



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

ERNST BOHLMMEIJER, LIEKE CHRISTENHUSZ, LAURA HUNING 
PETER MEULENBEEK

Welbevindentherapie

Achtergrond, doelstelling en protocol

Sinds enige tijd wordt onderkend dat geestelijke gezondheid meer is dan de afwezigheid van psychische klachten. De World Health Organization (WHO) bijvoorbeeld pleit ervoor om de aandacht voor geestelijke gezondheid niet te beperken tot de afwezigheid van psychische stoornissen. De WHO beschrijft geestelijke gezondheid als *'a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community'* (World Health Organization, 2005).

Welbevindentherapie (WBT) is gericht op de versterking van mentale gezondheid en de preventie en behandeling van psychische stoornissen. De interventies zijn gericht op het positief emotioneel, psychologisch en sociaal functioneren. In dit artikel beschrijven we de achtergronden en de doelstellingen van welbevindentherapie, gevolgd door een protocol van acht sessies.

WELBEVIDENTHERAPIE: ACHTERGROND

In de definitie van de WHO wordt verwezen naar zelfrealisatie als een belangrijke component van geestelijke gezondheid. Bij zelfrealisatie gaat het om het positief functioneren van het individu. Het gaat dus niet primair om een plezierig leven, maar juist om een goed leven vanuit psychologisch perspectief. In de definitie kunnen drie componenten van welbevinden worden herkend: de subjectieve ervaring van welzijn (emotioneel welbevinden), het effectief functioneren van het individu in de zin van zelfrealisatie (psychologisch welbevinden) en het effectief functioneren in de maatschappij (sociaal welbevinden).

J *Positieve geestelijke gezondheid: emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden*

Voortrekker in het operationaliseren van psychologisch welbevinden was Carol Ryff (Ryff, 1989). Zij bestudeerde uitgebreid het werk van de klassieke psychologische meesters die zich bezighielden met het positief functioneren vanuit een visie op menselijke groei en

ontwikkeling. Ze zocht in het werk van levensloopspsychologen, humanistisch psychologen en klinisch psychologen naar kerndimensies in hun beschrijvingen van optimaal ontwikkelde en functionerende personen. Ryff vond uiteindelijk zes dimensies die in de verschillende theorieën een belangrijke rol spelen en die essentieel zijn in het algemene streven om het eigen leven vorm te geven: doelgerichtheid, persoonlijke groei, autonomie, omgevingsbeheersing, zelfacceptatie en positieve relaties. In tabel 1 wordt een korte omschrijving van deze zes dimensies gegeven.

TABEL 1
Zes dimensies van psychologisch welbevinden

Doelgerichtheid:	Plannen en doelen hebben; gevoel van richting in het leven; ervaring van zinvolheid in heden en verleden; het hebben van een geloof dat het leven ergens naartoe gaat.
Persoonlijke groei:	Gevoel van voortgaande ontwikkeling; perceptie van de eigen persoon als groeiend en zich ontwikkelend; openheid voor nieuwe ervaringen; gevoel van realisatie van de eigen mogelijkheden; verandering in de richting van meer zelfkennis en effectiviteit.
Autonomie:	Zelfbepaling en onafhankelijkheid; weerstand tegen sociale druk om op een bepaalde wijze te denken en zich te gedragen; gedragsregulatie van binnenuit; zelfbeoordeling aan de hand van persoonlijke maatstaven.
Omgevingsbeheersing:	Gevoel van beheersing en competentie bij het omgaan met de eisen die de omgeving stelt; controle over een complex geheel van activiteiten; effectief gebruik van mogelijkheden die zich voordoen; kiezen en creëren van contexten die passen bij persoonlijke behoeften en waarden.
Zelfacceptatie:	Positieve attitude ten opzichte van zichzelf; herkenning en acceptatie van verschillende kanten van de eigen persoon, inclusief positieve en negatieve eigenschappen; positief gevoel over het verleden en het verloop van het eigen leven.

Positieve 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.

¶ *Het meten van welbevinden*

Om welbevinden in het algemeen en psychologisch welbevinden in het bijzonder te meten, zijn verschillende vragenlijsten ontwikkeld. Corey Keyes ontwikkelde een vragenlijst waarmee het emotioneel, het psychologisch en het sociaal welbevinden in samenhang worden gemeten: de *Mental Health Continuum-Short Form* (MHC-SF). De psychometrische eigenschappen van de MHC-SF zijn uitstekend (Keyes, 2002, 2005). Ook de Nederlandse versie van de MHC-SF blijkt een goede vragenlijst om de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking te meten (Bohlmeijer, Lamers, & Schreurs, 2016b; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, & Keyes, 2011). De subschalen emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden komen goed naar voren. Carol Ryff ontwikkelde een vragenlijst, die in het Nederlands is vertaald als de *Positieve Geestelijke Gezondheids Schaal* (PGGS), waarmee de zes dimensies van psychologisch welbevinden worden gemeten (Ryff & Keyes, 1995; van Dierendonck, 2005).

¶ *Welbevinden is een belangrijke uitkomst van behandeling in de ggz*

Er is inmiddels een groot aantal bevolkingsstudies verricht naar de relatie tussen welbevinden en psychopathologie (Bohlmeijer et al., 2016a; Lamers & Keyes, 2016). Deze studies laten zien dat psychopathologie en welbevinden twee verschillende, maar gerelateerde dimensies van geestelijke gezondheid zijn. Dit wordt het *tweecontinuummodel* genoemd (Keyes, 2005; Lamers et al., 2011).

Onderzoek laat zien dat de samenhang tussen beide indicatoren negatief is, wat inhoudt dat psychische problemen vaker samen gaan met laag welbevinden dan met hoog welbevinden. Een opvallend gegeven is dat dit verband slechts beperkt is. Zo blijkt 6% van de mensen met een psychische stoornis toch een hoge mate van welbevinden te ervaren (Westerhof & Keyes, 2008). Het betekent dat iemand met psychische klachten wel degelijk welbevinden kan ervaren en dat de afwezigheid van psychische klachten niet garant staat voor het ervaren van een hoog niveau van emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden.

Welbevinden lijkt ook te beschermen tegen het ontstaan van psychische klachten en stoornissen, en bij te dragen aan terugvalpreventie. Mensen met meer welbevinden hebben negen maanden

later een lagere kans op psychische klachten (Lamers, Westerhof, Glas, & Bohlmeijer, 2015). Mensen die floreren en een hoge mate van welbevinden ervaren, hebben drie jaar later 57% minder kans op een angststoornis en 35% minder kans op een stemmingsstoornis (Schootanus-Dijkstra, ten Have, Lamers, de Graaf, & Bohlmeijer, 2016).

Bohlmeijer et al. (2016b) pleiten daarom voor een gebalanceerde ggz. In een gebalanceerde ggz is welbevinden naast psychopathologie een belangrijke uitkomst, en vormen interventies gericht op het positief emotioneel, psychologisch en sociaal functioneren een wezenlijk onderdeel van de behandeling (Christenhusz, Bohlmeijer, & Meulenbeek, 2016).

¶ Het bevorderen van welbevinden

Het bevorderen van het positief emotioneel, psychologisch en sociaal functioneren is onder andere het domein van de positieve psychologie. Voorbeelden van interventies zijn: het bewust worden en versterken van positieve emoties; het onderzoeken van waarden, intrinsieke behoeften en talenten; het op een positieve, optimistische wijze omgaan met doelen; en het onderhouden en realiseren van positieve relaties, psychologische flexibiliteit en zelfcompassie (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof, & Walburg, 2013).

Recent is een meta-analyse uitgevoerd naar de effecten van positief psychologische interventies bij mensen met psychische of lichamelijke klachten (Chakkhsi, Kraiss, Spijkerman, & Bohlmeijer, *under review*). Uit deze meta-analyse blijkt dat positiefpsychologische interventies tot significante effecten leiden op de gebieden welbevinden, depressie en angst.

WELBEVINDENTHERAPIE: DOELSTELLING

Centraal in welbevindentherapie (WBT) staat het vergroten van het positief functioneren van cliënten. WBT kan worden ingezet in het kader van (terugval)preventie en voor de behandeling van psychische klachten en stoornissen. Uit een recente studie blijkt dat WBT even effectief is als cognitieve gedragstherapie bij vrouwen met een stemmingsstoornis (Chaves, Lopez-Gomez, Hervas, & Vazquez, 2016).

WBT is oorspronkelijk ontwikkeld door de Italiaanse psychiater en wetenschapper Giovanni Fava (Fava & Ruini, 2003). De therapie is primair gericht op het bevorderen van de geestelijke gezondheid van mensen met psychische stoornissen of psychische klachten. In diverse studies bij mensen met verschillende angst- en stemmingsstoornissen werden significante effecten gevonden op psychische

klachten en bleek dat WBT minimaal gelijkwaardig was aan CGT (zie voor de wetenschappelijke stand van zaken: Christenhusz & Meulenbeek, 2015).

WELBEVIDENTHERAPIE: PROTOCOL

In het protocol voor WBT dat we in dit artikel beschrijven, zijn de volgende door Fava ontwikkelde uitgangspunten van WBT overgenomen:

- ▶ De behandeling bestaat uit acht semigestructureerde sessies.
- ▶ In de eerste fase van de behandeling registreert de cliënt de momenten waarop hij zich goed voelt of welbevinden ervaart.
- ▶ De cliënt registreert het zogenoemde dempen van de ervaring van welbevinden. Het gaat hierbij om de situatie en de gedachten die deze ervaring van welbevinden (vroegtijdig) doen stoppen. Op deze wijze krijgt de cliënt inzicht in welke cognities een rol spelen bij het tenietgaan van welbevinden.
- ▶ Met de cliënt wordt gekeken welke mogelijkheden er zijn om het dempen tegen te gaan, bijvoorbeeld door het uitdagen van veelvoorkomende belemmerende cognities.
- ▶ De cliënt vult een uitgebreide vragenlijst (PGGS; Ryff & Singer, 1996) in over de zes dimensies van psychologisch welbevinden.
- ▶ De tweede fase van de behandeling richt zich specifiek op het versterken van de dimensies die onvoldoende aanwezig zijn.

Een belangrijke beperking van de oorspronkelijke WBT was dat concrete interventies gericht op de zes domeinen van psychologisch welbevinden ontbraken. Daarom wordt in het Nederlandse protocol van WBT gewerkt met het hulpboek *Dit is jouw leven* (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2013). Dit boek bevat uitgebreide psycho-educatie over de verschillende aspecten van psychologisch welbevinden en een groot aantal bewezen effectieve oefeningen om het positieve emotioneel, psychologisch en sociaal functioneren van mensen te versterken. De effecten van de toepassing van *Dit is jouw leven* als begeleide zelfhulp bij mensen met verminderd welbevinden en milde psychische klachten zijn onlangs aangetoond in een groot onderzoek (Schotanus-Dijkstra, 2016). Er is gekozen voor acht sessies, omdat dit beter past in de basis-GGZ in Nederland. WBT kan zowel individueel als in groepen worden uitgevoerd. Hieronder volgt een beschrijving van de aangepaste Nederlandse versie van WBT (Meulenbeek, Christenhusz, & Bohlmeijer, 2015).

Ernst Peeneman deed in samenwerking met Mindfit van de Dimence Groep een eerste studie naar de effecten van welbevindetherapie bij depressie (Peeneman, van Doesum, & Christenhusz, 2017). Aan deze kleinschalige, verkennende studie namen acht cliënten met een stemmingsstoornis deel. Bij vijf cliënten was kort of langere tijd na de behandeling sprake van een klinische relevante verbetering op het gebied van welbevinden of depressie.

Cliënten waren allen positief over de therapie. In interviews gaven de behandelaren aan dat het nog wel wennen is en dat het soms lastig is om de positieve focus vast te houden. Een van de behandelaren zei het volgende: 'Ja, dat is heel leuk. Je hebt hele andere gesprekken. Er zit veel meer dynamiek in, veel meer positiviteit. Het paste ook zo mooi bij mijn cliënt en die pakte het ook goed op. En dan zie je dat het ook werkt. En dat het een veel leukere manier van behandelen is dan als je bezig bent met klachten of dingen die niet goed gaan.'

In een andere studie, in samenwerking met Mediant, werden de effecten van welbevindetherapie vergeleken met gebruikelijke zorg voor mensen die eerder waren behandeld voor een PTSS.

Eerste analyses laten zien dat beide vormen van rehabilitatietherapie effectief zijn. Voor mensen met laag welbevinden lijkt welbevindetherapie effectiever dan de gebruikelijke zorg.

¶ Indicatiestelling

WBT kan in de volgende gevallen worden geïndiceerd:

- ▶ Als primaire behandeling van milde stemmingsstoornissen of van algemene angstklachten (Chaves et al., 2016; Chakhsai et al., under review).
- ▶ Als nazorg bij mensen die eerder een behandeling voor psychische stoornissen hebben ondergaan, bijvoorbeeld als nazorg in de basis-GGZ voor mensen die eerder een behandeling in de specialistische ggz hebben ontvangen. Na een klachtgerichte behandeling kan een nieuwe, positieve focus een goede aanvulling zijn en bijdragen aan terugvalpreventie.
- ▶ Als behandeling van mensen met (chronische) lichamelijke klachten in combinatie met psychische klachten. WBT kan bijdragen aan het herstel van veerkracht en het succesvolle zelfmanagement van lichamelijke klachten (Bohlmeijer, Bode, & Trompetter, 2017).

De aanwezigheid van een acute ernstige psychische stoornis vormt een contra-indicatie voor WBT. Hetzelfde geldt voor comorbide middelenmisbruik of -afhankelijkheid. Daarnaast zal zwakbegaafd-

heid ($IQ < 85$) of het niet beheersen van de Nederlandse taal vermoedelijk een complicerende factor zijn, maar deze doelgroepen hoeven niet op voorhand uitgesloten te worden van behandeling. Het is wenselijk dat de WBT zodanig wordt ingericht dat ze toepasbaar is bij de gehele ggz-populatie, onafhankelijk van aandoeningen of andere specificaties. Effectstudies richten zich echter nog voornamelijk op mensen met angst- en stemmingsklachten.

¶ Structuur en opzet

WBT bestaat uit acht sessies van 45 minuten die tweewekelijks plaatsvinden. Desgewenst kan de behandeling verkort worden tot zes sessies. Zo kan WBT tevens in de eerstelijnsgezondheidszorg worden ingezet als zelfhulp, waarbij de cliënt deels zelfstandig het boek doorwerkt en wordt begeleid door een praktijkondersteuner huisartsen-ggz (POH-ggz).

Het protocol beschrijft individuele therapie. Van de cliënt wordt tussen de sessies door een actieve inzet verwacht van gemiddeld vier keer vijftien à dertig minuten per week. De cliënt ontvangt daarvoor huiswerkopdrachten. WBT kan ook goed als groepstherapie worden uitgevoerd.

Tijdens het intake- of behandeladviesgesprek, dat voorafgaat aan de eerste sessie, is het van belang om de rationale van de WBT goed uit te leggen. In de appendix beschrijven we een metafoor van twee koffers, die een therapeut kan gebruiken om WBT te introduceren. Wanneer een cliënt toch graag kiest voor een klachtgerichte focus, is het een goed alternatief om eerst een aantal sessies klachtgericht te werken en desgewenst later over te gaan op WBT.

WELBEVINDENTHERAPIE: DE GESPREKKEN

¶ Sessie I

► **VOORBEREIDING** Vraag de cliënt voorafgaand aan sessie I de inleiding en het eerste hoofdstuk van het boek *Dit is jouw leven* te lezen en oefening I te maken van hoofdstuk I.

► **STRUCTUURGESPRAK**

1 Welkom.

2 Vraag de cliënt of hij de introductie heeft gelezen. Wat vond hij ervan? Sprak hem iets aan? Kan hij dat toelichten? Is duidelijk wat geestelijke gezondheid is? Zijn er vragen of onduidelijkheden? Ga hierop in. Bespreek het belang van positieve emoties. Beantwoord vragen. Leg eventueel verband met het zojuist besproken dagboek: misschien herkent de cliënt uit eigen ervaring

- enkele van de effecten van 'verbreden en opbouwen' vanuit de theorie van Barbara Fredrickson (Fredrickson, 2001).
- 3 Bespreek oefening 1 uit hoofdstuk I. Neem het ingevulde dagboek rustig door met de cliënt. Vraag de cliënt om verder te vertellen over positieve ervaringen. Wat gebeurde er precies? Het is zinvol om verder stil te staan bij de betekenis van deze ervaringen. Wat is kennelijk belangrijk voor hem? Welke behoeften werden op dat moment vervuld? Bespreek ook de gedachten die een eind maken aan de momenten van welbevinden. Op dit moment doe je daar nog niets mee. Het gaat om opmerken en inzicht krijgen. Vergeet niet om de cliënt te complimenteren wanneer daar aanleiding toe is.
 - 4 Bespreek het huiswerk voor de volgende keer. Leg het belang van positief tijdreizen (nagenieten of savoring) uit voor het versterken van de effecten van positieve emoties en ervaringen. Bespreek de driegoededingenoefening. Dit is een eenvoudige oefening die de meeste cliënten prettig vinden en waarvan ze direct een effect ervaren. Het is de bedoeling dat de cliënt deze oefening dagelijks toepast.

► THUISWERK VOOR CLIËNT

- Dagelijks doen van de driegoededingenoefening.
- Andere oefening uit hoofdstuk I naar keuze.
- Nog een week het dagboek met positieve ervaringen bijhouden. Je kunt een kopie van het dagboek meegeven aan de cliënt.

¶ Sessie II

- 1 Welkom.
- 2 Neem het ingevulde dagboek door op dezelfde wijze als in sessie I. Let op eventuele overeenkomsten met, of aanvullingen op, de vorige keer. Benoem steeds de zaken die je opvallen in wat de cliënt waardevol vindt, waardoor hij geïnspireerd is, wat zijn sterke kanten of talenten zijn. Mogelijk ervaart de cliënt de positieve ervaringen en momenten als korte momenten in een overvloed van negatieve ervaringen en momenten. Door juist de aandacht extra te richten op positieve ervaringen kunnen die zich uitbreiden en komt de focus te liggen op de kracht en de mogelijkheden van een cliënt. Wanneer een cliënt vertelt over een negatieve ervaring, is het belangrijk om daar ook naar te luisteren. Het is dan wel de bedoeling om na enige tijd het gesprek weer te richten op de positieve ervaringen. Zo beweeg je mee en leer je de cliënt om de aandacht te verplaatsen.
- 3 Richt de aandacht op de gedachten van de cliënt die maakten dat een positieve ervaring stopte. Dit onderdeel is vooral relevant

wanneer de cliënt sterk de neiging heeft om positieve ervaringen en emoties te dempen. Heeft de cliënt dit soort gedachten vaker? Is het een patroon? Pas een methode toe om de invloed van de gedachten te verminderen, bijvoorbeeld door ze uit te dagen en te vervangen door realistischere gedachten (cognitieve therapie) of door de kracht van de gedachten te verminderen (cognitieve defusie, ACT). Mogelijk ervaart de therapeut dit als klachtgericht werken. Het verschil is dat de therapie nu expliciet is gericht op het uitbreiden en langer laten duren van positieve ervaringen en emoties.

- 4 Bespreek hoe de driegoededingenoefening ging. Hoe was het om te doen? Heeft de cliënt nog een andere oefening gedaan? Informeer en laat vertellen. Benoem steeds de zaken die je opvallen in wat de cliënt waardevol vindt, waardoor hij geïnspireerd is en wat zijn sterke kanten of talenten zijn.

► THUISWERK VOOR CLIËNT

- Doorgaan met de driegoededingenoefening en andere oefeningen uit hoofdstuk 1, wanneer de cliënt ervaart daar baat bij te hebben.
- Indien herkenbaar gebleken bij de cliënt: toepassen van technieken om het dempen van positieve ervaringen te verminderen.
- Wanneer de cliënt het als helpend ervaart, nog één week doorgaan met het bijhouden van het dagboek met positieve ervaringen.
- Lezen hoofdstuk 5 uit het boek *Dit is jouw leven*.
- Eventueel: oefening 2 uit hoofdstuk 5: 'Jezelf iets goeds toewensen', als zij de cliënt aanspreekt.

¶ Sessie III

- 1 Welkom.
- 2 Bespreek (indien relevant) positieve ervaringen en momenten van de afgelopen twee weken. Vraag na of het is gelukt om om te gaan met dempende of belemmerende gedachten.
- 3 Bespreek hoofdstuk 5 over zelfcompassie. Herkent de cliënt de thema's? Neem de tijd om de drie emotiesystemen te bespreken. Op welke wijze herkent de cliënt het jaagsysteem of het zorgsysteem? Teken naar aanleiding van de bespreking de drie systemen als cirkels op een A4 of een flipover. Maak de cirkel groter voor het systeem dat het meest is ontwikkeld. Het kalmtesysteem is waarschijnlijk een stuk kleiner. Dit maakt voor de cliënt zeer inzichtelijk wat er aan de hand is.
- 4 Doe de oefening 'Ik wens mezelf iets goeds toe' met de cliënt. Bespreek ervaringen met de oefening.

▶ THUISWERK

- ▶ Verdergaan met oefening 'Ik wens mezelf iets goeds toe', wanneer de cliënt dit een fijne oefening vindt.
- ▶ Aan de slag met oefening 3 uit hoofdstuk 5: 'De oma-oefening'.
- ▶ Andere oefeningen uit hoofdstuk 5 die de cliënt aanspreken.
- ▶ Invullen online vragenlijst PGGs op <http://pggs.voluitleven.nl> (inlognaam: welbevinden; wachtwoord: 2014). Het uitslagformulier printen en meenemen naar de vierde sessie. Let op: het laten invullen van de vragenlijst is een optioneel hulpmiddel om zicht te krijgen op de zes componenten van psychologisch welbevinden. Het kan helpen om de focus voor de volgende sessies te bepalen. Soms komt uit de gesprekken al een logische focus naar voren. In dat geval kan de therapeut in overleg met de cliënt ook besluiten om het invullen van de PGGs over te slaan.

¶ Sessie IV

- 1 Welkom.
- 2 Bespreek de ervaringen van de cliënt met de zelfcompassieoefeningen.
- 3 Bespreek mogelijk belemmerende gedachten over vriendelijkheid van de cliënt naar zichzelf. Soms heeft een cliënt overtuigingen die een barrière vormen voor het ontwikkelen van (zelf)vriendelijkheid, zoals: 'Als ik vriendelijk wordt naar mezelf, dan loopt iedereen over me heen,' of: 'Door hard te zijn voor mezelf, bereik ik veel in het leven.'
- 4 Bespreek ervaringen uit de afgelopen weken waarin de cliënt kritisch was op zichzelf. Bespreek wat de cliënt op een compassievolle wijze tegen zichzelf had kunnen zeggen. Laat de cliënt compassievolle zinnen (*self-talk*) opschrijven en laat de cliënt deze zinnen vervolgens hardop voorlezen. Let daarbij op de vriendelijkheid van de toon. Dat blijkt cruciaal bij compassie. Lees als therapeut eventueel de zinnen compassievol voor.
- 5 De focus wordt nu verlegd naar een andere dimensie van psychologisch welbevinden. Bespreek de keuze voor een dimensie met de cliënt, eventueel aan de hand van de uitkomsten van de vragenlijst PGGs. Op welke dimensie(s) van psychologisch welbevinden scoort de cliënt laag of benedengemiddeld? Herkent de cliënt dit?
- 6 Maak met de cliënt een keuze voor een hoofdstuk op basis van de vragenlijst en op basis van ingevulde dagboeken en wensen van de cliënt:
 - ▶ Hoofdstuk 2 en 3: aan de slag gaan met sterke kanten (wanneer autonomie en omgevingsbeheersing laag zijn).

- ▶ Hoofdstuk 4: optimisme (wanneer doelgerichtheid en/of omgevingsbeheersing laag zijn).
 - ▶ Hoofdstuk 6: omgaan met en groeien door moeilijke gebeurtenissen (wanneer persoonlijke groei laag is of de cliënt bijvoorbeeld moeite heeft om gebeurtenissen te verwerken).
 - ▶ Hoofdstuk 7: versterking relaties (wanneer positieve relaties laag is).
 - ▶ Hoofdstuk 8: verbondenheid (wanneer persoonlijke groei laag is of de cliënt een behoefte ervaart op het gebied van zingeving).
 - ▶ Eventueel kan eerst ook nog een extra sessie over hoofdstuk 5, zelfacceptatie en zelfcompassie, worden gedaan.
- ▶ THUISWERK
 - ▶ Eventueel toepassen van zelfcompassieoefeningen naar keuze uit hoofdstuk 5.
 - ▶ Lezen hoofdstuk op basis van gekozen thema en behoefte.
 - ▶ Eén of meerdere oefeningen uit het gekozen hoofdstuk.

¶ Sessies V, VI, VII en VIII

Deze sessies zijn niet ingevuld, omdat de invulling ervan afhankelijk is van de gekozen thema's. De sessies kunnen door de therapeut op vergelijkbare wijze worden ingevuld als de eerste vier sessies. Het gaat er steeds om het hoofdstuk en de oefeningen te bespreken, en de cliënt te helpen om de inzichten en oefeningen toe te passen in het eigen leven.

In het algemeen lijkt het verstandig om twee sessies te besteden aan een thema en bijbehorend(e) hoofdstuk(ken), zodat de cliënt zich de oefeningen en vaardigheden eigen kan maken.

Afhankelijk van de behoefte van de cliënt, het ervaren welbevinden en het oordeel van de therapeut kan de behandeling na zes of acht sessies worden beëindigd. In het geval van acht sessies is er ruimte om een tweede focus te kiezen.

¶ Afsluiting

Een goede laatste opdracht voor de laatste sessie is oefening 2 uit hoofdstuk 4:

..... Schrijf een brief uit de toekomst Therapeut: 'In de komende week doe je een aantal keren oefening 2 uit hoofdstuk 4. Daarbij verbeeld je je dat je optimaal leeft en je talenten verder hebt ontwikkeld en gebruikt. Je bent helemaal tot bloei gekomen als mens. Wanneer je dit enkele keren gedaan hebt: schrijf vanuit die toekomst (vanuit wie je dan bent) een brief aan jezelf (aan degene die je nu bent). Het mag van alles zijn. Wat je beleeft, hoe je leven eruitziet, wat je aan hebt, hoe je je gedraagt, met wie je omgaat. Ook even-

... tuele tips of aanbevelingen kunnen erin staan. Neem de brief mee naar de sessie.'

Nodig de cliënt tijdens de laatste sessie uit om de brief hardop voor te lezen en hem te bespreken.

¶ Aandachtspunten

Het is niet zo dat het tijdens WBT niet over negatieve ervaringen of klachten mag gaan. Wanneer een cliënt de afgelopen week iets moeilijks heeft meegemaakt, is het belangrijk om daarbij stil te staan en zijn ervaringen te valideren. Probeer na enige tijd de aandacht weer naar het onderwerp van de sessie te verleggen. Kortom, het is belangrijk de focus van de behandeling zo veel mogelijk te leggen op positieve ervaringen zonder negatieve ervaringen te negeren; probeer ze te integreren.

Zorg voor haalbare doelen om teleurstellingen te voorkomen en streef naar een optimale balans tussen de zes dimensies van psychologisch welbevinden.

Tijdens WBT kan de therapeut zijn eigen therapeutische kader voor gespreksvoering gebruiken. Oplossingsgerichte gespreksvoering, *acceptance and commitment therapy* (ACT) en cognitieve gedragstherapie sluiten goed op WBT aan.

Desgewenst kan de therapeut aan het einde van de behandeling scores op vragenlijsten bespreken. Zo kan de groei in welbevinden en de (verdere) afname van klachten besproken worden. Daarbij kunnen de volgende vragen worden gesteld: Wat is verbeterd en hoe is dat bereikt? Waarbij heeft de behandeling geholpen? Wat zou je gebruiken wanneer er een periode komt waarin het wat minder goed met je gaat?

... Binnen Dimence, specialistische ggz, is als aanvulling op de reguliere behandeling van depressie welbevindentherapie geïntroduceerd.

Cliënte is een 35-jarige vrouw die in het voorjaar van 2015 door de POH-ggz is aangemeld bij de specialistische ggz met een eenmalige depressieve stoornis. Bij het ontstaan hiervan spelen bij de zwangerschap ontstane bekkeninstabiliteit en rugklachten een grote rol. Deze klachten hebben geleid tot functiebeperkingen en het verlies van haar baan. Daarnaast is een gewenste tweede zwangerschap niet meer mogelijk. Patiënte is perfectionistisch en zelfkritisch van aard en heeft altijd hard gewerkt, waarbij haar voornaamste copingstijl bestond uit 'niet zeuren', de ander niet belasten en harder werken. Haar doorzettingsvermogen en relatie met man, dochtertje en familie zijn beschermende factoren.

Er is volgens de richtlijnen gestart met interpersoonlijke psychotherapie gericht op de depressie en de daarmee samenhangende schuldgevoelens en rouw. Omdat cliënte hardnekkige negatieve cognities over zichzelf had, is aanvullend middels CGT en EMDR-rechtsom geprobeerd deze te af te zwakken. Dit heeft echter slechts beperkt resultaat. Hoewel zij niet meer voldoet aan de criteria van een depressie, ervaart ze geen optimaal herstel.

Door het in haar ogen ontbreken van een zinvolle daginvulling ervaart zij zichzelf als nutteloos. Het lukt haar daardoor onvoldoende haar grenzen te bewaken, leidend tot lichamelijke overbelasting, met lichamelijke pijn en vermoeidheid als resultaat. Aangezien behandeling gericht op klachtvermindering voldoende lijkt te zijn geweest, is als aanvulling hierop in overleg met patiënte besloten tot een behandeling gericht op het vergroten van haar psychologisch welbevinden en is trajectbegeleiding toegevoegd.

Er hebben inmiddels zes wekelijkse sessies plaatsgevonden gericht op het vergroten van welbevinden, waarin de focus vooral lag op het ontwikkelen van zelfcompassie. De scores op de PGGs lieten zien dat cliënte benedengemiddeld scoort op autonomie, regie over eigen leven en zelfacceptatie. Op andere onderdelen scoort ze bovengemiddeld.

Opvallend is dat het cliënte vrij snel lukt om positieve aspecten van haar leven op te merken — en ze ook daadwerkelijk als zodanig te ervaren — en dat het haar daarnaast mogelijk is minder waarde te hechten aan de negatieve aspecten. In haar dagelijks leven resulteert dit in het beter kunnen respecteren van haar grenzen, waardoor ze minder pijn en vermoeidheid ervaart, maar daarnaast ook positiever over zichzelf is gaan denken. Hierbij zijn met name het positieve dagboek, het leren ‘defuseren’ van gedachten en de compassievolle metgezeloefening helpend geweest. Cliënte koos voor dat laatste haar recent overleden oma, die altijd erg compassievol naar haar was, en die als een concrete en krachtige tegenhanger werkt voor haar ‘innerlijke kritische stem’.

Er volgen nog twee gesprekken gericht op posttraumatische groei en afsluiting van de behandeling. Cliënte zelf is erg enthousiast over de welbevindentherapie en wat die haar heeft opgeleverd. Hetzelfde geldt overigens voor haar therapeut.

IMPRESSIE CLIËNT

Ik ben enthousiast over de welbevindentherapie en het boek *Dit is jouw leven* daarbij als hulpmiddel. Het boek is zeer toegankelijk en je herkent er zo veel in. Hoe fijn is het om weer eens positief te

gaan denken, de opdrachten uit te voeren en te zien dat het echt werkt in de praktijk. Om me niet meer te richten op wat er niet goed gaat, wat ik allemaal niet meer kan en hoe zwaar en moeilijk het leven voor mij is. Er is veel meer dan dat... Daar kwam ik achter toen ik dit boek las. Voor mij echt een eyeopener.

Een oefening die mij zeer heeft geholpen, is het bijhouden van het positieve dagboek. Kijken naar wat er positief was die dag (ook al zijn het hele kleine dingen). In het begin vond ik dit erg lastig, omdat ik zo gefocust was op wat er allemaal niet goed ging. Maar door ermee bezig te zijn, erover na te denken en het op te schrijven, ga je hele andere dingen zien en leren. Hoe fijn het is om het positieve te belichten of om het negatieve om te buigen naar iets positiefs.

De opdrachten zijn goed te doen en fijn om mee bezig te zijn. Ik wil graag wat doen om beter te worden en door met de opdrachten bezig te zijn, kreeg ik steeds meer grip op mijn eigen leven: op mezelf en op de dingen om me heen. Ik had mijzelf en de dingen om mij heen weer meer in de hand. Ik heb veel steun gehad aan de voorbeelden in het boek en de daarin gepresenteerde kijk op het leven.

De opdracht in hoofdstuk 5, de 'oma-oefening', heeft mij ook erg geholpen. Toevallig heb ik ook echt mijn oma gekozen. Een zeer wijze vrouw. Helaas is ze vorig jaar overleden. Deze 'oefening' pas ik nog bijna dagelijks toe. Hoe zou zij dit oplossen? Wat zou zij zeggen? Kijkt zij ook zo tegen bepaalde dingen aan? Vaak kom ik tot de conclusie dat ik niet te streng voor mijzelf moet zijn. En dat ik het beste naar deze wijze vrouw kan 'luisteren'. Het is voor mijn gevoel soms net alsof ze het mij echt influistert; zegt wat ik moet doen en wat voor mij het beste is. Geeft mij ook een soort rust.

Niet alle hoofdstukken zijn aan bod gekomen tijdens mijn behandeling. Maar ik heb zelf wel het hele boek gelezen en de opdrachten gedaan of toegepast die mij wat zouden opleveren. Ik heb ervaren hoe je in een vrij korte tijd een positieve draai kunt geven aan je eigen leven en de dingen die om je heen gebeuren. Het is echt een leerboek, door er constant mee bezig te zijn en je bewust te zijn van hoe je met jezelf en je leven moet omgaan. Ik merk dat hoe vaker je bepaalde dingen ziet of doet, hoe meer ze een gewoonte worden. En dat je de oude, verkeerde patronen dan vanzelf gaat loslaten. Mijn therapeut heeft mij in dit proces goed begeleid en handvatten meegegeven.

Ik hoop van harte dat deze therapie meer onder de aandacht komt. Hoe fijn zou het zijn als mensen zich beter gaan voelen en het leven zinvoller kunnen maken door dit boek te lezen en de opdrachten uit te voeren. Ik wist niet dat dit een dergelijke invloed op mijn leven kon hebben, onvoorstelbaar... maar toch

... waar! Op de achterkant van de kaft, het tweede in zwart getypte gedeelte: dat vind ik een zeer goede omschrijving van het boek. En ik had dan ook het idee dat dit boek speciaal voor mij geschreven is. Inspirerend!

APPENDIX: HET OPENEN VAN DE KOFFER VAN HOOP EN KRACHT ALS METAFOOR BIJ DE INTRODUCTIE VAN DE WELBEVIDENTHERAPIE

Therapeut: 'Ieder mens draagt eigenlijk altijd twee koffers met zich mee. De eerste kist is de kist van wanhoop. Deze koffer bevat onze moeilijke gebeurtenissen, ervaringen, verdriet en pijn, en onze lastige eigenschappen en negatieve denkpatronen. Soms is het nodig om deze koffer te openen en uit te pakken: dan verwerk je moeilijke ervaringen, leer je negatieve denkpatronen te veranderen en leer je om te gaan met je kwetsbaarheden en lastige eigenschappen. Daar is veel moed voor nodig. Een therapie kan je helpen om de koffer wat lichter te maken en de inhoud te ordenen. Maar de koffer zal nooit leeg worden. Er blijven kwetsbaarheden in aanwezig. Het is onderdeel van jouw leven en van wie je bent. Deze koffer van kwetsbaarheid hoort bij je.

Maar hoe zit het met de andere koffer? Wat zit daarin? Dit is de koffer van hoop en kracht. Deze koffer bevat jouw potentie en bronnen voor welzijn. Jouw mogelijkheden en talenten, jouw vermogen tot plezier, positieve ervaringen en fijne relaties, doelen in het leven en de liefde voor jezelf en anderen. Voor onze geestelijke gezondheid is het ook belangrijk dat we deze koffer openmaken en onderzoeken wat we kunnen doen met de inhoud. En ook daar is moed voor nodig!

¶ *Variant A: Als nazorg en terugvalpreventie na klachtgerichte behandeling*
Therapeut: 'De afgelopen tijd ben je bezig geweest om de eerste koffer open te maken. Dat is goed gegaan. De inhoud van de koffer zal af en toe je aandacht vragen, maar daar is niet meer zo veel te doen. Hoe graag je het misschien zou willen, de koffer is nooit leeg te maken.

Voor je herstel en je gezondheid is het nu belangrijk om de andere koffer te gaan openen. Dat noemen we welbevindentherapie. Hoe zou je dat vinden? Het openen van de andere koffer heeft ook een belangrijk voordeel: door deze koffer uit te pakken en ermee aan het werk te gaan, zul je misschien gaan ervaren dat de andere koffer minder groot, zwaar of rommelig wordt en niet meer alomvattend is. Het zal je helpen om weerbaarder te worden en de kans op terugkeer van klachten verkleinen.'

¶ Variant B. Als primaire behandeling van depressieve of angstklachten
Therapeut: ‘Het kan zijn dat klachten niet zozeer voortkomen uit problemen in de eerste koffer, maar vooral uit het feit dat je de tweede koffer nog onvoldoende hebt uitgepakt en er nog niet voldoende aandacht aan hebt gegeven. Zou dat bij jou ook zo kunnen zijn?’

Mijn voorstel is dat je aan de slag gaat om de koffer van hoop en kracht (verder) te openen en te ontdekken wat de inhoud voor jou kan betekenen. En dat ik je daarbij ga helpen. We noemen dit welbevindentherapie of positieve psychotherapie.’

Met dank aan San van Halen, Ernst Peeneman en Hanneke Kessels van de Dimence Groep voor hun waardevolle feedback op een eerdere versie van dit protocol, en aan drs. H. H. L. M. Kessels, gz-psycholoog en psychotraumatherapeut bij Dimence Groep voor de casus.

Dit artikel is ook verschenen als whitepaper op de webpagina www.boompsychologie.nl/product/2075/Dit-is-jouw-leven.

Prof. dr. Ernst Bohlmeijer is hoogleraar geestelijke gezondheidsbevordering aan de Universiteit Twente.

Dr. Lieke Christenhusz is universitair docent aan de Universiteit Twente en gz-psycholoog bij de Dimence-Groep.

Dr. Laura Huning is klinisch psycholoog en manager behandelzaken volwassenen bij Mediant.

Dr. Peter Meulenbeek is universitair docent aan de Universiteit Twente en gz-psycholoog bij GG-Net.

Referenties

- Bohlmeijer, E. T., Bode, C., & Trompeter, H. R. (2017). *Positieve psychologie en zelfmanagement, een verkennende studie*. Den Haag: ZonMw.
- Bohlmeijer, E. T., Bolier, L., Westerhof, G. J., & Walburg, J. A. (red). (2013). *Handboek positieve psychologie: Theorie, onderzoek & toepassingen*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Bohlmeijer, E. T., & Hulsbergen, M. L. (2013). *Dit is jouw leven: Ervaar de effecten van de positieve psychologie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Bohlmeijer, E. T., Klooster, P. M., de Kleine, E., Westerhof, G. J., & Lamers, S. M. A. (2016a). Geestelijke gezondheid als positieve uitkomst van behandeling: Een empirische vergelijking van drie meetinstrumenten. *De Psycholoog*, 4, 49-56.
- Bohlmeijer, E. T., Lamers, S. M. A., & Schreurs, K. M. G. (2016b). Welbevinden als uitkomst van acceptance and commitment therapy. *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 49, 208-221.
- Chakkhsi, F., Kraiss, J., Spijkerman, M., & Bohlmeijer, E. T. (under review). The effect of positive psychology interventions on well-being in clinical populations: a systematic review and meta-analysis.
- Chaves, C., Lopez-Gomez, I., Hervas, G., & Vazquez, C. (2016). A comparative study on the efficacy of a positive psychology intervention and a cognitive behavioral therapy for clinical depression. *Cognitive Ther-*

- apy Research. doi:10.1007/s10608-016-9778-9
- Christenhusz, L. C. A., Bohlmeijer, E. T., & Meulenbeek, P. A. M. (2016). Welbevindentherapie kan zorgen voor optimalisering van geestelijke gezondheid. *Psyexpert*, 3, 35.
- Christenhusz, L., & Meulenbeek, P. (2015). Welbevindentherapie in de geestelijke gezondheidszorg. In E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof, & J. A. Walburg (red.), *Handboek positieve psychologie: Theorie, onderzoek en toepassingen* (pp. 275-289). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- 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.
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: the broaden and build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- 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. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Lamers, S. M. A., & Keyes, C. L. M. (2016). Welbevinden als veerkracht. *Tijdschrift Positieve Psychologie*, 2, 8-14.
- Lamers, S. M., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. (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 between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study. *Journal of Positive Psychology*, 10, 553-560.
- Meulenbeek, P., Christenhusz, L., & Bohlmeijer, E. T. (2015). Well-being therapy in the Netherlands: Letter to the editor. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 316-317.
- Peeneman, E. J. B., van Doesum, K., & Christenhusz, L. C. A. (2017). Een pilotonderzoek naar de effecten en ervaringen van welbevindentherapie bij de behandeling van een milde angst- of stemmingsstoornis in de ggz.
- 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., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 14-23.
- Schotanus-Dijkstra, M. (2016). *How to flourish in daily life?* (Dissertatie). Enschede: Universiteit Twente.
- Schotanus-Dijkstra, M., ten Have, M., Lamers, S. M. A., de Graaf, R., & Bohlmeijer, E. T. (2016). The longitudinal relationship between flourishing mental health and incident mood, anxiety and substance use disorders. *The European Journal of Public Health*. doi:10.1093/eurpub/ckw202 (advance access).
- van Dierendonck, D. (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.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 63, 808-820.
- World Health Organization. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Genève: WHO.