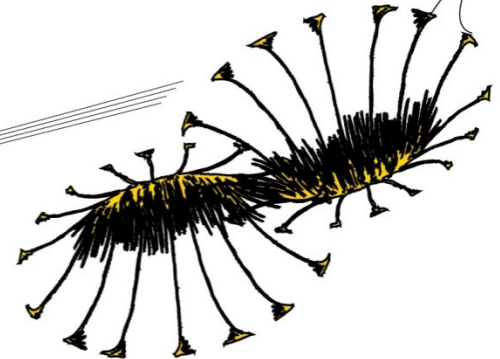




**“In je kracht blijven”, een onderzoek naar de effecten van de welbevinden therapie als groepstraining bij mensen met angst- of stemmingsklachten in remissie**

*Hanneke Fens*





**“In je kracht blijven”, een onderzoek naar de effecten van de  
welbevinden therapie als groepstraining bij mensen met angst- of  
stemmingsklachten in remissie**

**Auteur:**

**Hanneke Fens**  
S0218308

**Datum:**

12 september 2013

**1<sup>e</sup> begeleider en beoordelaar:**

Dr. P.A.M.Meulenbeek

**2<sup>e</sup> begeleider en beoordelaar:**

Dr. M.M. Veehof

**Universiteit Twente, Enschede**

Faculteit Gedragwetenschappen

Opleiding Psychologie

Geestelijke Gezondheidsbevordering



## voorwoord

Ter afronding van mijn masteropleiding Geestelijke Gezondheidsbevordering heb ik een onderzoek uitgevoerd tijdens mijn stage bij Mediant, Centrum voor Stemming en Angst. Het onderzoek richtte zich op de rol van de interventie “In je kracht blijven”, een training gebaseerd op de welbevindentherapie, die werd aangeboden in groepsverband. Ik verwachtte dat deze training een gunstig effect op positieve geestelijke gezondheid zou hebben door het versterken van psychologisch welbevinden. De cliënten die deelnamen hadden angst- of stemmingsklachten in remissie en mogelijk zou de training ook bijdragen aan de afname van de restverschijnselen.

Het proces van vormgeven van de training en de uitvoering ervan samen met Ien Gielkens en Wilma Visser was een zeer leerzame ervaring. Ik wil hen dan ook als eerste bedanken voor hun bijdrage aan mijn onderzoek. Ook wil ik de cliënten die deelnamen bedanken voor hun medewerking.

Na mijn stage heeft een jaar vol tegenslagen ertoe geleid dat het schrijven van deze masterthese op ware sisyphusarbeid begon te lijken. Gelukkig heeft de ondersteuning van mijn kinderen en vooral van mijn ouders er voor gezorgd dat er nu toch echt een eindproduct ligt. Bedankt lieve schatten!

Als het moeilijk wordt, heb je vrienden nodig. In 2008 was het Liesbet Spinhoven Van Oosten die mij heeft geïnspireerd om mijn vroegere droom om psycholoog te worden uit te laten komen en toen ik tijdens het uitvoeren van deze afstudeeropdracht bij de pakken neer ging zitten omdat ik de data maar niet ingevoerd kreeg, heeft zij mijn “assistent” willen zijn. Op momenten dat ik vastliep in de statistische analyses heb ik een beroep kunnen doen op Kei Long Cheung en Jadran Botterman die mij met raad en daad bijstonden en Cindy Paans die haar kritische blik nog even over mijn tekst heeft laten gaan. Daar ben ik hen erg dankbaar voor.

Ten slotte wil ik mijn dank uitspreken aan mijn begeleiders Dr. Peter Meulenbeek en Dr. Martine Veehof voor hun engelengeduld en hun constructieve feedback waardoor ik telkens weer kritisch kon blijven kijken naar mijn werk gedurende de afgelopen maanden.

Enschede, september 2013

Hanneke Fens

## **Abstract**

### *Background*

Anxiety and depression are common psychological symptoms. In the Netherlands one in five people, will have an anxiety or mood disorder during their lives. This diminishes the quality of life and leads to high healthcare costs. In mental health interest in positive psychology interventions is increasing. This study investigated the effects of the group intervention 'stand in your strength', which is based on the well-being therapy. This intervention consists of eight weekly training sessions in which the six dimensions of psychological well-being are central: autonomy, self-acceptance, personal growth, purpose in life, positive social contacts and control over their own lives. The aim of this study is to investigate whether well-being is increased and if psychopathological symptoms have decreased after training.

### *Methods*

In this study, in ten clients with anxiety or mood disorder in remission before and after participation in the intervention the extent of experienced well-being and the extent to which symptoms were experienced are measured. During the fifth meeting well-being is measured to investigate whether improvement had already occurred and whether that was true for only the dimensions which have been treated until then. How the participants experienced the content and guidance of the training could be filled out by them on an evaluation form. The results of the measurements are analyzed by a Wilcoxon signed rank test. On the evaluation a descriptive analysis is conducted.

### *Results*

Well-being was found to have increased at the autonomy dimension significantly. Also positive mental health by the social well-being significantly improved. Halfway through the training in three dimensions hitherto considered a significant improvement was visible. This effect had disappeared at the posttest. On three out of the nine areas examining symptoms a significant reduction occurred. The participants rated the intervention positively both in terms of content and in terms of guidance.

### *Conclusion*

The research question whether group training 'stand in your strength' positive contributes to well-being and reduce symptoms is partially answered positively. This makes the well-being therapy a promising intervention to perform in groups.

## **Samenvatting**

### *Achtergrond*

Veelvoorkomende psychische klachten zijn angst en depressie. In Nederland krijgt één op de vijf mensen ooit in hun leven te maken met een angst of stemmingsstoornis. De kwaliteit van leven neemt hierdoor af en het leidt tot hoge zorgkosten. In de geestelijke gezondheidszorg is steeds meer belangstelling voor interventies uit de positieve psychologie. In deze studie is onderzoek gedaan naar de effecten van de groepsinterventie 'In je kracht blijven', die is gebaseerd op de welbevindentherapie. Deze interventie bestaat uit een training van acht wekelijkse bijeenkomsten, waarbij de zes dimensies van psychologisch welbevinden centraal staan: autonomie, zelfacceptatie, persoonlijke groei, doelgerichtheid, sociale contacten en regie over het eigen leven. Doel van deze studie is te onderzoeken of welbevinden is toegenomen en of psychopathologische klachten zijn afgenomen na de training.

### *Methoden*

In dit onderzoek is bij tien cliënten met angst- of stemmingsklachten in remissie voor en na deelname aan de interventie een meting verricht naar de mate van ervaren welbevinden en de mate waarin klachten werden ervaren. Tevens is tijdens de vijfde bijeenkomst het welbevinden gemeten om te onderzoeken of er toen reeds verbetering optrad en of dat voor slechts de dimensies gold die tot dan zijn behandeld. Hoe de deelnemers de inhoud en de begeleiding van de training hebben ervaren kon na de interventie op een evaluatieformulier worden ingevuld. De resultaten van de metingen zijn geanalyseerd met een Wilcoxon rangtekentoets. Van de evaluatie is een beschrijvende analyse gemaakt.

### *Resultaten*

Welbevinden bleek significant te zijn toegenomen op de dimensie autonomie. Ook is de positieve geestelijke gezondheid verbeterd doordat het sociaal welbevinden significant is toegenomen. Halverwege de training bleek op de drie tot dan toe behandelde dimensies een significante verbetering zichtbaar. Dit effect was op de nameting verdwenen. Op drie van de negen onderzochte klachtgebieden is een significante klachtenreductie opgetreden. De deelnemers beoordeelden de interventie positief zowel wat betreft de inhoud als wat betreft de begeleiding.

### *Conclusie*

De onderzoeksvraag of de groepstraining 'In je kracht blijven' positief bijdraagt aan welbevinden en klachtenreductie is gedeeltelijk positief beantwoord. Dit maakt de welbevindentherapie een veelbelovende interventie om in te zetten in groepsverband.





# Inhoudsopgave

Voorwoord

Abstract

Samenvatting

1	Inleiding.....	11
1.1	Huidige focus van de geestelijke gezondheidszorg.....	11
1.2	Wat is welbevinden .....	12
1.3	Interventies.....	12
1.4	Welbevindentherapie .....	13
1.5	Onderzoeksvraag .....	16
2	Methoden.....	17
2.1	Participanten .....	17
2.2	Interventie .....	19
2.3	Meetmomenten .....	20
2.4	Meetinstrumenten .....	21
2.5	Statistische Analyse .....	24
3	Resultaten .....	25
3.1	Psychologisch welbevinden en geestelijke gezondheid.....	25
3.2	Klachtenreductie.....	25
3.3	Tussentijdse effecten psychologisch welbevinden en geestelijke gezondheid .....	26
3.4	Evaluatie door de deelnemers.....	28
3.5	Post-hoc analyses .....	30
3.5.1	Vergelijking met normscores .....	30
3.5.2	Completersanalyse .....	32
4	Discussie .....	34
4.1	Bevindingen .....	34
4.2	Beperkingen.....	36
4.3	Aanbevelingen .....	36
4.4	Conclusie.....	37
5	Referenties .....	38
	Bijlage 1 Draaiboek interventie met presentatie dimensies.....	42
	Bijlage 2 Evaluatieformulier .....	58
	Bijlage 3 Normtabel BSI.....	59



# 1 Inleiding

## 1.1 Huidige focus van de geestelijke gezondheidszorg

Geestelijke gezondheid is lange tijd volgens het ziektemodel gedefinieerd als de afwezigheid van psychopathologie. Hierop is de Diagnostic and Statistical Manual-IV gebaseerd waarin pathologische klachten en afwijkend gedrag worden gecategoriseerd in diagnoses van mentale stoornissen (DSM-IV, 1994).

Van de volgens de classificaties van de DSM-IV gediagnostiseerde patiënten vormen mensen met angst- of stemmingsklachten de grootste groep. Angst en depressie staan samen met middelengebruik in de top drie van psychische problemen (Emmelkamp, Bouman, & Visser, 2009, p.44). Door De Graaf, Have en Dorsselaer (2010) werd een *lifetime* prevalentie van 20,2 % voor een stemmingsstoornis en 19,1 % voor een angststoornis in de algemene Nederlandse bevolking gevonden in een studie onder 6.646 personen tussen 18 en 64 jaar. Behandeling van deze klachten wordt beschreven in de multidisciplinaire richtlijnen GGZ (Trimbos, 2013) en gaat uit van het principe dat *'stepped care'* genoemd wordt. Stepped care houdt in dat er gestart wordt met de minst intensieve behandelvorm en naar mate klachtenreductie voldoende danwel onvoldoende blijkt, wordt de intensiteit van de behandeling gestopt danwel opgevoerd (Keijsers, Van Minnen, & Hoogduin, 2004). De richtlijnen richten zich vooralsnog dus voornamelijk op de klachten van een persoon.

Meer en meer is er consensus dat de geestelijke gezondheidszorg zich hoort te richten op zowel het verlichten van de psychopathologische symptomen als de versterking van positieve geestelijke gezondheid. Volgens het twee continuamodel van Westerhof en Keyes (2010) zijn positieve geestelijke gezondheid en de afwezigheid van psychopathologie twee samenhangende dimensies van geestelijke gezondheid. De laatste decennia is deze wijze van denken over geestelijke gezondheid opgekomen in een stroming die de positieve psychologie genoemd wordt (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Sinds kort spreekt ook de World Health Organization (WHO) bij de beschrijving van geestelijke gezondheid van: "...een toestand van welbevinden, waarin elk individu zijn of haar potentieel realiseert, om kan gaan met de normale spanningen van het leven, vruchtbaar/productief kan werken en in staat is om een bijdrage te leveren aan zijn of haar omgeving." (World Health Organization, 2011). Ook uit deze definitie blijkt dat welbevinden een steeds belangrijkere rol is gaan spelen als maat voor geestelijke gezondheid.

## 1.2 Wat is welbevinden

De term welbevinden kent door de geschiedenis heen meerdere definities. Zo sprak Aristoteles al van hedonisch en eudaimonisch welbevinden, waarmee hij doelde op het onderscheid tussen enerzijds emotioneel of subjectief welbevinden, dat zich kenmerkt door positieve gevoelens en anderzijds psychologisch welbevinden, dat zich kenmerkt door optimaal functioneren in het persoonlijk en sociaal leven (Ryan & Deci, 2001). Ook door Ryff, Smothkin en Keyes (2002) wordt het onderscheid tussen subjectief en psychologisch welbevinden gemaakt. Hierbij wordt subjectief welbevinden beschouwd als een gevoel van tevredenheid met het leven en een goede balans tussen positieve en negatieve affecten. Psychologisch welbevinden ontstaat volgens Ryff et al. (2002) door het ervaren van betrokkenheid bij de existentiële uitdagingen in het leven. Dit welbevinden hangt samen met het gevoel grip op het eigen leven te hebben en de omgeving aan te kunnen. Ook het gevoel dat het leven betekenisvol is en dat men zich blijft ontwikkelen dragen bij aan welbevinden.

Welbevinden bleek echter nog scherper te kunnen worden gedefinieerd. Keyes (2002) noemde positieve geestelijke gezondheid een syndroom van symptomen van ervaren welbevinden. Deze symptomen clusterde hij in emotioneel, sociaal, en psychologisch welbevinden. Emotioneel welbevinden weerspiegelt de aanwezigheid van positieve gevoelens en de afwezigheid van negatieve gevoelens over het leven. Sociaal welbevinden hangt samen met een gevoel in de sociale context te functioneren. Dit kenmerkt zich door gevoel van sociale coherentie, sociale actualisatie, sociale integratie, sociale acceptatie en het gevoel een bijdrage aan de maatschappij te leveren (Keyes, 1998).

Uit literatuuronderzoek van Ryff (1989) is gebleken dat het psychologisch welbevinden bestaat uit zes dimensies: zelfbeschikking (autonomie), zich als mens blijven ontwikkelen (persoonlijke groei), op een effectieve manier met de omgeving om kunnen gaan (regie over het eigen leven), het vormen van positieve evaluaties over zichzelf (zelfacceptatie), het hebben en aangaan van positieve relaties met anderen (sociale relaties) en het gevoel dat het leven ertoe doet en ergens toe leidt (doelgerichtheid). Het versterken van deze dimensies draagt volgens haar bij aan positieve geestelijke gezondheid (Ryff, 1989).

## 1.3 Interventies

Inmiddels worden er interventies ontwikkeld om de bevindingen uit de positieve psychologie in te zetten in de geestelijke gezondheidszorg. Fava en Ruini (2003) beschreven dat er al langer aandacht was binnen therapeutische settings voor het vergroten van welbevinden en effectiever met het leven omgaan, maar dat dit slechts gezien werd als bijproducten van therapie en nooit als hoofddoel.

Echter, wellicht kunnen interventies die zijn gericht op toevoegen van positieve gevoelens, positieve cognities of positieve gedachten een grotere rol krijgen in behandelingen.

Meerdere studies onderzochten de resultaten van interventies gebaseerd op positieve psychologie. Zo hebben Sin en Lyubomirsky (2009) een meta-analyse van 51 studies naar interventies gebaseerd op positieve psychologie uitgevoerd, waaraan in totaal 4266 mensen deelnamen. Het onderzoek liet gunstige resultaten zien. Zij vonden in hun analyse op basis van de gecombineerde resultaten een significante toename van welbevinden en een significante afname van depressieve klachten. De onderzochte/geselecteerde studies beschreven verschillende interventies, waaronder Mindfulness, Dankbaarheid, Fordyce's Happiness Program, Vergeving, Positief Schrijven en Positive Psychotherapy. Ook verschilden de interventies van elkaar wat betreft de wijze van aanbieden: individueel, in groepsverband of als zelfhulp. Tot aan dit onderzoek was de effectiviteit van dergelijke interventies nog onduidelijk, omdat systematisch kwantitatief onderzoek naar de verschillende onderzoeken die er naar de verschillende therapieën waren uitgevoerd, ontbrak. Onder de geselecteerde studies bevonden zich twee onderzoeken van Fava et al. (1998, 2005) naar de welbevindentherapie als individuele behandeling en één onderzoek van Ruini et al. (2006) naar de welbevindentherapie als zelfhulp. De welbevindentherapie werd in geen van de onderzochte studies in groepsverband aangeboden.

## **1.4 Welbevindentherapie**

De welbevindentherapie is door Fava et al. (1998) ontwikkeld en is gebaseerd op de ideeën uit de positieve psychologie. Deze interventie beoogt positieve geestelijke gezondheid te bevorderen door psychologisch welbevinden te vergroten. De zes dimensies van psychologisch welbevinden van Ryff (1989) vormen de basis. De welbevindentherapie is een gestructureerd, educatief model dat als leidraad kan fungeren om met de huidige problemen om te leren gaan. Met behulp van een gestructureerd dagboek houdt de cliënt dagelijkse ervaringen en emoties bij naar aanleiding van oefeningen en instructies die tijdens de sessies zijn gegeven (Ruini & Fava, 2012).

Tijdens de eerste sessies wordt uitgelegd wat onder psychologisch welbevinden wordt verstaan. Vervolgens wordt aan de cliënt gevraagd situaties en momenten waarbij welbevinden wordt ervaren in het dagboek te noteren met daarbij een beoordeling tussen 0 en 100 van de mate van ervaren welbevinden (0= afwezigheid van welzijn, 100= meest intens mogelijk vorm van welzijn). Bij de volgende sessies wordt aandacht geschonken aan de reden waarom dit welbevinden onderbroken werd en welke gedachte daarbij opkwam. De therapeut kan dan die reden uitdagen door te vragen hoe rationeel die gedachte was en zo wordt getracht te bewerkstelligen dat deze

onderbrekingen minder plaats gaan vinden. Deze therapie wordt individueel aangeboden in acht wekelijkse sessies van veertig minuten (Fava et al., 1998).

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 voor het vergroten van de lange termijn effecten van klachtgerichte behandelingen zoals cognitieve gedragstherapie (CGT) zou aandacht voor het welbevinden een meerwaarde kunnen hebben (Fava & Ruini, 2009). De welbevindentherapie blijkt erg geschikt om terugval te voorkomen (Fava, Tomba & Grandi, 2007). Na behandeling van een angst-, of stemmingsstoornis blijven vaak restsymptomen van deze stoornissen aanwezig zonder dat de cliënt nog voldoet aan de criteria om van een stoornis te spreken. Als in die residuele fase welbevindentherapie wordt aangeboden kunnen de positieve effecten van op klachten gerichte behandeling gemakkelijker standhouden (Ruini & Fava, 2012).

De welbevindentherapie is tot op heden in verschillende klinische studies onderzocht bij patiënten met verschillende aandoeningen (Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conti, & Grandi, 1998; Fava et al., 2005; Ruini & Fava, 2009; Post, 2011; Moenizadeh & Kumar, 2010). In het onderzoek van Fava et al. (1998), bijvoorbeeld, is de welbevindentherapie vergeleken met CGT op de afname van de restverschijnselen van een affectieve stoornis (paniekstoornis, depressie, sociale fobie, dwangstoornis of gegeneraliseerde angststoornis) bij 20 personen die reeds een succesvolle gedragstherapeutische danwel farmacotherapeutische behandeling hadden gehad maar nog wel restverschijnselen hadden. Zij werden aselect toegewezen aan één van twee condities: de welbevindentherapieconditie danwel een cognitieve gedragstherapieconditie. Bij beide condities waren na de interventie de restsymptomen afgenomen, maar in de CGT-conditie was de totale afname niet significant. Op subschaalniveau was het verschil voor depressie significant in de CGT-conditie en op angst en tevredenheid in de welbevindenconditie. Ook was het psychologisch welbevinden gegroeid met name op de dimensie persoonlijke groei in de welbevindenconditie en op doelgerichtheid en zelfacceptatie in de CGT-conditie. De onderzoekers concludeerden dat de welbevindentherapie uitvoerbaar is bij behandeling van affectieve stoornissen in remissie om restsymptomen te verminderen (Fava et al., 1998).

In 2005 hebben Fava en collega's het verschil tussen CGT en een combinatie van CGT en welbevindentherapie onderzocht bij patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis. De combinatie werd door zowel de observatoren als door de 20 participanten als effectiever beoordeeld voor klachtenreductie en het vergroten van welbevinden. In een studie bij patiënten met een cyclothyme stoornis werd ditzelfde resultaat gevonden (Fava, Rafanelli, Tomba, Guidi, & Grandi, 2011). In 2009 hebben Ruini en Fava een case-studie gedaan die het succes beschrijft van welbevindentherapie bij een patiënt met een gegeneraliseerde angststoornis. Ook is er een

onderzoek uitgevoerd naar het verschil in effect op psychologisch welbevinden tussen CGT en welbevindentherapie bij patiënten met dysthyme depressie. Hoewel beide methoden verbeteringen opleverden, bleek psychologisch welbevinden bij de welbevindentherapie het meest te zijn gegroeid (Moeenizadeh & Salagame, 2010).

Het onderzoek dat door Post (2011) is uitgevoerd laat zien dat vijf cliënten met angst- of stemmingsklachten, volgens de vier behandelaren die de interventie uitvoerden energiever en gemotiveerder waren de elementen uit de welbevindentherapie in hun dagelijks leven te gebruiken. Omdat echter in dit onderzoek de steekproef te klein was om generaliserende uitspraken te doen over het effect van de welbevindentherapie beperken de resultaten zich tot de positieve ervaringen die zowel de behandelaren als de cliënten hadden met deze interventie. Al deze onderzoeken betreffen echter individuele behandelingen.

De positieve resultaten die tot op heden zijn gevonden bij individuele behandelingen roepen de vraag op of de welbevindentherapie ook als groepsinterventie kan worden aangeboden. Voordelen van een groepstherapie zijn dat gedrag in de praktijk kan worden geoefend, waarbij de overige deelnemers als rolmodellen gezien kunnen worden. Ook kunnen de behandelaars de cliënten observeren in hun interactie met anderen (Guttmacher & Birk, 1971). Door Corey (2008) wordt genoemd dat groepsinterventies om verschillende redenen een meerwaarde kunnen hebben boven individuele behandeling. Zo wordt in een groep een micro-kosmos van de samenleving gecreëerd; een soort steekproef van de werkelijkheid. In een groep bestaat de mogelijkheid zichzelf door andermans ogen te bekijken en nieuw gedrag uit te proberen. Hij noemt dit de kracht van interpersoonlijk leren; groepsdynamiek kan het leren versterken. Andere factoren die hij noemt die kunnen versterken in een groep zijn het helpen van anderen en het gevoel erbij te horen (Corey, 2008). Aangezien het hebben van sociale relaties één van de dimensies van psychologisch welbevinden is, draagt groepstherapie daar mogelijk aan bij.

Een ander voordeel van een groepsinterventie is dat gelijktijdige behandeling van cliënten kostenbesparend kan zijn, omdat minder behandelaars worden ingezet. Als het welbevinden toeneemt en de klachten afnemen bij een individuele welbevindentherapie en resultaten van de groepsinterventie daarmee vergelijkbare resultaten laten zien, dan kan een groepsinterventie efficiënter zijn dan individuele behandelingen. In het huidige onderzoek richten we ons daarom op de toepassing van de welbevinden therapie als groepsinterventie.

## 1.5 Onderzoeksvraag

In deze pilot study wordt een onderzoek gedaan naar een nieuwe groepsinterventie – genaamd ‘In je kracht blijven’ - die gebaseerd is op de welbevindentherapie. De centrale onderzoeksvraag is:

Draagt de groepsinterventie ‘In je kracht blijven’ bij aan een betere positieve geestelijke gezondheid door het vergroten van psychologisch welbevinden en de reductie van klachten en in welke fase van de interventie treden deze effecten op?

Uit de literatuur is gebleken dat het verhogen van het psychologisch welbevinden kan bijdragen aan een positieve geestelijke gezondheid (Ryff, 1989) en het verminderen van psychopathologische klachten (Fava et al., 1998) op de lange termijn. In dit onderzoek wordt daarom getoetst of de interventie positief bijdraagt aan het psychologische welbevinden. Ook wordt onderzocht in hoeverre cliënten na de interventie minder psychopathologische klachten rapporteren. Daarnaast wordt de training aangeboden in sessies waarin telkens een andere dimensie van psychologisch welbevinden wordt behandeld. Er wordt verwacht dat effecten van een behandelde dimensie direct zichtbaar zijn na de sessie. Dit leidt tot de volgende hypothesen:

*H1a: Cliënten rapporteren een betere positieve geestelijke gezondheid nadat ze deelnamen aan ‘In je kracht blijven’ dan voorafgaand aan de interventie uitgedrukt in hogere scores op welbevinden in het algemeen.*

*H1b: Cliënten rapporteren na de interventie hogere scores op de zes dimensies van psychologisch welbevinden: autonomie, persoonlijke groei, regie over het eigen leven, zelfacceptatie, sociale relaties en doelgerichtheid.*

*H2: Cliënten rapporteren minder psychopathologische klachten nadat ze deelnamen aan ‘In je kracht blijven’, dan voorafgaand aan de interventie.*

*H3a: De effecten op positieve geestelijke gezondheid zijn tussentijds zichtbaar.*

*H3b: De effecten zijn zichtbaar voor de dimensies die tot dan toe zijn behandeld.*



Tevens is er gebleken dat groepstherapie meerwaarde heeft ten opzichte van individuele therapie, o.a. omdat groepstherapie het gevoel erbij te horen bevordert (Guttmacher & Birk, 1971; Corey, 2008). We verwachten dat die meerwaarde gepaard gaat met de tevredenheid over de interventie. Het is daarom relevant om de interventie te evalueren op tevredenheid.

*H4: Cliënten evalueren de interventie positief op een evaluatieformulier.*

## **2 Methoden**

### **2.1 Participanten**

Aan deze pilot-studie hebben 10 proefpersonen (90% vrouw) deelgenomen. Deze mensen volgden allen de groepstraining. Ze werden geselecteerd uit de cliëntenpopulatie van de afdeling Stemming en Angst voor volwassenen van Mediant, een regionale instelling voor geestelijke gezondheidszorg in het oosten van het land.

Inclusiecriteria waren: 1. goede beheersing van de Nederlandse taal, 2. voldoende tijd en motivatie om deel te nemen aan een programma van 10 weken. Exclusiecriteria waren: 1. een huidige ernstige depressie, 2. ernstige comorbiditeit.

De deelnemers bevonden zich in de eindfase van een reguliere behandeling voor een dwangstoornis, een gegeneraliseerde angststoornis, een sociale fobie of een depressieve stoornis. De behandeling die men had gevolgd zou worden afgerond, omdat de klachten in remissie waren of omdat er van de behandeling geen verdere verbetering werd verwacht. Het merendeel van de participanten was gehuwd. De gemiddelde leeftijd was 42 jaar (Tabel 1.).

**Tabel 1.** *Demografische variabelen van de deelnemers aan de groepsinterventie, N=10.*

		<i>n</i>	<i>percentage</i>
Geslacht	Man	1	10
	Vrouw	9	90
Leeftijd	M	42,5	
	SD	8.91	
	Range	31-54	
Woonsituatie	Gehuwd	6	60
	Gescheiden	3	30
	Alleenstaand	1	10
Diagnose	Dwangstoornis	2	20
	GAS	3	30
	Sociale fobie	2	20
	Depressieve episode	3	30

De werving van participanten voor de groepstraining vond plaats binnen de instelling waar de interventie werd ingezet. Vanwege de beschikbare ruimte in de trainingskamer werd gesteld dat er maximaal tien cliënten konden deelnemen. Vijf behandelaren zochten in hun caseload cliënten bij wie een klachtgerichte behandeling zich in de slotfase bevond. Vervolgens beoordeelden zij naar eigen inzicht of deze personen aan de inclusiecriteria voldeden. Deze cliënten werden tijdens een behandelgesprek benaderd met de vraag of zij wilden deelnemen aan de groepstraining. Dit leverde elf aanmeldingen op. Een gedragstherapeut en een psycholoog toetsten tijdens een intakegesprek de aanmeldingen op de in- en exclusiecriteria. Op basis daarvan werd één persoon geëxcludeerd vanwege gebrek aan motivatie. De participanten kregen een brochure mee waarin stond uitgelegd wat psychologisch welbevinden inhoudt en hoe de interventie is opgebouwd. Vervolgens is aan hen gevraagd of zij bezwaar hadden tegen deelname aan een onderzoek naar het effect dat de training heeft op het psychologisch welbevinden en de aanwezige klachten. Geen van hen had hier bezwaar tegen zodat alle participanten aan de interventie, na ondertekening van een toestemmingsverklaring werden geïncludeerd in het huidige onderzoek.

## 2.2 Interventie

De interventie bestond uit een training van acht wekelijkse bijeenkomsten van 1,5 uur. De training was gebaseerd op de welbevindentherapie. In week één werd uitleg gegeven over het vervolg en de opbouw van de training, werd het begrip psychologisch welbevinden uitgelegd en werden de zes dimensies die centraal staan in de interventie geïntroduceerd aan de hand van een powerpointpresentatie (bijlage 1). In week twee kregen de deelnemers een overzicht van hun scores op elke dimensie van psychologisch welbevinden uit de voormeting. Dit had ten doel de deelnemer inzicht te geven in de huidige situatie zodat duidelijk werd op welke dimensie de meeste winst te behalen was. Men zag slechts de eigen score om de privacy niet te schenden.

Post (2011) deed in haar onderzoek naar de welbevindentherapie de aanbeveling om de training op te splitsen in modules per kerndimensie om zo het overzicht te behouden. Deze aanbeveling volgend stond in week drie tot en met acht telkens één van de zes dimensies van psychologisch welbevinden centraal. Een maand na de achtste bijeenkomst vond er een terugkombijeenkomst plaats. Terugkerende elementen in elke sessie waren het huiswerk bespreken, een 3-minutenmeditatie-oefening en een oefening die de dimensie van de sessie beoogde te versterken. De 3-minutenmeditatieoefening komt uit de Mindfulness en kan de deelnemer helpen op te merken hoe het op dit moment met hem of haar gaat. Ook kan het de deelnemer helpen in het hier en nu te komen (Hulsbergen, 2009).

Het huiswerk bestond uit het dagelijks registreren van positieve gebeurtenissen. Er werd gevraagd om vooral ook te letten op waarom dit moment stopte een positief moment te zijn. Deelnemers werden zo uitgedaagd na te denken over wat mogelijk de oorzaak kan zijn dat een gebeurtenis niet meer als positief werd ervaren. Hiermee werd beoogd deze onderbrekingen van het positieve moment in de toekomst te kunnen herkennen. Op deze manier leren mensen de positieve momenten langer vast te houden. Dit is een essentieel onderdeel van de welbevindentherapie (Fava et al.,1998). Daarnaast werd aan de deelnemers gevraagd om dagelijks de 3-minutenmeditatie thuis te doen.

Met behulp van een oefening werd de dimensie die in die week centraal stond aan de praktijk gekoppeld. Bij de dimensie zelfacceptatie was gekozen voor het opschrijven van twee goede en twee slechte eigenschappen van jezelf. Dit had ten doel de deelnemers ervan bewust te maken dat ieder mens zowel positieve als negatieve kanten heeft en dat beide een onderdeel zijn van je mens-zijn. Bij de dimensie autonomie was gekozen voor een pesso-oefening. Pesso-therapie is een lichaamsgeoriënteerde experiëntiële psychotherapie. De oefening bestond uit het in tweetallen tegenover elkaar staan waarbij de ene persoon de andere wenkte en zo dichtbij liet komen zover als nog prettig was. Vervolgens werd besproken hoe dit door beide personen werd ervaren. Deze

oefening beoogde de deelnemers te laten ervaren dat zij zelf kunnen beslissen waar hun grenzen liggen. Bij de dimensie persoonlijke groei was een schrijfoefening gevoegd. De wondervraag werd gesteld: ‘Stel dat je morgen wakker wordt en je rugzak met pijn, verdriet, angst, boosheid is een stuk lichter geworden. Hoe zou jouw leven er dan vanaf dat moment uit zien? Wat ga je allemaal doen wat je nu niet doet omdat je last hebt van de rugzak vol pijn, verdriet, angst en boosheid?’ Deze oefening was toegevoegd met als doel de deelnemers inzicht te geven in de mogelijkheden om te groeien. De dimensie doelgerichtheid had als oefening ‘de Reisleader’ uit de interventie “Voluit Leven” (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2009). In deze oefening vormen de deelnemers samen een denkbeeldige bus met één persoon als chauffeur. De anderen roepen ‘mitsen’ en ‘maren’ naar deze persoon. Dit zijn negatieve opmerkingen. Het doel van deze oefening was de deelnemer die in de rol van chauffeur zat te laten ervaren hoe je je kunt weren tegen belemmerende gedachten die het streven naar gestelde doelen in de weg kunnen staan. De oefening bij de dimensie Regie over het eigen leven was de ‘paradoxe intentie’. De deelnemers werd gevraagd iets te doen dat men normaal gesproken niet snel zal doen. Het doel was te laten ervaren wat er met je gebeurt als je gedrag uitprobeert dat je niet gewend bent. Hiermee werd beoogd de regie over het eigen leven te vergroten. Bij de dimensie Sociale contacten was het maken van een sociogram de oefening. Deze oefening beoogde inzicht te geven in het sociale netwerk waarin de deelnemer zich bevindt, hoe dat eruitziet en op welke afstand de sociale contacten staan.

De volgorde van aanbieden van de verschillende dimensies was gebaseerd op het principe dat wordt gestart dicht bij het individu en dan telkens een stap meer naar de omgeving gericht. Aangezien de welbevinden therapie hiervoor geen richtlijn geeft, werd de volgorde bepaald door overleg tussen de uitvoerende begeleiders. Er werd geput uit de kennis van de begeleiders en de ervaring met bestaande oefeningen om de juiste oefening bij de juiste dimensie te vinden.

### 2.3 Meetmomenten

Het onderzoeksontwerp dat is gebruikt om de hypothesen te toetsen bestond uit drie meetmomenten: een *baseline* meting, een tussenmeting en een nameting en (figuur 1).

	T0					T1						T2
Week	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	...	13
		X	X	-	X	X	X	X	X	X	-	X
	O					O						O

**X = Sessie, - = Geen sessie, O = Meetmoment**

Figuur 1. onderzoeksdesign

Op twee meetmomenten werden de klachten en het welbevinden van de cliënten gemeten; een *baseline* meting (T0) en een nameting (T2). Deze metingen bestonden uit vier vragenlijsten. T0 vond plaats voorafgaand aan de interventie. In week 3 verviel de sessie vanwege een feestdag. Tussen de laatste interventiebijeenkomst en de terugkombijeenkomst verstreken vier weken. T1 was een tussenmeting. Op dat meetmoment werden alleen positieve geestelijke gezondheid en psychologisch welbevinden gemeten. Doel van de tussenmeting (T1) was te achterhalen of er tijdens de eerste helft van de training al een effect op psychologisch welbevinden merkbaar was. Tijdens de terugkombijeenkomst werd de nameting (T2) uitgevoerd en het evaluatieformulier ingevuld. Tussen T0 en T2 verstreken dertien á veertien weken.

## 2.4 Meetinstrumenten

In deze studie is onderzocht wat de effecten zijn van de welbevindentherapie op welbevinden en op psychopathologische klachten. Of welbevinden is toegenomen is getoetst of de drie aspecten van positieve geestelijke gezondheid - sociaal, emotioneel en psychologisch welbevinden - zijn verbeterd met de Mental Health Continuum-SF (MHC-SF; Keyes, 2002). Om te toetsen of psychologisch welbevinden is toegenomen is de Positieve Geestelijke Gezondheid Schaal [PGGS] gebruikt. Om te afname van klachten te onderzoeken is de Brief Symptoms Inventory [BSI] afgenomen die psychopathologische klachten meet waaronder depressie en angst. De World Health Organization Well-being Index [WHO-5] is toegevoegd omdat deze algemeen welbevinden meet en tevens een indicatie geeft voor depressie. Testafname van de BSI en WHO-5 vond digitaal plaats onder toezicht van een testassistent. De andere twee vragenlijsten werden op papier ingevuld onder toezicht van de onderzoeker. Of de effecten zichtbaar zijn voor de dimensies die tot dan toe zijn behandeld kon met behulp van de meetgegevens van de tussenmeting T1 worden onderzocht. Of de cliënten de interventie positief evalueren werd getoetst met behulp van een evaluatieformulier.

*De Positieve Geestelijke Gezondheid Schaal* [PGGS] is een door Dierendonck (2009) bewerkte Nederlandse variant op de vragenlijst die door Ryff is ontwikkeld om de zes dimensies van psychologisch welbevinden te meten. De Nederlandse vertaling bestaat uit 52 items, 8 of 9 per subschaal. Elke subschaal vertegenwoordigt een dimensie van psychologisch welbevinden. De antwoorden die kunnen worden gegeven zijn 1='nadrukkelijk mee oneens' tot 6='nadrukkelijk mee eens'. Scores worden uitgedrukt in gemiddelden per subschaal met een bereik van 1 tot en met 6. Voor dit instrument is gekozen omdat in dit onderzoek een interventie wordt bestudeerd die gebaseerd is op de zes dimensies van psychologisch welbevinden. Met behulp van deze schaal kan worden ontdekt op welke dimensie de interventie tot de meeste verandering leidt. In een onderzoek onder 321 mensen werd een interne consistentie, uitgedrukt in Cronbach's alpha, gevonden tussen

.86 en .93 (Dierendonck, 2011), wat als hoog wordt gezien (Kline, 2000). In het huidige onderzoek zijn alpha's gevonden van .87 (autonomie), .44 (persoonlijk groei), .89 (regie over eigen leven), .80 (zelfacceptatie), .77 (sociale contacten), .64 (doelgerichtheid) en .90 voor de totale schaal. Deze vragenlijst werd gebruikt in deze studie om het welbevinden per dimensie in kaart te kunnen brengen. Normscores zijn nog niet bekend.

*Mental Health Continuum Short Form* [MHC-SF]: De MHC-SF is een vragenlijst die positieve geestelijke gezondheid meet en die aansluit bij de definitie van de World Health Organization. De MHC-SF bestaat uit 14 items die positieve geestelijke gezondheid meten en drie subschalen van welbevinden. Deze zijn emotioneel welbevinden (items 1-3), sociaal welbevinden (items 4-8) en psychologisch welbevinden (items 9-14). De vragenlijst meet hoe vaak een persoon de kenmerken van positieve geestelijke gezondheid gedurende de afgelopen maand heeft ervaren. De antwoordopties zijn 0= nooit, 1= één of twee keer, 2= ongeveer 1 keer per week, 3= 2 of 3 keer per week, 4= bijna elke dag en 5= elke dag. De Nederlandse versie van de vragenlijst is een geschikt instrument voor het meten van geestelijke gezondheid. Scores worden uitgedrukt in gemiddelden met een bereik van 1 tot 6, waarbij hogere scores een indicatie zijn voor welbevinden en een betere geestelijke gezondheid. Deze vragenlijst is genormeerd voor een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking van 1662 personen. Algemeen scoort de Nederlandse bevolking 2.98 (0.85) op positieve geestelijke gezondheid en respectievelijk 3.67 (0.94), 2.33 (1.01) en 3.18 (0.99) op de subschalen emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden (Lamers et al., 2011). In het huidige onderzoek werd een alpha gevonden van .83 voor de totale schaal, .91 voor de subschaal psychologisch welbevinden, .81 voor de subschaal sociaal welbevinden en .92 voor de subschaal emotioneel welbevinden. Met dit instrument wordt aan het onderzoek een extra maat voor psychologisch welbevinden toegevoegd.

*Brief Symptom Inventory* ([BSI], Nederlandse versie: Beurs & Zitman, 2006) is een zelfrapportagelijst die klachten inventariseert. De vragenlijst telt 53 items gericht op symptomen van psychopathologie. De antwoordopties lopen van 0 = 'helemaal niet mee eens' tot 4 = 'helemaal mee eens'. Het instrument omvat negen dimensies die overlappen met psychiatrische syndromen: Somatische klachten (zeven items), Cognitieve problemen (zes items), Interpersoonlijke gevoeligheid (vier items), Depressieve stemming (zes items), Angst (zes items), Hostiliteit (vijf items), Fobische angst (vijf items), Paranoïde gedachten (vijf items) en Psychoticisme (vijf items). Scores worden uitgedrukt in gemiddelden per subschaal met een bereik van nul tot vier. Volgens de bedenker van de oorspronkelijke versie Derogatis (1993) hebben studies door Croog (1986), Arion & Patsdaughter (1989) aangetoond dat de BSI een goede interne betrouwbaarheid heeft met een gemiddelde  $\alpha$  boven .7 op de subschalen. In het huidige onderzoek werd een alpha van .9 gevonden. Daarmee is de betrouwbaarheid acceptabel tot hoog te noemen. Er werden in deze studies als maat voor

betrouwbaarheid test-hertest correlaties gevonden tussen de .7 en .9 (Derogatis & Spencer, 1993). De normering is bepaald voor de algemene Nederlandse bevolking uitgesplitst naar geslacht op basis van een steekproef van 89 mannen en 111 vrouwen en voor een poliklinische populatie eveneens uitgesplitst naar geslacht. Normscores voor vrouwelijke poliklinische patiënten (gebaseerd op een steekproef van 4291 vrouwen) zijn gemiddeld 0.97 (SOM) 1.50 (COG), 1.48 (INT), 1.52 (DEP), 1.35 (ANG), 0.85 (HOS), 1.00 (FOB), 1.06 (PAR) en 1.12 (PSY) met cut-off-waardes van respectievelijk 0.57, 0.96, 0.95, 0.80, 0.71, 0.55, 0.49, 0.69 en 0.62. Voor overige normscores zie bijlage 3. In dit onderzoek is voor deze normgroep gekozen vanwege de samenstelling met meer 90 % vrouwen in de participantengroep. Een normtabel voor mannen en vrouwen gezamenlijk is niet beschikbaar.

*WHO-5 Well Being Index* (Bech et al, 1996) is een schaal met vijf items. Elk item vraagt naar de mate van welbevinden in de afgelopen twee weken. Antwoorden worden gegeven op een zes-punts Likertschaal van 0=nooit tot 5=altijd. De totaalscore heeft een bereik van 0 tot 25. Vervolgens worden de scores getransformeerd tot een score tussen de 0 en 100 door vermenigvuldiging met een factor vier. Hogere scores zijn indicatief voor meer welbevinden. De cut-off score < 13 is indicatief voor een zwak welbevinden en suggereert dat er verder klinisch onderzoek naar een depressie nodig is. In een studie onder 129 participanten werd een hoge interne consistentie (.89) gevonden (Awata et al., 2007). De WHO-5 is gevalideerd voor het ontdekken van depressie (Henkel et al., 2004), depressie bij diabetes (Bech, Gudex & Johansen, 1986), angststoornissen (Heun, Bonsignore, Barkow, & Jessen, 2001) en andere psychiatrische stoornissen (Heun, Burkart, Maier, & Bech, 1999). Dit instrument is toegevoegd omdat deze lijst het algemeen welbevinden meet en niet slechts de afwezigheid van depressieve of stress symptomen (Bech, Olsen, Kjoller, Rasmussen, 2006). Zou op het niveau van de verschillende dimensies van psychologisch welbevinden of op de drie subschalen van positieve geestelijke gezondheid niet kunnen worden aangetoond dat er verbetering is ontstaan, dan wellicht op het algemene niveau van welbevinden.

*Evaluatieformulier:* Na afloop van de interventie hebben de participanten een evaluatieformulier ingevuld waarop zij met een rapportcijfer konden aangeven hoe zij de training hebben gewaardeerd. Dit formulier bestond uit negen uitspraken opgedeeld in twee categorieën. Allereerst is aan de participanten gevraagd hun mening te geven over de resultaten van de cursus om te ontdekken hoe de cursisten zelf de training hebben ervaren. Hierbij zijn de volgende uitspraken voorgelegd: (i) "De cursus sluit aan bij mijn verwachting", (ii) "Door de cursus ben ik meer in mijn kracht gekomen", (iii) "Waar stond ik vóór de cursus begon?", (iv) "Waar sta ik nu de cursus is afgelopen?", (v) "Ik geef de cursus het volgende rapportcijfer".

Vervolgens konden de cursisten aangeven wat ze van de begeleiding vonden. Hierbij zijn de volgende uitspraken voorgelegd: (i) "Ik denk dat de begeleiders deskundig zijn", (ii) "Ik vind de bejegening door de begeleiders correct", (iii) "De begeleiders komen de afspraak na", (iv) "Ik voel mij

serieus genomen". Deelnemers konden aangeven op een 10-puntsschaal in hoeverre de uitspraak naar hun mening klopte. Hierbij werd de instructie gegeven dat 1 = heel slecht, 6 = gemiddeld en 10 = heel goed. Het evaluatieformulier is tevens voorgelegd om te weten te komen of er nog onderdelen van de cursus of de begeleiding verbeterd kunnen worden in de ogen van de deelnemers. Hiervoor werden drie open vragen gesteld: (i) "Wat kan er volgens u aan de cursus worden verbeterd om het rapportcijfer te verhogen?", (ii) "Hebt u verder nog opmerkingen over de cursus?", (iii) "Hebt u verder nog opmerkingen over de begeleiding?".

## 2.5 Statistische Analyse

De data-analyse werd uitgevoerd met het Statistical Program for Social Sciences (SPSS), versie 20.0. Omdat het aantal participanten erg klein was, kon er geen normale verdeling worden verondersteld. De data bleken inderdaad niet normaal verdeeld. De gemiddelden zijn berekend zodat de vergelijking met de normscores voor zover die bekend zijn per vragenlijst mogelijk werd. Bij het toetsen van significantie is er voor non-parametrische toetsen gekozen. Om hypothese 1 en 2 te toetsen, oftewel om te bepalen of er een positief verschil is tussen de scores op de voormeting en de nameting werd de Wilcoxon rangtekentoets uitgevoerd. Er is eenzijdig gemeten omdat er verwacht werd dat psychologisch welbevinden toeneemt of gelijk blijft, maar niet afneemt. Per dimensie is gekeken of er een significante verbetering is opgetreden, oftewel een toename van de scores. Bij de vragenlijst die klachten in kaart brengt, werd verwacht dat de klachten zouden afnemen wat tot uitdrukking zou komen in lagere scores na de interventie.

Hypothese 4 is getoetst door middel van het invullen van een evaluatieformulier. Eveneens met een nonparametrische toets is het verschil tussen de items 'Waar stond je vóór de training' en 'Waar stond je ná de training' op significantie getoetst. Er is een beschrijvende analyse van de resultaten van het evaluatieformulier uitgevoerd. Van de rapportcijfers per vraag en per deelnemer zijn gemiddelden berekend. Ook is berekend welk gemiddeld rapportcijfer de inhoud van de cursus kreeg en welk gemiddeld rapportcijfer de begeleiding kreeg.



## 3 Resultaten

### 3.1 Psychologisch welbevinden en geestelijke gezondheid

Om hypothese 1 – na de interventie rapporteren cliënten (a) een betere positieve geestelijke gezondheid en (b) specifiek op de zes dimensies van psychologisch welbevinden - te beantwoorden, werden de scores voor de MHC-SF en PGGG geanalyseerd.

De totaalscores van MHC-SF lieten geen significant verschil zien tussen de voor- en nameting. Voor de subschalen psychologisch en emotioneel welbevinden werden geen significante verschillen gevonden tussen de voor- en nameting. Echter, op de subschaal sociaal welbevinden werden significant hogere scores gevonden tussen de voor- en nameting. Als extra maat voor algemeen welbevinden werd ook de WHO-5 afgenomen. Op deze lijst was een significant verschil zichtbaar tussen de voor- en nameting,  $Z = 2.06$ ,  $p < .05$ . Hiermee is hypothese 1a gedeeltelijk ondersteund met een verbetering op sociaal welbevinden en op algemeen welbevinden.

Bij de scores van PGGG werd voor alle dimensies van psychologisch welbevinden- autonomie, persoonlijke groei, regie over het eigen leven, zelfacceptatie, sociale relaties, en doelgerichtheid - de wilcoxon rangteken toets uitgevoerd. De mediane scores voor alle dimensies en meetmomenten staan in tabel 2. Uit analyse van het verschil tussen het eerste en het derde meetmoment bleek dat de scores op de dimensie *autonomie* systematisch waren toegenomen. Verder bleek dat de scores op de voor- en nameting op de dimensies *persoonlijke groei*, *regie over het eigen leven*, *zelfacceptatie*, *sociale relaties*, en *doelgerichtheid* niet systematisch van elkaar verschilden. Tevens werd er in de totaalscore geen significant verschil gevonden tussen de voor- en nameting. Hiermee is hypothese 1b gedeeltelijk ondersteund met hogere scores op de dimensie *autonomie* in de nameting.

### 3.2 Klachtenreductie

Om hypothese 2 te toetsen zijn de scores op de verschillende meetmomenten op de vragenlijst die klachten meet vergeleken. De scores op de klachtenvragenlijsten werden verwacht af te nemen. De totaalscores bleken inderdaad lager te zijn op T2 dan op T0. Dit verschil is significant,  $Z = 2.19$ ,  $p < .05$ . Op het niveau van de verschillende klachtgebieden zijn onderlinge verschillen te zien. Zo zijn de domeinen Somatische klachten, Hostiliteit en Paranoïde Gedachten niet significant verbeterd. Op de overige domeinen zijn wel significante verbeteringen zichtbaar (tabel 3). Deze scores kunnen

beschouwd worden als een aanwijzing dat de klachten na de interventie afgenomen zijn ten opzichte van voor de interventie. Deze resultaten ondersteunen hypothese 2. Ook de score op de WHO-5 ondersteunt deze hypothese. Dit instrument kan immers gebruikt worden om depressie te detecteren. Blijkbaar is het risico om voor nader onderzoek naar een depressie in aanmerking te komen afgenomen.

### **3.3 Tussentijdse effecten psychologisch welbevinden en geestelijke gezondheid**

Om hypothese 3 te toetsen - of effecten tussentijds zichtbaar zijn - werden tussentijdse metingen geanalyseerd betreffende de scores van MHC-SF en PGGs (zie tabel 2).

Betreffende MHC-SF verschilden de scores tussen T1 en T2 niet van elkaar. Ook werden er geen significante verschillen gevonden tussen T0 en T1 op de dimensies emotioneel welbevinden en – tegen verwachting in - psychologisch welbevinden. Echter, tussen T0 en T1 werden significant hogere scores gevonden op de totaalscore en op de dimensie sociaal welbevinden. Hypothese 3a is dus ondersteund aangezien tussentijdse verbetering werd gevonden op geestelijke gezondheid.

De scores van PGGs op de dimensies autonomie, zelfacceptatie en persoonlijke groei werden vergeleken met de resultaten op de overige drie dimensies. Er werden voor alle dimensies geen significante verschillen gevonden tussen T1 en T2. Tussen T0 en T1 werden wel significant hogere scores gevonden voor *autonomie, persoonlijke groei, en zelfacceptatie*. Ook in de totaalscore waren de scores significant hoger in T1 vergeleken met T0. Hiermee is ondersteuning gevonden voor hypothese 3b.

**Tabel 2. Resultaten Wilcoxontoets van de scores op drie meetmomenten op de PGGS, de MHC-sf en de WHO-5, N=10.**

Totale groep (N=10)							
Dimensie	Instrument	T0	T1	T2	Z (T1-T0)	Z (T2-T1)	Z (T2-T0)
		Mdn	Mdn	Mdn			
Autonomie	PGGS	3.5	4.1	4.3	2.44*	.56	<b>2.40*</b>
Persoonlijke groei	PGGS	4.6	4.9	4.6	2.11*	.36	1.23
Regie over eigen leven	PGGS	3.8	3.8	4.3	.71	.77	1.42
Zelfacceptatie	PGGS	2.9	3.2	3.6	1.72*	.70	1.48
Sociale contacten	PGGS	4.6	4.6	4.8	1.25	.72	1.48
Doelgerichtheid	PGGS	4.4	4.2	4.4	.09	.30	.07
Totaal	PGGS	3.9	4.2	4.5	1.96*	.48	1.58
Psychologisch welbevinden	MHC-SF	2.6	2.8	3.3	1.63	.08	1.32
Sociaal welbevinden	MHC-SF	2.1	2.6	2.8	1.83*	1.13	<b>1.76*</b>
Emotioneel welbevinden	MHC-SF	3	3	3.2	.57	.71	.87
Totaal	MHC-SF	2.4	2.8	3.1	1.82*	.54	1.43
	WHO 5	40		44			<b>2.06*</b>

Noot. PGGS= Positieve Geestelijke Gezondheidschaal, MHC-SF= Mental Health Continuum Short Form,  
WHO5= World Health Organisation 5-item-vragenlijst (algemeen welbevinden)  
\* p<.05 (eenzijdig)  
Vetgedrukt significante verschillen tussen pre- en postmeting

**Tabel 3. Resultaten voor- en nameting van de Wilcoxon-toets van de klachtgebieden gemeten met de BSI met N=10.**

Klachtgebied	Totale groep N=10		
	T0	T2	Z (T2-T0)
	Mdn	Mdn	
Somatische klachten	.785	.710	0.65
Cognitieve klachten	1.25	.915	2.25*
Interpersoonlijke gevoeligheid	1.25	.875	2.21*
Depressieve stemming	1.00	.670	1.73*
Angst	1.16	.830	2.44*
Hostiliteit	.300	.300	0.88
Fobische angst	.900	.700	2.54*
Paranoïde gedachten	.600	.400	0.60
Psychoticisme	.800	.600	1.76*
Totaal	.921	.631	2.19*

\*p <.05

### 3.4 Evaluatie door de deelnemers

Elke deelnemer heeft aangegeven een verbetering te ervaren ten opzichte van vóór deelname aan de training. Het gemiddelde rapportcijfer op de vraag: “Waar stond ik vóór de cursus begon?” was 5.44 en het gemiddelde cijfer op de vraag: “Waar sta ik nu de cursus is afgelopen?” was een 7.44. Dit is een significante verbetering,  $p < .01$ . In tabel 4 staan de scores van elke deelnemer op elk item.

Het gemiddelde eindcijfer dat werd gegeven voor de cursus was 7.89 met een bereik van 7 tot 10. Het gemiddelde cijfer voor de begeleiding was 8.5 met een bereik van 7 tot 10.

Op de vraag wat er aan de cursus verbeterd zou kunnen worden antwoordde 36 % van de deelnemers dat het goed was zoals het was. Eén deelnemer antwoordde: “*Startinformatie bevat veel professioneel taalgebruik, vertaling mogelijk als samenvatting leesbaarder.*” Twee deelnemers zeiden

dat er meer misschien meer diepgang mogelijk is: “Misschien *nóg* meer diepgang?”, en “*iets verlengen – meer verdiepend op het domein waarin je dat kunt gebruiken.*” Eén deelnemer antwoordde: “*Meer aandacht voor registratie van goede momenten. Eventueel cd of iets anders voor meditatie.*” Eén deelnemer antwoordde: “*Tijd goed bewaken zodat alle oefeningen aan bod kunnen komen of cursus 2 uur maken. ipv losse bladen voor positieve momenten een boekje ervoor maken?*”.

Op de vraag of de deelnemer verder nog opmerkingen over de cursus had, antwoordde vier deelnemers dat ze geen opmerkingen hadden. De andere vijf deelnemers die het formulier hebben ingevuld gaven een positieve opmerking. Zo zei één deelnemer: “*Erg deskundig. Ik was nogal sceptisch bij aanvang, maar was absoluut niet nodig.*” Een andere deelnemer zei: “*Prettige groeps grootte.*” Deze resultaten kunnen als ondersteuning van hypothese 4 worden beschouwd.

**Tabel 4. Evaluatiescores van de deelnemers weergegeven in rapportcijfers**

	Participanten										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>gemiddelde</i>
<b><i>Inhoud cursus</i></b>											<b>7.61*</b>
<b>Verwachting<sup>1</sup></b>	7	8	9	7	8	7	7	7	8	-	7.56
<b>Meer in kracht<sup>2</sup></b>	5	8	10	8	8	7	7	7	8	-	7.56
<b>Vóórde cursus<sup>3</sup></b>	5	5	5	6	5	6	6	5	6	-	5.44
<b>Na de cursus<sup>4</sup></b>	6	7	10	9	7	7	7	7	7	-	7.44
<b>Eindcijfer cursus<sup>5</sup></b>	8	8	10	8	8	7	7	7	8	-	7.89
<b><i>Begeleiding</i></b>											<b>8.5</b>
<b>Deskundigheid<sup>6</sup></b>	8	8	9	8	8	9	7	8	9	-	8.22
<b>Bejegening<sup>7</sup></b>	8	8	9	8	8	9	7	8	9	-	8.22
<b>Afspraak nakomen<sup>8</sup></b>	8	8	10	9	8	10	8	8	9	-	8.67
<b>Serius genomen worden<sup>9</sup></b>	8	8	10	9	10	10	8	8	9	-	8.89
<b><i>gemiddelde</i></b>	7.3*	7.9*	9.6*	8.3*	8.1*	8.3*	7.3*	7.5*	8.4*		

<sup>1</sup> De cursus sluit aan bij mijn verwachting. <sup>2</sup> Door de cursus ben ik meer in mijn kracht gekomen. <sup>3</sup> Waar stond ik vóór de cursus begon? <sup>4</sup> Waar sta ik nu de cursus is afgelopen? <sup>5</sup> Ik geef de cursus het volgende rapportcijfer. <sup>6</sup> Ik denk dat de begeleiders deskundig zijn. <sup>7</sup> Ik vind de bejegening door de begeleiders correct. <sup>8</sup> De begeleiders komen de afspraak na. <sup>9</sup> Ik voel mij serieus genomen.

\*noot. Item 3 is niet meegenomen in de berekening

## 3.5 Post-hoc analyses

### 3.5.1 Vergelijking met normscores

Om een indicatie te krijgen van het klachtenniveau dat bestond bij de deelnemers ten opzichte van de landelijke populatie werden de scores in dit onderzoek vergeleken met de normscores voor zover die beschikbaar waren. Hiervoor werden gemiddelde scores berekend. De resultaten per subschaal van positieve geestelijke gezondheid en per subschaal van de klachtenvragenlijst staan per meetmoment in tabel 5. De gemiddelde totaalscore op positieve geestelijke gezondheid bleek bij de voormeting lager dan bij de normgroep en bij de nameting hoger. Dit gold ook voor de subschalen psychologisch en sociaal welbevinden. Op emotioneel welbevinden was de gemiddelde score weliswaar gestegen maar niet tot het niveau van de normgroep. Dit is een indicatie dat de positieve geestelijke gezondheid verbeterd is.

De gemiddelde scores van de deelnemers op de BSI, bleek in vergelijking met de normgroep algemene bevolking te kunnen worden gekwalificeerd als hoog tot zeer hoog. In vergelijking met de normgroep poliklinische vrouwelijke patiënten bleken de scores van de deelnemers aan dit onderzoek op de domeinen somatische klachten en fobische angst van bovengemiddeld op T0 naar gemiddeld op T2 te zijn gedaald. Op de domeinen cognitieve klachten, interpersoonlijke gevoeligheid, depressieve stemming, angst en psychoticisme daalden de scores van gemiddeld naar beneden gemiddeld. Op het domein hostiliteit steeg de score van benedengemiddeld naar gemiddeld. Paranoïde gedachten was benedengemiddeld en bleef nagenoeg onveranderd benedengemiddeld. De grootte van de steekproef voldoet niet aan de voorwaarden om met gemiddelden vast te stellen of de gevonden verschillen significant zijn.

**Tabel 5. Gemiddelden en standaarddeviaties van de uitkomstmaten voor welbevinden en psychopathologische klachten op baseline (T0), tussenmeting (T1) en post-test (T2) , N=10.**

N=10	meetmoment		
	T0 M (SD)	T1 M(SD)	T2 M(SD)
<b>positieve geestelijke gezondheid</b>			
<i>MHC-SF psychologisch</i>	2.85 (0.95)	3.19 (0.88)	3.48 (0.85)
<i>MHC-SF emotioneel</i>	2.89 (0.82)	3.00 (0.73)	3.41 (0.94)
<i>MHC-SF sociaal</i>	2.04 (0.84)	2.60 (0.77)	2.71 (1.01)
<i>MHC-SF totaal</i>	2.49 (0.65)	2.69 (0.91)	2.99 (1.01)
<b>Psychopathologische klachten</b>			
<i>BSI Somatische klachten</i>	1.00(0.90)		0.91(0.60)
<i>BSI Cognitieve klachten</i>	1.37(0.64)		1.05(0.57)
<i>BSI Interpersoonlijke gevoeligheid</i>	1.20(0.45)		0.82(0.49)
<i>BSI Depressieve stemming</i>	1.22(1.01)		0.88(0.86)
<i>BSI Angst</i>	1.37(0.68)		0.93(0.43)
<i>BSI Hostiliteit</i>	0.32(0.32)		0.40(0.34)
<i>BSI Fobische angst</i>	1.04(.057)		0.68(0.38)
<i>BSI Paranoïde gedachten</i>	0.58(0.36)		0.50(0.46)
<i>BSI Psychoticisme</i>	0.88(0.54)		0.62(0.42)
<b>Noot. BSI = Brief Symptom Inventory, MHC-SF= Mental Health Continuum Short Form</b>			

### 3.5.2 Completersanalyse

Uit de analyses bleek dat bij één deelnemer de scores een afwijkend patroon lieten zien ten opzichte van de anderen, op een aantal dimensies zelfs een achteruitgang. Mogelijk heeft deze persoon niet van alle onderdelen van de training kunnen profiteren en zou daarmee een *non-completer* kunnen zijn. Daarom is er voor gekozen de analyses ook uit te voeren met exclusie van deze deelnemer, *completers*-analyse genoemd. Tabel 6 toont de resultaten op de welbevindenlijsten na exclusie van deze deelnemer.

Uit de completersanalyse bleek dat de totaalscores op de MHC-SF significant hoger waren in de nameting dan in de voormeting. De subschalen sociaal welbevinden en emotioneel welbevinden waren niet significant verbeterd. Wel bleek het verschil tussen voor- en nameting significant te zijn voor psychologisch welbevinden. De totaalscores op de PGGs waren significant hoger in de nameting dan in de voormeting. Tevens werden significante verschillen gevonden tussen voor- en nameting voor de dimensies autonomie, regie over eigen leven, zelfacceptatie, en sociale contacten. Hiermee is extra ondersteuning gevonden voor hypothese 1. Net als voor de totale groep werden er bij de completers geen significante verschillen gevonden tussen T1 en T2. Tussen T0 en T1 werden wel significant hogere scores gevonden tussen *autonomie, persoonlijke groei, en zelfacceptatie*. Ook in de totaalscore waren de scores significant hoger in T1 vergeleken met T0. Betreffende klachtenreductie bleek dat op dezelfde zes van de negen domeinen (cognitieve klachten, interpersoonlijke gevoeligheid, depressieve stemming, angst, fobische angst, en psychoticisme) significant klachtenverbetering was opgetreden als in de totale groep.



**Tabel 6. Resultaten Wilcoxon-toets van de scores op drie meetmomenten op de PGGS en de MHC-sf bij de completersgroep**

'Completers' (N=9)							
Dimensie	Instrument	T0	T1	T2	Z (T1-T0)	Z (T2-T1)	Z (T2-T0)
		Mdn	Mdn	Mdn			
Autonomie	PGGS	3.4	3.9	4.3	2.49*	.76	<b>2.49*</b>
Persoonlijke groei	PGGS	4.6	4.8	4.7	1.87*	.07	1.36
Regie over eigen leven	PGGS	3.4	3.8	4.5	1.47	.91	<b>2.18*</b>
Zelfacceptatie	PGGS	3.0	3.4	3.8	1.90*	1.36	<b>2.20*</b>
Sociale contacten	PGGS	4.8	4.6	5.0	1.12	1.42	<b>2.26*</b>
Doelgerichtheid	PGGS	3.3	4.2	4.4	.42	.21	.26
Totaal	PGGS	3.8	4.3	4.5	2.10*	.91	<b>2.19*</b>
Psychologisch welbevinden	MHC-SF	2.7	3.1	3.5	1.49	.74	<b>1.78*</b>
Sociaal welbevinden	MHC-SF	2.2	2.6	2.8	1.83*	.85	1.61
Emotioneel welbevinden	MHC-SF	3.0	3.0	3.3	.57	1.55	1.62
Totaal	MHC-SF	2.4	2.8	3.3	1.86*	1.05	<b>1.78*</b>

Noot. PGGS= Positieve Geestelijke Gezondheidschaal, MHC-SF= Mental Health Continuum Short Form,

\* p<.05 (eenzijdig)

Vetgedrukt significante verschillen tussen pre- en postmeting

## 4 Discussie

In dit onderzoek werd onderzocht wat de rol is van de groepsinterventie 'In je kracht blijven' met betrekking tot positieve geestelijke gezondheid, psychologisch welbevinden en klachtenreductie. Een groep van tien cliënten werd onderzocht.

### 4.1 Bevindingen

Allereerst is er gedeeltelijke ondersteuning voor gevonden dat de deelnemers na de interventie significant een groter psychologisch welbevinden rapporteerden op de vragenlijsten PGGGS en MHC-SF. Wanneer de resultaten werden geanalyseerd liet de dimensie autonomie significante verbetering zien. Het is slechts speculeren waarom juist deze dimensie is verbeterd. Een studie van Fava et al. (1998) beschreef dat op persoonlijke groei de meeste verbetering optrad. Een verklaring voor geen significante verbetering voor persoonlijke groei in het huidige onderzoek zou kunnen zijn dat de items voor persoonlijke groei een erg lage interne consistentie vertoonden (Kline, 2000). Mogelijk werden enkele items tijdens de voormeting verkeerd begrepen. Dit wordt bevestigd bij het omschalen van deze items. De items die negatief correleerden met de andere items waren negatief geformuleerd en de deelnemers vulden de lijst alleen en individueel in. Bij de latere metingen zaten de deelnemers samen in een ruimte en toen is benadrukt dat men goed moest nadenken of wat wel of niet eens met de stelling inhoudt. Een andere verklaring kan zijn dat de deelnemers gemiddeld op deze dimensie al bij aanvang van de training hoog scoorden. Er was dus ook minder ruimte voor verbetering. De verbeteringen die op de overige dimensies zichtbaar waren, bleken niet significant tussen de voor- en nameting, maar wél tussen de voor- en tussenmeting. Dat er geen significante effecten werden gevonden voor de overige dimensies wordt mogelijk verklaard door de keuze van de oefeningen. De ene oefening kan geschikter zijn geweest dan de andere om een verandering te creëren. Ook is de ene dimensie mogelijk stabiel en minder modificeerbaar dan de andere.

Uit de post hoc analyses van de scores op de PGGGS van de completers is gebleken dat cliënten significant hogere scores behaalden op de dimensies: autonomie, regie over het eigen leven, zelfacceptatie, en sociale contacten. De verbeteringen op psychologisch welbevinden waren dus veel duidelijker zichtbaar na exclusie van één deelnemer. Dit is een aanwijzing dat deze persoon niet van de interventie heeft geprofiteerd. Mogelijk heeft deze persoon niet actief genoeg deelgenomen. Dan rijst natuurlijk de vraag of dit aan de persoonlijke kenmerken van die persoon is toe te schrijven, de wijze waarop zij de vragenlijsten heeft ingevuld of aan de samenstelling van de interventie. Wellicht is de persoon ten onrechte geïnccludeerd en voldeed zij niet aan het criterium van voldoende motivatie. Het is ook mogelijk dat het groepskarakter van de interventie minder geschikt was voor

haar. Wellicht dat zij in een individuele setting meer winst had kunnen behalen. Deze studie bevat onvoldoende informatie om deze vraag te kunnen beantwoorden.

De analyse van de resultaten op positieve geestelijke gezondheid gemeten met de MHC-SF liet alleen op sociaal welbevinden een significante verbetering zien. De post-hoc analyse liet een significante verbetering zien op de totaalscore. Opvallend was dat de *completers* op subschaalniveau alleen op psychologisch welbevinden significant beter scoorden –ondersteuning voor hypothese 1b- en niet op de andere subschalen, terwijl de totale groep alleen op sociaal welbevinden significant beter scoorden. Dit resultaat biedt ondersteuning voor hypothese 1a. De interventie beoogde immers ook positieve geestelijke gezondheid te vergroten. Het grootste effect op sociaal welbevinden werd in de eerste helft van de training behaald. Mogelijke voordelen van een groepsbehandeling kunnen hierin een rol spelen. Groepsinterventies bevorderen volgens de literatuur de sociale cohesie (Corey, 2006) en wellicht daarmee ook het sociale welbevinden.

Tevens vonden we er ondersteuning voor dat cliënten na de interventie minder klachten ervaren dan ervoor. Dit is congruent met het onderzoek van Fava et al. (1998) waarin ze concludeerden dat de therapie uitvoerbaar is in de slotfase van behandeling van affectieve stoornissen om restsymptomen te verminderen. Alle klachten waren significant gereduceerd, behalve voor hostiliteit, somatische klachten, en paranoïde gedachten. Dit is niet opmerkelijk als we kijken naar de gemiddelde scores ten opzichte van de normscores aangezien de cliënten bij aanvang lager scoorden dan de cut-off waarden (Beurs & Zitman, 2006) bij paranoïde gedachten en hostiliteit. Cliënten hadden bij de voormeting al benedengemiddeld – ten opzichte van de normscore van poliklinische vrouwelijke patiënten - last hadden van paranoïde gedachten. Ook voor hostiliteit werd gevonden dat bij aanvang cliënten benedengemiddeld scoorden – ten opzichte van de normscore van poliklinische vrouwelijke patiënten en de normgroep algemene bevolking – en na de interventie gemiddeld scoorden. Een stijging van hostiliteit zou in dit geval mogelijk betekenen dat de functionaliteit van de cliënten bevorderd werd door de interventie. Mogelijk is het bij-effect van een grotere autonomie een sterker gevoel voor zichzelf op te willen komen dat zich dan uit in een gestegen hostiliteit. Tevens is het niet opmerkelijk dat er geen reductie in somatische klachten is gevonden aangezien de therapie niet gericht is op het verbeteren van fysiek welbevinden, dat geen onderdeel is van positieve geestelijke gezondheid.

De hypothese dat de effecten zichtbaar zijn voor de tot dan toe behandelde dimensies wordt ook ondersteund aangezien de drie dimensies die vóór de tussenmeting zijn behandeld significante verbeteringen lieten zien op deze meting en de overige nog niet. We verwachtten dat op de overige dimensies tussen de tussenmeting en de nameting significante verbeteringen zouden optreden. Dit effect is echter niet gevonden.

Ook voor hypothese 4 is ondersteuning gevonden. Uit de evaluatieformulieren die door de deelnemers zelf zijn ingevuld, bleek dat men de training als heel positief heeft ervaren. Men beoordeelde zowel de inhoud als de begeleiding met hoge rapportcijfers.

## **4.2 Beperkingen**

Dit onderzoek kent ook beperkingen. Een aantal factoren maakte het lastig de betrouwbaarheid en de validiteit te waarborgen. De steekproef was erg klein en omdat het een pilot-studie betrof is er geen gebruik gemaakt van een vergelijkingsconditie. Een kleine steekproef is niet representatief voor de bevolking. De resultaten van dit onderzoek zijn dan ook niet generaliseerbaar naar de hele populatie. In ons onderzoek bestond de groep voornamelijk uit vrouwen. Toetsing hoe demografische variabelen van invloed kunnen zijn zal plaats moeten vinden met een veel grotere steekproef. De betrouwbaarheid wordt ook beperkt doordat een van de meetinstrumenten, de PGGS, onvoldoende is gevalideerd en er geen normscores bekend zijn. Daarnaast bestond achteraf het vermoeden dat een deelnemer niet voldoende gemotiveerd was om aan alle onderdelen actief deel te nemen. Dit is geprobeerd te ondervangen door ook de resultaten te analyseren na exclusie van de scores van deze persoon. Dat in die post hoc analyses meer significante verbeteringen zichtbaar werden, kan er op duiden dat slechts aanwezig zijn bij de sessies niet voldoende is. Wil men profijt van de interventie ervaren dan dient men ook daadwerkelijk aan alle onderdelen actief deel te nemen. Of de winst vooral behaald wordt door de oefeningen tijdens de sessies of door het doen van huiswerk, kan op basis van dit onderzoek niet worden bepaald. Dit hangt samen met een andere beperking namelijk de samenstelling van het draaiboek. Zoals al eerder opgemerkt zijn de oefeningen geselecteerd op basis van kennis en ervaring van de behandelaars en mogelijk zijn er meer geschikte oefeningen te bedenken om een dimensie te versterken. Nu is niet duidelijk welke rol de specifieke oefening heeft gespeeld in het wel of niet versterken van een dimensie.

Dit onderzoek heeft zich beperkt tot slechts drie metingen. De vraag of recidive in oude klachtenpatronen minder snel zal optreden, wat door Fava et al. (1998) wordt gesuggereerd, kan met deze studie niet worden beantwoord. De nameting vond te kort na de interventie plaats. Uit toekomstig onderzoek zal moeten blijken of de welbevindentherapie als groepstraining een geschikte terugvalpreventie biedt.

## **4.3 Aanbevelingen**

De welbevindentherapie zal als groepsinterventie nog uitgebreider moeten worden onderzocht. Omdat niet alle deelnemers in deze studie verbeteringen rapporteerden is het interessant te ontdekken voor welke doelgroepen deze variant het meest geschikt is, wat de lange termijn effecten zijn op de positieve geestelijke gezondheid en hoe succes van deze interventie zich verhoudt tot

andere bestaande interventies. De meeste effecten van de interventie werden in de eerste helft van de training gevonden. De vraag is waaraan dit ligt. Wellicht is er onvoldoende aandacht gegeven aan het standhouden van de effecten of is er een andere factor die hierin een rol speelde.

Er zou ook voor andere meetinstrumenten gekozen kunnen worden. Omdat de PGGS onvoldoende is gevalideerd is het moeilijk valide conclusies te trekken. Er zijn momenteel validatie-onderzoeken naar betere versies van de PGGS gaande. Mogelijk is er in de toekomst een betere versie inzetbaar. Omdat alle gebruikte meetinstrumenten zelfrapportage gebruiken, kan in een toekomstig onderzoek gekozen worden voor andere rapportagevormen zoals observatielijsten of klinische interviews om het effect van zelfrapportage te onderzoeken.

Er is nog weinig bekend over de samenhang tussen de welbevindentherapie en de drie subschalen van positieve geestelijke gezondheid. De vraag rijst waarom op sociaal welbevinden een gunstig effect blijkt te zijn opgetreden. Vervolgonderzoek zou het verschil tussen individuele behandeling en groepsbehandeling op sociaal welbevinden nader kunnen onderzoeken om te ontdekken of het positieve effect verklaard kan worden door de vorm waarin welbevindentherapie wordt aangeboden.

In een groter opgezet experiment is misschien ook mogelijk om te onderzoeken op welke dimensies de meeste winst kan worden behaald. Toekomstig onderzoek zou nog specifieker op de dimensies in kunnen gaan door bijvoorbeeld meerdere sessies aan een dimensie te wijden in een experimentele groep terwijl in een vergelijkingsconditie deze dimensie wordt weggelaten. Tevens kan worden geëxperimenteerd met andere oefeningen en een andere volgorde in het behandelen van de dimensies. Misschien heeft het versterken op de ene dimensie effect op de andere dimensies. Meer onderzoek naar de oefeningen is nodig om inzicht te krijgen in hun effect.

#### **4.4 Conclusie**

De resultaten zijn veelbelovend. Een groot deel van de resultaten biedt ondersteuning voor de hypothesen. De welbevindentherapie als groepsinterventie lijkt daarmee substantieel bij te kunnen dragen aan het bevorderen van welbevinden en het reduceren van restsymptomen van psychopathologie. De experimentele groep was dan wel klein, maar toch zijn er significante positieve resultaten gevonden. Elke deelnemer heeft op één of meer dimensies van psychologisch welbevinden verbetering ervaren, ongeacht of hun psychologische klachten zijn afgenomen. Maar ook de klachten werden na afloop als minder ernstig ervaren. Ook hebben de deelnemers de interventie met hoge rapportcijfers beloond. Dit maakt de interventie “In je kracht blijven” een geschikt instrument om te worden ingezet bij mensen met angst – of stemmingsklachten die reeds een op klachten gerichte therapie hebben gevolgd. Hun welbevinden en daarmee hun kwaliteit van leven kan erdoor worden vergroot.

## 5 Referenties

- Awata, S., Bech, P., Yoshida, S., Hirai, M., Suzuki, S., Yamashita, M., ... & Oka, Y. (2007). Reliability and validity of the Japanese version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in the context of detecting depression in diabetic patients. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 61(1), 112-119.
- Balkom, A.L.J.M. van, Vliet, I.M. van, Emmelkamp, P.M.G., Bockting, C.L.H., Spijker, J., Hermens, M.L.M., Meeuwissen, J.A.C. namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie. (2012). Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Tweede revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.  
Verkregen via: <http://www.ggzrichtlijnen.nl/> op 9 augustus 2013.
- Bech P, Gudex C, Johansen S. (1986). The WHO (ten) wellbeing index: Validation in diabetes. *Psychother. Psychosom.* 1996; 65: 183–190.
- Bech P, Olsen L.R, Kjoller M. & Rasmussen, N.K. (2003). Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five Well-Being Scale. *Int Journal Methods Psychiatr Res* 12:85-91.
- Beurs, E. de, & Zitman, F.G. (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI). De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 61, 120-141.
- Bohlmeijer, E.T., & Hulsbergen, M. (2009). *Voluit leven. Mindfulness of de kunst van het aanvaarden, nu als praktisch handboek*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Corey, G. (2008). *Theory & practice of group counseling. 7th edition*. Thomson Learning, Inc.  
Verkregen via: CengageBrain. com. op 13 augustus 2013
- De Graaf, R. D., Have, M., & Dorselaer, S.V. (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos- instituut.
- Derogatis, L. R., & Spencer, P. M. (1993). Brief Symptom Inventory: BSI. Upper Saddle River, NJ: Pearson.

- Dierendonck, D., Van. (2005). The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, (36) 629–643
- Dierendonck, D., Van. (2011). Handleiding PGGGS. Versie 0.5. Unpublished manuscript.
- Emmelkamp, P., Bouman, T., Visser, S. (2009). *Angststoornissen en hypochondrie. Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Fava, G.A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., & Grandi, S. (1998). Well-being therapy: A novel psychotherapeutic model for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine*, 28, 475–480.
- 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., Tomba, E., & Grandi, S. (2007). The road to recovery from depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 260–265.
- 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, 45–63.
- Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., et al. (2005). Wellbeing therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 26–30.
- Fava, G.A., & Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of Personality* (77), No.6, 1903-1934.
- Guttmacher, J. A., & Birk, L. (1971). Group therapy: What specific therapeutic advantages? *Comprehensive Psychiatry*, 12(6), 546-556.
- Henkel, V., Mergl, R., Kohnen, R., Allgaier, A.K., Moller, H.J., Hegerl, U. (2004). Use of brief depression screening tools in primary care: Consideration of heterogeneity in performance in different patient groups. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 26: 190–198.
- Heun, R., Bonsignore, M., Barkow, K., & Jessen, F. (2001). Validity of the five-item WHO Well-Being Index (WHO-5) in an elderly population. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 251(2), 27-31.

- Heun, R., Burkart, M., Maier, W., & Bech, P. (1999). Internal and external validity of the WHO Well-Being Scale in the elderly general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(3), 171-178.
- Hulsbergen, M. (2009). *Mindfulness: de aandachtsvolle therapeut*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van, & Hoogduin, C.A.L. (2004). *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg I*, tweede, herziene druk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly*, 121-140.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82(6), 1007.
- Kline, P. (2000). *Handbook of psychological testing*. (2<sup>nd</sup> ed.) London: Routledge.
- Lamers, S.M.A, Westerhof, G.J., Bohlmeijer E.T., Klooster, P.M. Ten & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating The psychometric properties of the Mental Health Continuum---Short Form(MHC---SF). *Journal Of clinical psychology* (67), No.1, 99---110.
- Moenizadeh, M., & Kumar, S. K. K. (2010). Well-being therapy (WBT) for depression. *International Journal of Psychological Studies*, 2(1), P107.
- Post, A. (2011). De welbevinden therapie, een nieuwe therapie voor de GGZ in Nederland. Een pilot casestudy. (unpublished manuscript)
- Ruini, C. & Fava, G.A. (2009). Well-being therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of clinical psychology* (65), No.5, 510-519.
- 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.
- 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, 1069–1081.
- 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.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M.E.P, Rashid, T., & Parks, A.C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist* (61), 774-788.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467-487.
- Westerhof, G.J., & Keyes, C.L.M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of adult development* (17), 110-119.
- World Health Organization (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO.

## **Bijlage 1 Draaiboek interventie met presentatie dimensies**



# **DRAAIBOEK**

# **IN JE KRACHT**

Module Centrum Stemming en Angststoornissen Mediant

April 2012

## De zes dimensies in een Powerpointpresentatie aangeboden tijdens eerste sessie

### De 6 dimensies van psychologisch welbevinden



- Doelgerichtheid
- Persoonlijke groei
- Autonomie
- Omgevingsbeheersing
- Zelfacceptatie
- Sociale relaties


### Doelgerichtheid

- Plannen en doelen hebben
- gevoel van richting in het leven
- ervaring van zinvolheid in het heden en verleden
- het hebben van een geloof dat het leven ergens naar toe gaat



### Persoonlijke groei

- Gevoel van voortgaande ontwikkeling
- De eigen persoon zien als groeiend en zich ontwikkelend
- Open staan voor nieuwe ervaringen
- Gevoel eigen mogelijkheden waar te kunnen maken
- Verandering in de richting van meer zelfkennis en effectiviteit.




### Autonomie

- Zelfbepaling en onafhankelijkheid
- Weerstand tegen sociale druk om op een bepaalde manier te denken en te doen
- Gedragsregulatie van binnenuit
- Zelfbeoordeling aan de hand van persoonlijke maatstaven.



### Omgevingsbeheersing

- Gevoel in staat te zijn om te gaan met de eisen die de omgeving stelt
- Controle over een complex geheel van activiteiten
- Gebruik van mogelijkheden die zich voordoen
- Kiezen en creëren van contexten die passen bij je eigen behoeftes en waarden.



### Zelfacceptatie

- Positieve houding ten opzichte van jezelf
- Herkenning en acceptatie van verschillende kanten van je zelf, inclusief positieve en negatieve eigenschappen
- Positief gevoel over het verleden en het verloop van het eigen leven.



### Sociale relaties

- Warme, vertrouwensvolle relaties met anderen
- Bezig zijn met het welzijn van anderen
- Capaciteiten voor empathie, affectie en intimiteit
- Begrip voor geven en nemen in menselijke relaties.



## **Bijeenkomst 1**

*Start: Welkom heten bij deze cursus. We gaan 8 weken lang met elkaar onderweg naar meer Welbevinden. Koffie en thee staat nu klaar maar de volgende keer mogen ze zelf pakken uit de automaat. Naambordjes laten schrijven.*

**Kennismaking:** Dit vanuit de positieve beleving. Ien en Wilma

*Vorm: In 2 tallen uit elkaar waarbij ze elkaar bevragen op zowel de objectieve gegevens maar ook naar de positieve elementen in het leven. Zie dia :*

- *Wie ben je? (objectieve gegevens) getrouwd? Werk? Kinderen?*
- *Welke eigenschap vind jij het meest positief aan jezelf?*
- *Wat zal een vriend(in)/(oud) collega zeggen over jouw positieve eigenschappen?*
- *Met wat of wie ben je in jouw leven momenteel het meest blij en waarom?*

*Daarna terugkoppeling van elkaars verhaal plenair*

**Inleiding en de positieve psychologie:** Hanneke en Wilma

*Dia 1*

*Wat is geestelijke gezondheid?*

- *De afwezigheid of het herstel van psychische problemen/stoornis*
- *Tevredenheid over het psychologisch, sociaal en emotioneel functioneren*

*Dia 2*

*De psychologie van de levenskunst, 3 vormen van welbevinden:*

- *Psychologisch*
- *Sociaal*
- *Emotioneel*

*Dia 3*

*6 dimensies van psychologisch welbevinden*

- *zelfacceptatie,*
- *autonomie,*
- *persoonlijk groei,*
- *doelgerichtheid,*
- *regie over omgeving en eigen leven,*
- *sociale relaties*

*Samenwerking met UT en onderzoek Hanneke nader introduceren bij de deelnemers:*

*Tijdens je behandeling gaat de aandacht vaak uit naar de klachten en daardoor vallen de goede, fijne en mooie momenten minder op. Deze module is erop gericht het totaalpakket van het leven te leren zien. Niet alles kan altijd goed gaan, de realiteit kent mindere tijden waar soms niets aan te doen is. Maar in ieders leven komen ook mooie momenten voor. De kunst is om deze te zien, er van te genieten en te leren dat je zelf invloed hebt op het creëren van bijzondere momenten en het rekken van zo'n moment.*

*Vanuit de Universiteit Twente is veel belangstelling voor deze training. Om de module te volgen komt Hanneke Fens, masterstudent Psychologie en stagiaire bij Mediant, enkele vragenlijsten afnemen. De eerste heeft iedereen al ingevuld. Bij elke bijeenkomst zal je gevraagd worden een korte lijst van 6 vragen in te vullen en bij de vijfde bijeenkomst en bij de laatste willen we je vragen beide vragenlijsten die je aan het begin ook hebt ingevuld nogmaals in te vullen. Zodoende kan er een goed beeld worden gekregen van het proces dat iedereen doorloopt tijdens de training.*

**Logboek cliënt:** Belangrijke basis in deze cursus. Ien

*Doel: Herkennen van goede momenten.*

*Vorm: Rondje maken bij alle deelnemers waarbij we vragen naar een goed moment de afgelopen week en hierop doorvragen. Plenair een vragen lijst invullen op de flip-over. Zo nodig 2 vragenlijsten.*

*Leidraad voor het gesprek over de goede momenten zijn 2 vragen: Waarom was dit een goed moment voor jou?/Wat betekende het voor je? Doel is bewust worden van belangrijke waarden gekoppeld aan zingeving, groei en doelen. En Wat deed jij dat dit moment ontstond? Vergroten van oplossend vermogen. Autonomie en regie.*

*Uitleggen dat dit huiswerk is voor de volgende keer. Dagelijks een goed moment noteren. Lijsten uitdelen*

### **Korte reflectie op deze bijeenkomst**

*Wat vond je goed aan deze bijeenkomst?*

*Welk positief aspect neem je mee van vandaag?*

### **Aandachtoefening**

*Korte introductie van doel van aandachtoefening en meedelen dat we daar iedere bijeenkomst mee gaan starten maar ieder keer een andere.*

*Vorm: 3 minuten meditatie*

### **Afsluiten**

## **Bijeenkomst 2**

### **Welkom**

**Korte aandacht oefening:** Rozijnen. Voel/Kijk/ruik/Proef met aandacht en bewust

10 min

**Terugkoppeling 1<sup>ste</sup> bijeenkomst.** Hoe kijk je terug op de eerste bijeenkomst. Vorm: Noemen van een positief kernwoord dat de afgelopen week met je mee is gelopen en/of Wat hoop je vandaag aan goed gevoel mee te nemen? (of iets anders?)

15 min

**Huiswerk nabespreken.** Iedereen aan bod laten komen. Noem 1 situatie die je hebt beschreven dat kan zijn degenen waarbij je zonder deze cursus niet bewust stil had gestaan dat dit een positief moment was in jouw leven. (we gaan zo snel aan alles voorbij)

Vooraf ook aandacht voor de Stop/Barrieres.

25 min

**Nader uitleg geven over de 6 domeinen van psychologisch welbevinden**

10 min

**Teruggeven uitslag vragen lijsten.** Wat laag is verhogen en wat hoog is veel inzetten.

25 min

**Afsluiten**

### **Bijeenkomt 3**

*Welkom en binnenlopen en koffie pakken...* 5 min

*Oefening: 3 minuten ademhaling* **len** 5 min

*Vragenlijst met 6 vragen invullen*

**Terugkoppeling 2<sup>ste</sup> bijeenkomst.** *Hoe kijk je terug op de tweede bijeenkomst. Vorm: Schrijf een positief kernwoord dat de afgelopen week met je mee is gelopen op*

**Wilma** 10 min

*Huiswerk nabespreken: gelukt om bij een situatie een dimensie te noemen?* **len**

*Hoe lang kon je het goede moment vast houden* 20 min

*Uitleg opbouw volgende bijeenkomsten, volgorde van de dimensies* **Wilma** 5 min

*Volgorde: zelfacceptatie, autonomie, persoonlijk groei, doelgerichtheid, regie over omgeving en eigen leven, sociale relaties. Het begint bij jezelf en wordt steeds wijder.*

*Thema: zelfacceptatie: Psycho educatie over totaal plaatje zelfacceptatie* **Wilma**

- *Schrijf 2 eigenschap waar je blij mee bent en 2 waar je minder blij mee bent op*
- *In 2 tallen met opdracht om de eigenschappen waar je minder blij mee bent een naam te geven bv. **len** Mevrouw Knobelneus **Wilma** troeltje Wik en Weeg*
- *Deel in de groep'.* 35 min

*Huiswerkopdracht volgende week: probeer 'zelfacceptatie' te zien in je positieve ervaring en ga ook eens na waardoor de ervaring stopte. Had dit met zelfacceptatie te maken?* 10 min

*Als afsluiting de vraag om met 1 woord de bijeenkomst van vandaag positief te benoemen*

*Afsluiten: bedankt voor jullie komst en tot volgende keer!*

#### **Huiswerk voor bijeenkomst 4**

- *De 3 minuten meditatie. Minimaal 1 keer per dag (Zie bijlage)*
- *Registratie goede momenten waarvan minimaal 1 registratie gekoppeld is aan de dimensie Zelfacceptatie. (creëer zo nodig een situatie)*
- *Besteed expliciet aandacht aan hoe lang je het goede moment vast kon houden.*
- *Wat maakte dat het goede moment stopte?*

#### **Gedicht van Rumi.**

*De Herberg*

*Ik ben als een herberg*

*Elke dag zijn er nieuwe gasten*

*Blijde gasten, sombere, vermoeide en verdrietige gasten.*

*En even een helder moment*

*Als onverwachte bezoekers*

*Ik verwelkom ze en onthaal ze gastvrij.*

*Zelfs als ze een hoop zorgen meebrengen*

*En bij mij de boel overhoop halen*

*Ik behandel elke gast met respect*

*Misschien moet hij bij mij opruimen*

*Om plaats te maken voor iets nieuws, iets fijns*

*Een sombere gedachte, schaamte, onzekerheid*

*Ik begroet hen lachend bij de deur*

*En vraag ze binnen te komen*

*Ik ben dankbaar voor wie er komt*

*Want iedereen wordt gestuurd*

*Als een gids uit het onbekende*



## **Bijeenkomst 4**

*Welkom op de 4<sup>de</sup> bijeenkomst. In deze bijeenkomst zal de dimensie autonomie centraal staan. Voor dat we dat gaan doen*

**3 minuten meditatie** *Daarin mee nemen dat je tijdens de meditatie kunt denken in het kader van zelfacceptatie. "Ik ben oke" of in een andere variant*

**Terugkoppeling 3de bijeenkomst.** *Hoe kijk je terug op de vorige bijeenkomst. Vorm: Schrijf van een positief kernwoord op dat de afgelopen week met je mee is gelopen n.a.v de vorige bijeenkomst*

**Huiswerk nabespreken:** *Hoe is het gegaan met de 3 minuten meditatie? Wie heeft dit dagelijks kunnen doen en wat waren jullie ervaringen?*

*Is het gelukt om de registratie te doen op goede momenten en heb je de dimensie zelfacceptatie mee kunnen nemen in 1 van deze registraties? Hoe lang heb je het vast kunnen houden? En wat zorgde ervoor dat je het weer kwijt raakte*

**Dimensie autonomie:** *Wat was ook al weer autonomie? Brainstorm. Daarna Pesso oefening afstand/nabijheid. Niet uitleggen maar eerst doen. Tafels aan de kant en groepjes van 4. Pas nabespreken als iedereen geweest is. Daarna een dobbelsteen en kaarten spel t.a.v. autonomie.. Welke vragen moeten er op een kaartje?*

**Huiswerkopdracht** *volgende week: probeer 'autonomie' te zien in je positieve ervaring en ga ook eens na waardoor de ervaring stopte. Had dit met verlies van autonomie te maken? 10 min*

*Als afsluiting de vraag om met 1 woord te noemen wat je uit deze bijeenkomst mee gaat nemen voor de aankomende week*

*Afsluiten: bedankt voor jullie komst en tot volgende keer!*

### **Huiswerk voor bijeenkomst 5**

- *De 3 minuten meditatie. Minimaal 1 keer per dag*
- *Registratie goede momenten waarvan minimaal 1 registratie gekoppeld is aan de dimensie autonomie. (creëer zo nodig een situatie)*
- *Besteed expliciet aandacht aan hoe lang je het goede moment vast kon houden.*
- *Wat maakte dat het goede moment stopte?*
- *Sta stil bij de grenzen die je aan wilt geven naar je omgeving. Vraag je zelf regelmatig af of dit is wat **jij** wilt.*

## **Bijeenkomst 5**

*Koffie*

*Welkom op de 5<sup>de</sup> bijeenkomst. In deze bijeenkomst zal de dimensie persoonlijke groei centraal staan.*

*Voor dat we dat gaan doen*

**3 minuten meditatie** *Daarin mee nemen dat je tijdens de meditatie kunt denken in het kader van autonomie: "Ik kan en mag mijn eigen keuzes maken"*

**Terugkoppeling 4de bijeenkomst.** *Hoe kijk je terug op de vorige bijeenkomst. Vorm: Schrijf van een positief kernwoord op dat de afgelopen week met je mee is gelopen n.a.v de vorige bijeenkomst*

**Huiswerk nabespreken:** *Hoe is het gegaan met de 3 minuten meditatie? Wie heeft dit dagelijks kunnen doen en wat waren jullie ervaringen?*

*Is het gelukt om de registratie te doen op goede momenten en heb je de dimensie autonomie mee kunnen nemen in 1 van deze registraties? Hoe lang heb je het vast kunnen houden? En wat zorgde ervoor dat je het weer kwijt raakte*

**Dimensie persoonlijke groei:** *Wat verstaan we onder persoonlijke groei? Brainstorm. Daarna de Wondervraag. Stel dat je morgen wakker wordt en je rugzak met pijn, verdriet, angst, boosheid is een stuk lichter geworden hoe zou jouw leven er dan van af dat moment uit zien. Wat ga je allemaal doen wat je nu niet doet omdat je last hebt van de rugzak vol pijn, verdriet, angst en boosheid. Schrijf dat nu eens op? Als je dit hebt gedaan kun je dan ook nu opschrijven waarom of je het niet doet en wat er nodig is om het wel te doen?*

**Huiswerkopdracht** *volgende week: probeer 'persoonlijke groei' te zien in je positieve ervaring en ga ook eens na waardoor de ervaring stopte. Had dit met verlies van autonomie te maken?*

*Probeer 1 van de dingen die je niet mee doet vanwege je angst. Verdriet, pijn boosheid, wel te doen en schrijf je ervaring op. 10 min*

*Als afsluiting de vraag om met 1 woord te noemen wat je uit deze bijeenkomst mee gaat nemen voor de aankomende week*

*Afsluiten: bedankt voor jullie komst en tot volgende keer!*

### **Huiswerk voor bijeenkomst 6**

- *De 3 minuten meditatie. Minimaal 1 keer per dag (Zie bijlage)*
- *Registratie goede momenten waarvan minimaal 1 registratie gekoppeld is aan de dimensie persoonlijke groei.*
- *Ga de uitdaging aan een creëer een stuk persoonlijke groei door iets te doen wat je eigenlijk al heel lang wilde maar niet toe bent gekomen*
- *Besteed expliciet aandacht aan hoe lang je het goede moment vast kon houden.*
- *Wat maakte dat het goede moment stopte?*

## **Bijeenkomst 6**

Welkom op de 5<sup>de</sup> bijeenkomst. In deze bijeenkomst zal de dimensie doelgerichtheid centraal staan. Voor dat we dat gaan doen:

**3 minuten meditatie** Daarin mee nemen dat je tijdens de meditatie kunt denken in het kader van persoonlijke groei: "Ik kan en mag zijn wie ik ben"

**Terugkoppeling 5de bijeenkomst.** Hoe kijk je terug op de vorige bijeenkomst. Vorm: Schrijf van een positief kernwoord op dat de afgelopen week met je mee is gelopen n.a.v de vorige bijeenkomst

**Huiswerk nabespreken:** Hoe is het gegaan met de 3 minuten meditatie? Wie heeft dit dagelijks kunnen doen en wat waren jullie ervaringen?

Is het gelukt om de registratie te doen op goede momenten en heb je de dimensie persoonlijke groei mee kunnen nemen in 1 van deze registraties? Hoe lang heb je het vast kunnen houden? En wat zorgde ervoor dat je het weer kwijt raakte

**Dimensie doelgerichtheid:** Wat verstaan we onder doelgerichtheid? Brainstorm. Oefening De reisleader. Daarbij kunnen we gebruik maken van het huiswerk van de vorige keer. Als er een cliënte is bij wie het niet gelukt is om te doen wat ze wilde doen. We maken haar/hem de chauffeur van de reisbus achter haar/hem zitten de andere groepsleden als passagiers die allemaal mitsen en maren roepen waardoor het reisdoel niet bereikt gaat worden. Hoe is dat voor je al die stemmen die je tegenhouden. Zouden het je eigen gedachten uit je hoofd kunnen zijn die je afremmen?. Wat zou je kunnen doen met/tegen al die passagiers in je bus? Het gesprek aangaan? Gevolg is dat je stopt en in eindeloze discussies terecht komt en de passagiers zijn blij want je gaat niet verder en bereikt niet je doel. Je gaat zelf twijfelen en komt tot niets. Hoe zul je je daarbij voelen? Wat zou je nog meer kunnen doen? Wat zou de meest effectieve benadering zijn? Je kunt je opstellen als een vriendelijke maar vastberaden chauffeur. Je hebt alle argumenten gehoord je bedankt ze voor het mee denken maar houdt je doel voor ogen en loopt door. Wat zal dit voor je opleveren??

**Huiswerkopdracht** volgende week: probeer 'doelgerichtheid' te zien in je positieve ervaring en ga ook eens na waardoor de ervaring stopte. Had dit met verlies van doelgerichtheid te maken?

Probeer 1 van de dingen die je niet meer doet vanwege je angst. Verdriet, pijn boosheid, wel te doen en neem daarbij mee de ervaring die je nu hebt opgedaan in de cursus schrijf je ervaring op. 10 min

Als afsluiting de vraag om met 1 woord te noemen wat je uit deze bijeenkomst mee gaat nemen voor de aankomende week

Afsluiten: bedankt voor jullie komst en tot volgende keer!

### **Huiswerk voor bijeenkomst 7**

- *De 3 minuten meditatie. Minimaal 1 keer per dag (Zie bijlage)*
- *Registratie goede momenten waarvan minimaal 1 registratie gekoppeld is aan de dimensie doelgerichtheid.*
- *Ga een uitdaging aan en wees daarin doelgericht*
- *Besteed expliciet aandacht aan hoe lang je het goede moment vast kon houden.*
- *Wat maakte dat het goede moment stopte?*

## **Bijeenkomst 7**

*Koffie*

*Welkom op de 7<sup>de</sup> bijeenkomst. In deze bijeenkomst zal de dimensie regie over eigen leven en omgeving centraal staan. Voor dat we dat gaan doen:*

**3 minuten meditatie** *Daarin mee nemen dat je tijdens de meditatie kunt denken in het kader van persoonlijke groei: "Als ik echt iets wil dan zal ikzelf er alles aandoen om dit te bereiken"*

**Terugkoppeling 6de bijeenkomst.** *Hoe kijk je terug op de vorige bijeenkomst. Vorm: Schrijf van een positief kernwoord op dat de afgelopen week met je mee is gelopen n.a.v de vorige bijeenkomst*

**Huiswerk nabespreken:** *Hoe is het gegaan met de 3 minuten meditatie? Wie heeft dit dagelijks kunnen doen en wat waren jullie ervaringen?*

*Is het gelukt om de registratie te doen op goede momenten en heb je de dimensie doelgerichtheid mee kunnen nemen in 1 van deze registraties? Hoe lang heb je het vast kunnen houden? En wat zorgde ervoor dat je het weer kwijt raakte. Is het je gelukt om doelgericht iets te doen wat je al heel lang wilde en niet hebt gedaan*

**Dimensie regie over je eigenleven en omgeving:** *Wat verstaan we daar onder? In hoeverre kun je regie hebben over je omgeving? Brainstorm. Oefening : Paradoxe intentie. Durf eens iets anders te doen dan anders? Om de beurt gaat iemand uit de groep iets doen en de rest moet het na doen. Wat je doet moet iets zijn dat je eigenlijk niet durft. Bv een lied zingen. Op de tafel staan en dansen of iets anders???? Daarna nabespreken. Hoe is dat voor jou om te doen? Wat levert het aan gevoel op. Zijn er ook dingen die je in je dagelijkse leven niet durft uit angst dat iemand daar iets van vindt bv: Alleen op en terrasje zitten. iets ruilen in de winkel. Hard op zingen op de fiets? Etc. Durf je een uitdaging aan en wat je de aankomend week doen om jezelf uit te dagen om je leven in eigen hand te nemen ongeacht wat de ander er van vindt??*

**Huiswerkopdracht** *volgende week: probeer 'regie' te zien in je positieve ervaring en ga ook eens na waardoor de ervaring stopte. Had dit met verlies van regie te maken of met de passagiers in je bus?*

*Probeer voor jezelf iets gekks te doen dat je anders niet zou doen*

*Als afsluiting de vraag om met 1 woord te noemen wat je uit deze bijeenkomst mee gaat nemen voor de aankomende week*

*Afsluiten: bedankt voor jullie komst en tot volgende keer!*

### **Huiswerk voor bijeenkomst 8**

- *De 3 minuten meditatie. Minimaal 1 keer per dag*
- *Registratie goede momenten waarvan minimaal 1 registratie gekoppeld is aan de dimensie regie*
- *Ga een uitdaging waarbij jouw eigen regie centraal staat*
- *Besteed expliciet aandacht aan hoe lang je het goede moment vast kon houden.*
- *Wat maakte dat het goede moment stopte?*



## **Bijeenkomst 8**

*Koffie*

*Welkom op de 8<sup>de</sup> bijeenkomst. In deze bijeenkomst zal de dimensie sociale contacten centraal staan.*

*Voor dat we dat gaan doen:*

**3 minuten meditatie** *Daarin mee nemen dat je tijdens de meditatie kunt denken in het kader van persoonlijke groei: "Ik mag zijn wie ik ben en soms lekker gek doen"*

**Terugkoppeling 7de bijeenkomst.** *Hoe kijk je terug op de vorige bijeenkomst. Vorm: Schrijf van een positief kernwoord op dat de afgelopen week met je mee is gelopen n.a.v de vorige bijeenkomst*

**Huiswerk nabespreken:** *Hoe is het gegaan met de 3 minuten meditatie? Wie heeft dit dagelijks kunnen doen en wat waren jullie ervaringen?*

*Is het gelukt om de registratie te doen op goede momenten en heb je de dimensie regie mee kunnen nemen in 1 van deze registraties? Hoe lang heb je het vast kunnen houden? En wat zorgde ervoor dat je het weer kwijt raakte. Is het je gelukt om doelgericht iets te doen wat je al heel lang wilde en niet hebt gedaan*

**Dimensie sociale relaties:** *Start met maken sociogram. (Blaadjes meenemen) Daarna de sociogrammen bespreken. Ben je tevreden over je sociogram? Wat zou je daarin anders willen? Wie ontbreekt er? Wie wil je op een andere plek? Hoe kun je dat bereiken?*

*De groep daarna vragen om samen te overleggen hoe zij de terugkom bijeenkomst ingevuld willen zien? Observeren en terug geven*

*Wat zou je nu aan de ander mee willen geven voor de aankomende weken? Voor ieder groepslid een blad maken waarop ieder groepslid kort kan schrijven wat zij/hij de ander mee wil geven als aandachtspunt om in de kracht te blijven*

**Huiswerkopdracht :** *Probeer in je kracht te blijven*

*Als afsluiting de vraag om met 1 woord te noemen wat je uit deze bijeenkomst mee gaat nemen voor de aankomende week*

*Afsluiten: bedankt voor jullie komst en tot volgende keer!*

## Bijlage 2 Evaluatieformulier

### Evaluatieformulier cursus

Naam cursus \_\_\_\_\_

Startdatum \_\_\_\_\_

Begeleiders \_\_\_\_\_

Aantal bijgewoonde bijeenkomsten \_\_\_\_\_

**Kunt u met een rapportcijfer aangeven in hoeverre de volgende uitspraak naar uw mening klopt? (1=heel slecht, 6=gemiddeld, 10=heel goed ). Omcirkelen wat van toepassing is.**

#### Resultaten van de cursus

1. De cursus sluit aan bij mijn verwachting 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Door de cursus ben ik meer in mijn kracht gekomen 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Waar stond ik vóór de cursus begon? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Waar sta ik nu de cursus is afgelopen? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Ik geef de cursus het volgende rapportcijfer 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Wat kan volgens u aan de cursus verbeterd worden om het rapportcijfer te verhogen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Hebt u verder nog opmerkingen over de cursus?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Begeleiding door de cursusgever

1. Ik denk dat de begeleiders deskundig zijn 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Ik vind de bejegening door de begeleiders correct 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. De begeleiders komen de afspraak na 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Ik voelde me serieus genomen 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Hebt u verder nog opmerkingen over de begeleiding?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Bijlage 3 Normtabel BSI

## Normtabel (Poliklinische) Patiënten - vrouwen ( $n=4291$ )<sup>2</sup>

Schaal	SOM	COG	INT	DEP	ANG	HOS
7 Zeer hoog	2,71 - 4,00	3,33 - 4,00	3,50 - 4,00	3,50 - 4,00	3,33 - 4,00	2,60 - 4,00
6 Hoog	1,57 - 2,70	2,33 - 3,32	2,50 - 3,49	2,50 - 3,49	2,17 - 3,23	1,40 - 2,59
5 Boven gemiddeld	1,00 - 1,56	1,67 - 2,32	1,75 - 2,49	1,67 - 2,49	1,50 - 2,16	0,80 - 1,39
4 Gemiddeld	0,57 - 0,99	1,17 - 1,66	1,00 - 1,74	1,00 - 1,66	1,00 - 1,49	0,40 - 0,79
3 Beneden gemiddeld	0,29 - 0,56	0,67 - 1,16	0,50 - 0,99	0,50 - 0,99	0,50 - 0,99	0,20 - 0,39
2 Laag	0,00 - 0,28	0,17 - 0,66	0,00 - 0,49	0,00 - 0,49	0,00 - 0,49	0,00 - 0,19
1 Zeer laag		0,00 - 0,16				
Gemiddelde score	0,97	1,50	1,48	1,52	1,35	0,85
Standaarddeviatie	0,84	0,96	1,08	1,06	0,98	0,83
Standaardmeetfout	0,33	0,37	0,45	0,35	0,35	0,32
Reliable Change ( $\Delta$ )*	0,90	1,03	1,23	0,97	0,98	0,89
Cut Off-waarde*	0,57	0,96	0,95	0,80	0,71	0,55

Schaal	FOB	PAR	PSY	TOT	AAS	EAS
7 Zeer hoog	3,00 - 4,00	3,00 - 4,00	2,80 - 4,00	2,64 - 4,00	49 - 53	3,04 - 4,00
6 Hoog	1,80 - 2,99	1,80 - 2,99	1,80 - 2,79	1,87 - 2,63	43 - 48	2,47 - 3,03
5 Boven gemiddeld	1,00 - 1,79	1,00 - 1,79	1,20 - 1,79	1,30 - 1,86	36 - 42	1,98 - 2,46
4 Gemiddeld	0,60 - 0,99	0,60 - 0,99	0,80 - 1,19	0,89 - 1,29	29 - 35	1,60 - 1,97
3 Beneden gemiddeld	0,20 - 0,59	0,20 - 0,59	0,40 - 0,79	0,53 - 0,88	21 - 28	1,29 - 1,59
2 Laag	0,00 - 0,19	0,00 - 0,19	0,00 - 0,39	0,21 - 0,52	9 - 20	1,00 - 1,28
1 Zeer laag				0,00 - 0,20	0 - 8	0,00 - 0,99
Gemiddelde score	1,00	1,06	1,12	1,21	31,43	1,89
Standaarddeviatie	0,95	0,91	0,85	0,75	12,28	0,63
Standaardmeetfout	0,40	0,41	0,44	0,13	6,14	0,24
Reliable Change ( $\Delta$ )*	1,12	1,13	1,22	0,36	17,02	0,68
Cut Off-waarde*	0,49	0,69	0,62	0,71	23,99	1,49