

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Welbevinden als uitkomst van acceptance and commitment therapy

ERNST BOHLMEIJER, SANNE LAMERS & KARLEIN SCHREURS

Samenvatting

Welbevinden omvat het positief emotioneel, psychologisch en sociaal functioneren van mensen. Het is een belangrijk aspect van geestelijke gezondheid. Mensen met een hoog niveau van welbevinden hebben minder kans om psychische stoornissen te ontwikkelen, een betere lichamelijke gezondheid en zijn in het algemeen productiever. Het twee-continuamodel laat zien dat psychopathologie en welbevinden twee gerelateerde, maar verschillende dimensies van geestelijke gezondheid zijn. Behandelingen, waaronder de cognitieve gedragstherapie, zouden zich daarom niet alleen op het verminderen van klachten moeten richten, maar ook op het versterken van welbevinden. Binnen een gebalanceerde geestelijke gezondheidszorg is er aandacht voor zowel het reduceren van klachten en het repareren van ondermijnende processen, zoals disfunctionele gedachten, gedrag en emoties, als voor het versterken van de kracht en positieve processen, zoals positieve emoties, sterke kanten, waarden en positieve relaties. *Acceptance and commitment therapy* is een vorm van gedragstherapie die goed past binnen een gebalanceerde ggz. Onderzoek naar de effecten van ACT op psychische klachten en welbevinden wordt besproken.

Trefwoorden: welbevinden, positieve processen, twee-continuamodel, gebalanceerde geestelijke gezondheidszorg, ACT

INLEIDING

In de geestelijke gezondheidszorg richten we ons traditioneel primair op het behandelen van psychische stoornissen. Dat lijkt ook logisch. Mensen met psychische stoornissen ervaren een grote lijdensdruk en worden in meer of mindere mate belemmerd in hun dagelijks functioneren. Toch begint het besef door te dringen dat geestelijke gezondheid meer is dan de afwezig-

heid van psychische stoornissen. In 2004 omschreef de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) geestelijke gezondheid al als een staat van welbevinden waarin iemand zijn of haar eigen vaardigheden kan ontplooiën en realiseren, kan omgaan met dagelijkse stressoren, productief en vruchtbaar kan werken, en in staat is om bij te dragen aan de maatschappij (WHO, 2004). Wij zijn van mening dat naast de afname van psychische stoornissen ook de toename van welbevinden een belangrijke uitkomst van geestelijke gezondheidszorg is. Behandelingen, waaronder de cognitieve gedragstherapie, zouden zich niet alleen op behandeling van klachten moeten richten, maar ook op het versterken van welbevinden. In dit artikel zullen wij eerst welbevinden nader definiëren, en vervolgens het onderzoek naar de relatie tussen welbevinden en psychopathologie bespreken. We pleiten voor een gebalanceerde geestelijke gezondheidszorg, waarin het behandelen van psychische klachten en het vergroten van welbevinden (als positieve geestelijke gezondheid) naast elkaar bestaan en elkaar kunnen versterken. Vervolgens bespreken we *acceptance and commitment therapy*, een vorm van cognitieve gedragstherapie waarin het vergroten van welbevinden centraal staat.

WAT IS WELBEVINDEN?

.....

Binnen de psychologie worden tegenwoordig drie vormen van welbevinden onderscheiden (Keyes, 2002): (1) *emotioneel of subjectief welbevinden* verwijst naar de ervaring van positieve en negatieve gevoelens, en naar de positieve cognitieve evaluatie van het eigen leven; (2) *psychologisch welbevinden* verwijst naar het optimaal functioneren en de zelfverwerkelijking van een individu, en omvat elementen als autonomie, zelfacceptatie, positieve relaties en zingeving; en (3) *sociaal welbevinden* verwijst naar het effectief functioneren in sociale groepen en in de maatschappij, en omvat elementen als zich verbonden voelen met de maatschappij en de ervaring van betekenis te zijn voor de samenleving. Deze driedeling in welbevinden sluit ook goed aan bij de eerdergenoemde definitie van geestelijke gezondheid van de WHO. Er is inmiddels veel bewijs voor de drie componenten van welbevinden (zie bijvoorbeeld Gallagher, Lopez, & Preacher, 2009; Keyes et al., 2008; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, & Keyes, 2011; Weich et al., 2011). Welbevinden is dus meer dan een goed gevoel hebben, maar omvat ook de ervaring een goed leven te leiden. Interessant is dat bevolkingsonderzoek laat zien dat Nederlanders in het algemeen wel een hoog niveau van emotioneel welbevinden ervaren, namelijk 80%, maar dat het aantal mensen dat een hoog niveau van psychologisch en sociaal welbevinden ervaart veel lager ligt, namelijk 40% (Schotanus-Dijkstra et al., 2015). Een mogelijke verklaring is dat veel mensen een basisgevoel van geluk ervaren door de relatief goede maatschappelijke omstandigheden (bijvoorbeeld democratie, vrijheden en relatief hoge levensstandaard). Psychologisch en sociaal wel-

bevinden vragen daarnaast om een actieve betrokkenheid en het nemen van verantwoordelijkheid voor het eigen leven.

Hoewel de laatste jaren verschillende vragenlijsten zijn ontwikkeld die welbevinden meten, en die ook betrouwbaar en valide zijn gebleken (Bohlmeijer, ten Klooster, de Kleine, Westerhof, & Lamers, 2016), is de Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF; Keyes, 2005) de enige die de drie componenten van welbevinden in samenhang meet. Deze vragenlijst, die uit veertien items bestaat, heeft goede psychometrische eigenschappen in verschillende talen (Joshadoo, Wissing, Khumalo, & Lamers, 2013; Karaś, Ciecuch, & Keyes, 2014; Keyes et al., 2008; Petrillo, Capone, Caso, & Keyes, 2014). Ook in Nederland blijkt de vragenlijst valide en betrouwbaar te zijn (Lamers, Glas, Westerhof, & Bohlmeijer, 2012; Lamers et al., 2011). De MHC-SF maakte het ook mogelijk om welbevinden te classificeren in analogie met het classificatiemodel van psychische stoornissen. Er is sprake van floreren wanneer mensen minimaal een aspect van emotioneel welbevinden vaak of zeer vaak hebben ervaren in de laatste twee weken, en wanneer zij minimaal zes aspecten van psychologisch en sociaal welbevinden vaak of zeer hebben ervaren. Er is sprake van wegwijnen wanneer mensen een aspect van emotioneel welbevinden en zes aspecten van psychologisch en sociaal welbevinden nooit of zelden hebben ervaren in de voorbije twee weken. Bij de groep mensen daartussenin wordt gesproken van een matig welbevinden.

DE RELATIE TUSSEN WELBEVINDEN EN PSYCHOPATHOLOGIE: HET TWEE-CONTINUAMODEL

.....

Er is lange tijd gedacht dat welbevinden en psychische klachten beschouwd moeten worden als de uiteinden van hetzelfde continuüm. Het idee was dat welbevinden en psychopathologie elkaar uitsluiten. Deze gedachte blijkt niet juist. Welbevinden en psychische klachten zijn twee verschillende, elkaar aanvullende indicatoren van geestelijke gezondheid. Dit wordt ook wel het twee-continuamodel genoemd (Keyes, 2005a). Het twee-continuum model is inmiddels in verschillende onderzoeken over de hele wereld bevestigd, ook in Nederland (Keyes et al., 2008; Lamers et al., 2011; Westerhof & Keyes, 2010). De samenhang tussen beide indicatoren is negatief, wat inhoudt dat psychische klachten vaker samengaan met een laag dan met een hoog welbevinden. Dit verband is echter beperkt. Een persoon met psychische klachten is in staat welbevinden te ervaren, en de afwezigheid van psychische klachten staat niet garant voor het ervaren van een hoog niveau van emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. Zo blijkt uit onderzoek in Nederland dat 6% van de mensen voldoet aan de criteria voor een psychische stoornis, maar op hetzelfde moment ook floreert (Westerhof & Keyes, 2008).

Welbevinden blijkt niet alleen een andere indicator van geestelijke gezondheid te zijn dan de afwezigheid van psychische klachten. Welbevinden

blijkt ook psychische klachten en stoornissen te voorspellen. Volgens de *promotie- en beschermingshypothese* van Corey Keyes (Keyes, Dhingra, & Simoes, 2010) leidt een toename in welbevinden tot een lager risico op het ontwikkelen van een psychische stoornis, en leidt een afname in welbevinden tot een verhoogd risico op psychische klachten en stoornissen. Als deze hypothese juist is, dan is het belangrijk om welbevinden te bevorderen en te beschermen. Diverse recente onderzoeken ondersteunen deze hypothese. Floreren en specifiek een hoog psychologisch welbevinden blijken voorspelers van de prevalentie en incidentie van psychische stoornissen tien en zeven jaar later (Keyes et al., 2010; Wood & Joseph, 2010). Mensen met een laag emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden hebben een ruim zes keer zo grote kans op het hebben van een psychische stoornis tien jaar later, vergeleken met mensen met een hoge mate van welbevinden (Keyes et al., 2010). Ook op korte termijn voorspelt welbevinden de mate van psychische klachten bij mensen in stressvolle omstandigheden en in de algemene bevolking (Grant, Guille, & Sen, 2013; Lamers, Westerhof, Glas, & Bohlmeijer, 2015). Recente longitudinale data van het Nemesis-onderzoek onder volwassenen laten zien dat mensen die floreren drie jaar later 31% minder kans hebben op een stemmingsstoornis en 57% minder kans op een angststoornis (Schotanus-Dijkstra, ten Have, Lamers, de Graaf, & Bohlmeijer, ingediend). Kortom, welbevinden lijkt mensen veerkrachtiger te maken en op die manier te beschermen tegen het ontstaan van psychische klachten.

Overigens heeft welbevinden ook consequenties voor de lichamelijke gezondheid. Zo lijkt welbevinden van invloed op het risico voor overlijden en het herstel na een lichamelijke ziekte (Keyes & Simoes, 2012; Lamers, Bolier, Westerhof, Smit, & Bohlmeijer, 2012). Ryff (2014) bespreekt een groot aantal crosssectionele en longitudinale studies waarin een positieve samenhang wordt gevonden tussen psychologisch welbevinden en indicatoren van lichamelijke gezondheid. Een combinatie van een hoge mate van welbevinden én de afwezigheid van een psychische stoornis is de meest gunstige conditie. In vergelijking met anderen hebben deze personen het laagste risico op cardiovasculaire ziekten, het kleinste aantal chronische lichamelijke ziekten, de minste beperkingen in het dagelijks functioneren en het laagste gebruik van de gezondheidszorg (Keyes, 2005b). Welbevinden heeft ook economische voordelen. Zo rapporteren mensen met een hoog emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden minder gemiste dagen op het werk, een betere werkproductiviteit en het laagste gebruik van de gezondheidszorg, in vergelijking met mensen met een laag welbevinden (Keyes, 2005b; Keyes & Grzywacz, 2005).

WELBEVINDEN EN HERSTEL

.....

In de herstelbeweging werd al langer gepleit voor aandacht voor welbevinden in de geestelijke gezondheidszorg. Zo beschrijven Andresen, Oades

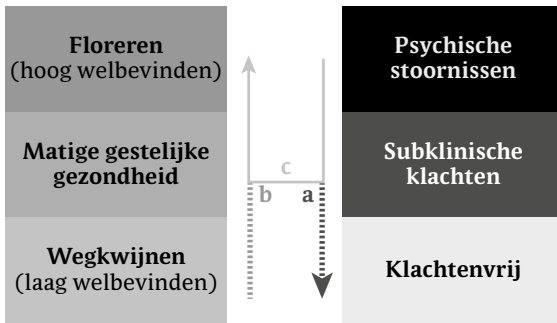
en Caputi (2003) herstel als het vorm geven aan een voldoeninggevend en betekenisvol leven, en aan een positieve identiteit, gebaseerd op hoop en zelfdeterminatie. Slade (2009) beschrijft persoonlijk herstel als het werken aan geestelijke gezondheid, onafhankelijk van de aanwezigheid van een psychische stoornis. Zimmerman et al. (2006) hebben een mooie studie gedaan naar wat herstel betekent voor depressieve patiënten. Zij laten zien dat aspecten van welbevinden als zelfvertrouwen en het dagelijks leven weer kunnen oppakken veel vaker worden genoemd dan een afname van depressiesymptomen. Ook andere studies naar de ervaring van mensen met psychische stoornissen laten zien dat geestelijke gezondheid vooral wordt gezien als een vorm van welbevinden, en niet zozeer als de afwezigheid van klachten (Mjøsund et al., 2015).

BETEKENIS VOOR DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

.....

Het onderzoek naar welbevinden is relevant voor de geestelijke gezondheidszorg (Bohlmeijer et al., 2013). Wij pleiten ervoor om in alle fasen van de behandeling (diagnostiek, behandeling, nazorg, uitkomst) aandacht te hebben voor welbevinden. Een gebalanceerde geestelijke gezondheidszorg omvat twee dimensies: (1) het behandelen van psychische stoornissen en (2) het vergroten van welbevinden. In figuur 1 wordt dit weergegeven. Er zijn drie mogelijkheden: de focus richt zich enkel op de klachten (pijl a); de focus richt zich enkel op het vergroten van welbevinden (pijl b); of de behandeling richt zich op het verminderen van klachten en (vervolgens) op het vergroten van welbevinden (pijl c). Het doel is een optimale balans tussen klachtgericht en welbevindengericht werken te realiseren. Overigens is de scheiding tussen klachtgerichte en welbevindengerichte behandelingen niet absoluut. Binnen de context van klachtgerichte behandelingen kan goed aandacht worden besteed aan componenten van welbevinden. Toch zal meestal ofwel het reduceren van klachten en het repareren van disfunctionele processen (disfunctionele gedachten, gedrag en emoties), ofwel het vergroten van welbevinden en het versterken van de kracht (positief functioneren, sterke kanten, waarden, zingeving) centraal staan. Binnen een gebalanceerde geestelijke gezondheidszorg is welbevinden een belangrijke uitkomst van de zorg. Steeds meer grote ggz-instellingen besluiten daarom de MHC-SF mee te nemen in het routinematig meten van de uitkomsten (ROM). Binnen de context van de cognitieve gedragstherapie is acceptance and commitment therapy (ACT) een voorbeeld van een behandeling met expliciete aandacht voor het welbevinden.

Gebalanceerde ggz



- a = Klachtgerichte behandeling
- b = Welbevindengerichte behandeling
- c (a + b) = Gecombineerde behandeling

FIGUUR 1 Model van een gebalanceerde geestelijke gezondheidszorg

ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY

.....

Acceptance and commitment therapy (ACT) is een vorm van cognitieve gedragstherapie waarin het vergroten van de psychologische flexibiliteit centraal staat. Psychologische flexibiliteit is het vermogen van mensen om pijnlijke emoties, gevoelens en gedachten te erkennen en te aanvaarden, en om te volharden in gedragingen die aansluiten bij persoonlijke waarden. ACT heeft als uitgangspunt dat ongewenste sensaties, en negatieve emoties en gedachten bij het leven horen, en dat het vermijden ervan juist meer lijden met zich meebrengt. *Relational frame theory* (RFT) maakt dit uitgangspunt aannemelijk. RFT is een theorie over het leren van taal en cognities (Schreurs & Westerhof, 2013; Törneke, 2010). Experimenten laten zien dat mensen geneigd zijn om op symbolen en begrippen die naar stimuli verwijzen op dezelfde manier te reageren als op de feitelijke stimuli. Door hun aangeboren verbale vermogens zijn mensen in staat om spontaan verbanden af te leiden tussen stimuli en verbale begrippen, en tussen verbale begrippen onderling. Als iemand wordt verteld dat een Mercedes duurder is dan een Volkswagen en even duur als een Audi, kan hij zelf afleiden hoe de prijs van een Volkswagen zich verhoudt tot de prijs van Audi. Hij hoeft daarvoor niet de feitelijke voertuigen te zien, want de woorden die naar de voertuigen verwijzen, volstaan. RFT maakt ook aannemelijk dat mensen op verbale begrippen reageren alsof het feitelijke stimuli zijn. Een liefhebber van dure auto's die blijdschap voelt bij het kopen van een Mercedes, ervaart ook blijdschap als hij vertelt dat hij in een Mercedes rijdt. Maar wanneer hij een levensbedreigend ongeluk met deze auto heeft meegemaakt, is de kans groot dat het

woord 'Mercedes' al angst en spanning bij hem oproept, en de neiging om de confrontatie met dit woord uit de weg te gaan.

Nu is de variatie van mogelijke verbanden bijna eindeloos: 'duurder dan', 'hetzelfde als', 'groter dan', 'fijner dan', 'van jou versus van mij', 'prettig versus onprettig', 'waar versus niet waar', enzovoort. Dit leidt tot uitgebreide associatieve netwerken, die *relational frames* worden genoemd. Relational frames zijn netwerken van symbolen en begrippen die naar stimuli verwijzen, de regels die de verbanden tussen die symbolen of begrippen omschrijven, de reacties op deze verwijzingen naar stimuli, en de consequenties van deze reacties.

RFT heeft belangrijke implicaties voor de klinische praktijk. Ten eerste wordt door RFT begrijpelijk dat mensen op cognities reageren alsof het feitelijke stimuli zijn, zoals blijkt uit bovenstaand voorbeeld. Ten tweede wordt duidelijk dat het niet mogelijk is om ongewenste gedachten, sensaties of gevoelens selectief uit te bannen of te vermijden. Deze maken deel uit van relational frames en worden onherroepelijk geactiveerd wanneer het frame waarvan ze deel uitmaken wordt geactiveerd. Wanneer iemand met terugkerende depressieve periodes opmerkt dat hij zich prettig voelt en denkt: 'Fijn, het gaat goed met me', kan deze gedachte meteen de gedachte aan het tegendeel oproepen, waardoor het hele netwerk van depressieve gevoelens en gedachten wordt geactiveerd. Hoe meer deze persoon vervolgens zijn best doet om geen ongewenste gedachten te hebben of geen sombere gevoelens te hebben, hoe sterker het depressieve netwerk wordt geactiveerd. Het veranderen van de inhoud van cognities of emoties heeft dus weinig zin. ACT richt zich primair op het veranderen van de context van gedrag. Wanneer gedrag onder invloed van persoonlijke waarden komt te staan in plaats van bijvoorbeeld vermijding, wordt de invloed van bestaande relational frames op gedrag kleiner.

De aandacht voor waarden maakt dat welbevinden een centrale uitkomst is van ACT (Ciarrochi & Kashdan, 2013; Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte, & Pistorello, 2013). De rol van waarden bij welbevinden is onder andere te verklaren vanuit de zelfdeterminatietheorie (ZDT; Deci & Ryan, 2000). De ZDT beschrijft drie psychologische basisbehoeften van mensen, namelijk de behoefte aan competentie, aan verbondenheid en aan autonomie. Het vervullen van deze basisbehoeften is volgens de ZDT een noodzakelijke voorwaarde voor persoonlijke groei en welbevinden. De omgeving speelt daarbij een belangrijke rol. Een context die de psychische basisbehoeften ondersteunt, verschaft essentiële voeding voor psychische groei, integratie en welbevinden. De vervulling van de basisbehoeften draagt ook bij aan het toenemen van de intrinsieke motivatie. Met intrinsiek wordt bedoeld 'van binnenuit'. Bij een activiteit die intrinsiek motiverend is, zit de beloning al in de activiteit zelf. Eten als je honger hebt, is intrinsiek belonend. Interessante, nieuwe of uitdagende activiteiten zijn intrinsiek belonend voor mensen, omdat het plezier al zit in het uitvoeren van de activiteit. Onderzoek bevestigt

het positieve verband tussen enerzijds het vervullen van basisbehoeften en het hebben van intrinsieke activiteiten en waarden, en anderzijds welbevinden (Ryan, Huta, & Deci, 2008).

ACT-behandelingen zijn samen te vatten in zes klinische processen of vaardigheden, die onderling samenhangen en in wisselende volgorde aan bod kunnen komen (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012). (1) *Aanvaarding* gaat over het toelaten van negatieve sensaties, emoties en gedachten zoals ze komen, in plaats van ze te bestrijden. In het proces van (2) *cognitieve defusie* leert de persoon opmerken dat gedachten over de werkelijkheid niet hetzelfde zijn als de werkelijkheid. Dit gebeurt door onderscheid te maken tussen wat hij daadwerkelijk ervaart en wat zijn brein zegt over deze ervaringen. (3) *Mindfulness* richt zich op het bewust en zonder oordeel waarnemen van cognities, gevoelens en gedragingen in het moment. Door (4) *zichzelf te observeren* kan iemand ontdekken dat ook doelen, zelfconcepten en zelfbeschrijvingen gedachten zijn die niet hoeven samen te vallen met de ervaringen die hij heeft. Daardoor wordt het mogelijk los te komen van 'oude' zelfbeschrijvingen, die groei en keuze belemmeren, en te kiezen voor zelfconcepten en doelen die een waardevol leven bevorderen (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999, 2012). (5) *Bewustwording van waarden* en (6) *commitment aan waarden* zijn essentiële processen. Samen met de patiënt wordt nagegaan wat het leven voor hem belangrijk en waardevol maakt. Waarden worden gedefinieerd als 'vrij gekozen, verbaal geconstrueerde consequenties van activiteitenpatronen, die deze activiteitenpatronen betekenis en richting geven, en daardoor intrinsiek motiverend zijn' (Wilson & DuFrene, 2009). Vaak weerspiegelen iemands waarden zijn unieke wijze van tegemoetkomen aan de drie basisbehoeften uit de zelfdeterminatietheorie (Schreurs & Westerhof, 2013).

ONDERZOEK NAAR ACT

.....

Naar de effecten van ACT is inmiddels een groot aantal studies gedaan bij een groot aantal doelgroepen. In een recente meta-analyse van 39 *randomized controlled trials* werden matige tot grote effecten gevonden op diverse psychische klachten (A-Tjak et al., 2015). Veehof, Trompetter, Bohlmeijer en Schreurs (2016) vonden in een recente meta-analyse van 28 studies naar de effecten van mindfulness en ACT bij mensen met chronische pijn dat ACT ook tot matige effecten leidt bij mensen met chronische pijn. In Nederland is veel onderzoek gedaan naar de methodiek *Voluit leven* (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2009). Deze methode bestaat uit negen modules, en kan worden ingezet als behandeling van mensen met milde of matige stemmingsstoornissen, of als preventieve training of begeleide zelfhulp voor mensen met depressieve klachten. *Voluit leven* is in meerdere onderzoeken effectief gebleken (Bohlmeijer, Fledderus, Rokx, & Pieterse, 2011; Fledderus, Bohlmeijer, Pieterse, & Schreurs, 2012). Vooral het laatste onderzoek is binnen

het kader van dit artikel interessant. In het onderzoek van Fledderus, Bohlmeijer, Pieterse en Schreurs (2012) werd *Voluit leven* als begeleide zelfhulp aangeboden aan volwassenen met milde en matige depressieve klachten. Een derde van de mensen ($n = 125$) werkten het hulpboek door, met minimale begeleiding via e-mail door een psycholoog; een derde van de mensen ($n = 125$) ontving intensievere begeleiding via e-mail; en een derde van de mensen ($n = 126$) kwam gedurende drie maanden op een wachtlijst te staan. Na drie maanden was er een grote afname van depressieve en andere psychische klachten, en van experiëntiële vermijding bij beide interventiegroepen in vergelijking met de wachtlijstgroep. Tevens bleken het emotioneel en psychologisch welbevinden substantieel te zijn toegenomen. Post-hoc-analyses lieten tevens zien dat het percentage mensen dat floreerde steeg van 5% vóór de interventie naar 28% na afloop van de interventie (Bohlmeijer, Lamers, & Fledderus, 2015). In de controlegroep was 14% florerend na drie maanden. Ook werd in deze interventiestudie een bevestiging van het twee-continuamodel gevonden. Ongeveer 25% van de deelnemers had baat bij de therapie in termen van ofwel welbevinden, ofwel klachten, maar niet op allebei (Lamers, Westerhof, Trompetter, Fledderus, & Bohlmeijer, in druk). Inmiddels is de cursus ook als *e-health*-programma ontwikkeld en werden vergelijkbare effecten gevonden in twee gerandomiseerde studies (Kelders, Bohlmeijer, Pots, & van Gemert-Pijnen, 2015; Pots et al., 2015). Een belangrijke kanttekening bij deze studies is dat de deelnemers overwegend hoger opgeleid waren. Onder de naam *Leven met pijn* is de methode ook aangepast voor mensen met chronische pijn. Trompetter, Bohlmeijer, Veehof en Schreurs (2015) vonden in een gerandomiseerde studie met de *e-health*-versie drie maanden na de interventie een grotere afname van pijn, depressie, experiëntiële vermijding en catastroferende cognities bij mensen in de ACT-groep dan in de wachtlijst- en de aandachtscontrolegroep. In deze studie werd geen effect gevonden op het welbevinden. Post-hoc-analyses lieten zien dat de effecten van de *e-health* ACT-interventie vooral optreden bij mensen die een redelijk psychologisch welbevinden rapporteren. *Leven met pijn* als *e-health*-programma is dus vooral geschikt voor chronische pijnpatiënten die voldoende psychologisch welbevinden rapporteren. Anderen hebben waarschijnlijk een *face-to-face*-behandeling nodig (Trompetter, Bohlmeijer, Lamers, & Schreurs, 2016).

CONCLUSIE

.....

In dit artikel bespraken we dat welbevinden een wezenlijk aspect van geestelijke gezondheid is. Al twintig jaar geleden werd besproken dat er van herstel geen sprake kan zijn zonder de aanwezigheid van welbevinden (Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conti, & Grandi, 1998). Welbevindentherapie is een vorm van gedragstherapie die zich specifiek richt op het vergroten

van het psychologisch welbevinden. Ze kan zowel complementair aan een klachtgerichte behandeling als in de vorm van nazorg of terugvalpreventie worden aangeboden (Christenhusz & Meulenbeek, 2015). Op dit moment wordt deze therapie ook in Nederland aangepast, en onderzocht bij mensen met een posttraumatische-stressstoornis (Meulenbeek, Christenhusz, & Bohlmeijer, 2015). Aandacht voor welbevinden kan ook goed worden geïntegreerd in de cognitieve gedragstherapie, waarbij bijvoorbeeld doelanalyses worden gemaakt in plaats van probleemanalyses, en opwaartse-pijltechnieken worden ingezet in plaats van neerwaartse-pijltechnieken (Bannink, 2015). Het vinden van een goede balans tussen klachtgericht en welbevindengericht werken is een interessante uitdaging voor de geestelijke gezondheidszorg, en voor de gedragstherapie in het bijzonder.

Ernst Bohlmeijer is hoogleraar geestelijke gezondheidsbevordering aan de Universiteit Twente.

Karlein Schreurs is gedragstherapeut bij revalidatiecentrum het Roessingh en bijzonder hoogleraar psychologische behandeling bij chronische pijn. Universiteit Twente, Faculteit BMS, Vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie (PGT), Postbus 217, 7500 AE Enschede.

Sanne Lamers is gepromoveerd bij de Universiteit Twente en gz-psycholoog in opleiding bij GGNet: RGC GGNet Ouderen, Postbus 928, 7301 BD Apeldoorn

Correspondentieadres: Ernst Bohlmeijer, Universiteit Twente, Faculteit BMS, Vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie (PGT), Postbus 217, 7500 AE Enschede. E-mail: e.t.bohlmeijer@utwente.nl

Summary Well-being comprises positive emotional, psychological and social functioning of people, and is an important component of mental health. People with higher levels of well-being have reduced risk for mental disorders, a better physical health and are more productive. The two-continua model states that psychopathology and well-being are two related, but distinct dimensions of mental health. Treatments, such as cognitive behavioural therapy, should therefore not only focus on psychological complaints, but on improving well-being as well. In a balanced mental health care a focus on reducing complaints and repairing processes, such as dysfunctional thoughts, behaviour and emotions, is balanced with a focus on promoting strengths and positive processes, such as positive emotions, strengths, values and positive relations. Acceptance and commitment therapy is a form of CBT that fits well with a balanced mental health care. Research on the effects of ACT on psychological symptoms and well-being is reviewed.

Keywords: *well-being, positive processes, two-continua model, balanced mental health care, ACT*

Literatuur

- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003) The experience of recovery from schizophrenia: Toward an empirically-validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586-594.
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 30-36.
- Bannink, F. (2015). *Positieve cognitieve gedrags therapie: Van reduceren van distress naar bouwen aan succes*. Amsterdam: Pearson.
- Bohlmeijer, E. T., Bolier, L., Walburg, J. A., & Westerhof, G. J. (2013a). *Handboek positieve psychologie: Theorie, onderzoek en toepassingen*. Amsterdam: Boom.
- Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T. A. J. J., & Pieterse, M. E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 62-67.
- Bohlmeijer, E. T., & Hulsbergen, M. (2009). *Voluit leven: Mindfulness of de kunst van het aanvaarden*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Bohlmeijer, E. T., Lamers, S. M. A., & Fledderus, M. (2015). Flourishing in people with depressive symptomatology increases with acceptance and commitment therapy: Post-hoc analyses of a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 65, 101-106.
- Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P., de Kleine, E., Westerhof, G. J., & Lamers, S. M. A. (2016). Geestelijke gezondheid als positieve uitkomst van behandeling, een empirische vergelijking van drie meetinstrumenten. *De psycholoog*, april, 48-56.
- Bohlmeijer, E. T., Westerhof, G. J., Bolier, L., Steeneveld, M., Geurts, M., & Walburg, J. A. (2013b). Welbevinden: Van bijzaak naar hoofdzaak? *De Psycholoog*, 11, 48-59.
- Christenhusz, L., & Meulenbeek, P. (2015). Welbevindentherapie in de geestelijke gezondheidszorg. In E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof, & J. A. Walburg (Eds.), *Handboek positieve psychologie: Theorie, onderzoek en toepassingen*. Amsterdam: Boom.
- Ciarrochi, J., & Kashdan, T. B. (2013). The foundations of flourishing. In T. B. Kashdan & J. Ciarrochi (Eds.), *Mindfulness, acceptance and positive psychology* (pp. 1-29). Oakland: New Harbinger Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., & Grandi, S. (1998). Well-being therapy: A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological medicine*, 28, 475-480.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Pieterse, M. E., & Schreurs, K. M. G. (2012). Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: Randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42, 1-11.
- Gallagher, M. W., Lopez, S. J., & Preacher, K. J. (2009). The hierarchical structure of well-being. *Journal of Personality*, 77, 1025-1049.
- Grant, F., Guille, C., & Sen, S. (2013). Well-being and the risk of depression under stress. *PloS One*, 8, e67395.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral

- science: The progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44, 180-198.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, London: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. Second Edition*. New York, London: The Guilford Press.
- Hulsbergen, M. L. (2015). *Voluit Leven als blended care* (white paper). Amsterdam: Uitgeverij Boom. www.voluitleven.info
- Joshanloo, M., Wissing, M. P., Khumalo, I. P., & Lamers, S. M. A. (2013). Measurement invariance of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) across three cultural groups. *Personality and Individual Differences*, 55, 755-759.
- Karaś, D., Ciecuch, J., & Keyes, C. L. M. (2014). The Polish adaptation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Personality and Individual Differences*, 69, 104-109.
- Kelders, S. M., Bohlmeijer, E. T., Pots, W. T. M., & van Gemert-Pijnen, J. E. W. C. (2015). Comparing human and automated support for depression: A randomized, fractional, factorial randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 72, 72-80.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2005a). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2005b). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *The American Psychologist*, 62, 95-108.
- Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., & Simoes, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100, 2366-2371.
- Keyes, C. L. M., & Grzywacz, J. G. (2005). Health as a complete state: The added value in work performance and healthcare costs. *Journal of Occupational and Environmental Medicine/American College of Occupational and Environmental Medicine*, 47, 523-532.
- Keyes, C. L. M., & Simoes, E. J. (2012). To flourish or not: Positive mental health and all-cause mortality. *American Journal of Public Health*, 102, 2164-2172.
- Keyes, C. L. M., Wissing, M. P., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum-short form (MHC-SF) in Setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 181-192.
- Lamers, S. M. A., Bolier, L., Westerhof, G. J., Smit, F., & Bohlmeijer, E. T. (2012). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 538-547.
- Lamers, S. M. A., Glas, C. A. W., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Longitudinal evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *European Journal of Psychological Assessment*, 28, 290-296.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67, 99-110.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Glas, C. A. W., & Bohlmeijer, E. T. (2015). The bidirectional relation be-

- tween positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study. *The Journal of Positive Psychology*, 1-8.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Trompetter, H. R., Fledderus, M., & Bohlmeijer, E. T. (in druk). *Why should we monitor both positive mental health and psychopathology as outcomes in psychotherapy? Confirming the dual-factor model of mental health in acceptance and commitment therapy*.
- Meulenbeek, P., Christenhusz, L., & Bohlmeijer, E. T. (2015). Well-being therapy in the Netherlands: Letter to the editor. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 316-317.
- Mjøsund, N. H., Eriksson, M., Norheim, I., Keyes, C. L. M., Espnes, G. A., & Vinje, H. F. (2015). Mental health as perceived by persons with mental disorders: An interpretative phenomenological analysis study. *International Journal of Mental Health Promotion*, May, 1-19. doi:10.1080/14623730.2015.1039329
- Petrillo, G., Capone, V., Caso, D., & Keyes, C. L. M. (2014). The Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) as a measure of well-being in the Italian context. *Social Indicators Research*. doi:10.1007/s11205-014-0629-3
- Pots, W. T. M., Fledderus, M., Meulenbeek, P. A. M., ten Klooster, P. M., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2015). Acceptance and commitment therapy as a web-based intervention for depressive symptomatology: A randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. doi: 10.1192/bjp.bp.114.146060
- Ryan, R. M., Huta, V., & Deci, E. L. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170.
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 10-28.
- Schotanus-Dijkstra, M., Pieterse, M. E., Drossaert, C. H. C., Westerhof, G. J., de Graaf, R., ten Have, M., & Bohlmeijer, E. T. (2015). What factors are associated with flourishing? Results from a large representative national sample. *Journal of Happiness Studies*. doi:10.1007/s10902-015-9647-3
- Schotanus-Dijkstra, M., ten Have, M., Lamers, S. M. A., de Graaf, R., & Bohlmeijer, E. T. (ingediend). The longitudinal relationship between mental well-being and mental disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2).
- Schreurs, K., & Westerhof, G. J. (2013). Waarden en motivatie. In E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof & J. A. Walburg (Eds.), *Handboek positieve psychologie: Theorie, onderzoek en toepassingen*. Amsterdam: Boom.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical implications*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., Lamers, S. M. A., & Schreurs, K. M. G. (2016). Positive psychological well-being is required for online self-help acceptance and commitment therapy for chronic pain to be effective. *Frontiers in Psychology*, 7(e152). 10.3389/fpsyg.2016.00353
- Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., Veehof, M. M., & Schreurs, K. (2015). Internet-based guided self-help intervention for chronic pain based on acceptance and commitment therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 38, 66-80.
- Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. M. G. (2016). Acceptance and mindful-

- ness-based interventions for the treatment of chronic pain: A meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45, 5-31.
- Wentzel, J., van der Vaart, R., Bohlmeijer, E., & van Gemert-Pijnen, L. (in druk). How to benefit from blended care in mental health care? *Journal of Medical Internet Research*.
- Weich, S., Brugha, T., King, M., McManus, S., Bebbington, P., Jenkins, R., ... Stewart-Brown, S. (2011). Mental well-being and mental illness: Findings from the Adult Psychiatric Morbidity Survey for England 2007. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 199, 23-28.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 63, 808-820.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119.
- Wilson, K. G., & DuFrene, S. C. (2009). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness and psychotherapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Wood, A. M., & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 122, 213-217.
- World Health Organization (WHO) (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Genève, Zwitserland: WHO.
- Zimmerman, M., McGlinchey, J. B., Posternak, M., Friedman, M., Attiullah, N., & Boerescu, D. (2006). How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 148-150.