was uitgevoerd bij een doelgroep van volwassenen tussen 30 en 45 jaar. Deze onderzoeken hadden een doelgroep met een gemiddelde leeftijd van 31,3 jaar, 37,1 jaar, 41 jaar, 43,7 jaar, 44,3 jaar en 45,1 jaar. Als laatst werd er een onderzoek gevonden met een patiënt van 64 jaar.

Samenvatting. Wanneer alle bovenstaande resultaten werden samengevat, kon gezegd worden dat WBT bij sterk uiteenlopende doelgroepen, zowel in klinische als niet-klinische settings is toegepast. Allereerst bleek dat WBT bij een verscheidenheid aan psychische stoornissen, volgens de DSM, is toegepast. Verder werd gevonden dat de doelgroep van WBT afkomstig was uit 5 verschillende landen. Het was opvallend dat WBT tot nu toe voornamelijk in Italië is uitgevoerd, maar ook in Nederland waren er meer dan andere landen onderzoeken gedaan. Ten slotte lieten de resultaten zien dat WBT bij een brede leeftijdsdoelgroep was toegepast, namelijk van 8 tot en met 64 jaar.

Tabel 5

Doelgroepen van WBT

<i>Auteur</i>	<i>Doel</i>	<i>Steekproef</i>
Albieri et al. (2009)	Onderzoeken van het effect van een gewijzigde vorm van WBT bij kinderen in klinische setting.	N= 4 jongens met angst-, stemmings-en gedragsproblemen van 8 tot 11 jaar (gemiddelde leeftijd van 9,50) met verschillende diagnoses: 1 met ODD, 1 met ADHD, 1 met depressieve stoornis en 1 met GAS. Het kind met GAS had comorbiditeit met een leerstoornis (dyslexie).
Belaise, Fava & Marks (2005)	Het effect van WBT bij de behandeling van PTSS onderzoeken.	N = 3 patiënten met PTSS waarvan patiënt 1 (vrouw van 19 jaar) graduele exposuretherapie ontving, patiënt 2 (man van 58 jaar) en patiënt 3 (vrouw van 28 jaar) ontvingen WBT.
Belaise, Gatti, Chouinard & Chouinard (2014)	Het effect van CGT en WBT na stopzetting van antidepressiva (paraxotine) en persistente ontwenningsverschijnselen onderzoeken.	N = 3 man met depressieve stoornis (45 jaar) en 2 patiënten, waarvan 1 man en 1 vrouw (32 en 43 jaar) met paniekstoornis met agorafobie.
Bohlmeijer, Christenhusz, Huning & Meulenbeek (2017)	Beschrijving van een casus waarbij WBT is geïntroduceerd als aanvulling op de reguliere behandeling.	N = 1 Patiënt is een 35 jarige vrouw met een eenmalige depressieve stoornis.
Cosci (2015)	Onderzoeken van het effect van WBT bij een patiënt met paniekstoornis en agorafobie die niet reageerde op exposuretherapie, medicatie en CGT.	N = 1 Patiënt is een 64 jarige vrouw met paniekstoornis.
Fava et al. (1998a)	Het effect van WBT vergelijken met CGT bij patiënten met affectieve stoornissen.	N= 20 patiënten met affectieve stoornis. WBT bestond uit 4 mannen en 6 vrouwen (gemiddelde leeftijd 31,3) met depressieve stoornis (2), paniekstoornis met agorafobie (4), sociale fobie (2), gegeneraliseerde angststoornis (1) en OCS (1).
Fava et al. (1998b)	Het effect van CGT met leefstijlmodificatie en WBT vergelijken met KM bij patiënten met recidiverende depressie.	N= 40 patiënten met recidiverende depressie. CGT-WBT groep bestond uit 9 mannen en 11 vrouwen (gemiddelde leeftijd 45,1).
Fava et al. (2004)	Onderzoeken van een 6-jarige follow-up van CGT met WBT in vergelijking met KM.	N = 40 patiënten met recidiverende ernstige depressie die met succes met antidepressiva werden behandeld.
Fava et al. (2005)	Vergelijken van het effect van CGT met het sequentiële gebruik van CGT gevolgd door WBT.	N = 20 patiënten met GAS. CGT-WBT groep bestond uit 3 mannen en 7 vrouwen (gemiddelde leeftijd 43,7).
Fava et al. (2011)	Onderzoeken van het effect van de sequentiële combinatie van CGT en WBT in vergelijking met KM bij cyclothyme stoornis.	N = 62 patiënten met cyclothyme stoornis waarvan 15 mannen en 16 vrouwen in de CGT-WBT groep (gemiddelde leeftijd 37,1).
Fava, Ruini, Rafanelli & Grandi (2002)	Het effect van CGT onderzoeken bij verlies van klinisch effect van langdurige antidepressiva bij recidiverende ernstige depressie en te vergelijken met dosisverhoging.	N = 10 patiënten, waarvan 4 mannen en 6 vrouwen (gemiddelde leeftijd 44,3) met recidiverende depressie die terugvielen tijdens het gebruik van antidepressiva.
Harms (2016)	Onderzoeken van het effect van WBT bij PTSS op lange termijn in vergelijking met TAU.	N = 19 patiënten met PTSS, waarvan 11 in de WBT-groep (gemiddelde leeftijd 41).
Kennard et al. (2014)	Het effect van een sequentiële behandeling van medicatie en CGT vergelijken met medicatie op terugval bij jongeren met depressieve stoornis.	N = 114 waarvan 75 in de CGT-WBT en medicatie groep. Patiënten waren jongeren van 8 tot en met 17 jaar (gemiddelde leeftijd 13,8) met een depressieve stoornis.
Leeflang (2016)	Om het effect van WBT ten opzichte van de TAU te onderzoeken tijdens de rehabilitatiefase in de behandeling van patiënten met PTSS.	N = 28 patiënten die een effectieve behandeling voor PTSS hebben afgerond. WBT bestond uit 14 patiënten waarvan 7 mannen en 7 vrouwen.

Welbevindenterapie: toepassingsvormen, doelgroepen en effecten.

<i>Auteur</i>	<i>Doel</i>	<i>Steekproef</i>
Meulenbeek, Christenhusz & Bohlmeijer (2015)	Presentatie van een aanpaste WBT in Nederland door middel van 2 casusverslagen.	N = 2 Een 42-jarige man met terugkerende depressie en een 28-jarige vrouw met dysthyme stoornis.
Moeenizadeh & Kumar (2010)	Om het effect van WBT in vergelijking met CGT te onderzoeken.	N = 40 patiënten (20 mannen en 20 vrouwen) met dysthyme stoornis in de leeftijd 20 tot 40 jaar (gemiddelde leeftijd 24,37).
Moeenizadeh & Salagame (2010)	Het effect van CGT en WBT onderzoeken.	N = 40 patiënten (20 mannen en 20 vrouwen) met ernstige depressieve stoornis.
Moeenizadeh & Zarif (2017)	Het effect van WBT voor depressie onderzoeken bij onvruchtbare vrouwen.	N = 22 onvruchtbare vrouwen (van 20 t/m 40 jaar) met depressie.
Pirnia, Rezaei, Rahimian & Soleimani (2016)	Het effect van WBT bij mannelijke middelenaafhankelijke verslaafden onderzoeken.	N = 6 mannen met vergelijkbare opleidingsachtergrond, leeftijd, sociale klasse, duur van methamfetamine afhankelijkheid.
Post (2011)	De ervaring met de implementatie van de aangepaste WBT onderzoeken.	N = 3 patiënten tussen de 28 en 44 jaar waarvan één man met angst- en stemmingsstoornis.
Ruini et al. (2006)	Het effect van een op school gebaseerde interventieprotocol afgeleid van WBT onderzoeken in vergelijking met CGT.	N = 111 scholieren uit 6 klassen. WBT bestond uit 27 scholieren waarvan 31 jongens en 26 meisjes (gemiddelde leeftijd 13).
Ruini et al. (2009)	Onderzoek naar het effect van een WBT schoolinterventieprotocol in vergelijking met een aandacht-placebo-interventie bij middelbare scholieren.	N = 227 van 9 klassen van 139 meisjes en 88 jongens (gemiddelde leeftijd 14,4). WBT bestond uit 5 klassen van 129 leerlingen waarvan 42 jongens en 87 meisjes.
Ruini & Fava (2008)	Om het effect van WBT te onderzoeken in de restfase van stemmings- en angststoornissen als een terugval-preventieve strategie.	N = 40 patiënten met recidiverende depressie, die succesvol waren behandeld met antidepressiva
Ruini & Fava (2009)	Het effect van WBT onderzoeken bij een patiënt met GAS die behandeld is met CGT.	N = 1 vrouw met GAS
Sperry (2013)	WBT wordt beschreven en geïllustreerd met een casus.	N = 1 patiënt van 27 jaar met OCS
Stangier et al. (2013)	Het effect van CGT, WBT en minfulness met manuele psycho-educatie vergelijken bij patiënten met residuele depressie.	N = 180 patiënten met depressieve stoornis in remissie.
Stuiver (2013)	Het effect van groepsgerichte WBT onderzoeken bij patiënten die de reguliere behandeling hebben afgerond.	N = 18 patiënten met depressieve en/of angstklachten in remissie met een gemiddelde leeftijd van 34 bij WBT.
Tomba et al. (2010)	Om het effect van WBT te onderzoeken in vergelijking met AM in schoolsetting.	N = 162 bij 8 klassen waarvan 94 meisjes en 68 jongens (gemiddelde leeftijd 11,41). WBT bestond uit 4 klassen van 82 scholieren waarvan 40 jongens en 42 meisjes (gemiddelde leeftijd 11,44).
Tomba et al. (2016)	Onderzoeken of demoralisatie gepaard gaat met psychologische behandelingsrespons bij patiënten met cyclothyme stoornis.	N = 62 patiënten waarvan 28 mannen en 34 vrouwen (gemiddelde leeftijd 39,66) met cyclothyme stoornis.
Tomba & Tecuta (2016)	Casus van de toepassing van WBT bij een patiënt met anorexia nervosa.	N = 1 vrouw van 23 jaar met anorexia nervosa.
Valckx (2014)	Onderzoeken van de subjectieve ervaring van patiënten die, na of tijdens behandeling van PTSS, WBT ontvingen.	N = 5 patiënten waarvan 4 vrouwen met PTSS. De leeftijd varieerde van 21 tot 51.

Afkortingen. ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder; AM, Anxiety Management; CGT, Cognitieve Gedragstherapie; GAS, Gegeneraliseerd Angststoornis; KM, Klinisch management; OCS, Obsessief-Compulsief Stoornis; ODD, agressieve gedragsstoornis (opstandig gedrag); PTSS, Posttraumatische stress-stoornis; TAU, Treatment as usual; WBT, Welbevindenterapie.

3.5 Effecten

De derde onderzoeksvraag was: ‘Wat zijn de effecten van WBT die tot nu toe blijken?’. Om deze vraag te beantwoorden, werden 31 artikelen gevonden. De effecten van WBT konden onderverdeeld worden in verschillende groepen van psychische stoornissen. Er werden 4 onderzoeken gevonden waarbij de diagnoses werden gecombineerd bij de patiëntengroep. Ook waren er 2 onderzoeken waarbij de patiëntengroep niet was gespecificeerd in een diagnose. De resultaten van beide soorten onderzoeken zijn hieronder onderverdeeld in een aparte paragraaf. Zie tabel 6 voor een overzicht van de effecten van WBT die tot nu toe blijken en de daaraan gerelateerde artikelen.

3.5.1 Depressieve stemmingsstoornis en dysthyme stoornis

Ten eerste is er in een casus van Bohlmeijer, Christenhusz, Huning & Meulenbeek (2017) een beschrijving gegeven van een patiënt met depressieve stoornis waarbij WBT is toegepast. De patiënt was erg enthousiast over het effect van WBT. Ook heeft de patiënt in het dagelijks leven geleerd om grenzen te respecteren, waardoor ze minder pijn en vermoeidheid ervaart en is positiever over zichzelf gaan denken. Met name het positieve dagboek, het leren ‘defuseren’ van gedachten en de compassievolle metgezeloefening was helpend geweest.

In een onderzoek van Fava et al. (1998b) was WBT een specifiek en innovatief onderdeel van CGT dat werd toegepast op recidiverende depressie en modificatie van levensstijl. Patiënten met recidiverende ernstige depressie, die succesvol waren behandeld met antidepressiva, werden behandeld met CGT, inclusief WBT, of Klinisch Management (KM). In beide groepen was het gebruik van antidepressiva verminderd en verdwenen. De groep die CGT-WBT ontving, had een significant lager niveau van restverschijnselen na stopzetting van medicatie in vergelijking met de KM-groep. Ook resulteerde CGT-WBT in een significant lagere terugvalpercentage (25%) bij een follow-up van 2 jaar dan KM (80%). Bij een follow-up van 6 jaar (Fava et al., 2004) bedroeg het terugvalpercentage 40% in de eerste groep en 90% in de laatste groep.

Fava et al. (2004) deden onderzoek naar een 6-jarige follow-up van CGT en WBT versus KM bij patiënten met recidiverende ernstige depressie die met succes met antidepressiva werden behandeld. Korte-termijnbehandeling met CGT na succesvolle behandeling met antidepressiva had een substantieel effect op de snelheid van terugval na stopzetting van antidepressiva. Patiënten die een behandeling met CGT ontvingen, lieten een significant lagere terugvalpercentage (40%) zien na follow-up van 6 jaar dan de patiënten bij KM (90%).

Ook werd de terugkeer van depressieve symptomen tijdens onderhoudsbehandeling met antidepressiva onderzocht door Fava, Ruini, Rafanelli en Grandi (2002). Patiënten met recidiverende depressie die terugvielen tijdens het gebruik van antidepressiva ontvingen dosisverhoging of een sequentiële combinatie van CGT en WBT. De resultaten toonden aan dat 4 van de 5 patiënten reageerden op een grotere dosis, maar na een follow-up van 1 jaar met dezelfde dosis terugvielen. Ook bleek dat 4 patiënten goede resultaten behielden na psychotherapie en slechts 1 recidiveerde.

Verder hadden Kennard et al. (2014) het effect van een sequentiële behandelingsstrategie van medicatie, namelijk fluoxetine en terugvalpreventie CGT op remissie en terugval onderzocht bij jongeren met een depressieve stoornis. De CGT was gemodificeerd om resterende symptomen aan te pakken en werd aangevuld met WBT. Het bleek dat de groep met medicatiebeheer en CGT een significant lager risico had op terugval dan de groep met alleen medicatie. De geschatte kans op terugval in week 30 was lager met medicatiebeheer en CGT dan met alleen medicatiebeheer (9% vergeleken met 26,5%).

Door Meulenbeek, Christenhusz & Bohlmeijer (2015) was een presentatie gegeven van een aangepaste WBT in Nederland door middel van 2 casusverslagen bij 1 patiënt met depressieve stoornis en 1 met dysthymie. Het effect was dat patiënt 1 zich aan het einde van de behandeling zelfstandig, volledig hersteld en actiever voelde. Patiënt 2 heeft WBT als positief geëvalueerd,

depressieve perioden waren verdwenen, sociale relaties verbeterden en ze werd gelukkiger met haar lichaam. Bij beide patiënten bleven de resultaten gehandhaafd na 6 maanden follow-up.

In de studie van Moeenizadeh en Kumar (2010) werd de effectiviteit van WBT voor de behandeling van dysthyme stoornis onderzocht in vergelijking met CGT. Er werd een significant verschil getoond tussen de scores voor en na de behandeling waarbij WBT effectiever is gebleken in vergelijking met CGT. In 4 van de 6 dimensies van het psychologisch welbevinden hadden de patiënten die werden behandeld met WBT een significante toename in welbevinden laten zien. Het verbeteren van welbevinden had geleid tot een aanzienlijke vermindering van depressieve symptomen.

Verder werd de effectiviteit van CGT en WBT onderzocht voor de behandeling van patiënten die aan depressie lijden (Moeenizadeh & Salagame, 2010). Uit de bevindingen bleek dat alle patiënten significante effecten hadden ondervonden. Echter bleek een grotere symptoomreductie bij WBT in vergelijking met de CGT-groep. Dit suggereert dat WBT niet alleen het welzijn verbetert, maar ook depressieve symptomen aanzienlijk kan verminderen.

In een recent onderzoek van Moeenizadeh en Zarif (2017) werd de effectiviteit van WBT bij depressie van onvruchtbare vrouwen onderzocht. De resultaten toonden een significant verschil met betrekking tot de symptomen van depressie bij de experimentele groep in vergelijking met controlegroep.

Bovendien werd WBT in de restfase van recidiverende depressie onderzocht als strategie voor terugval-preventie (Ruini & Fava, 2008). CGT en WBT resulteerde in een significant lagere terugvalpercentage (40%) na 6 jaar follow-up dan KM (90%). Wanneer meerdere recidieven werden overwogen, had de CGT-WBT groep een significant lager aantal terugvallen in vergelijking met de KM-groep.

Ten slotte onderzochten Stangier et al. (2013) het effect van CGT, WBT en mindfulness in vergelijking met manuele psycho-educatie bij patiënten met residuele depressie. Uit de resultaten bleek dat onderhouds-CGT effectief was om terugval te voorkomen door het risico te verlagen bij patiënten die meerdere depressieve episodes hebben doorgemaakt. CGT had alleen significante effecten op de preventie van terugval of recidief bij patiënten met een hoog risico op recidief van depressie. Voor patiënten met een gematigd risico op terugval (minder dan 5 episodes) was psycho-educatie even effectief.

3.5.2 Posttraumatische stressstoornis

Ten eerste werd de toepassing van WBT voor de behandeling van PTSS vermeld in twee casussen (Belaise, Fava & Marks, 2005) waarin patiënten verbeterden met WBT. Er bleek sprake te zijn van volledige remissie en toegenomen psychologisch welbevinden. Deze resultaten bleven bij patiënt 1 na 4 jaar en bij de ander na 3 jaar follow-up gehandhaafd.

Ten tweede werd in het onderzoek van Harms (2016) het effect van WBT bij PTSS op lange termijn onderzocht in vergelijking met TAU. De resultaten toonden geen significant verschil in de behandeling aan, maar liet in beide condities van zowel WBT als TAU een significante verhoging zien van de dimensie emotioneel welbevinden. Daarnaast bleek dat de mate van welbevinden tijdens de meetmomenten niet significant veranderde. In de analyses was er een sterke correlatie tussen welbevinden en PTSS klachten naar voren gekomen. Hieruit bleek dat veel PTSS klachten een laag emotioneel welbevinden voorspellen en andersom. In dit onderzoek bleek dat WBT net zo geschikt was voor de rehabilitatiefase van patiënten met PTSS als TAU.

Ten derde werd door Leeftang (2016) onderzocht wat de effectiviteit van WBT was ten opzichte van TAU en de elementen welbevinden, zelfcompassie en posttraumatische groei werden onderzocht tijdens de rehabilitatiefase in de behandeling van patiënten met PTSS. Er werd een sterk negatieve relatie gevonden tussen psychopathologie en welbevinden. Ook bleek dat zowel het welbevinden als de zelfcompassie significant toenam gedurende de rehabilitatiefase.

Ten vierde werden in het onderzoek van Valckx (2014) subjectieve ervaringen van 5 patiënten met WBT, na of tijdens behandeling van PTSS, nagegaan. De patiënten waren overwegend positief waarvan 1 patiënt overwegend positief en 1 uitgesproken negatief. Op basis van de resultaten bleek dat de 5 patiënten de therapie elk zeer verschillend hebben ervaren. De meeste deelnemers omschreven hun ervaringen met de therapie in termen van wat zij aan de cursus hebben gehad, de waargenomen nut en het effect. Ook hierin waren de meeste deelnemers positief, zij gaven aan dat zij baat hebben gehad bij de cursus. Patiënten hadden elk andere thema's aangegeven die voor hen het meest belangrijk waren in WBT.

3.5.3 Gegeneraliseerde angststoornis

In een onderzoek van Fava et al. (2005) werd WBT toegepast voor de behandeling van GAS. CGT werd vergeleken met de sequentiële toediening van 4 sessies CGT gevolgd door 4 sessies WBT. Beide behandelingen waren geassocieerd met een significante vermindering van angst. Echter, significante voordelen van de sequentiële combinatie van WBT-CGT ten opzichte van CGT werden waargenomen, zowel in termen van symptoomvermindering als verbetering van het psychologisch welbevinden na 1 jaar follow-up.

In een tweede onderzoek werd het effect van WBT onderzocht met een klinische casus van een patiënt met GAS (Ruini & Fava, 2009). Deze klinische casus liet zien dat angststoornissen met succes kan worden behandeld met een sequentiële behandeling van standaard CGT, gevolgd door WBT.

3.5.4 Paniekstoornis

In het onderzoek van Cosci (2015) werd er onderzoek gedaan naar het effect van WBT bij een patiënt met paniekstoornis met agorafobie. De patiënt was na 6 sessies WBT in staat om onderbrekingen van het welbevinden te volgen en activiteiten te ondernemen die in overeenstemming waren met haar persoonlijke capaciteiten en vermogens. Ook beschreef ze een doel in het leven.

3.5.5 Cyclothyme stoornis

Ten eerste werd WBT toegepast in een sequentiële combinatie met CGT voor de behandeling van cyclothyme stoornis in vergelijking met klinisch management (KM) (Fava et al., 2011). Na de behandeling werden significante verschillen gevonden in beide groepen, maar met grote verbeteringen na behandeling in de CGT-WBT-groep in vergelijking met de KM-groep. Met name de scores van patiënten in de manie-schalen waren na WBT afgenomen. Ook werd het niveau van functioneren meer gebalanceerd. Therapeutische voordelen werden behouden bij follow-ups van 1 tot 2 jaar. De resultaten van dit onderzoek lieten zien dat een sequentiële combinatie van CBT en WBT, die zowel stemmingswisselingen als comorbide angst aanpakt, significante en aanhoudende voordelen voor minstens 2 jaar in de cyclothyme stoornis oplevert.

In de studie van Tomba et al. (2016) werd onderzocht of demoralisatie gepaard ging met psychologische behandelingsrespons bij patiënten met cyclothyme stoornis. CGT en WBT werden vergeleken met KM. Uit de resultaten bleek dat bij CGT-WBT demoralisatie geen rol leek te spelen in de respons op de behandeling. Er werd gesuggereerd dat psychotherapeutische elementen, zoals het bieden van aanmoediging, hoop en verwachtingen van verbetering positief effect heeft op gedemoraliseerde patiënten.

Welbevindentherapie: toepassingsvormen, doelgroepen en effecten.

3.5.6 Obsessief-compulsieve stoornis

Sperry (2013) beschreef een casus waarbij WBT werd toegepast bij een patiënt met OCS. Deze gevalstudie illustreerde het gebruik van WBT niet alleen voor het behandelen van symptomen van OCS, maar ook voor positieve groei in een relatief kort tijdsbestek. Het resultaat was dat patiënt verbeterde in alle 6 dimensies van Ryff. Bij 1 jarige follow-up bleven de resultaten gehandhaafd.

3.5.7 Middelenafhankelijkheid

Ook werd er door Pirnia, Razaei, Rahimian en Soleimani (2016) een onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van WBT in de geestelijke gezondheid, psychopathologie en geluk bij mannelijke middelenafhankelijke (Methamphetamine) verslaafden. De resultaten toonden aan dat WBT een significant effect heeft op de verbetering van gezondheid, psychopathologie en geluk.

3.5.8 Anorexia nervosa

Tomba & Tecuta (2016) hadden met een gevalstudie de toepassing van WBT bij een patiënt met anorexia nervosa geïllustreerd. De resultaten toonden aan dat de patiënt meer gemotiveerd werd voor herstel, leerde positieve ervaringen tolereren en negatieve gedachten beheeren. Ook symptomen van depressie, prikkelbaarheid en reactiviteit van het milieu verbeterden. Deze resultaten bleven behouden na 6 maanden follow-up.

3.5.9 Angst- en stemmingsstoornis

In het onderzoek van Stuijver (2013) werd onderzocht of een groepsgerichte WBT het welbevinden kon vergroten en het klachtenniveau verder kon verminderen bij patiënten met angst- en stemmingsklachten. Ook is de tevredenheid en ervaringen van patiënten met WBT onderzocht. De resultaten toonden aan dat de groepsgerichte WBT de positieve geestelijke gezondheid, psychologisch- en sociaal welbevinden kon laten toenemen bij patiënten die depressieve en/of angstklachten in remissie ervaren. Patiënten waren zeer tevreden met de groepsgerichte WBT. De overgang van klacht- naar krachtgericht behandeling werd als soepel ervaren en de meeste oefeningen werden als waardevol beschouwd. Cliënten ervaarden een toename van het psychologisch welbevinden, maar geen verdere afname van hun klachten. De groepsvorm werd door patiënten van de interventiegroep als toegevoegde waarde beschouwd om de positieve geestelijke gezondheid verder te vergroten.

3.5.10 Persistente ontwenningverschijnselen

In de studie van Belaise, Gatti, Chouinard & Chouinard (2014) werd er onderzoek gedaan naar het effect van CGT en WBT na stopzetting van antidepressiva, namelijk paroxetine en aanhoudende ontwenningverschijnselen. De eerste patiënt vertoonde na 3 maanden verbetering van symptomen en ontwenningverschijnselen zonder gebruik van medicatie. De tweede patiënt vertoonde na 5 maanden verbetering van symptomen en vermindering van medicatie. De derde patiënt vertoonde na 3 maanden vermindering van symptomen. De resultaten bleven na 1 jaar follow-up gehandhaafd.

3.5.11 Affectieve stoornissen

Zoals in het begin van dit hoofdstuk is aangegeven, werden er onderzoeken gevonden met patiëntengroepen zonder een specifieke diagnose die vielen onder affectieve stoornissen. Ten eerste werd de effectiviteit van WBT in vergelijking met CGT in de residuele fase van affectieve stoornissen onderzocht bij patiënten met ernstige depressie, paniekstoornis met agorafobie, sociale fobie, GAS en OCS (Fava et al., 1998a). Zowel WBT als CGT werd geassocieerd met een significante vermindering van de resterende symptomen. Echter, bij vergelijking van de resterende symptomen van de twee groepen na de behandeling, werd er een significant voordeel van WBT ten opzichte van CGT

waargenomen. Ook ging WBT gepaard met een significante toename van het welzijn van PWB, met name in de dimensie van persoonlijke groei.

In de pilot casestudie van Post (2011) werd onderzocht in hoeverre de opzet en de implementatie van de aangepaste WBT aansloot binnen de Nederlandse GGZ en hoe dit werd ervaren door cliënten en therapeuten. Bij patiënt 1 was er bij aanvang sprake van een matige, eenmalige depressieve episode met een GAF-score (Gegenaliseerd Algemeen Functioneren) van 60. Bij afsluiting van WBT was de depressie volledig in remissie en was de GAF-score verhoogd naar 75. Bij de nameting had patiënt een terugval van klachten ondervonden. De patiënt scoorde zowel qua stemming, gespannenheid als welbevinden lager op de nameting in vergelijking met de voormeting en was over het algemeen tevreden met de therapie. Patiënt 2 had bij aanvang een dysthyme stoornis, problemen binnen de primaire steungroep en een GAF-score van 60. Deze diagnose was nadien in remissie. Patiënt was gegroeid op de dimensies 'Zelfacceptatie', 'Sociaal welbevinden' en 'Positieve relatie met anderen'. Wat betreft stemming, gespannenheid en welbevinden toonde patiënt een zichtbare vooruitgang en was over het algemeen tevreden met de therapie. Patiënt 3 had bij aanvang een depressieve stoornis, OCS en werkproblemen met een GAF-score van 50. Deze diagnose was nadien in remissie. De resultaten toonden aan dat patiënt over het algemeen vooruitgang had geboekt. De patiënt had zich ontwikkeld op de dimensies 'Persoonlijke groei' en 'Zelfacceptatie'. Wat betreft stemming en gespannenheid scoorde patiënt zowel op de voor- als nameting laag. Er kon geconcludeerd worden dat de patiënten en therapeuten uit deze pilot casestudie positief waren over de opzet en implementatie van deze nieuwe methode en invalshoek van WBT.

3.5.12 Kinderen met stemmings-, angst- en gedragsstoornis

Verder is er een onderzoek gevonden waarbij de diagnoses werden gecombineerd bij de patiëntengroep. Het standaardprotocol van WBT werd aangepast en toegepast op kinderen met stemmings-, angst- en gedragsstoornissen, met het doel om de effecten ervan te testen bij het verminderen van de symptomen en bij het verbeteren van nieuwe vaardigheden en competenties bij kinderen (Albieri et al., 2009). WBT bij kinderen was bij alle patiënten geassocieerd met een afname van de symptomatologie, met name angst en somatisatie en een verbetering van het psychologisch welbevinden. Bij 2 van de 4 patiënten was WBT ook geassocieerd met verbeteringen in de schoolprestaties.

3.5.13 WBT-schoolinterventie

In het onderzoek van Ruini et al. (2009) werd de WBT-schoolinterventie ook uitgebreid naar middelbare scholieren waarbij de klassen werden verdeeld in een protocol afgeleid van WBT of een aandacht-placeboprotocol. De WBT-schoolinterventie bleek effectief te zijn in het bevorderen van psychisch welbevinden, met bijzondere aandacht voor persoonlijke groei, in vergelijking met de aandacht-placebogroep. Verder bleek het ook effectief te zijn in afnemende distress, in het bijzonder angst en somatisatie. In deze studie werd het effect van het WBT-schoolprotocol bij afnemende angst gehandhaafd tijdens de follow-up, terwijl in de aandacht-placebogroep verbeteringen verdwenen.

Verder deden Ruini et al. (2006) onderzoek naar de effectiviteit van een op school gebaseerde interventieprotocol afgeleid van WBT onderzocht in vergelijking met CGT. Beide op school gebaseerde interventies hebben geleid tot een vergelijkbare verbetering van symptomen en psychologisch welzijn.

Ten slotte werd in het onderzoek Tomba et al. (2010) onderzoek gedaan naar de differentiële effecten van WBT en Anxiety Management (AM) in een niet-klinische schoolomgeving. De AM-interventie resulteerde in een significante afname van de SQ-angstsubschaal, terwijl WBT een significant positief effect liet zien bij het verbeteren van een van de welzijnsschalen van SQ,

Welbevindentherapie: toepassingsvormen, doelgroepen en effecten.

vriendelijkheid. Echter, er waren geen significante verschillen in de PWB-schalen. Dit geeft aan dat voor de gemiddelde student korte interventies met verschillende strategieën gelijkwaardige resultaten kunnen opleveren. Beide interventiestrategieën behielden effecten na 6 maanden follow-up.

Samenvatting. Samenvattend lieten de resultaten zien dat WBT is gebruikt in verschillende onderzoeken waarbij het werd toegepast op een verscheidenheid van psychische klachten en stoornissen. Het bleek dat WBT over het algemeen effect had bij het verminderen van psychische klachten en verhogen van welbevinden.

Tabel 6
Effecten van WBT

<i>Auteur</i>	<i>Doel en meetinstrumenten</i>	<i>Uitkomst</i>
Albieri et al. (2009)	Het effect van een gewijzigde vorm van WBT bij kinderen onderzoeken in een pilotstudie in klinische setting met de meetinstrumenten K-SADS-PL en Kellner's Global Rating Scale of Improvement.	WBT voor kinderen is effectief bij verminderen van symptomen, vooral angst en somatisatie en het verbeteren van psychologisch welbevinden. Bij 2 van de 4 kinderen is WBT geassocieerd met verbetering in schoolprestaties.
Belaise, Fava & Marks (2005)	In een casestudie het effect van WBT bij de behandeling van PTSS onderzoeken.	Patiënt 1 hervatte het normale leven en vertoonde verbetering van symptomen. De resultaten bleven gehandhaafd na 5 jaar follow-up. Patiënt 2 hervatte het leven en vertoonde vermindering van symptomen. Dit resultaat werd behouden na 4 jaar follow-up. Patiënt 3 vertoonde persoonlijke groei en beheersing van automatische gedachten. Volledige remissie werd voortgezet na follow-up van 3 jaar. De 3 patiënten toonden blijvende verbeteringen met WBT.
Belaise, Gatti, Chouinard & Chouinard (2014)	In een pilotstudie het effect van CGT en WBT na stopzetting van antidepressiva en persistente ontwenningsverschijnselen onderzoeken met de meetinstrumenten SCID-I, CID en DESS.	Patiënt 1 vertoonde na 3 maanden verbetering van symptomen en ontwenningsverschijnselen en bleef vrij van medicatie. Patiënt 2 vertoonde na 5 maanden verbetering van symptomen en vermindering van medicatie. Patiënt 3 vertoonde na 3 maanden vermindering van symptomen. De resultaten bleven na 1 jaar follow-up gehandhaafd.
Bohlmeijer, Christenhusz, Huning & Meulenbeek (2017)	Casestudie waarbij WBT is geïntroduceerd als aanvulling op de reguliere behandeling met PGGs als meetinstrument.	Patiënt heeft in het dagelijks leven geleerd om grenzen te respecteren, waardoor ze minder pijn en vermoeidheid ervaart en positiever over zichzelf is gaan denken. Met name het positieve dagboek, het leren 'defuseren' van gedachten en de compassievolle metgezels oefening is helpend geweest. Patiënt is erg enthousiast over het effect van WBT.
Cosci (2015)	Casestudie om het effect van WBT bij een patiënt met paniekstoornis en agorafobie te onderzoeken met PWB als meetinstrument.	De klinische casus suggereert dat patiënten die behandeld worden met CGT en die problemen hebben met het identificeren van automatische gedachten, WBT nuttig kan zijn.
Fava et al. (1998a)	In een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek het effect van WBT vergelijken met CGT bij patiënten met affectieve stoornissen met de meetinstrumenten CID, PWB en SQ.	Zowel WBT als CGT is geassocieerd met een significante vermindering van resterende symptomen. Echter, een significant voordeel van WBT ten opzichte van CGT werd gevonden.
Fava et al. (1998b)	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek om het effect van CGT met leefstijlmodificatie en WBT te vergelijken met KM bij patiënten met recidiverende depressie waarin CID als meetinstrument.	De CGT-groep heeft een significant lager niveau van resterende symptomen na stopzetting van de medicamenteuze behandeling in vergelijking met de KM-groep. Na 2 jaar follow-up resulteerde CGT ook in een lagere terugvalpercentage dan KM.
Fava et al. (2004)	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar een 6-jarige follow-up van CGT-WBT in vergelijking met KM met CID als meetinstrument.	Uit de resultaten blijkt dat behandeling met CGT resulteert in een significant lagere terugvalpreventie na 6 jaar follow-up dan bij KM.
Fava et al. (2005)	Gerandomiseerd onderzoek waarin het effect van CGT met het sequentiële gebruik van CGT gevolgd door WBT wordt vergeleken. Meetinstrumenten zijn CID, PWB en SQ.	De sequentiële combinatie van CGT-WBT levert ten opzichte van CGT een significant voordeel op bij vermindering van symptomen van angst als verbetering van welbevinden. De resultaten bleven gehandhaafd bij 1 jaar follow-up.
Fava et al. (2011)	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar het effect van de sequentiële combinatie van CGT-WBT in vergelijking met KM bij cyclothyme stoornis. Meetinstrumenten zijn CID en MAS.	Er zijn significante verschillen in beide groepen met grotere verbeteringen na CGT-WBT ten opzichte van KM. Therapeutische winsten werden gehandhaafd bij 1 en 2 jaar follow-up. Sequentiële combinatie van CGT en WBT, die zowel stemmings- wisselingen als angst aanpakt, blijkt significante en aanhoudende voordelen bij cyclothyme stoornis te behalen.

Welbevindentherapie: toepassingsvormen, doelgroepen en effecten.

<i>Auteur</i>	<i>Doel en meetinstrumenten</i>	<i>Uitkomst</i>
Fava, Ruini, Rafanelli & Grandi (2002)	In een pilotstudie het effect van CGT onderzoeken bij verlies van klinisch effect van langdurige antidepressiva bij recidiverende ernstige depressie en vergelijken met dosisverhoging. Meetinstrument is CID.	4 van de 5 patiënten reageerden op dosisverhoging en KM, maar vertoonden terugval na 1 jaar follow-up. 4 van de 5 patiënten reageerden op CGT en medicatie met slechts 1 terugval bij follow-up.
Harms (2016)	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar het effect van WBT bij PTSS op lange termijn in vergelijking met TAU. Meetinstrumenten zijn MHC-SF, SCS-SF, PTGI-DV en PTSS klachtenschaal.	Het blijkt dat WBT even geschikt is als TAU voor de rehabilitatiefase van PTSS. De inhoudelijke beredenering van de behandeling geeft WBT de voorkeur ten opzichte van TAU.
Kennard et al. (2014)	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar het effect van sequentiële behandeling van medicatie en CGT in vergelijking met medicatie op terugval bij jongeren met depressieve stoornis. Meetinstrumenten zijn CDRS-R en CGI-S.	Medicatiebehandeling en CGT heeft een significant lager risico op terugval dan de groep met alleen medicatie. Preventie met medicatie en CGT is effectief in het verminderen van het risico van terugval bij kinderen en adolescenten met een depressieve stoornis.
Leeftlang (2016)	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar het effect van WBT ten opzichte van de TAU tijdens de rehabilitatiefase in de behandeling van patiënten met PTSS met de meetinstrumenten PGGS, PTGI, SCS-SF en HADS.	Zowel WBT als TAU kunnen ingezet worden om welbevinden te bevorderen. Wel lijkt WBT effectiever dan TAU bij patiënten met een laag welbevinden voorafgaand aan de rehabilitatiefase.
Meulenbeek, Christenhusz & Bohlmeijer (2015)	Casestudie naar een aanpaste WBT in Nederland met PWB als meetinstrument.	Patiënt 1 voelde zich aan het eind van de behandeling meer zelfstandig, volledig hersteld en werd actiever. Dit resultaat bleef gehandhaafd na 6 maanden follow-up. Patiënt 2 heeft WBT positief geëvalueerd, er waren geen depressieve perioden meer en werd gelukkiger met haar lichaam. Ook kreeg ze nauwe vrienden. Dit resultaat bleef gehandhaafd na 6 maanden follow-up.
Moeenizadeh & Kumar (2010)	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar het effect van WBT in vergelijking met CGT met de meetinstrumenten PWB, BDI-II en Rorschach Inkbloot Test.	Het effect van WBT is vermindering van depressieve symptomen en verhoging van psychisch welzijn.
Moeenizadeh & Salagame (2010)	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar het effect van CGT en WBT met de meetinstrumenten PWB, BDI-II en Rorschach Inkbloot Test.	WBT vertoont een grotere symptoomreductie in vergelijking met CGT. Ook blijkt dat patiënten van WBT een verbetering hebben in nauwe relaties, optimisme, geluk, onschuld, succes en socialisatie dan CGT. Er blijkt een verhoging van welzijn en vermindering van symptomen bij de behandeling van depressie.
Moeenizadeh & Zarif (2017)	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar het effect van WBT voor depressie bij onvruchtbare vrouwen met de meetinstrumenten PWB en DASS-21.	WBT vertoont significante symptoomvermindering en verhoging van het welbevinden. Patiënten vertonen verbetering van hechte relaties, optimisme, geluk, onschuld, succes en socialisatie in vergelijking met de andere groep.
Pirnia, Rezaei, Rahimian & Soleimani (2016)	Quasi-experimenteel onderzoek naar het effect van WBT bij mannelijke middelenafhankelijke verslaafden met de meetinstrumenten OQ-45 en OHQ.	De resultaten tonen aan dat WBT een significant effect heeft op de verbetering van gezondheid, psychopathologie en geluk bij drugsafhankelijke patiënten.
Post (2011)	Pilotstudie naar de ervaring met de implementatie van de aangepaste WBT onderzoeken met de meetinstrumenten PGGS, CES-D, HADS-A en MHS-SF.	Er wordt geconcludeerd dat patiënten en therapeuten positief zijn over de opzet en implementatie van WBT.
Ruini et al. (2006)	Pilotstudie naar het effect van een op school gebaseerde interventieprotocol afgeleid van WBT in vergelijking met CGT. Meetinstrumenten waren PWB en SQ.	Beide op school gebaseerde interventies hebben geleid tot een vergelijkbare verbetering van symptomen, zoals angst, depressie en stoornissen en psychologisch welzijn.

Welbevindentherapie: toepassingsvormen, doelgroepen en effecten.

<i>Auteur</i>	<i>Doel en meetinstrumenten</i>	<i>Uitkomst</i>
Ruini et al. (2009)	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar het effect van een WBT schoolinterventie protocol in vergelijking met een aandacht-placebo-interventie bij middelbare scholieren. Meetinstrumenten zijn SQ, PWB en RCMAS.	De resultaten tonen aan dat de WBT schoolinterventie effectief is in het bevorderen van psychisch welbevinden, persoonlijke groei, positieve emoties en verminderen van distress, zoals angst en somatisatie in vergelijking met de aandacht-placebogroep. Deze resultaten blijven gehandhaafd bij follow-up, terwijl in de aandacht-placebo-groep deze verdwijnen. De WBT protocol op scholen toont vorderingen die op de lange termijn effectief blijven.
Ruini & Fava (2008)	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar het effect van WBT in de restfase van stemmings- en angststoornissen als een terugval-preventieve strategie.	CGT en WBT resulteert in een significant lagere terugvalpercentage (40%) na 6 jaar follow-up dan KM (90%). Wanneer meerdere recidieven werden overwogen, had de CGT-WBT groep een significant lager aantal relapsen in vergelijking met de KM-groep.
Ruini & Fava (2009)	Casestudie naar het effect van WBT bij een patiënt met GAS die behandeld is met CGT. Meetinstrument is PWB.	Het sequentiële gebruik van CGT en WBT leidt tot vermindering van angst en een uitgebreidere identificatie van automatische gedachten en kan resulteren in een effectievere cognitieve herstructurering.
Sperry (2013)	Casestudie waarin WBT wordt beschreven en geïllustreerd met een casus met PWB als meetinstrument.	De patiënt is verbeterd in alle 6 dimensies. Bij 1 jarige follow-up bleven de resultaten gehandhaafd.
Stangier et al. (2013)	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar het effect van CGT, WBT en minfulness in vergelijking met manuele psycho-educatie bij patiënten met residuele depressie. Meetinstrumenten zijn LIFE en HAMD.	Het blijkt dat onderhouds-CGT effectief is om terugval te voorkomen door het risico te verlagen bij patiënten die meerdere depressieve episodes hebben doorgemaakt. CGT heeft alleen significante effecten op de preventie van terugval of recidief bij patiënten met een hoog risico op recidief van depressie. Voor patiënten met een gematigd risico op terugval (minder dan 5 episodes) kan psycho-educatie even effectief zijn.
Stuiver (2013)	Quasi-experimenteel onderzoek naar het effect van groepsgerichte WBT bij patiënten die de reguliere behandeling hebben afgerond. De MHC-SF, PGGS, HADS en CSQ-8 zijn meetinstrumenten.	WBT toont een significante verbetering op positieve geestelijke gezondheid, het psychologisch en sociaal welbevinden in vergelijking met de controlegroep. De patiënten van de interventiegroep zijn zeer tevreden over de groepsgerichte WBT. De interventie sloot goed aan op de reguliere behandeling en de oefeningen zijn als waardevol beschouwd om positiever in het leven te kunnen staan.
Tomba et al. (2010)	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar het effect van WBT in vergelijking met AM in schoolsetting met de meetinstrumenten PWB, SQ en RCMAS.	AM resulteerde in een significante afname van angst, terwijl WBT een significant positief effect had bij het verbeteren van welzijns-schalen en vriendelijkheid. Er waren geen significante verschillen in de PWB-schalen. De kleine differentiële effecten van elke strategie suggereert dat sequentiële combinatie van symptoom- en welzijnsgerichte preventiestrategieën meer complete en langdurige effecten heeft voor depressieve kinderen en adolescenten. Beide interventiestrategieën behielden effecten na 6 maanden follow-up.
Tomba et al. (2016)	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek of demoralisatie gepaard gaat met psychologische behandelingsrespons bij patiënten met cyclothyme stoornis met CID als meetinstrument.	Bij CGT-WBT blijkt demoralisatie geen rol te spelen in de respons op de behandeling. Er wordt gesuggereerd dat psychotherapeutische elementen, zoals het bieden van aanmoediging, hoop en verwachtingen van verbetering positief effect heeft op gedemoraliseerde patiënten.

Welbevindentherapie: toepassingsvormen, doelgroepen en effecten.

<i>Auteur</i>	<i>Doel en meetinstrumenten</i>	<i>Uitkomst</i>
Tomba & Tecuta (2016)	Casestudie naar de toepassing van WBT bij een patiënt met anorexia nervosa met CID en PWB als meetinstrument.	Patiënt toonde verbetering in herstel, positieve ervaringen en beheren van negatieve gedachten. Symptomen van depressie, prikkelbaarheid en reactiviteit van milieu verbeterden. Deze resultaten bleven gehandhaafd na 6 maanden follow-up.
Valckx (2014)	Kwalitatief onderzoek naar de subjectieve ervaring van patiënten die, na of tijdens behandeling van PTSS, WBT ontvingen. Meetinstrument is een interview.	WBT is geconcludeerd als een veelzijdige therapie die bij verschillende patiënten verschillende ervaringen oproept. Op basis van de analyses van 5 interviews blijkt dat patiënten WBT heel verschillend hebben ervaren. De deelnemers zijn overwegend positief, 1 is uitgesproken positief en 1 is uitgesproken negatief. De 4 patiënten gaven aan dat ze baat hebben gehad bij de cursus.

Afkortingen. AM, Anxiety Management; BDI-II, Beck Depression Inventory; CDRS-R, Children's Depression Rating Scale-Revised; CES-D, Center for Epidemiological Studies Depression Scale; CGI-S, Clinical Global Impressions Scale; CGT, Cognitieve Gedragstherapie; CID, Clinical Interview for Depression; DASS-21, Depression Anxiety and Stress Scale-21; DESS, Discontinuation-Emergent Signs and Symptoms checklist; GAS, Gegeneraliseerd Angststoornis; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; HAM-D, Hamilton rating scale for depression; KM, Klinisch management; K-SADS-PL, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime version; LIFE, Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation; MAS, The Mania Scale; MHC-LF, Mental Health Continuum Long Form; MHC-SF, Mental Health Continuum-Short Form; OCS, Obsessief-Compulsief Stoornis; ODD, agressieve gedragsstoornis (opstandig gedrag); OHQ, Oxford Happiness Questionnaire; OQ-45, Outcome Questionnaire; PGGS, Positieve Geestelijke Gezondheid Schaal; PTGI-DV, Posttraumatic Growth Inventory; PTSS, Posttraumatische stressstoornis; PWB, Psychological Well-being Scales; RCMAS, Revised Children's Manifest Anxiety Scale; SCID-1, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder; SCS-SF, Self-Compassion Scale Short Form; SQ, Symptom questionnaire; TAU, Treatment as usual; WBT, Welbevindentherapie.

4. Discussie

4.1 Belangrijkste resultaten

Dit systematisch review was gericht op WBT en de toepassingsvormen, doelgroepen en effecten ervan. Het doel was om bestaande kennis wat betreft WBT te verzamelen en een overzicht te geven van de beschikbare literatuur over deze concepten. Alle studies laten zien dat WBT positieve effecten heeft op psychologische gezondheid door zowel psychische klachten als psychisch welbevinden aan te pakken. WBT is toegepast bij een breed scala aan doelgroepen en in verschillende landen. Het is een opvallende bevinding dat WBT vooral Europa gericht is. Alle resultaten samen laten zien dat WBT een transdiagnostisch aanpak heeft waarmee het een belangrijke meerwaarde heeft. Al met al kan uit de resultaten geconcludeerd worden dat WBT een beloftevolle therapie is die bij verschillende doelgroepen in verschillende contexten toegepast kan worden.

Gericht op de toepassingsvormen van WBT laten alle resultaten samen zien dat hoewel er veel overeenkomsten bestaan, er ook enkele verschillen zijn te constateren in de toepassingsvorm. De overeenkomsten zijn dat zelfobservatie door middel van een gestructureerd dagboek in alle onderzoeken centraal staat. Hierbij gaat het om het bijhouden van positieve ervaringen waarin de patiënt zich goed voelt of welbevinden ervaart en de gedachten die deze ervaringen deed stoppen. Ook staat bij alle vormen psycho-educatie en cognitieve herstructurering op de voorgrond. Hierbij wordt er veelvuldig gewerkt met huiswerkopdrachten en andere oefeningen. Echter kunnen de methoden afhankelijk van de doelgroep verschillen. Zo is in Nederland de toepassingsvorm van WBT aangepast in een zelfhulpboek *'Dit is jouw leven'*. In schoolsetting is de WBT aangepast in een schoolpreventie protocol waarin verschillende technieken zijn toegevoegd. Verder laat de meerderheid van de onderzoeken zien dat WBT individueel is toegepast. Ook waren er onderzoeken die bestonden uit groepsgerichte WBT. Alle vormen van WBT bestonden uit face-to-face sessies. Bovendien blijkt er variëteit te bestaan in het aantal sessies en de duur van de sessies. In de meerderheid van de onderzoeken is WBT toegepast in 8 sessies van 45 minuten. Het aantal sessies kan uiteenlopen van minimaal 4 sessies tot maximaal 16 sessies. De duur van de sessies kan uiteenlopen van op zijn minst 30 minuten tot het meest 2 uur. WBT kan op drie verschillende manieren worden toegepast. In de meeste onderzoeken is WBT toegepast na een afgeronde behandeling, zoals CGT met onvoldoende effect. Ook blijkt dat WBT is toegepast samengaand met CGT in een sequentiële combinatie en is WBT toegepast als enige therapeutische strategie zonder samengaand of voorafgaand met een andere vorm van behandeling.

Over het algemeen blijkt uit de resultaten dat WBT toegepast kan worden bij een breed scala aan doelgroepen, zoals bij kinderen, adolescenten en volwassenen en bij verscheidene psychische stoornissen, maar ook bij doelgroepen zonder psychische klachten in een niet-klinische setting. De leeftijd waarop WBT is toegepast, loopt uiteen van 8 tot en met 64 jaar. De gemiddelde leeftijd betreft een doelgroep van volwassenen tussen 30 en 45 jaar. De meeste onderzoeken zijn uitgevoerd bij patiënten met een depressieve stemmingsstoornis. Ook is WBT toegepast in verschillende landen. Een opvallende bevinding is dat WBT voornamelijk in Europa is toegepast en het land waar WBT het meest is toegepast, betreft Italië. Verder is het opvallend dat een groot deel van de onderzoeken is uitgevoerd door de originele ontwikkelaar, namelijk Fava.

Tot slot blijkt dat WBT positieve effecten heeft op mentale gezondheid, namelijk vermindering van psychische klachten en verhoging van psychologisch welzijn. Zo blijkt allereerst dat WBT positieve effecten toont bij een depressieve stemmingsstoornis. Verder laat het positieve effecten zien bij PTSS en GAS, maar ook bij andere stemmings- en angststoornissen. Bovendien laat het positieve effecten zien bij schoolinterventies bij scholieren. Een mogelijke verklaring voor deze bevindingen is dat zelfmonitoring van episoden van welzijn kan leiden tot een meer omvattende identificatie van automatische gedachten dan die van de bewaking van episoden van distress in CGT

(Beck & Emery, 1985) en dus resulteren in een effectievere cognitieve herstructurering. Volgens Ruini en Fava (2012) draagt juist de combinatie van CGT aangevuld met WBT bij aan een effectievere cognitieve herstructurering omdat de identificatie van automatische gedachtes zowel bij negatieve als positieve gebeurtenissen plaatsvindt. Dit leidt tot een veelomvattender proces van het herkennen van automatische gedachtes dan wanneer een therapie zich alleen richt op symptoomreductie, of zich alleen richt op het bevorderen van psychologisch welbevinden (Fava & Ruini, 2012; Beck & Emery, 1985). Fava et al. (1998a) geven aan dat de verbetering van de resterende symptomen verklaard kan worden op basis van de balans tussen positieve en negatieve affecten. In deze zin is de hogere mate van symptomatische verbetering die werd waargenomen met WBT in dit review niet verrassend. In de acute fase van affectieve stoornissen kan het reduceren van symptomen de meest substantiële veranderingen opleveren, maar het omgekeerde kan waar zijn in de resterende fase. Een opvallende bevinding uit het kwalitatief onderzoek van Valckx (2014) is dat de vijf patiënten ieder WBT als verschillend en als helpend en positief hebben ervaren. Op basis hiervan kan gezegd worden dat WBT een veelzijdige therapie is die bij verschillende deelnemers verschillende ervaringen oproept. Dit kan gezien worden als een sterk punt van de therapie en sluit aan bij de opvatting van zorg die wordt gericht op de behoeften van de patiënt. Deze gegevens kunnen verschillende implicaties hebben voor zowel de klinische als niet klinische praktijk.

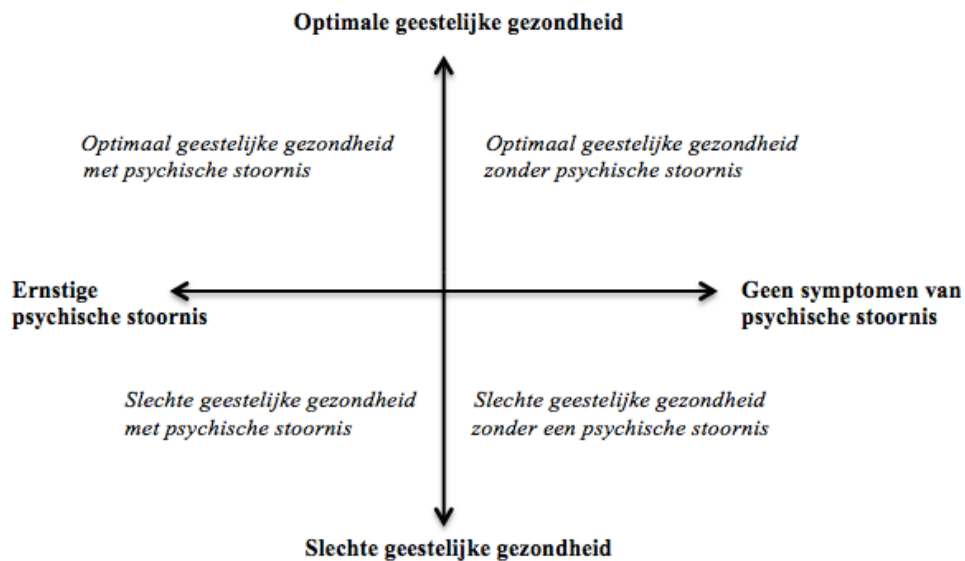
Om de bovenstaande drie concepten duidelijk te analyseren en in beeld te brengen, zijn er drie onderzoeksvragen geformuleerd. In deze review is de keus gemaakt om het onderzoek te verdelen in drie vragen, omdat het een nieuwe therapievorm is waarbij werd verwacht dat de verschillende onderzoeken zouden bestaan uit de diverse onderdelen van WBT. Achteraf gezien blijkt dat alle opgenomen studies in dit onderzoek bestonden uit de drie onderdelen en er geen onderscheid werd gemaakt in deze onderzoeksvragen.

4.2 Implicaties klinische praktijk

4.2.1 Twee-continua model en WBT

Zoals blijkt uit de bevindingen is WBT voornamelijk ingezet als terugvalpreventie, na een afgeronde CGT behandeling, in sequentiële combinatie met CGT en bij lichte tot matige problematiek. Het is gericht op het versterken van de mentale gezondheid. Voor de toekomst kan WBT mogelijk als eerste interventie ingezet worden bij ernstige psychische klachten, omdat het voor de mentale gezondheid van belang is om met het welbevinden aan de slag te gaan en deze te verhogen. WBT is een interventie die daar een meerwaarde bij heeft. Hiermee kan WBT als eerste interventie worden toegevoegd om allereerst het welbevinden te verhogen en vervolgens psychische klachten te verlagen. Volgens het twee-continua model van Keyes (2005) zijn geestelijke gezondheid en geestelijke ziekte twee onafhankelijke dimensies. Dit model veronderstelt dat naast vermindering van symptomen, ook aandacht geschonken moet worden aan positieve geestelijke gezondheid zodat individuele krachten kunnen worden vergroot en terugval van klachten worden verminderd (Fava & Tomba, 2009). Hierbij worden welbevinden en psychopathologie als twee aparte, maar gerelateerde continua beschouwd: het ene continuüm verwijst naar de aan- of afwezigheid van psychopathologie en het andere continuüm voor de aan- of afwezigheid van welbevinden (Keyes, 2005). Dit impliceert dat psychische klachten en welbevinden niet één op één gerelateerd zijn en dat met veel psychopathologische symptomen een hoog welbevinden kan worden ervaren en met weinig psychopathologische symptomen een laag welbevinden kan worden ervaren (Lamers, 2012). Een persoon kan vrij bewegen op de twee continua met als gevolg dat elke combinatie van psychopathologie en welbevinden mogelijk wordt. Hiermee kan er gesteld worden dat geestelijke gezondheid meer is dan het ontbreken van psychopathologie, zoals in de inleiding naar voren kwam. Zie onderstaand figuur 2 voor een verhelderend overzicht van het twee-continua model.

Welbevinden en psychopathologie vullen elkaar aan wat een omvattend beeld van de geestelijke gezondheid geeft. Geestelijke gezondheid kan het beste worden beschouwd als een complete toestand, dat wil zeggen niet alleen de afwezigheid van een psychische stoornis, maar ook de aanwezigheid van geestelijke gezondheid. Verandering van welbevinden over tijd is voorspellend voor de mate van psychische klachten op een ander moment en veranderingen in psychische klachten is voorspellend voor de mate van welbevinden op een later moment (Lamers et al., 2012). Gezien het bovenstaande zouden GGZ-instellingen meer rekening kunnen houden met het twee-continua model en zou de focus meer gericht kunnen worden op het welbevinden voor meer complete en effectieve zorg. Hiermee in overeenstemming kan WBT ingezet worden als krachtgerichte benadering voor het bevorderen van psychologisch en verminderen van psychische klachten.



Figuur 2. Twee-continua model (Keyes, 2005).

4.2.2 Implicaties van WBT bij psychische stoornissen

Op basis van de resultaten blijkt dat WBT transdiagnostisch is, omdat het een grote meerwaarde heeft bij de behandeling van diverse psychische stoornissen. Bovendien kan het dienen als behandeling voor patiënten die niet profiteren van CGT of andere behandeltechnieken, zoals EMDR en/of farmacotherapie. Met deze bevindingen kunnen er implicaties voor de klinische praktijk worden gegeven. Deze worden hieronder beschreven.

WBT is toegepast bij een patiënt met paniekstoornis waarbij zowel medicatiebehandeling met paroxetine als CGT geen effect heeft gehad (Cosci, 2015). WBT is geassocieerd met klinische verbetering bij patiënten met paniekstoornis en agorafobie die niet reageerden op exposuretherapie, medicatie en CGT die in opeenvolgende volgorde zijn toegediend. Deze klinische casus suggereert dat bij patiënten die de klachtgerichte aanpak bij CGT ondergaan, en die problemen hebben met het identificeren van automatische gedachten, WBT behulpzaam kan zijn. Het ondersteunt ook het idee dat WBT deel kan uitmaken van opeenvolgende benaderingen die meer in overeenstemming zijn met de complexiteit van psychiatrische stoornissen en comorbiditeit. In het onderzoek van Belaise, Fava en Marks (2005) bleek WBT effectief te zijn bij de behandeling van PTSS. Dit resultaat bevestigt eerdere bevindingen dat exposuretherapie voor PTSS niet essentieel is om verbetering te realiseren. Hiermee in overeenkomst geven de resultaten van het onderzoek van Harms (2016) een voorkeur van WBT opzichte van TAU bij de behandeling van PTSS. Het onderzoek van Leeftang (2016) concludeerde dat zowel WBT als TAU ingezet kunnen worden om welbevinden te bevorderen. Echter bevestigt dit

onderzoek dat WBT effectiever is dan TAU bij patiënten met een laag welbevinden voorafgaand aan de rehabilitatiefase in de behandeling van PTSS. Deze bevindingen zijn interessant omdat ze een alternatieve optie aangeven voor de behandeling van trauma met WBT en het ontwikkelen van veerkracht.

Verder blijkt uit het onderzoek van Belaise, Gatti, Chouinard & Chouinard (2014) dat WBT effectief is in de behandeling van depressieve stoornis en paniekstoornis met agorafobie na stopzetting van paroxetine. Dit illustreert het effect en haalbaarheid van een CGT-WBT benadering voor aanhoudende stoornissen en ontwenningsverschijnselen in behandeling met medicatie. Fava, Ruini, Rafanelli en Grandi (2002) hebben onderzoek gedaan naar WBT bij recidiverende depressie en terugval in antidepressiva. Het blijkt dat toepassing van een sequentiële vorm van CGT-WBT na farmacotherapie het langetermijnresultaat in recidiverende depressie kan verbeteren. CGT-WBT is toepasbaar om verlies van klinische effecten van antidepressiva tegen te gaan, voordelen op lange termijn te leveren en is even effectief als dosisverhoging en KM. Op basis hiervan is het denkbaar dat WBT vermindering van antidepressiva kan herstellen en handhaven. Een soortgelijk onderzoek waarbij WBT is toegepast bij patiënten met depressie die eerder met antidepressiva zijn behandeld, suggereert dat het sequentiële gebruik van CGT-WBT na farmacotherapie het langetermijnresultaat bij recidiverende depressie kan verbeteren (Fava et al., 2004; Ruini & Fava, 2008). Naast de effectiviteit van WBT na een onvoldoende effectieve CGT en farmacotherapie blijkt WBT in een onderzoek van Fava et al. (1998a) toepasbaar te zijn in een reststadium van affectieve stoornissen. Ook wordt gesuggereerd dat verbetering van de resterende symptomen het risico op terugval bij depressieve patiënten kan verminderen (Fava et al., 1998b). Deze resultaten laten zien dat langdurige medicamenteuze behandeling het enige middel is om terugval te voorkomen bij patiënten met recidiverende depressie. Hoewel onderhoudstherapie bij sommige patiënten noodzakelijk lijkt, biedt WBT een belangrijk alternatief voor andere patiënten.

Bovendien laat een klinische casus zien dat angststoornissen en symptomen ervan met succes behandeld kunnen worden met een sequentiële behandeling van CGT gevolgd door WBT. De veranderingen in het welbevinden kunnen van invloed zijn op de balans van positieve en negatieve affecten die angststoornissen kenmerken. Het sequentiële gebruik kan leiden tot een uitgebreidere identificatie van automatische gedachten en kan dus resulteren in een effectievere cognitieve herstructurering. Dit maakt het mogelijk de complexiteit van klinische behoeften bij patiënten met angststoornissen te behandelen en kan worden beschouwd als onderdeel van de opkomende positieve psychologie in klinische settings (Ruini & Fava, 2009). De resultaten steunen de sequentiële toediening van het toevoegen van WBT bij de behandelingscomponenten van GAS voor klinische voordelen en een duurzamer herstel. Ook wijst het op een mogelijke preventieve rol die deze interventie zou kunnen hebben (Fava et al., 2005).

Een belangrijke toevoeging aan de onderzoeken buiten Italië zijn de drie onderzoeken in Iran, omdat deze buiten Europa zijn uitgevoerd met een andere soort doelgroep. De kennis die deze drie onderzoeken toevoegen, komen sterk met elkaar overeen. Allereerst hebben Moeenizadeh en Kumar (2010) WBT toegepast bij een patiëntengroep met dysthyme stoornis. De resultaten laten de haalbaarheid en klinische voordelen van toevoeging van WBT aan de behandeling zien. Ook Moeenizadeh en Salagame (2010) suggereren de haalbaarheid en klinische voordelen door WBT toe te voegen aan de behandeling van depressie doordat het een verhoging van welzijn en vermindering van symptomen laat zien. Hetzelfde geldt voor het onderzoek van Moeenizadeh & Zarif (2017) waarbij de klinische voordelen van WBT bij de behandeling van depressie bij onvruchtbare vrouwen wordt gesuggereerd. Het wordt verwacht dat de resultaten van deze studies nuttig zijn bij het plannen van effectievere behandelingsprogramma's voor de behandeling van patiënten met depressie.

Het is opvallend dat WBT in enkel één onderzoek is toegepast op een patiënt met een eetstoornis (Tomba & Tecuta, 2016). Het bevorderen van gebalanceerde niveaus van psychisch welbevinden via WBT kan een ondersteunende strategie vormen voor patiënten met eetstoornissen in het herstelproces. Bovendien kan het nuttig zijn als een alternatieve strategie bij patiënten met eetstoornissen voor wie CGT zelftwijfel en angst verhoogt. Ook is er enkel één onderzoek uitgevoerd naar de toepassing van WBT bij middelenafhankelijkheid (Pirnia et al., 2016). De resultaten van deze studie kunnen nuttig zijn bij de evaluatie en interventies voor behandeling bij methamfetamine verslaafden.

4.2.3 Implicaties van WBT voor preventie

Angst, stemmingsstoornissen en somatische klachten zijn een van de meest voorkomende vormen van psychologisch lijden tijdens de kindertijd en adolescentie. Dit wordt vaak geassocieerd met slechte academische prestaties. Bovendien kunnen deze problemen, indien onbehandeld, voorspellers zijn van ernstige angst en stemmingsstoornissen in de volwassenheid. In het onderzoek van Albieri et al., (2009) werd een nieuwe vorm van WBT uitgevoerd in een geïndividualiseerde setting bij de behandeling van psychische stoornissen bij kinderen en adolescenten. Het WBT schoolinterventie blijkt effectief te zijn bij het verminderen van angst en verbeteren van het psychologisch welzijn. WBT voor kinderen kan belangrijke klinische implicaties hebben in het kader van de hoge prevalentie van somatische symptomen bij kinderen en adolescenten door te richten op de competenties van elk kind en op de ontwikkeling van een optimaal functioneren in de jeugd. De ontwikkeling van competenties en vergroten van groei in psychologische domeinen vormt een buffer tegen tegenslagen en biedt veerkracht (Albieri et al., 2009). Hiermee kan WBT als preventie dienen.

Een andere belangrijke doelgroep waarbij WBT is toegepast, betreft scholieren. Middelbare scholieren worden aangemerkt als een 'risicopopulatie' voor stemming en angststoornissen (Clarke et al., 1995). Uit het onderzoek van Ruini et al. (2009) blijken veelbelovende resultaten die zijn behaald met middelbare scholieren. Met het oog op hoge prevalentie suggereert dit dat de op school gebaseerde WBT een belangrijke meerwaarde kan hebben. Het bevorderen van positief functioneren en het opbouwen van individuele sterke punten bij jonge populaties zal blijvende effecten opleveren in vergelijking met het eenvoudigweg aanpakken van depressieve of angstige symptomen (Ruini et al., 2009). Ook Ruini et al. (2006) suggereren op basis van de resultaten de haalbaarheid van een schoolinterventie op basis van WBT doordat het een belangrijke bijdrage levert aan preventie van psychologische klachten, zoals angst, depressie en stoornissen en bevorderen van een optimaal functioneren bij kinderen. Het kan een rol spelen in de preventie van angst, depressie en stress gerelateerde stoornissen en in de succesvolle aanpassing aan toekomstige uitdagingen en moeilijkheden in het leven. Bovendien blijken er kleine differentiële effecten tussen AM en WBT. De kleine, maar toch verschillende, differentiële effecten van elke strategie kunnen doen veronderstellen dat de sequentiële combinatie van symptoom- en welzijnsgerichte preventiestrategieën meer complete en langdurige effecten kan hebben voor depressieve kinderen en adolescenten (Tomba et al., 2010). Ten slotte toonden de resultaten van het onderzoek van Kennerd et al. (2014) aan dat de sequentiële behandeling effectief is bij het verminderen van het risico op terugval en de tijd tot terugval kan verlengen bij depressieve jongeren. Deze gegevens laten zien dat WBT als preventie kan dienen voor toekomstige tegenslagen en voorkomen van psychische klachten in de toekomst.

4.2.4 Implicaties van WBT voor hulpverleners

Hulpverleners in de GGZ zijn dagelijks uren bezig met het helpen van mensen met psychische problemen. Het behandelen van psychische problemen kan erg zwaar zijn en veel stress veroorzaken. Ook is de GGZ overspoeld met nieuwe wet- en regelgeving, protocollen en richtlijnen, zowel vanuit de overheid als vanuit beroepsverenigingen (Palm, Leffers, van Egmond & Zeegers, 2008). De controle op de naleving van al deze veranderingen kost veel tijd waardoor professionals in de GGZ minder tijd hebben voor hun patiënten. Daardoor is het werk de laatste jaren inhoudelijk veel veranderd en is de werkdruk van de psycholoog hierdoor alleen maar verder toegenomen. Ook is er sprake van een hoger ziekteverzuim in de GGZ (NVGzP, 2015). Hulpverleners in de GGZ, onder andere psychologen vormen hiermee een risicogroep voor het ontwikkelen van psychische klachten, zoals burn-out (Lim et al., 2010), maar ook kan het leiden tot slechtere zorg voor de patiënt (Smith & Moss, 2009).

Zoals in dit review eerder naar voren is gekomen, is aandacht voor positieve ervaringen onderdeel van een positieve psychologische benadering van de geestelijke gezondheid (Bohlmeijer et al., 2013). Het blijkt niet alleen goed te zijn voor de weerbaarheid van de patiënt, maar ook voor de psycholoog. Uit het literatuuronderzoek van Schep (2017) komt naar voren dat een actieve copingstijl, goede interpersoonlijke vaardigheden en professionele zelftwijfel, gecombineerd met zelfzorg de beste behandelresultaten geeft. Een interne locus of control vermindert de kans op het ontstaan van deze problemen (Killian, 2008). Het gevoel van uitdaging en controle over het werk is een belangrijke beschermende factor (Ben-Zur & Michael, 2007). Daarnaast spelen sociale ondersteuning en een goede balans tussen werk en privé een rol in het voorkomen van psychische problemen bij hulpverleners (Rupert & Kent, 2007; Rupert, Stevanovic & Hunley, 2009). Andere beschermende factoren zijn bijvoorbeeld mindfulness (Shapiro, Brown & Biegel, 2007) en het toepassen van positieve psychologische behandelingen, de focus op positieve verandering vermindert stress bij de psycholoog (McDonald, 2007). Om deze vaardigheden en copingstrategieën aan te leren kan WBT ingezet worden bij de hulpverlener.

Met deze gegevens kan geïmpliceerd worden dat WBT mogelijk ook een positief effect heeft op de mentale gezondheid van hulpverleners. Zo kan tijdens de opleiding, maar ook tijdens de loopbaan WBT als positieve psychologische interventie toegepast worden bij hulpverleners voor het ontwikkelen van coping strategieën, omgang met stress, sociale- en professionele vaardigheden. Dit kan bevestigd worden met het onderzoek van Post (2017). Hieruit blijkt dat de vijf therapeuten WBT als positief hebben ervaren. Zij zien WBT als aanvullend, maar ook als verfrissend om vanuit positieve ervaringen te werken in plaats vanuit klachten. Ze hebben ervaren dat het patiënten motiveert, maar dat ook zichzelf deze positieve energie hebben gekregen. Daarnaast geven de therapeuten aan dat de andere manier van werken niet alleen erg motiverend werkt, maar ook een andere alerte, structurerende, sturende en coachende houding vergt. Terugvallen in het oude patroon van de traditionele werkwijze is niet alleen voor patiënten lastig, maar ook een valkuil voor de therapeuten. Sommige therapeuten geven aan dat deze andere aanpak zelfs een andere houding vraagt, waarbinnen de focus niet op klachten ligt.

4.3 Limitaties onderzoek

Allereerst heeft het merendeel van de studies een kleine steekproef. Door het geringe aantal deelnemers kunnen beperkte effecten worden aangetoond en zijn de participanten niet representatief voor de hele (niet-)klinische populatie waarbij WBT is toegepast. Ook kunnen kleine studies de effectsizes beïnvloeden. In kleine studies worden sneller positievere en effectievere resultaten gevonden in vergelijking met grote studies.

Verder wordt het maken van generalisaties bemoeilijkt doordat veel van de studies in een specifieke setting plaatsvonden. Zo was de heterogeniteit niet hoog doordat de meerderheid van de onderzoeken is uitgevoerd door één belangrijke onderzoeker en tegelijkertijd de ontwikkelaar van WBT, namelijk Giovanni Fava of is erbij betrokken geweest. Dit betekent dat enkel één onderzoeker de belangrijkste studies heeft uitgevoerd. Tevens is hij ook degene die WBT heeft ontworpen waardoor er het risico bestaat op vooringenomenheid. In het onderzoek naar WBT kan dit hebben geleid tot bias van de onderzoeker. Dit houdt in dat de onderzoeker gelooft in de superioriteit van de behandeling en de effecten. Ook kan de onderzoeker geneigd zijn om alleen de resultaten te rapporteren waarvoor significante resultaten worden gevonden of de uitkomsten met de grootste effectgroottes te rapporteren. Dit kan de uitkomsten aanzienlijk beïnvloeden, omdat andere niet-significante uitkomsten evengoed geldige resultaten kunnen opleveren. Het is ook mogelijk dat de onderzoeker bijvoorbeeld analyses heeft uitgevoerd om de positieve uitkomsten van de studie te optimaliseren, terwijl deze analyses verschiden van de oorspronkelijk geplande analyses.

Daarnaast werden de meeste en belangrijkste onderzoeken uitgevoerd in Italië. Aangezien de GGZ overal verschillend georganiseerd is, maar ook de doelgroep afhankelijk van de nationaliteit verschilt, zal een effect gevonden in een specifiek land niet per definitie ook gevonden worden in een ander land en bij andere doelgroepen.

Bovendien is het mogelijk dat er sprake is van publicatiebias (Cuijpers, 2016). Studies waar één of meerdere significante resultaten worden gevonden, worden vaker gepubliceerd dan studies waar geen significante resultaten worden gevonden. Doordat niet-significante resultaten minder vaak gerapporteerd en gepubliceerd worden, zullen deze ook minder snel terugkomen in een review. Dit kan de resultaten vertekenen. Mogelijk is er ook in deze review sprake van een dergelijke vertekening.

Rekening houdend met de bovenstaande limitaties van de gevonden studies dienen de bevindingen uit dit literatuuronderzoek met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Om gegronde uitspraken te kunnen doen over de verschillende effecten van WBT in de totale patiëntenpopulatie zijn onderzoeken van betere kwaliteit nodig.

4.4 Aanbevelingen

Er ontbreekt een standaard en eenduidig model van WBT door een vrijblijvendheid in het aantal en de duur van de sessies. Ook de vormgeving en de gebruikte technieken kunnen verschillen. De uitdaging die zich voordeed bij het ontwerpen van de groepsgerichte WBT was dat de beschrijving van de individuele WBT onvoldoende concreet was om te vertalen naar een groepsgerichte WBT op sessieniveau. De individuele WBT wordt namelijk omschreven in fasen van 2 á 3 bijeenkomsten. Onduidelijk bleef wat er in de individuele WBT op sessieniveau is gedaan. Het vergelijken van de resultaten van de verschillende onderzoeken wordt dan bemoeilijkt doordat WBT op een andere manier is toegepast. Voor meer overzicht, structuur en controle in onderzoek naar WBT is er verdere uitwerking nodig om de opzet en implementatie ervan te kunnen optimaliseren.

Bovendien zal er in de toekomst onderzoek gedaan moeten worden door verschillende onderzoekers en in verschillende landen. Ook dienen de bevindingen gerepliceerd te worden in vervolgonderzoek met een grotere steekproef. Wanneer bevindingen in verschillende landen en bij verschillende populaties gevonden worden, kan met grotere zekerheid uitspraken gedaan worden over de bruikbaarheid van WBT in de algemene GGZ. Verder wordt aanbevolen om grote studies en meta-analyses te doen bij zowel patiënten als WBT bij hulpverleners om de hulpverlening te kunnen optimaliseren.

Ten slotte is het een opvallende bevinding dat WBT tot nu toe face-to-face is toegepast. In de toekomst zou WBT ook als online behandeling ingezet kunnen worden, zoals *'Dit is jouw leven'* die al online toegepast wordt. Het wordt aanbevolen om hier nader onderzoek naar te doen.

Welbevindentherapie: toepassingsvormen, doelgroepen en effecten.

4.5 Sterke punten van het huidige literatuuronderzoek

Dit systematische literatuuronderzoek biedt als eerste onderzoek een overzicht van WBT en de toepassingsvormen, doelgroepen en effecten ervan. De kwaliteit van dit onderzoek is gewaarborgd door systematisch te zoeken naar literatuur aan de hand van de PRISMA-richtlijnen.

4.6 Conclusie

Er kan geconcludeerd worden dat WBT wordt toegepast bij zeer diverse doelgroepen en bij een breed scala van psychische klachten en stoornissen en niet-klinische settings. WBT is zowel gebruikt als enige therapievorm als in toevoeging aan CGT met behulp van een sequentiële combinatie. Ook is WBT toegevoegd aan farmacotherapie of gedragsmatige behandeling, zoals exposuretherapie. Verder kan WBT zowel individueel als in groep worden toegepast. Hoewel de toepassingsvorm van WBT veel overeenkomsten vertonen, zijn er ook enkele verschillen te constateren. WBT laat positieve effecten zien op de mentale gezondheid, namelijk vermindering van psychische klachten en verhogen psychologisch welbevinden. De resultaten van de huidige studie kunnen nuttig zijn bij de evaluatie en aanpassing van behandelprogramma's, preventieve interventies, WBT als online interventie, toepassing van WBT bij hulpverleners en geven aanbevelingen voor toekomstig onderzoek naar WBT.

Literatuurlijst

- *Albieri, E., Visani, D., Offidani, E., Ottolini, F., & Ruini, C. (2009). Well-being therapy in children with emotional and behavioral disturbances: A pilot investigation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 387–390.
- *Belaise, C., Fava, G.A., & Marks, I.M. (2005). Alternatives to debriefing and modifications to cognitive behavior therapy for post-traumatic stress disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(4), 212–217.
- *Belaise, C., Gatti, A., Chouinard, V.A., & Chouinard, G. (2014). Persistent postwithdrawal disorders induced by paroxetine, a selective serotonin reuptake inhibitor, and treated with specific cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 247–248.
- Ben-Zur, H. & Michael, K. (2007). Burnout, social support, and coping at work among social workers, psychologists, and nurses: The role of challenge/control appraisals. *Social Work in Health Care*, 45(4), 63–82.
- Bohlmeijer, E., Christenhusz, L., Huning, L., & Meulenbeek, P. (2013). Welbevindentherapie in de geestelijke gezondheidszorg. *Handboek positieve psychologie*. Theorie, onderzoek, toepassingen. Boom Psychologie & Psychiatrie.
- *Bohlmeijer, E., Christenhusz, L., Huning, L. & Meulenbeek, P. (2017). Welbevindentherapie. Achtergrond, doelstelling en protocol. Boom Psychologie & Psychiatrie.
- Bohlmeijer, E., & Hulsbergen, M.L. (2013). *Dit is jouw leven. Ervaar de effecten van de positieve psychologie*. Amsterdam: Boom.
- Bohlmeijer, E.T., Klooster, P.M., Kleine, E. de, Westerhof, G.J. & Lamers, S.M.A. (2016). Geestelijke gezondheid als positieve uitkomst van behandeling, een empirische vergelijking van drie meetinstrumenten. *De Psycholoog*, 4, 49–56.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G.J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13(1), 119–139.
- Caffo, E., Belaise, C., & Forresi, B. (2008). Promoting resilience and psychological well-being in vulnerable life stages. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 331–336.
- Chaves, C., Lopez-Gomez, I., Hervas, G. & Vazquez, C. (2016). A comparative study on the efficacy of a positive psychology intervention and a cognitive behavioral therapy for clinical depression. *Cognitive Therapy Research*. Doi: 10.1007/s10608-016-9778-9.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70, 741–756.
- Christenhusz, L.C.A., Bohlmeijer, E.T. & Meulenbeek, P.A.M. (2016). Welbevindentherapie kan zorgen voor optimalisering van geestelijke gezondheid. *Psyexpert*, 3.
- Christenhusz, L., & Meulenbeek, P.A.M. (2013) Welbevindentherapie in de geestelijke gezondheidszorg. *Handboek Positieve Psychologie*. Amsterdam: Boom.
- Cloninger, C.R. (2006). The science of well-being. *World Psychiatry*, 5, 7176.
- *Cosci, F. (2015). Well-being therapy in a patient with panic disorder who failed to respond to paroxetine and cognitive behavior therapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 318–319.
- Cuijpers, P. (2016). *Meta-analyses in mental health research. A practical guide*. Verkregen via <https://www.researchgate.net/>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276–302.
- Fava, G.A. (1996). The concept of recovery in affective disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics* 65, 2–13.
- Fava, G.A. (1999). Well-being therapy: Conceptual and technical issues. *Psychotherapy and*

- Psychosomatics*, 68(4), 171–178.
- *Fava, G.A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti S., & Grandi, S. (1998a). Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine*, 28, 475–480.
- *Fava, G.A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., & Belluardo, P. (1998b). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, 55, 816–820.
- Fava, G.A., & Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: well-being therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(1), 45–63.
- Fava, G.A., Ruini, C., & Belaise, C. (2007). The concept of recovery in major depression. *Psychological Medicine*, 37(03), 307–317.
- *Fava, G.A., Ruini, 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(10), 1872–1876.
- *Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., & Sirigatti, S. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(1), 26–30.
- *Fava, G.A., Rafanelli, C., Tomba, E., Guidi, J., & Grandi, S. (2011). The sequential combination of cognitive behavioral treatment and well-being therapy in cyclothymic disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(3), 136–143.
- *Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., & Grandi, S. (2002). Cognitive behavior approach to loss of clinical effect during long-term antidepressant treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 2094–2095.
- Fava, G.A., & Sonino, N. (2010). Psychosomatic medicine. *International Journal of Clinical Practice*, 64, 999–1001.
- Fava, G.A. & Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of Personality*, 77(6), 1903–1934.
- Fava, G.A., Tomba, E., & Grandi, S. (2007). The road to recovery from depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 260–265.
- Garamoni, G.L., Reynolds, C.F., Thase, M.E., Frank, E., Berman, S.R. & Fasiczka, A.L. (1991). The balance of positive and negative affects in major depression. *Psychiatry Research*, 39, 99–108.
- Gillham, J.E., & Seligman, M.E.P. (1999). Footsteps on the road to positive psychology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 163–173.
- Guidi, J., Fava, G.A., Bech, P., Paykel, E.S. (2011). The Clinical Interview for Depression: a comprehensive review of studies and clinimetric properties. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 10–27.
- *Harms, A. (2016). Een onderzoek naar het effect van welbevindentherapie in de rehabilitatiefase van traumabehandeling op lange termijn. Universiteit Twente.
- Higgins, J.P., & Green, S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*, 4, John Wiley & Sons.
- Kashdan, T.B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865–78.
- *Kennard, B.D., Emslie, G.J., Mayes, T.L., Nakonezny, P. A., Jones, J.M., Foxwell, A.A., & King, J. (2014). Sequential treatment with fluoxetine and relapse-prevention CBT to improve outcomes in pediatric depression. *American Journal of Psychiatry*, 171, 1083–1090.
- Keyes, C.L.M. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*. 61(2), p. 121–140.
- Keyes, C.L.M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539–548.

- Keyes, C.L.M., Grzywacz, J.G. (2005). Health as a complete state: the added value in work performance and healthcare costs. *Journal of Occupational Environmental Medicine*, 47, 523–532.
- Lamers, S.M.A. (2012). Reciprocal impact of positive mental health and psychopathology. Universiteit Twente.
- Lamers, S.M.A. & Keyes, C.L.M. (2016). Welbevinden als veerkracht. *Tijdschrift Positieve Psychologie*, 2, 8–14.
- 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.
- *Leeftang, L. (2016). Een onderzoek naar de effectiviteit van welbevindentherapie bij cliënten met een Posttraumatische stressstoornis. Universiteit Twente.
- Lim, N., Kim, E.K., Kim, H., Yang, E. & Lee, S.M. (2010). Individual and work-related factors influencing burnout of mental health professionals: a meta-analysis. *Journal of Employment Counseling*, 47, 86–96.
- McDonald, A.J. (2007). Solution-focused therapie. *Theory, Research & Practice*. London: Sage.
- *Meulenbeek, P., Christenhusz, L., & Bohlmeijer, E. (2015). Well-Being Therapy in the Netherlands. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 316–317.
- *Moeenizadeh, M., & Kumar, S.K.K. (2010). Well-being therapy (WBT) for depression. *International Journal of Psychological Studies*, 2(1), 107.
- *Moeenizadeh, M., & Salagame, K.K.K. (2010). The impact of well-being therapy on symptoms of depression. *International Journal of Psychological Studies*, 2(2) 223–230.
- *Moeenizadeh, M., & Zarif, H. (2017). The efficacy of Well-Being Therapy for Depression in Interfile Women. *International Journal of Fertility & Sterility*, 10(4), 363–370.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D.G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *British Medical Journal*, 339(7716), 332–336. Doi: 10.1136/bmj.b2535.
- NVGzP (2015). *GGZ en jeugdzorg: Toename werkdruk, ziekteverzuim en agressie cliënten*. Verkregen op 20 januari 2018, van <http://www.nvgzp.nl/ggz-toename-werkdruk-ziekteverzuim-en-agressie-clienten/>
- Okun, M.A., Olding, R.W., & Cohn, C.M.G. (1990). A meta-analysis of subjective well-being interventions among elders. *Psychological Bulletin*, 108, 257–266.
- *Pirnia, B., Razaee, A.M., Rahimian, E., & Soleimani, A. (2016). On the Effectiveness of Well-Being Therapy in Mental Health, Psychopathology, and Happiness in Methamphetamine-Dependent Men. *Research on Addiction Quarterly Journal of Drug Abuse*, 10(37).
- *Post, A. (2011). De welbevinden therapie, een nieuwe therapie voor de GGZ in Nederland. Een pilot casestudie: *Een pilot casestudie*. Universiteit Twente.
- Rafanelli, C., Park, S.K., Ruini, C., Ottolini, F., Cazzaro, M., & Fava, G. A. (2000). Rating well-being and distress. *Stress Medicine*, 16, 55–61.
- Ruini, C. (2014). The use of well-being therapy in clinical settings. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 2(1), 75–84.
- Ruini, C., Albiere, E., & Vescovelli, F. (2015). Well-Being Therapy: State of the Art and Clinical Exemplifications. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45, 129–136.
- *Ruini, C., Belaise, C., Brombin, C., Caffo, E., & Fava, G.A. (2006). Well-being therapy in school settings: a pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 331–336.
- *Ruini, C., & Fava, G.A. (2008). New psychotherapeutic technique for preventing relapse: Well-being therapy (WBT). *Journal of Affective Disorders*, 107(1), 98–99.
- *Ruini, C., & Fava, G.A. (2009). Well-being therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of*

- Clinical Psychology*, 65(5), 510–519.
- Ruini, C., & Fava, G.A. (2012). Role of well-being therapy in achieving a balanced and individualized path to optimal functioning. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19, 291–304.
- Ruini, C., & Fava, G.A. (2014). Chapter 8 – Increasing Happiness by Well-Being Therapy. *Stability of Happiness*, 147–166.
- Ruini, C., & Fava, G.A. (2014). The individualized and cross-cultural roots of Well-Being Therapy. *Increasing Psychological Well-Being in Clinical and Educational Settings*. Dordrecht, Springer, 21–39.
- *Ruini, C., Ottolini, F., Tomba, E., Belaise, C., Albieri, E., Visani, D., Offidani, E., Caffo, E., & Fava, G.A. (2009). School intervention for promoting psychological well-being in adolescence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 522–532. Doi:10.1016/j.jbtep.2009.07.002.
- Rupert, P.A. & Kent, J.S. (2007). Gender and work setting differences in career-sustaining behaviors and burnout among professionals psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 88–96.
- Rupert, P.A., Stevanovic, P. & Hunley, H.A. (2009). Work-family conflict and burnout among practicing psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(1), 54–61.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potential: 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(6), 1069–1081.
- Ryff, C.D., & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719–727.
- Ryff, C.D. & Singer, B. (1996). Psychological well-being : meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics* 65, 14–23.
- Ryff, C.D., & Singer, B.H. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 128.
- Ryff, C.D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13–39.
- Schep, C. (2017). De hulpverlener in de GGZ. Een exploratie van de motivatie, het succes en de valkuilen bij de therapeut, middels een systematisch onderzoek naar literatuur. Universiteit Twente.
- Schotanus-Dijkstra, M., ten Have, M., Lamers, S.M., de Graaf, R., & Bohlmeijer, E.T. (2016). The longitudinal relationship between flourishing mental health and incident mood, anxiety and substance use disorders. *The European Journal of Public Health*, 202.
- Schwartz, R., M., Reynolds, C.F., Thase, M.E., Frank, E., Fasiczka, A.L., & Haaga, D. (2002). Optimal and normal affect balance in psychotherapy of major depression: Evaluation of the balanced states of mind model. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 30, 439–450.
- Seligman, M.E.P., Rashid, T., & Parks, A.C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774–788.
- Shapiro, S.L., Brown, K.W. & Biegel, G.M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training Education in Professional Psychology*, 1(2), 105–115.
- *Sperry, L. (2013). Psychotherapy Sensitive to Spiritual Issues: A Postmaterialist Psychology Perspective and Development Approach. *Spirituality in Clinical Practice*, 1, 4–14.
- *Stangier, U., Hilling, C., Heidenreich, T., Risch, A.K., Barocka, A., Schlösser, R., Hautzinger, M. (2013). Maintenance cognitive-behavioral therapy and manualized psychoeducation in the treatment of recurrent depression: A multicenter prospective randomized controlled study.

Welbevindentherapie: toepassingsvormen, doelgroepen en effecten.

- American Journal of Psychiatry*, 170, 624–632.
- *Tomba, E., Belaise, C., Ottolini, F., Ruini, C., Bravi, A., Albieri, E., Rafanelli, C., Caffo, E., & Fava, G.A. (2010). Differential effects of well-being promoting and anxiety management strategies in a non clinical school setting. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 326–333.
- *Tomba, E., Tecuta, L., Guidi, J., Grandi, S., & Rafanelli, C. (2016). Demoralization and response to psychotherapy: A pilot study comparing the sequential combination of cognitive-behavioral therapy and well-being therapy with clinical management in cyclothymic disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 56–57.
- *Tomba, E., & Tecuta, L. (2016). Well-being therapy in a patient with anorexia nervosa. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 369–370.
- *Valckx, E. (2014). Een kwalitatief onderzoek naar cliëntervaringen met welbevindentherapie na een t traumabehandeling. Universiteit Twente.
- Vin, C., & Pieters, G. (2005). Voorkomen van recidief bij depressie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47(5), 319–323.
- Westerhof, G.J. & Keyes, C.L.M. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 63, 808–820.
- Westerhof, G.J., & Keyes, C.L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110–119.
- Wood, A.M., & Tarrier, N. (2010). Positive clinical psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical Psychology Review*, 30, 819–829.
- Wood, A.M., & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 122, 213–217.
- World Health Organization. (2005). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. Geneva: WHO.

* Studies die zijn opgenomen in de review.

Appendix

<i>Auteur</i>	<i>Jaar</i>	<i>Locatie</i>	<i>Doelstelling en toepassingsvorm</i>	<i>Studiegrootte en studiepopulatie</i>	<i>Onderzoeks- design en meet- instrumenten</i>	<i>Uitkomsten</i>
Albieri et al.	2009	Italië	Om het effect van een gewijzigde vorm van WBT bij kinderen in klinische setting te onderzoeken. De individuele WBT-interventie bestond uit 8 sessies van 1 uur 1 keer per week. Het bestond uit identificeren, herkennen en uitdrukken van verschillende emoties, focus op relatie tussen emoties en gedrag, leren relatie tussen gedachten en emoties, zelfobservatie met dagboek, cognitieve herstructurering en erkennen positieve persoonlijkheidseigenschappen, versterken autonomie, doel in het leven, geluk en emotioneel welzijn. Dit werd gedaan met (rollen)spellen, huiswerkopdrachten, gedragsactiviteiten en dagboek.	N = 4 Jongens met angst-, stemmings-en gedragsproblemen van 8 tot 11 jaar (gemiddelde leeftijd 9,5) met verschillende diagnoses: 1 met ODD, 1 met ADHD, 1 met depressieve stoornis en 1 met GAS. Het kind met GAS had comorbiditeit met een leerstoornis (dyslexie).	Pilotstudie K-SADS-PL en Kellner's Global Rating Scale of Improvement	WBT voor kinderen is effectief bij het verminderen van symptomen, vooral angst en somatisatie en tot het verbeteren van psychologisch welbevinden. Bij 2 van de 4 patiënten is WBT geassocieerd met verbetering in schoolprestaties.
Belaise, Fava & Marks	2005	Italië	Om het effect van WBT bij de behandeling van PTSS te onderzoeken. Individuele WBT bestond voornamelijk uit zelfobservatie en bijhouden van momenten van welzijn en het onderbreken van welzijn door automatische gedachten. Patiënt 2 ontving WBT van 4 sessies gedurende 8 weken en registreerde periodes van welzijn, gedachten die deze onderbraken en cognitieve herstructurering. Patiënt 3 nam deel aan 8 sessies WBT die om de week plaatsvonden. Ze hield een dagboek bij en beheerste automatische gedachten.	N = 3 Patiënt 1 (vrouw van 19 jaar) met PTSS die graduele exposuretherapie ontving, patiënt 2 (man van 58 jaar) en patiënt 3 (vrouw van 28 jaar) ontvingen WBT.	Casestudies	Patiënt 1 hervatte het normale leven en vertoonde verbetering van symptomen. De resultaten bleven gehandhaafd na 5 jaar follow-up. Patiënt 2 hervatte het leven en vertoonde vermindering van symptomen. Dit resultaat werd behouden na 4 jaar follow-up. Patiënt 3 vertoonde persoonlijke groei en beheersing van automatische gedachten. Volledige remissie werd voortgezet na follow-up van 3 jaar. De 3 patiënten toonden blijvende verbeteringen met WBT.
Belaise, Gatti, Chouinard & Chouinard	2014	Italië	Om het effect van CGT en WBT na stopzetting van antidepressiva (paroxetine) en persistente ontweningsverschijnselen te onderzoeken. Het protocol bestond uit 6 tot 16 wekelijkse geïndividualiseerde sessies van 1 uur bestaande uit psycho-educatie, bijhouden van cognities met dagboek, cognitieve herstructurering, huiswerk, veranderen van levensstijl, hanteren effectieve coping en andere elementen van WBT.	N = 3 1 man met depressieve stoornis (45 jaar) en 2 patiënten, waarvan 1 man en 1 vrouw (32 en 43 jaar) met paniekstoornis met agorafobie.	Pilotstudie SCID-I, CID en DESS	Patiënt 1 vertoonde na 3 maanden verbetering van symptomen en ontweningsverschijnselen en bleef vrij van medicatie. Patiënt 2 vertoonde na 5 maanden verbetering van symptomen en vermindering van medicatie. Patiënt 3 vertoonde na 3 maanden vermindering van symptomen. De resultaten bleven na 1 jaar follow-up gehandhaafd.

<i>Auteur</i>	<i>Jaar</i>	<i>Locatie</i>	<i>Doelstelling en toepassingsvorm</i>	<i>Studiegrootte en studiepopulatie</i>	<i>Onderzoeks- design en meet- instrumenten</i>	<i>Uitkomsten</i>
Bohlmijer, Christehusz, Huning & Meulenbeek	2017	Nederland	Om een beschrijving te geven van een casus waarbij WBT is geïntroduceerd als aanvulling op de reguliere behandeling. Er hebben 6 wekelijkse sessies plaatsgevonden, gericht op het vergroten van welbevinden, waarin de focus vooral lag op het ontwikkelen van zelfcompassie.	N = 1 Patiënt is een 35 jarige vrouw met een eenmalige depressieve stoornis.	Casestudies PGGS	Patiënt heeft in het dagelijks leven geleerd om grenzen te respecteren, waardoor ze minder pijn en vermoeidheid ervaart en positiever over zichzelf is gaan denken. Met name het positieve dagboek, het leren ‘defuseren’ van gedachten en de compassievolle metgezeloefening is helpend geweest. Patiënt is erg enthousiast over het effect van WBT.
Cosci	2015	Italië	Om het effect van WBT te onderzoeken bij een patiënt met paniekstoornis en agorafobie die niet reageerde op exposuretherapie, medicatie en CGT. WBT bestond uit 6 sessies door een dagboek bij te houden van de momenten van welzijn, onderbreking van welbevinden, identificeren automatische gedachten en deze uit te dagen.	N = 1 Patiënt is een 64 jarige vrouw met paniekstoornis die niet reageerde op therapie met paroxetine en CGT.	Casestudie PWB	Uit de klinische casus blijkt dat, de patiënt die is behandeld met CGT en problemen had met het identificeren van automatische gedachten, WBT nuttig is.
Fava et al.	1998a	Italië	Om het effect van WBT te vergelijken met CGT bij patiënten met affectieve stoornissen. In beide groepen bestond de behandeling uit 8 2 wekelijkse sessies van 40 minuten. WBT bestond uit het bijhouden van een dagboek van momenten van welbevinden, identificeren van automatische gedachten en overtuigingen die leiden tot een voortijdige onderbreking van welzijn en aanmoediging van beheersings- en plezier taken en blootstelling aan gevreesde situaties.	N = 20 Patiënten (10 in iedere groep) met affectieve stoornis. WBT bestond uit 4 mannen en 6 vrouwen (gemiddelde leeftijd 31,3) met depressieve stoornis (2), paniekstoornis met agorafobie (4), sociale fobie (2), gegeneraliseerde angststoornis (1) en OCS (1) en CGT waarvan 5 vrouwen en 5 mannen (gemiddelde leeftijd 25,5).	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek CID, PWB en SQ Meetmomenten: t0 en t1	Zowel WBT als CGT is geassocieerd met een significante vermindering van resterende symptomen. Echter, een significant voordeel van WBT ten opzichte van CGT werd getoond.
Fava et al.	1998 b	Italië	Om het effect van CGT met leefstijlmodificatie en WBT te vergelijken met KM bij patiënten met recidiverende depressie. In beide groepen bestond de behandeling uit 10 2 wekelijkse sessies van 30 minuten. In de CGT-groep werd in de laatste 2 of 3 sessies WBT toegevoegd.	N = 40 patiënten (20 in iedere groep) met recidiverende depressie die succesvol zijn behandeld met antidepressiva, werden willekeurig toegewezen aan CGT (aangevuld met leefstijlmodificatie en WBT)	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek CID	De CGT-groep heeft een significant lager niveau van resterende symptomen na stopzetting van de medicamenteuze behandeling in vergelijking met de KM-groep.

<i>Auteur</i>	<i>Jaar</i>	<i>Locatie</i>	<i>Doelstelling en toepassingsvorm</i>	<i>Studiegrootte en studiepopulatie</i>	<i>Onderzoeks- design en meet- instrumenten</i>	<i>Uitkomsten</i>
*Vervolg Fava et al.	1998 b	Italië	*Dit bestond uit het veranderen van overtuigingen en attitudes die schadelijk zijn voor het welzijn, stimuleren van het bewustzijn van persoonlijke groei, herstel van affectieve ziekte en versterken van goed gedrag.	*waarvan 9 mannen en vrouwen (gemiddelde leeftijd 45,1) of KM waarvan 7 mannen en 13 vrouwen (gemiddelde leeftijd 48,7).		*Na 2 jaar follow-up resulteerde CGT ook in een lagere terugvalpercentage dan KM. Verbetering van de resterende symptomen kan het risico van terugval bij depressieve patiënten verminderen.
Fava et al.	2004	Italië	Om een 6-jarige follow-up van CGT met WBT in vergelijking met KM te onderzoeken. In beide groepen bestond behandeling uit 10 2 wekelijkse sessies van 30 minuten.	N = 40 Patiënten met recidiverende ernstige depressie die met succes met antidepressiva werden behandeld zijn willekeurig toegewezen aan CGT (aangevuld met aanpassing van de levensstijl en WBT) of KM.	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek CID	Uit de resultaten blijkt dat behandeling met CGT resulteert in een significant lagere terugvalpreventie na 6 jaar follow-up dan bij KM.
Fava et al.	2005	Italië	Om het effect van CGT te vergelijken met het sequentiële gebruik van CGT gevolgd door WBT. In beide groepen bestond de behandeling uit 8 2 wekelijkse sessies van 40 minuten. WBT bestond uit het bijhouden van een dagboek van momenten van welzijn, identificeren van automatische gedachten die leiden tot vroegtijdig onderbreking van welzijn, beheersings- en plezierige taken en blootstelling aan gevreesde situaties.	N = 20 Patiënten met GAS willekeurig toegewezen aan 2 behandelgroepen: CGT bestond uit 4 mannen en 6 vrouwen (gemiddelde leeftijd 40,0) en CGT-WBT bestond uit 3 mannen en 7 vrouwen (gemiddelde leeftijd 43,7).	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek CID, PWB en SQ Meetmomenten: t0, t1 en t2	De sequentiële combinatie van CGT en WBT levert ten opzichte van CGT een significante voordeel op bij vermindering van symptomen van angst als verbetering van welbevinden. De resultaten bleven gehandhaafd bij 1 jaar follow-up.
Fava et al.	2011	Italië	Om het effect van de sequentiële combinatie van CGT en WBT te onderzoeken in vergelijking met KM bij cyclothyme stoornis. Beide groepen bestonden uit 10 2 wekelijkse sessies van 45 minuten. CGT-WBT bestond uit het bijhouden van een dagboek met momenten van symptomen en problemen, strategieën om overtuigingen te corrigeren, monitoren van momenten van welzijn en psychotherapeutische strategieën voor het verbeteren van welzijn.	N = 62 Patiënten met cyclothyme stoornis waarvan 15 mannen en 16 vrouwen willekeurig werden toegewezen aan CGT-WBT (gemiddelde leeftijd 37,1) of KM waarvan 13 mannen en 18 vrouwen (gemiddelde leeftijd 42,3).	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek CID en MAS Meetmomenten: t0, t1, t2 en t3	Er zijn significante verschillen gevonden in beide groepen met grotere verbeteringen na CGT-WBT ten opzichte van KM. Therapeutische winsten werden gehandhaafd bij 1 en 2 jaar follow-up. Een sequentiële combinatie van CGT en WBT, die zowel stemmingswisselingen als angst aanpakt, blijkt significante en aanhoudende voordelen bij cyclothyme stoornis te behalen.
Fava, Ruini, Rafanelli & Grandi	2002	Italië	Om het effect van CGT te onderzoeken bij verlies van klinisch effect van langdurige antidepressiva bij recidiverende ernstige depressie en deze te vergelijken met dosisverhoging.	N = 10 Patiënten waarvan 4 mannen en 6 vrouwen (gemiddelde leeftijd 44,3) met recidiverende depressie die terugvielen tijdens het gebruik van	Pilotstudie CID	4 van de 5 patiënten reageerden op dosisverhoging en KM, maar vertoonden terugval na 1 jaar follow-up. 4 van de 5 patiënten reageerden op CGT en medicatie met slechts 1 terugval bij follow-up.

<i>Auteur</i>	<i>Jaar</i>	<i>Locatie</i>	<i>Doelstelling en toepassingsvorm</i>	<i>Studiegrootte en studiepopulatie</i>	<i>Onderzoeks- design en meet- instrumenten</i>	<i>Uitkomsten</i>
*Vervolg Fava, Ruini, Rafanelli & Grandi	2002	Italië	*Beide groepen bestond uit 1 keer per week 6 sessies van 30 minuten. CGT bestond uit het gebruik van cognitieve herstructurering voor vertekende standpunten en onaangepaste opvattingen, blootstelling aan fobische symptomen, aanpassing van levensstijl en WBT.	*antidepressiva werden willekeurig toegewezen aan 2 groepen: dosisverhoging van antidepressivum en KM of aan CGT en onderhoud van het antidepressivum in dezelfde dosis.		
Harms	2016	Nederland	Om het effect van WBT bij PTSS op lange termijn te onderzoeken in vergelijking met TAU. WBT bestond uit 6 individuele sessies van 45 minuten over een periode van 12 weken. Iedere patiënt ontving het hulpboek 'Dit is jouw leven'. Het bestond uit het bijhouden van een dagboek met momenten van welbevinden, oefeningen voor verhogen zelfcompassie en procesgerichte coping, identificeren negatieve gedachten en uitdagen ervan, mindfulness oefeningen en huiswerkopdrachten.	N = 19 Patiënten met PTSS, waarvan 8 in de TAU-groep (gemiddelde leeftijd 29) en 11 in de WBT-groep (gemiddelde leeftijd 41)	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek MHC-SF, SCS-SF, PTGI-DV en PTSS klachtenschaal Meetmomenten: t0, t1, t2, t3.	Het blijkt dat WBT even geschikt is als TAU voor de rehabilitatiefase van PTSS. De inhoudelijke beredenering van de behandeling geeft WBT de voorkeur ten opzichte van TAU.
Kennard et al.	2014	Amerika	Om het effect van een sequentiële behandelingsstrategie van medicatie en CGT te vergelijken met medicatiebehandeling op terugval bij jongeren met depressieve stoornis. CGT werd aangevuld met WBT en bestond uit het verminderen van resterende symptomen, verhogen van periodes van psychisch welbevinden en voorkomen van terugval. CGT bestond uit 8 tot 11 sessies, in de 1 ^e maand elke week, 2 maanden om de week en 3 maanden om de 4-6 weken. Sessies duurden meestal 1 uur en bestond uit psycho-educatie, monitoring van stemming, gedragsactivatie, cognitieve herstructurering, kernovertuigingen en positief zelfschema, coping-, welzijns- en communicatievaardigheden.	N = 144 Jongeren van 8 tot en met 17 jaar (gemiddelde leeftijd 13,8) met een depressieve stoornis. 62 patiënten in de groep met medicatiebehandeling en 75 patiënten in de groep medicatie en CGT.	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek CDRS-R en CGI-S	Medicatiebehandeling en CGT heeft een significant lager risico op terugval dan de groep met alleen medicatie. Preventie met medicatie en CGT is effectief in het verminderen van het risico van terugval bij kinderen en adolescenten met een depressieve stoornis.

<i>Auteur</i>	<i>Jaar</i>	<i>Locatie</i>	<i>Doelstelling en toepassingsvorm</i>	<i>Studiegrootte en studiebevolking</i>	<i>Onderzoeks- design en meet- instrumenten</i>	<i>Uitkomsten</i>
Leeftang	2016	Nederland	Om het effect van WBT ten opzichte van de TAU te onderzoeken tijdens de rehabilitatiefase in de behandeling van patiënten met PTSS. WBT bestond uit 6 gesprekken en huiswerkopdrachten. Allereerst stonden positieve emoties en irrationele gedachten centraal. Er waren oefeningen om meer positieve emoties te ervaren en de zelfcompassie te vergroten. Verder stond posttraumatische groei centraal. De cliënt ontving het hulpboek 'Dit is jouw leven' met uitleg over positieve emoties, zelfcompassie en posttraumatische groei.	N = 28 Patiënten die een effectieve behandeling voor PTSS hebben afgerond. WBT bestond uit 14 patiënten waarvan 7 mannen en 7 vrouwen. TAU bestond uit 14 patiënten waarvan 5 mannen en 9 vrouwen.	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek PGGS, PTGI, SCS-SF en HADS Meetmomenten: T0 en T1	Zowel WBT als TAU kunnen ingezet worden om welbevinden te bevorderen. Wel lijkt WBT effectiever dan TAU bij patiënten met een laag welbevinden voorafgaand aan de rehabilitatiefase.
Meulenbeek, Christenhusz & Bohlmeijer	2015	Nederland	Om een presentatie te geven van een aanpaste WBT in Nederland door middel van 2 casusverslagen op basis van een proefproject. De Nederlandse WBT bevat 5 tot 8 wekelijkse en 2 wekelijkse individuele sessies van 45 minuten. Het bestond uit psycho-educatie, identificeren van perioden van welzijn en herstructureren van gedachten die perioden van welzijn onderbraken. De patiënt werkte aan elke geselecteerde dimensie met oefeningen om vaardigheden te ontwikkelen die psychologisch welbevinden bevorderen.	N = 2 De eerste casus betreft een 42-jarige man met terugkerende depressie. De tweede casus betreft een 28-jarige vrouw met dysthyme stoornis.	Casestudies PWB	Patiënt 1 voelde zich aan het eind van de behandeling meer zelfstandig, volledig hersteld en werd actiever. Dit resultaat bleef gehandhaafd na 6 maanden follow-up. Patiënt 2 heeft WBT positief geëvalueerd, er waren geen depressieve perioden meer en werd gelukkiger met haar lichaam. Ook kreeg ze nauwe vrienden. Dit resultaat bleef gehandhaafd na 6 maanden follow-up.
Moeeni- zadeh & Kumar	2010	Iran	Om het effect van WBT in vergelijking met CGT te onderzoeken. WBT bestond uit 8 sessies van 45 minuten. Het bestond uit het bijhouden van een gestructureerd dagboek en identificeren van momenten van welzijn, gedachten en overtuigingen die tot vroegtijdige onderbreking van het welzijn leiden en taakopdrachten en versterken plezierige activiteiten.	N = 40 Patiënten (20 mannen en 20 vrouwen) met dysthyme stoornis in de leeftijd 20 tot 40 jaar (gemiddelde leeftijd 24,37) werden willekeurig toegewezen aan WBT of CGT.	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek PWB, BDI-II en Rorschach Inktblot Test	Het effect van WBT is vermindering van depressieve symptomen en verhoging van psychisch welzijn.

<i>Auteur</i>	<i>Jaar</i>	<i>Locatie</i>	<i>Doelstelling en toepassingsvorm</i>	<i>Studiegrootte en studiepopulatie</i>	<i>Onderzoeks- design en meet- instrumenten</i>	<i>Uitkomsten</i>
Moeeni-zadeh & Salagame	2010	Iran	Om het effect van CGT en WBT te onderzoeken wat betreft verbetering van het welzijn en de vermindering van symptomen. WBT bestond uit 8 sessies van 45 tot 60 minuten gedurende een periode van 8 weken. Zelfobservatie stond centraal door het bijhouden van een gestructureerd dagboek. Het bestond uit het identificeren van momenten van welzijn, gedachten en overtuigingen die tot vroegtijdige onderbreking van welzijn leiden.	N = 40 20 mannen en 20 vrouwen met ernstige depressieve stoornis werden willekeurig toegewezen aan WBT of CGT.	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek BDI-II, PWB en Rorschach Inkbloot Test Meetmomenten: t0 en t1	WBT vertoont een grotere symptoomreductie in vergelijking met CGT. Ook blijkt dat patiënten van WBT een verbetering hebben in nauwe relaties, optimisme, geluk, onschuld, succes en socialisatie dan CGT. Er blijkt een verhoging van welzijn en vermindering van symptomen bij de behandeling van depressie.
Moeeni-zadeh & Zarif	2017	Iran	Om het effect van WBT voor depressie te onderzoeken bij onvruchtbare vrouwen. WBT bestond uit 8 tot 10 sessies van 45 tot 60 minuten gedurende 8 weken. Het werd uitgevoerd in een WBT-groepstherapie waarbij zelfobservatie met een geprogrammeerd dagboek werd gebruikt. Het bestond uit het identificeren van momenten van welzijn, gedachten en overtuigingen die leiden tot vroegtijdig onderbreking van welzijn.	N = 22 Patiënten waren onvruchtbare vrouwen (van 20 t/m 40 jaar) met depressie. Met in elke groep 11 patiënten werden willekeurig toegewezen aan een experimentele en controlegroep.	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek PWB en DASS-21	WBT vertoont significante symptoomvermindering en verhoging van het welbevinden. Patiënten vertonen verbetering van hechte relaties, optimisme, geluk, onschuld, succes en socialisatie in vergelijking met de andere groep.
Pirnia, Rezaei, Rahimian & Soleimani	2016	Iran	Om het effect van WBT in de GGZ, psychopathologie en geluk bij mannelijke middelenafhankelijke verslaafden (Methamphetamine) te onderzoeken. De experimentele groep kreeg WBT die bestond uit 12 wekelijkse sessies van 50 minuten. Het bestond uit opdrachten en dagboek.	N = 6 Patiënten waren mannen met vergelijkbare opleidingsachtergrond, leeftijd, sociale klasse, duur van methamfetamine afhankelijkheid die willekeurig zijn toegewezen aan een experimentele of controlegroep.	Quasi-experimenteel onderzoek OQ-45 en OHQ Meetmomenten: t0 en t1	De resultaten tonen aan dat WBT een significant effect heeft op de verbetering van gezondheid, psychopathologie en geluk bij drugsafhankelijke patiënten.
Post	2011	Nederland	Om de ervaring met de implementatie van de aangepaste WBT te onderzoeken. WBT is als aansluiting op een afgeronde CGT aangeboden. Er werden 4 tot 8 sessies van ongeveer 45 minuten uitgevoerd. De sessies bestonden uit oefeningen voor het vergroten van de positieve geestelijke gezondheid gericht op verschillende levensdomeinen en waarden.	N = 3 Patiënten tussen de 28 en 44 jaar waarvan één man met angst- en stemmingsstoornis.	Pilotstudie PGGS, CES-D, HADS-A, MHS-SF Meetmomenten: t0 en t1	Er wordt geconcludeerd dat patiënten en therapeuten positief zijn over de opzet en implementatie van WBT.

<i>Auteur</i>		<i>Locatie</i>	<i>Doelstelling en toepassingsvorm</i>	<i>Studiegrootte en studipopulatie</i>	<i>Onderzoeks- design en meet- instrumenten</i>	<i>Uitkomsten</i>
*Vervolg Post	2011	Nederland	*Na elke sessie ontving de patiënt huiswerk. Met behulp van het logboek hielden patiënten goede momenten, situaties, gedachtes, gevoelens, de intensiteit en onderbreking ervan bij.			
Ruini et al.	2006	Italië	Om het effect van een op school gebaseerde interventieprotocol afgeleid van WBT toe te passen en te onderzoeken in vergelijking met CGT. Het bestond uit 4 sessies van 2 uur die 2 wekelijks plaatsvonden. De sessies bestonden uit het herkennen, ervaren en delen van (positieve) verschillende emoties, herkennen van de relatie tussen gedachten en emoties, zelfobservatie en dagelijkse positieve momenten bijhouden in een dagboek. Verder bestond het uit het verbeteren van interpersoonlijke relaties, zelfacceptatie en persoonlijke groei door middel van (rollen)spellen en groeps gesprekken.	N = 111 Schoolinterventies werden uitgevoerd bij 6 klassen van scholieren waarvan de lessen willekeurig werden toegewezen aan CGT of WBT. CGT bestond uit 25 scholieren waarvan 29 jongens en 25 meisjes (gemiddelde leeftijd 13,2) en WBT van 27 scholieren waarvan 31 jongens en 26 meisjes (gemiddelde leeftijd 13).	Pilotstudie PWB en SQ Meetmomenten: t0 en t1	Beide op school gebaseerde interventies hebben geleid tot een vergelijkbare verbetering van symptomen, zoals angst, depressie en stoornissen en psychologisch welzijn.
Ruini et al.	2009	Italië	Om onderzoek te doen naar het effect van een nieuwe schoolinterventie afgeleid van het WBT protocol die is vergeleken met een aandacht-placebo-interventie bij middelbare scholieren. Beide interventies bestond uit 6 sessies van 2 uur, die 1 keer in de week in de klas werden gehouden. WBT bestond uit het identificeren, herkennen en tot uitdrukking brengen van emoties, herkennen van de relatie tussen gedachtes en emoties, dagboek voor zelfobservering, cognitieve herstructurering, ontspanningstechnieken, nadruk op positieve emoties en Ryff's dimensies van psychisch welbevinden bevorderen met (groeps-) opdrachten, rollenspellen, groepsdiscussies en spelletjes.	N = 227 9 klassen van 139 meisjes en 88 jongens (gemiddelde leeftijd 14,4). Klassen werden willekeurig toegewezen aan WBT (5 klassen) van 129 leerlingen waarvan 42 jongens en 87 meisjes en aandacht-placebo groep (4 klassen) van 98 leerlingen waarvan 46 jongens en 52 meisjes.	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek SQ, PWB en RCMAS Meetmomenten: t0, t1 en t2	De resultaten tonen aan dat de WBT schoolinterventie effectief is in het bevorderen van psychisch welbevinden, persoonlijke groei en positieve emoties en verminderen van distress, in het bijzonder angst en somatisatie in vergelijking met de aandacht-placebogroep. Deze resultaten blijven gehandhaafd bij follow-up, terwijl in de aandacht-placebo-groep deze verdwijnen. De WBT protocol op scholen toont vorderingen die op de lange termijn effectief blijven.
Ruini & Fava	2008	Italië	Om het effect van WBT te onderzoeken in de restfase van stemmings- en angststoornissen als een terugval-preventieve strategie.	N = 40 Patiënten met recidiverende depressie,	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek	CGT en WBT resulteert in een significant lagere terugvalpercentage (40%) na 6 jaar follow-up dan KM (90%).

<i>Auteur</i>	<i>Jaar</i>	<i>Locatie</i>	<i>Doelstelling en toepassingsvorm</i>	<i>Studiegrootte en studiestudiepopulatie</i>	<i>Onderzoeks- design en meet- instrumenten</i>	<i>Uitkomsten</i>
*Vervolg Ruini & Fava	2008	Italië		*die succesvol waren behandeld met antidepressiva werden willekeurig toegewezen aan CGT van restverschijnselen (aangevuld met WBT) of KM.		*Wanneer meerdere recidieven werden overwogen, had de CGT-WBT groep een significant lager aantal relapsen in vergelijking met de KM-groep.
Ruini & Fava	2009	Italië	Om het effect van WBT te onderzoeken bij een patiënt met GAS die behandeld is met CGT. WBT bestond uit 6 sessies waarin een dagboek werd bijgehouden van momenten van welzijn, identificeren van automatische gedachten en negatieve gedachten die momenten van welzijn voortijdig onderbreken en cognitieve herstructurering.	N = 1 Patiënt is een vrouw met GAS die is behandeld met CGT en medicatie Clonazepam en vervolgens is toegewezen naar WBT.	Casestudie PWB	Het sequentiële gebruik van CGT en WBT leidt tot vermindering van angst en een uitgebreidere identificatie van automatische gedachten en kan resulteren in een effectievere cognitieve herstructurering.
Sperry	2013	Amerika	WBT wordt beschreven en geïllustreerd met een casus. Patiënt heeft 8 sessies gevolgd die bestond uit het bijhouden van een gestructureerd dagboek waarin momenten van welzijn werd gerapporteerd met emoties en gedachten die deze momenten onderbreken. Met zelfobservatie zijn cognities en denkfouten geïdentificeerd, relatie tussen gedachten en gevoelens herkend, positieve gedragsactiviteiten verhoogd en cognitieve herstructurering.	N = 1 Een 27 jarige patiënt met OCS eerder behandeld met CGT en medicatie.	Casestudie PWB	De patiënt is verbeterd in alle 6 dimensies. Er wordt gesuggereerd dat WBT een van de weinig therapievorm is die gevoelig is voor spirituele kwesties en doelen op een hoog niveau van bewustzijn. Bij 1 jarige follow-up bleven de resultaten gehandhaafd.
Stangier et al.	2013	Duitsland	Om het effect van CGT, WBT en mindfulness met manuele psycho-educatie te vergelijken bij patiënten met residuele depressie. De CGT groep omvatte 16 individuele sessies van 50 minuten gedurende een periode van 8 maanden. Het bestond uit mindfulness meditatie-oefeningen, modificatie van disfunctionele cognities en overtuigingen, gedragsactivering, gedragsexperimenten en versterking van cognities en gedrag dat psychologisch welbevinden verhoogt.	N = 180 Patiënten met depressieve stoornis in remissie.	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek LIFE en HAM-D	Uit de resultaten blijkt dat onderhouds-CGT effectief is om terugval te voorkomen door het risico te verlagen bij patiënten die meerdere depressieve episodes hebben doorgemaakt. CGT heeft alleen significante effecten op de preventie van terugval of recidief bij patiënten met een hoog risico op recidief van depressie. Voor patiënten met een gematigd risico op terugval (minder dan 5 episodes) kan psycho-educatie even effectief zijn.

<i>Auteur</i>	<i>Jaar</i>	<i>Locatie</i>	<i>Doelstelling en toepassingsvorm</i>	<i>Studiegrootte en studiepopulatie</i>	<i>Onderzoeks- design en meet- instrumenten</i>	<i>Uitkomsten</i>
Stuiver	2013	Nederland	Om het effect van groepsgerichte WBT te onderzoeken bij patiënten die de reguliere behandeling hebben afgerond. Ook wordt nagegaan wat de tevredenheid en ervaringen van patiënten zijn. Patiënten in de interventiegroep hebben 9 sessies van 90 minuten de groepstherapie gevolgd. Elke week werd 1 dimensie van het psychologisch welzijn van Ryff behandeld in de groep waaraan oefeningen zijn gekoppeld. Ook zijn er wekelijks groepsoefeningen en aanvullende huiswerkopdrachten meegegeven.	N = 18 Patiënten met depressieve en/of angstklachten in remissie zijn verdeeld in 2 condities: interventiegroep met groepsgerichte WBT (gemiddelde leeftijd 34) en controlegroep (gemiddelde leeftijd 49) zonder aanvullende zorg nadat de klachten succesvol waren behandeld.	Quasi experimenteel onderzoek MHC-SF, PGGS, HADS en CSQ-8 Meetmomenten: t1, t2 en t3	WBT toont een significante verbetering op positieve geestelijke gezondheid, het psychologisch en sociaal welbevinden in vergelijking met de controlegroep. De patiënten van de interventiegroep zijn zeer tevreden over de groepsgerichte WBT. De interventie sloot goed aan op de reguliere behandeling en de oefeningen zijn als waardevol beschouwd om positiever in het leven te kunnen staan.
Tomba et al.	2010	Italië	Om het effect van WBT te onderzoeken in vergelijking met AM in schoolsetting. Er waren 6 sessies van 2 uur die wekelijks plaatsvonden. WBT bestond uit het herkennen, identificeren en uitdrukken van verschillende emoties, leren van de relatie tussen gedachten en gevoelens, identificeren negatieve gedachten, corrigeren met alternatieve gedachten, cognitieve herstructurering, verbeteren teamwork, positieve relaties met anderen, zelfacceptatie, autonomie, doel in het leven, geluk en emotioneel welzijn. Dit vond plaats door middel van materialen voor zelfobservatie, oefeningen, groeps-spellen en discussies, huiswerkopdrachten en bijhouden van dagboek met dagelijkse situaties van emoties.	N = 162 De schoolinterventie vond plaats bij 8 klassen van 4 middelbare scholen bij 162 scholieren waarvan 94 meisjes en 68 jongens (gemiddelde leeftijd 11,41). 4 klassen van 82 scholieren zijn willekeurig toegewezen aan WBT waarvan 40 jongens en 42 meisjes (gemiddelde leeftijd 11,44) en 4 klassen van 80 scholieren aan AM waarvan 28 jongens en 52 meisjes (gemiddelde leeftijd 11,39).	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek PWB, SQ en RCMAS	AM resulteerde in een significante afname van angst, terwijl WBT een significant positief effect had bij het verbeteren van welzijns-schalen en vriendelijkheid. Er waren geen significante verschillen in de PWB-schalen. Dit geeft aan dat voor de gemiddelde student korte interventies met verschillende strategieën gelijkwaardige resultaten opleveren. Beide interventiestrategieën behielden effecten na 6 maanden follow-up.
Tomba et al.	2016	Italië	Om te onderzoeken of demoralisatie gepaard gaat met psychologische behandelingsrespons bij patiënten met cyclothyme stoornis.	N = 62 Patiënten waarvan 28 mannen en 34 vrouwen (gemiddelde leeftijd 39,66) met cyclothyme stoornis. Patiënten werden willekeurig toegewezen aan 2 behandelingsgroepen: sequentiële combinatie van CGT-WBT of KM.	Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek CID Meetmomenten: t0, t1, t2 en t3	Bij CGT-WBT waarin specifieke technieken werden toegepast, leek demoralisatie geen rol te spelen in de respons op de behandeling. Er wordt gesuggereerd dat psychotherapeutische elementen, zoals het bieden van aanmoediging, hoop en verwachtingen van verbetering positief effect heeft op gedemoraliseerde patiënten.

<i>Auteur</i>	<i>Jaar</i>	<i>Locatie</i>	<i>Doelstelling en toepassingsvorm</i>	<i>Studiegrootte en studiepopulatie</i>	<i>Onderzoeks- design en meet- instrumenten</i>	<i>Uitkomsten</i>
Tomba & Tecuta	2016	Italië	Om een casus te illustreren van de toepassing van WBT bij een patiënt met anorexia nervosa. Patiënt volgde 8 wekelijkse individuele sessies van 45 minuten. Het bestond uit identificeren van momenten van welzijn en bijhouden van gedachten en gedragingen die het welzijn vroegtijdig onderbreken in dagboek, werken aan automatische gedachten, cognitieve herstructurering, versterken van momenten van welzijn, alternatieve gedachten en overtuigingen, identiteit en doel in het leven door middel van huiswerkopdrachten en gedragsactiviteiten.	N = 1 Patiënt is een 23 jarige vrouw met anorexia nervosa. CGT had geen effect waarna patiënt is verwezen naar WBT.	Casestudie CID en PWB	Het effect van WBT was dat patiënt verbetering toonde in herstel, positieve ervaringen en beheeren van negatieve gedachten. Symptomen van depressie, prikkelbaarheid en reactiviteit van milieu verbeterden ook. Deze resultaten bleven gehandhaafd na 6 maanden follow-up.
Valckx	2014	Nederland	Om de subjectieve ervaring van patiënten die, na of tijdens behandeling van PTSS, WBT ontvingen te onderzoeken. WBT werd ingezet volgens de methode ‘Dit is jouw leven’. Het is onderverdeeld in 8 hoofdstukken die patiënten met een zelfhulpboek doorwerken. Het bestond uit informatie en opdrachten. In vergelijking met de originele vorm van WBT is ‘Dit is jouw leven’ meer gestructureerd. Ook is er meer ruimte voor emotioneel en sociaal welbevinden, naast psychologisch welbevinden, en er zijn elementen van mindfulness toegevoegd. Een laatste belangrijke toevoeging is een hoofdstuk over posttraumatische groei.	N = 5 Patiënten waarvan 4 vrouwen en 1 man waren allen in behandeling voor een PTSS. De leeftijd varieerde van 21 tot 51.	Kwalitatief onderzoek Interview	WBT is geconcludeerd als een veelzijdige therapie die bij verschillende patiënten verschillende ervaringen oproept. Op basis van de analyses van 5 interviews blijkt dat patiënten WBT heel verschillend hebben ervaren. De deelnemers zijn overwegend positief, 1 is uitgesproken positief en 1 is uitgesproken negatief. De 4 patiënten gaven aan dat ze baat hebben gehad bij de cursus.

Afkortingen. ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder; AM, Anxiety Management; BDI-II, Beck Depression Inventory; CDRS-R, Children’s Depression Rating Scale–Revised; CES-D, Center for Epidemiological Studies Depression Scale; CGI-S, Clinical Global Impressions Scale; CGT, Cognitieve Gedragstherapie; CID, Clinical Interview for Depression; DASS-21, Depression Anxiety and Stress Scale-21; DESS, Discontinuation-Emergent Signs and Symptoms checklist; GAS, Gegeneraliseerd Angststoornis; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; HAM-D, Hamilton rating scale for depression; KM, Klinisch management; K-SADS-PL, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime version; LIFE, Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation; MAS, The Mania Scale; MHC-LF, Mental Health Continuum Long Form; MHC-SF, Mental Health Continuum-Short Form; OCS, Obsessief-Compulsief Stoornis; ODD, agressieve gedragsstoornis (opstandig gedrag); OHQ, Oxford Happiness Questionnaire; OQ-45, Outcome Questionnaire; PGGS, Positieve Geestelijke Gezondheid Schaal; PTGI-DV, Posttraumatic Growth Inventory; PTSS, Posttraumatische stress-stoornis; PWB, Psychological Well-being Scales; RCMAS, Revised Children’s Manifest Anxiety Scale; SCID-I, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder; SCS-SF, Self-Compassion Scale Short Form; SQ, Symptom questionnaire; TAU, Treatment as usual; WBT, Welbevindenterapie.