

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

De dans tussen klachten en welbevinden

Een casuïstiekbespreking

► KLAAS HUIJBREGTS, ERNST BOHLMMEIJER & GERBEN WESTERHOF

Samenvatting In de ggz gaat steeds meer aandacht uit naar welbevinden. Therapie richt zich daarbij op kernwaarden, persoonlijke groei en veerkracht. Begeleide zelfhulp aan de hand van het boek *Kwetsbaar en krachtig* is een manier om dit vorm te geven. De casus van David bood een kans om deze aanpak te illustreren. Eerdere cognitieve gedragstherapie had er bij David voor gezorgd dat hij niet langer werd overspoeld door paniekaanval- len. Maar door de regelmatige hartoverslagen waar hij last van had, was hij nog steeds bang ernstig ziek te zijn. Bovendien was hij bang voor gek te staan als hij voor zijn klachten medische hulp nodig zou hebben. Bij gericht doorvragen bleken er bij hem ook sociaal-fobische klachten te spelen. David wilde eerst handvatten om zijn aandacht te verleggen van zijn hartoverslagen naar de positieve aspecten van zijn leven. Hiertoe werd als eerste stap welbevindentherapie ingezet. Daarop volgde een tweede fase met exposure aan zijn sociaal-fobische angst. Deze combinatie leidde ertoe dat Davids klachten afnamen en zijn welbevinden toenam.

TREFWOORDEN — *welbevinden, begeleide zelfhulp, N = 1, angststoornissen*

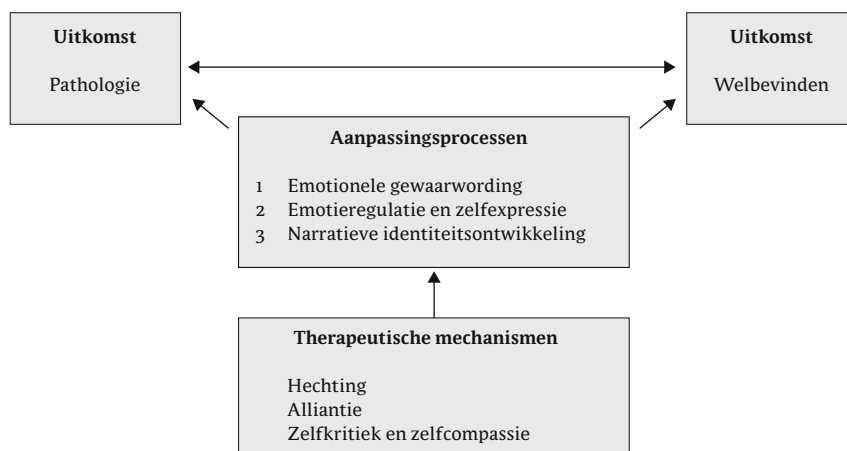
Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Therapie draait niet alleen om het aanpakken van psychopathologie, maar ook om het versterken van de positieve eigenschappen van de patiënt.
- Het zelfhulpboek *Kwetsbaar en krachtig* is een voorbeeld van positieve psychologie, en beoogt versterking van persoonlijk herstel en persoonlijke groei.
- Welbevindentherapie had in deze casus een transdiagnostische waarde en liet zich goed combineren met cognitieve gedragstherapie.

Inleiding

Mentale gezondheid is niet alleen de afwezigheid van psychische klachten, maar omvat ook positieve geestelijke gezondheid of mentaal welbevinden. Mentaal welbevinden omvat het positieve emotionele, psychologische en sociale functioneren van patiënten (Keyes, 2005). Onderzoek laat zien dat mentaal welbevinden en psychopathologie samenhangen: een afname van psychische klachten leidt in het algemeen tot een toename van mentaal welbevinden. Maar deze samenhang is beperkt. Mentaal welbevinden en psychische klachten kunnen het beste als twee aparte dimensies worden gezien. Dit wordt het ‘twee-continuummodel’ genoemd, waarvoor inmiddels steeds meer bewijs is (de Vos et al., 2017; Franken et al., 2018; Keyes, 2005, 2007). Dit betekent dat iemand weinig psychische klachten kan hebben en tevens een laag mentaal welbevinden (of andersom). Dit is relevant, omdat een laag mentaal welbevinden een voorspeller is van psychische klachten op langere termijn en van terugval (Bohlmeijer & Westerhof, 2021). In deze casuïstiekbespreking richten we ons op deze ‘dans’ tussen klachten en welbevinden.

Om een balans te vinden tussen klacht- en krachtgerichte interventies, is het model van duurzame geestelijke gezondheid ontworpen (Bohlmeijer & Westerhof, 2021). Krachtgerichte interventies richten zich op het versterken van aanwezige bronnen voor adaptatie en mentale gezondheid, zoals positieve emoties, zelfcompassie en positieve relaties. Hoe deze elementen elkaar beïnvloeden, zodat welbevinden kan toenemen en psychopathologie kan verminderen, wordt geïllustreerd in figuur 1.



Figuur 1 Model van duurzame geestelijke gezondheid

Een voorbeeld van krachtgerichte interventies zijn *positieve psychologie-interventies* (PPI's). Zij richten zich op het versterken van positieve emoties, cognities en gedrag (Bohlmeijer et al., 2021). Recente meta-analyses laten zien dat PPI's een significant effect kunnen hebben op de mentale

gezondheid, zowel in de algemene bevolking als in klinische populaties (Carr et al., 2021; Chakhssi et al., 2018). Chakhssi en collega's (2018) vonden dat niet alleen welbevinden verbeterde door dergelijke interventies, maar ook dat de spanning (*distress*) afnam bij psychische stoornissen als depressie en angst. Ook Carr en collega's (2021) vonden een effect op depressie, angst en spanning. Zij baseerden zich op 347 onderzoeken uit 41 landen met meer dan 72.000 deelnemers uit klinische en niet-klinische populaties van kinderen en volwassenen.

PPI's kunnen ook in een samenhangend programma worden aangeboden, waarmee de effecten lijken toe te nemen (Carr et al., 2021). In Nederland zijn diverse voorbeelden beschikbaar, zoals *Geluk en optimisme* (Peters & Smeets, 2017) en *Positieve cognitieve gedragstherapie* (Bannink, 2018). Een ander voorbeeld is het hulpboek *Kwetsbaar en krachtig* (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2024; voorheen *Dit is jouw leven*, Bohlmeijer & Hulsbergen, 2013), dat zich richt op het bevorderen van persoonlijke groei en mentaal welbevinden. Een grootschalig onderzoek onder volwassenen met psychische klachten liet zien dat deze methode als begeleide zelfhulp leidde tot meer welbevinden en minder psychische klachten (Schotanus-Dijkstra et al., 2017).

Het hulpboek *Kwetsbaar en krachtig* is ook als onderdeel van welbevindentherapie beschikbaar (Bohlmeijer, in druk; Bohlmeijer et al., 2017). Deze vorm van therapie is een gestructureerde behandeling waarin het vergroten van psychologisch welbevinden centraal staat (Fava & Ruini, 2003). Psychologisch welbevinden omvat zes domeinen van positief psychologisch functioneren: [1] autonomie, [2] persoonlijke groei, [3] effectief omgaan met je leefomgeving, [4] richting hebben in het leven, [5] positieve relaties, en [6] zelfacceptatie (Ryff, 1989). Deze domeinen zijn voortgekomen uit een uitgebreide review van theorieën over positieve geestelijke gezondheid (Ryff, 1989) en zijn geïntegreerd in de bewezen effectieve methode *Kwetsbaar en krachtig* (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2024).

Welbevindentherapie op basis van *Kwetsbaar en krachtig* start, na een kennismaking en uitleg in sessie 1, in sessie 2 met het monitoren van positieve momenten, en het in kaart brengen en uitdagen van cognities die deze momenten onderbreken (Bohlmeijer et al., 2017, 2022). Vervolgens gaat het gesprek in sessie 3 verder over zelfcompassie (hoofdstuk 5 uit het boek), met als doel het ontwikkelen van een (zelf)accepterende houding waarin de klachten of de ziekte als onderdeel van het leven worden beschouwd. Met verschillende oefeningen kan deze houding versterkt worden, zoals het herbeleven van een emotionele gebeurtenis en tegen jezelf zeggen – terwijl je een hand op je hartstreek legt – dat de ervaren emotie er mag zijn en dat dit goed is. In de volgende sessies (4 tot en met 8) gaat de behandeling verder op basis van de keuze die de patiënt maakt uit de verschillende hoofdstukken: de sterke kanten van de persoon (hoofdstuk 2 en 3), optimisme (hoofdstuk 4), omgaan met en groeien door moeilijke gebeurtenissen (hoofdstuk 6), versterking van relaties (hoofdstuk 7) en verbondenheid (hoofdstuk 8). Bij elk hoofdstuk zijn huiswerkopdrachten

geformuleerd. De interventie wordt afgesloten met het schrijven van een brief aan jezelf vanuit de toekomst. Daarbij verbeeld je jezelf dat je tot bloei bent gekomen en dat je je talenten verder hebt ontwikkeld.

Naast de hiervoor genoemde meta-analyses naar de bredere groep van PPI's, is welbevindentherapie specifiek in de Nederlandse context al als individuele behandeling onderzocht bij de posttraumatische-stressstoornis (PTSS) (Radstaak et al., 2020). Patiënten die eerder een symptomatische behandeling voor PTSS kregen, hadden baat bij aanvullende welbevindentherapie als zij bij aanvang van de PTSS-behandeling laag scoorden op welbevinden. Verder is er wereldwijd nog niet veel onderzoek gedaan naar welbevindentherapie bij angststoornissen (wel naar PPI's in het algemeen).

Los van effectonderzoek is er reden om aan te nemen dat welbevindentherapie kan werken bij angst- en stemmingsproblematiek. Bij mensen met een sociale-angststoornis bijvoorbeeld is aangetoond dat zij moeite hebben om positief affect vast te houden (Carl et al., 2013). Ook ervaren zij minder positieve emoties naarmate de angstklachten toenemen (Kashdan, 2007). Dit speelt vermoedelijk ook een rol bij andere angststoornissen (Watkins & Pereira, 2016). Zo vonden Carl en collega's (2014) dat studenten minder positief reageerden op gebeurtenissen naarmate zij meer last hadden van algemene angstklachten.

Volgens het model van duurzame geestelijke gezondheid kan welbevindentherapie aangewezen zijn als een patiënt de lessen van protocollaire klachtgerichte interventies goed heeft toegepast en die hun effect hebben bereikt (Bohlmeijer & Westerhof, 2021). Een focus op welbevinden kan een patiënt helpen om in aanwezigheid van klachten toch verbeterd functioneren te realiseren. Maar PPI's kunnen mogelijk ook bijdragen aan vermindering van angstklachten en aan het langer vasthouden van positieve gevoelens. Als dit lukt, kunnen aanvullende protocollaire klachtgerichte interventies soms opnieuw kansrijk zijn.

Insteken op welbevinden lijkt dus de moeite waard. Maar hoe is dit in de praktijk aan te pakken? Wat levert het op? En wat zijn valkuilen? Met de beschrijving van de behandeling van 'David', iemand met lang bestaande angstklachten, hopen we licht op deze vragen te werpen. De reden om daarbij voor het boek *Kwetsbaar en krachtig* te kiezen, is dat voor deze methode een duidelijk protocol beschikbaar is, namelijk het whitepaper van Bohlmeijer en collega's (2022). Dat biedt een goed stappenplan voor een in een therapie ingebed begeleid zelfhulptraject.

Casus: David¹

David is een 49-jarige man die wordt verwezen vanwege aanhoudende angstklachten. Protocollaire cognitieve gedragstherapie voor een paniekstoornis was succesvol bij het terugdringen van zijn paniekaanvallen, maar David bleef last houden van verhoogde spanning en angst dat er iets mis was met zijn hart (al werd hij om die reden niet langer volledig door paniek overspoeld).

David vertelt tijdens de intake dat hij gepreoccupeerd is met het overslaan van zijn hart. Exposure aan het niet checken van zijn hartslag lijkt niet te helpen. Daarnaast hinderen de overslagen hem bij de lange autoritten die hij regelmatig maakt om zijn zoon te bezoeken die bij zijn ex-partner woont. Zoals David het verwoordt: 'Ook na duizend keer is de rit nog steeds een opgave.' Hoewel cardiologisch onderzoek geen bijzonderheden oplevert en zijn bloeddruk met medicatie onder controle is, stelt dit David niet gerust. Zijn angst om een hartaanval te krijgen is excessief en leidt tot controlegedrag (namelijk het voortdurend checken van zijn hartslag). Deze angst mondt niet uit in de scherpe piek die past bij een paniekaanval, maar David is wel doorlopend bezorgd dat hij een hartziekte heeft. Dit maakt dat zijn actuele symptomen beter passen bij een ziekteangststoornis dan bij een paniekstoornis, al is 'paniekstoornis gedeeltelijk in remissie' wel een differentiaaldiagnostische overweging.

Uit Davids voorgeschiedenis komt een aantal dingen naar voren. Het plotselinge overlijden van zijn oma, toen David 17 jaar was, maakte grote indruk. Zijn moeder had de gewoonte om avonden lang met hem in een medische encyclopedie te lezen. Davids beide ouders zijn overleden aan kanker. Vroeger was David goed in sport en een populaire jongen. Na een gewichtstoename – waarvoor hij zich schaamt – is hij onzeker en negatief over zichzelf geworden. Hij blijft het liefst op de achtergrond en durft zijn mening vaak niet te uiten. Hij baalt wanneer hij fouten maakt en daarop aangesproken wordt. Bij doorvragen blijken er sociaal-fobische cognities te spelen, zoals: 'Ik mag niet opvallen' en: 'Als ik word opgehaald met een ambulance voor wat later een paniekaanval blijkt te zijn, sta ik voor schut en wil niemand meer met mij omgaan.' Er wordt voldaan aan de criteria van een sociale-angststoornis. David vindt het goed als hier aandacht aan wordt besteed tijdens de behandeling, maar zijn angst voor een hartziekte heeft voor hem prioriteit.

Los van Davids klachten heeft hij een aantal zaken goed op de rit. Hij heeft een stabiele relatie. Op zijn werk, waar hij al 15 jaar in dienst is, wordt

1 'David' is niet zijn echte naam. Tevens zijn details in de beschrijving van zijn geschiedenis en omgeving veranderd om herkenning te voorkomen. Er is *informed consent* gevraagd en verkregen voor deze casusbeschrijving. De auteurs zijn 'David' dankbaar dat hij mee wilde werken aan het artikel (wat hij deed omdat hij het anderen gunt dat behandelmethoden door middel van onderzoek worden verbeterd).

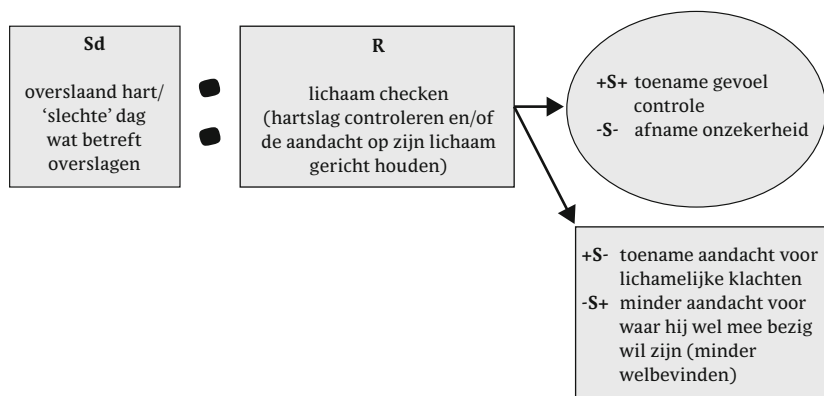
hij gewaardeerd. Hij zorgt ervoor dat alles draait als een ‘Zwitsers uurwerk’. Verder heeft David een vaste vriendengroep.

Binnen de DSM-5 (APA, 2014) kunnen we de problemen van David als volgt classificeren:

- ▶ hoofdd classificatie: 300.7 ziekteangststoornis;
- ▶ overige classificaties: 300.23 sociale-angststoornis;
- ▶ somatisch: hoge bloeddruk onder controle met medicatie; licht overgewicht.

Keuze van de behandelmethode

David verwoordt zijn hulpvraag als volgt: ‘Ik wil leren leven met mijn klachten, zodat de angst mijn leven niet meer zo sterk beheerst.’ Uit de functieanalyse – opgesteld tijdens de eerste sessies, die aan diagnostiek werden besteed – komt naar voren dat David erg geneigd is zijn aandacht te richten op waar hij *niet* mee bezig wil zijn: de hartoverslagen die zich plotseling aandienen (zie figuur 2). Hij kan hier soms een hele dag last van hebben. David controleert op ‘slechte dagen’ (dagen met veel hartoverslagen) vaak zijn hartslag. Ook vertrouwt hij er dan niet op dat het veilig is om zijn aandacht te laten verslappen. Die is voortdurend op zijn lichaam gericht, waarbij David piekert of hij een hartziekte zou kunnen hebben. Hij besteedt juist weinig aandacht aan dingen waar hij *wel* mee bezig wil zijn: zijn gezin, werk, vrienden en interesses. Met andere woorden: veel van Davids tijd gaat uit naar zijn klachten en weinig naar zaken die geassocieerd zijn met welbevinden.



Figuur 2 Functieanalyse van ziekteangst in de casus David

De therapeut bespreekt met David de opties voor behandeling. Omdat de eerdere cognitieve gedragstherapie (CGT) geen invloed had op Davids angst voor hartoverslagen, lijkt het goed om een andere insteek te kiezen. De therapeut stelt voor om in te zetten op het vergroten van welbevinden.

De hypothese is dat het verplaatsen van de aandacht naar positieve gebeurtenissen en ervaringen David zal helpen met het verminderen van zijn ziekteangst. David kan zich hierin vinden, op voorwaarde dat zijn klachten niet genegeerd worden en zo nodig alsnog een focus worden in de therapie. Als behandelmethode wordt gekozen voor welbevindentherapie (Bohlmeijer et al., 2022), waarin de patiënt actief aan de slag gaat met het zelfhulpboek *Kwetsbaar en krachtig*. Deze methode bestaat uit acht modules, te weten:

- 1 Aandacht voor positieve emoties;
- 2 Zelfcompassie;
- 3 Bewustwording van sterke kanten;
- 4 Benutten en inzetten van sterke kanten;
- 5 Optimisme;
- 6 Posttraumatische groei;
- 7 Positieve relaties;
- 8 Spiritualiteit.

De behandeling wordt geëvalueerd met behulp van vragenlijsten (zie hierna bij meetinstrumenten) en Goal Attainment Scales. Als de klachten niet voldoende afnemen of de scores op de Goal Attainment Scales niet voldoende toenemen, kan een tweede interventiefase aan de behandeling worden toegevoegd, bijvoorbeeld door alsnog een angst aan te pakken met exposure of andere technieken uit de CGT. David gaat akkoord met het plan.

Meetinstrumenten en meetmomenten

Specifieke doelen in de therapie worden geoperationaliseerd met de volgende twee Goal Attainment Scales (Dekkers et al., 2011):

- 1 'Ik laat mij niet meer afleiden van waar ik mee bezig ben door symptomen in mijn hartstreek (zoals een overslaand of bonzend hart).' Aanvangsscore: 1 uit 10 (waarbij 10 = 'nauwelijks af te leiden').
- 2 'Ik ben minder angstig in situaties waarin ik vermeend voor gek zou kunnen staan door een aanval.' Aanvangsscore: 2 uit 10 (waarbij 10 = 'geen noemenswaardige angst').

Verder volgen we de voortgang van Davids behandeling met vragenlijsten voor welbevinden en psychopathologie, de twee domeinen van het eerder beschreven twee-continuamodel (Franken et al., 2018; Keyes, 2007). Dit gebeurt met de volgende instrumenten:

- **Welbevinden.** Voor welbevinden is dat de Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF; Lamers et al., 2011). Dit instrument bestaat uit veertien items, die drie dimensies van welbevinden in kaart brengen:

emotioneel welbevinden, sociaal welbevinden en psychologisch welbevinden. Hogere scores zijn gunstig.

- **Angst.** Met de Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck et al., 1988) wordt een specifieke klachtenlijst voor angst meegenomen. Op een schaal van 0 tot 3 punten per item, zijn de totaalscores als volgt te interpreteren: 0-7 staat voor een minimaal angstniveau, 8-15 voor milde klachten, 16-25 voor een gemiddeld niveau van angst, en 26-63 voor ernstige angst.
- **Effect van de behandeling.** De Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983) wordt toegevoegd omdat dit een veelgebruikt instrument is om het effect van behandelingen te meten. Het is een zelf-rapportagevragenlijst met 53 items, gescoord van 0 ('helemaal geen last') tot 4 ('heel veel last'), waarmee een breed overzicht wordt verkregen van symptomen van psychopathologie bij volwassenen vanaf 18 jaar. De BSI inventariseert de aard en de ernst op negen dimensies van klachten: somatische klachten, cognitieve problemen, interpersoonlijke gevoeligheid, depressieve stemming, angst, hostiliteit, fobische angst, paranoïde gedachten en psychoticisme. Er zijn drie globale dimensies waarop wordt gescoord: een algemene maat voor psychopathologie (BSI-totaalscore), het aantal aanwezige symptomen, en de ernst van de aanwezige symptomen.

Voorafgaand aan de behandeling starten we met wekelijkse metingen en deze worden gedurende de hele behandeling wekelijks voortgezet. (Met de patiënt is afgesproken dat hij dit thuis tussen de sessies door doet en dat hij de vragenlijsten meeneemt naar de sessies.) Fase A is de periode met voormetingen en zal 3 weken duren. Fase B is de interventiefase en zal 8 tot 12 weken duren (waarin er acht sessies plaatsvinden). De mogelijkheid wordt opengehouden om er een ABC-design (VGCT, 2022) van te maken indien er na afloop van de welbevindentherapie aanvullende interventies nodig zijn of er probleemgebieden opduiken die aanvankelijk minder scherp in zicht zijn geweest.

Behandeling en resultaten

Eerst beschrijven we het verloop van de behandeling. Vervolgens rapporteren we de scores op de vragenlijsten.

Behandelfase (fase B) Na lezing van het eerste hoofdstuk van *Kwetsbaar en krachtig*, dat gaat over het verleggen van aandacht naar positieve zaken, is David sceptisch over de aanpak. Hij vraagt zich af zijn lichamelijke signalen dan voldoende in beeld blijven. Hij vindt het gevaarlijk om die te 'negeren', want hij vreest dat onoplettendheid grote consequenties kan hebben, zoals een fatale hartaanval. Hij twijfelt of aandacht voor het positieve voldoende tegenwicht kan bieden aan zijn klachten. In zijn woorden: 'Het is alsof je met een katapult op een tank afgestuurd wordt.' Sommige mensen

in zijn omgeving doen zijn klachten al te vaak af met ‘iedereen heeft wel eens wat’. David is bang dat de therapeut die de welbevindentherapie uitvoert zijn klachten bagatelliseert door de insteek op het positieve.

Allereerst bevestigt de therapeut dat Davids klachten vervelend zijn. Ook wijst hij David erop dat diens overmatige focus op het lichaam de kwaliteit van leven deed kelderen. De therapeut begrijpt dat de aandacht verleggen David beangstigt, maar benadrukt de noodzaak ervan. Ook bespreekt de therapeut dat controle van het lichaam nooit 100% zekerheid kan bieden. Tot slot spreekt de therapeut zijn vertrouwen uit over de aanpak.

David wil de therapie een kans geven. Hij begrijpt dat het niet de bedoeling van de therapeut is om zijn klachten te bagatelliseren. Hij gaat positieve gebeurtenissen consequent noteren. Uiteindelijk wordt dit zelfs zijn favoriete opdracht, die hij aan het eind van elke dag samen met zijn vrouw invult.

In de negen therapiesessies die in de loop van 12 weken volgen, worden uiteindelijk alle hoofdstukken van *Kwetsbaar en krachtig* doorlopen. Daarbij wordt de volgorde van het protocol in het whitepaper van Bohlmeijer en collega's (2022) gevolgd. Het volgende komt aan bod in de therapiesessies:

- *Therapiesessie 1* (meetmoment 5 in de figuren 3 en 4). De rationale van de therapie die is voortgekomen uit de drie diagnostiekssessies (op de meetmomenten 1, 3 en 4 in de figuren 3 en 4) wordt doorgenomen met David en zijn vrouw. Dat zijn vrouw aansluit is op verzoek van de patiënt. Zij maakte zich zorgen over zijn aanhoudende angst en wilde weten hoe ze er voor hem kon zijn, zonder dat ze hem tijdens zijn ‘slechte dagen’ alleen maar aan het geruststellen is over zijn hartoverslagen. Besproken wordt dat ze gezamenlijk het accent kunnen verleggen van klachten naar welbevinden. Als huiswerk spreken we af dat David opdracht 1 (positievedingendagboek) in gaat vullen en dat hij met zijn vrouw opdracht 3 gaat doen uit hoofdstuk 1 van *Kwetsbaar en krachtig*: per dag drie positieve zaken noteren.
- *Therapiesessie 2*. Ondanks Davids stress over zijn hartoverslagen (hij overweegt zijn bloeddruk bij het huisarts te laten controleren) is het hem gelukt zijn huiswerk te doen. Hij merkt hoe moeilijk het voor hem is om positieve gevoelens te ervaren, omdat hij zo gewend is om zich te richten op negatieve emoties. Van het noteren van drie positieve ervaringen per dag heeft hij een avondritueel met zijn vrouw gemaakt, wat hun beiden goed bevalt.
- *Therapiesessie 3*. Bij het oefenen merkt David dat hij zichzelf weleens iets kan gunnen (een oefening uit hoofdstuk 5 over zelfcompassie) als het goed gaat met zijn klachten (en dat hij het dan ook kan voelen), maar als hij veel hartoverslagen heeft, kan hij dit gunnen alleen op een rationele manier – zonder gevoel. Hij erkent dat het proces tijd nodig heeft en is bereid door te gaan met oefenen.
- *Therapiesessie 4*. David begint te merken dat hij door te oefenen zichzelf kan kalmeren. ‘Zo lang de klachten maar niet te erg zijn’, voegt hij er wel aan toe. Met name de ‘oma-oefening’ helpt (zie hierna).

- *Therapiesessie 5.* David vertelt dat hij naar aanleiding van de hoofdstukken over flow (hoofdstuk 3) en over positief denken (hoofdstuk 4) steeds meer reflecteert en met zijn vrouw in gesprek gaat over wat hij leuk vindt en wat zijn langetermijndoelen zijn. Langetermijndoelen vindt hij lastig, maar op het werk zou hij misschien een nieuwe uitdaging willen. Met het vliegtuig op reis gaan is een doel dat hij – ondanks zijn vliegangst – voor het eerst hardop durft uit te spreken.
- *Therapiesessie 6.* De sterke kanten van David komen aan bod. Hij weet bijvoorbeeld dat hij een duizendpoot is op de computer. Ook wordt hij gewaardeerd voor hoe secuur hij werkt. Dit vindt hij echter minder leuk, want hij wil niet enkel voor de precieze klusjes opdraaien. Hij wil op het werk meer ruimte maken voor wat hij leuk vindt en goed kan, in plaats van vooral wat hij goed kan.
- *Therapiesessie 7.* We bespreken de hoofdstukken die nog niet aan bod zijn gekomen (6, 7 en 8) over respectievelijk posttraumatische groei, versterking van relaties en verbondenheid. David gaat deze hoofdstukken lezen.
- *Therapiesessie 8.* Tijdens deze sessie komen we niet toe aan de laatste opdracht, omdat David toch weer erg angstig is geworden: als gevolg van griep heeft hij namelijk veel lichamelijke klachten gehad. Hij is teleurgesteld over zijn terugval (die ook de scores op de vragenlijsten erg drukt). We bespreken dat terugval een veelvoorkomend fenomeen is bij een angststoornis, maar dat het geleerde niet verdwenen is. Zijn vrouw, die is meegekomen, herkent dit. Zij ziet ook dat David zich sneller herpakt dan vroeger.
- *Therapiesessie 9.* In deze sessie wordt een start gemaakt met het tweede deel van de therapie (zie hierna). Maar conform *Kwetsbaar en krachtig* wordt ook de brief vanuit de toekomst voorgelezen – het slot van de behandeling – omdat dat in sessie 8 niet aan bod kwam.

Gedurende het doorlopen van het boek doet David een groot aantal oefeningen. Zoals beschreven is hij in het begin enigszins sceptisch over welbevindetherapie, maar niet over de specifieke oefeningen. In het bijzonder is hij positief over de volgende opdrachten:

- *De oma-oefening*, waarbij David iemand visualiseert bij wie hij vroeger terecht kon en die vervolgens met wijsheid of compassie reageerde. David stelt zich daarbij zijn moeder en zijn vrouw voor, die hem een knuffel geven. Bij deze oefening gaat het niet zozeer om verbale geruststelling, maar om de experiëtiële beleving. Ook in het geval van David ging het niet om woorden, maar om een gevisualiseerde knuffel.
- *De zelfcompassie-oefening*, waarbij iemand zichzelf iets goeds toewenst, wat diegene vervolgens ‘verankert’ door een gebaar. In geval van David is dat een troostende hand die hij op zijn buik legt. Hij wenst zichzelf ontspanning toe. Na enige oefening kan hij dit ook voelen.

- *Reflecteren op activiteiten die iemand in een staat van 'flow' brengen.* David ontdekt dat een aantal hobby's hem de tijd kan doen vergeten. Als kind ging het om voetballen, maar dit lukt lichamelijk niet meer. Op dit moment zou hij biljarten willen oppakken. Ook zou hij een drone willen aanschaffen, waarmee hij op pad kan.
- *Schrijven van een brief aan jezelf vanuit de toekomst.* Dit leidt ertoe dat het thema spijt besproken wordt. David vertelt dat hij er spijt van zou krijgen als hij het contact met zijn neef niet herstelt. Hij besluit hem uit te nodigen voor zijn verjaardag. Tijdens een van de sessies belt zijn neef toevallig. Die vindt het nog te vroeg om naar het feest te komen, maar wil wel het contact herstellen. Het is een bijzonder moment in de therapie.

Evaluatie [1] Na negen therapiesessies zijn alle hoofdstukken van *Kwetsbaar en krachtig* doorgenomen. Paradoxaal genoeg is de welbevindeninterventie bij David vooral effectief bij het terugdringen van klachten en symptomen, en wat minder bij het laten toenemen van welbevinden (zie tabel 1 en figuur 3). Angst (op de BAI; zie figuur 4) en het algemene niveau van psychopathologie (op de BSI) nemen duidelijk af. Welbevinden (op de MHC-SF) neemt gemiddeld genomen iets toe tijdens fase B (van 2,20 naar 2,36 op de MHC-SF, zoals weergegeven in tabel 1), maar fluctueert erg op geleide van de aanvallen met hartoverslagen. In de week voorafgaand aan de meting na fase B duikt de score voor welbevinden nog onder de beginwaarde (1,71 op de MHC-SF). Bij doorvragen geeft David aan dat hij, ondanks een duidelijke afname van zijn klachten, erg teleurgesteld is dat hij toch weer last heeft van hartoverslagen. Deze teleurstelling heeft meer effect op zijn ervaren welbevinden dan op de psychopathologie.

Tijdens de evaluatie vertelt David dat hij tevreden is over het resultaat op een van de doelen van de Goal Attainment Scales: 'Ik laat me niet afleiden door hartoverslagen' (van score 1 naar score 7). Na een aanval herpakt David zich sneller. Niettemin vindt hij het teleurstellend dat hij zich nog regelmatig – zij het kortdurend – van slag laat brengen door hartoverslagen. Op zulke dagen zakt zijn welbevinden fors, zo geeft hij aan. Zijn sociaal-fobische angst om bij een aanval voor gek te staan, blijkt bij evaluatie het voornaamste probleem (de Goal Attainment Scale stijgt maar licht: van 2 naar 4,5). We spreken af dat dit de focus van behandelfase C zal worden.

Behandelfase (fase C) Met David worden vijf extra therapiesessies afgesproken die gericht zijn op zijn Goal Attainment Scale: 'Ik ben minder angstig in situaties waarin ik vermeend voor gek zou kunnen staan door een aanval.' Vanaf zijn schooltijd probeert David te voorkomen dat hij negatief opvalt. In groepen maakt hij zich onzichtbaar door achteraan of aan de zijkant te gaan staan. Soms compenseert hij door mee te lachen en luid te praten. Dit is hij altijd blijven doen. Ook houdt hij in het bijzijn van anderen vaak zijn buik in, uit angst dat anderen hem te dik vinden. Dit is zijn tweede natuur geworden. Verder is hij bang dat men hem op zijn werk als zwak zal

zien als er een ambulance moet komen voor een vermeend probleem met zijn hart, terwijl het achteraf om een paniekaanval blijkt te zijn gegaan. Dit beeld roept veel schaamte op.

Niet alleen Davids pogingen een mogelijk schaamtevolle situatie te vermijden, maar ook de hoge eisen die hij aan zichzelf stelt, belemmeren een toename van welbevinden. Hierdoor onderneemt hij geen nieuwe activiteiten. Hij zou graag bij een biljartvereniging willen en het lijkt hem leuk om met een drone op pad te gaan. Met behulp van gedragsexperimenten toetst hij zijn verwachtingen.

Op aandringen van de therapeut gaat David naar een biljartvereniging. Tegen zijn verwachting in interesseert het de leden van de vereniging niet hoe goed hij kan biljarten. Ze blijken vooral benieuwd naar hoe hij de kennismaking met de club ervaart. Verder doet hij rondvraag bij zijn vrienden over zijn verwachting dat zij iemand met een angststoornis een ‘zwak persoon’ vinden. Maar zij blijken zelf de nodige stress en psychische klachten te hebben meegemaakt. Ze zijn milder dan hij verwachtte en dan hij op school heeft meegemaakt. Ten slotte gaat David op pad met de drone die hij voor zijn verjaardag heeft gekregen. In tegenstelling tot zijn verwachting zijn mensen niet geërgerd omdat ze overlast van de drone zouden kunnen ervaren. De meesten van hen lijkt het niet te interesseren en een enkeling is nieuwsgierig. Een hond blijft rondjes rennen onder de drone, wat het baasje grappig vindt.

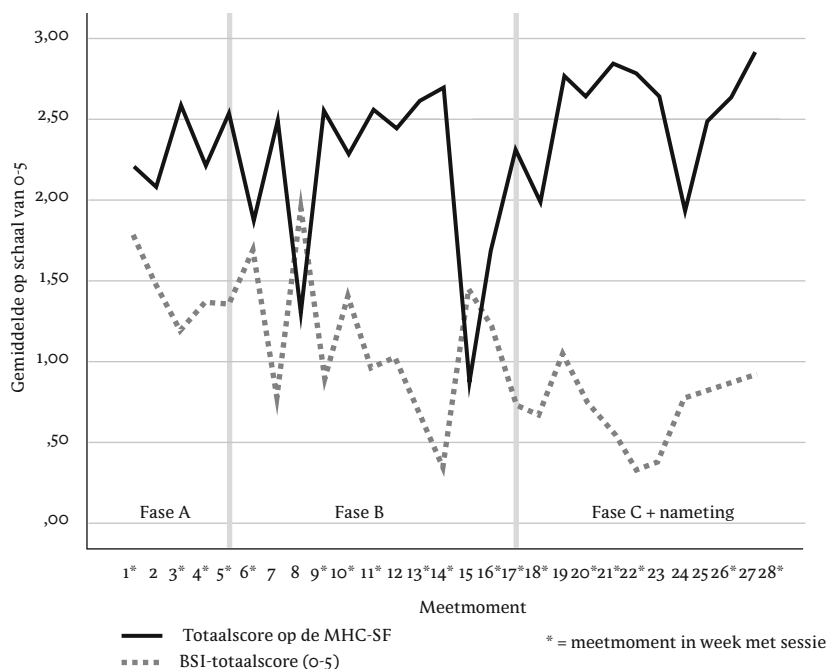
In de spreekkamer oefenen we met het inhouden van onze buik, en wel door twee keer de kamer binnen te lopen, de ene keer met ingehouden buik en de andere keer niet, terwijl de ander observeert. Het blijkt verrassend moeilijk om een ingehouden buik waar te nemen. Het percentage correcte inschattingen overstijgt het kansniveau nauwelijks.

Evaluatie [2] David is tevreden met het resultaat van fase C. Een aanval in het bijzijn van anderen is in zijn beleving niet langer rampzalig, hooguit vervelend. Dat is terug te zien in zijn score op dit doel van de Goal Attainment Scale, die stijgt van 4 naar 8. Ook de vragenlijsten suggereren voldoende resultaat, zoals te zien is in tabel 1: iets meer welbevinden en duidelijk minder psychopathologie. De score op welbevinden is ook stabiel en vertoont minder dips. In figuur 3 is te zien hoe de lijnen voor welbevinden en psychopathologie steeds verder uit elkaar lopen, wat gunstig is: een lage score voor klachten en een hogere score voor welbevinden. Tot slot is de angstscore op de BAI nu stabiel lager (minder scherpe pieken). De angst is structureel afgenomen (figuur 4). Daarop wordt het actieve deel van de behandeling afgesloten. Er volgt nog een aantal laagfrequente follow-up-sessies en na 6 weken een follow-upmeting.

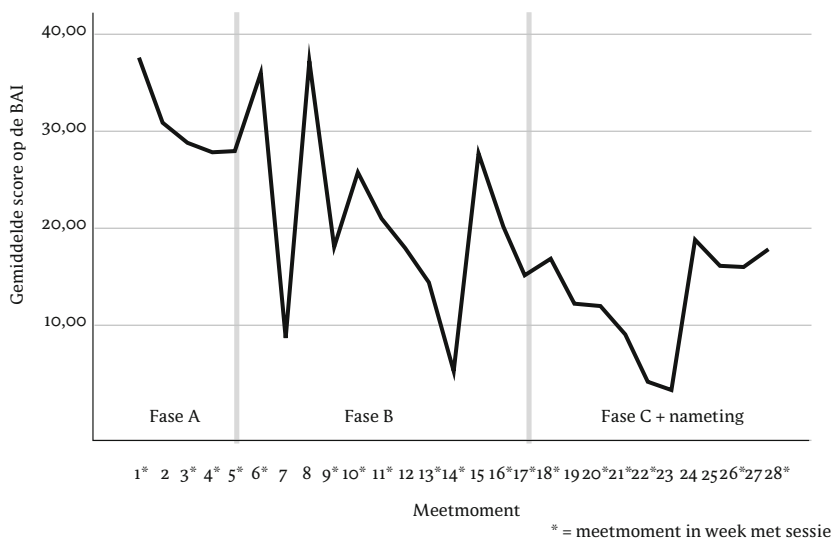
Tabel 1 Scores voor welbevinden, psychopathologie en Goal Attainment Scales in de casus David

	BSI totaal (score 0-4)*	MHC-SF totaal***	MHC-SF - Emotioneel welbevinden	MHC-SF - Sociaal welbevinden	MHC-SF - Psychologisch welbevinden	BAI	Goal Attainment Scale 1	Goal Attainment Scale 2
Baseline	1,43 (boven- gemid- deld) **	2,20	1,70	2,40	2,30	38 (ern- stige angst)	1	2
Na fase B	0,58 (be- neden- gemid- deld)	2,36	2,00	2,20	2,67	15 (mild)	7	4,5
Na fase C	0,66 (be- neden- gemid- deld)	2,50	2,00	2,80	2,67	16 (gemid- deld)	8	7,5
Name- ting	0,70 (be- neden- gemid- deld)	2,64	2,33	2,60	2,83	16 (gemid- deld)	Niet afgeno- men	Niet afge- nomen

Noten. BAI = Met de Beck Anxiety Inventory; BSI = Brief Symptom Inventory; MHC-SF = Mental Health Continuum-Short Form.
* Scores voor de BSI komen hier lager over dan in figuur 3, waar dezelfde waarden getransformeerd zijn naar een vijfpuntschaal om zo een betere optische vergelijking met de MHC-SF mogelijk te maken; **Normgroep = patiënten; *** Gemiddelde MHC-SF totaal voor mannen is 2,98, met een standaarddeviatie van 0,85.



Figuur 3 Beloop van psychopathologie en welbevinden in de casus David. BSI = Brief Symptom Inventory; MHC-SF = Mental Health Continuum-Short Form.



Figuur 4 Beloop van de scores op de Beck Anxiety Inventory (BAI) (algemene angst) in de casus David

Discussie

Welbevindentherapie is tot nu toe vaak toegepast als slotakkoord na een behandeltraject gericht op symptoomreductie door middel van klachtgerichte behandeling (zie bijvoorbeeld: Kraiss et al., 2023; Radstaak et al., 2020). Hoewel David een protocollaire CGT voor paniekaanvallen had gekregen, resteerden nog altijd angstklachten. Hij had vooral last van hartoverslagen, die leidden tot ziekteangst. Een nieuwe protocollaire behandeling (Keijzers et al., 2023) leek een herhaling van zetten en David was hiervoor aanvankelijk ook niet erg gemotiveerd. De functieanalyse (waarbij het steeds checken van zijn lichaam operant geconditioneerd was) bood ook andere mogelijkheden. Onze hypothese was dat het verplaatsen van de aandacht naar positieve ervaringen hem zou helpen om zijn angst voor ziekte te verminderen. Het doel van deze casusbeschrijving was inzichtelijk te maken hoe begeleide zelfhulp aan de hand van het boek *Kwetsbaar en krachtig* in de praktijk kan worden uitgevoerd. Welbevindentherapie werd daarbij de openingsdans van de therapie bij David, in plaats van het slotakkoord.

Hoewel David instemde met het behandelplan, sloeg bij hem aanvankelijk twijfel toe. Hij vond het spannend om de focus op klachten 'los te laten'. De gerichtheid op positieve ervaringen voelde voor hem alsof hij 'met een katapult op een tank werd afgestuurd'. De optie van een tweede klachtgerichte fase in de therapie hielp als geruststelling.

Bij de eerste evaluatie bleek de therapie effect te hebben. David was actief met de opdrachten aan de slag gegaan en een aantal van de eerder beschreven oefeningen werkte goed voor hem. Het viel op dat het effect op de vragenlijsten vooral zat in klachtenreductie en minder in een toename van welbevinden. Dit is echter een relevante uitkomst, aangezien David daarmee in het twee-continuummodel opschoof van het kwadrant 'veel klachten en weinig welbevinden' naar het kwadrant 'weinig klachten en weinig welbevinden'.

De score voor welbevinden bleek sterk te reageren op de aanwezigheid van de hoofdklacht: hartoverslagen. David vond dagen met veel overslagen moeilijk te verdragen. Zijn welbevinden en kwaliteit van leven ervoer hij op die dagen ook als erg slecht. Hij vond wel dat hij zich sneller kon herpakken, omdat hij zijn vizier op positieve zaken richtte. Dit kwam overeen met de van 1 naar 7 toegenomen score op zijn vooraf bepaalde doel: 'Ik laat mij niet meer afleiden van waar ik mee bezig ben door symptomen in mijn hartstreek (zoals een overslaand of bonzend hart)'. Aldus kon de hypothese over het verplaatsen van de aandacht worden aangenomen.

Tijdens de welbevindentherapie werd het David duidelijk dat zijn sociaal-fobische klachten een grotere rol speelden dan hij aanvankelijk dacht. Dit motiveerde hem om in de tweede behandelfase een aantal gedragsexperimenten uit te voeren. Die waren gericht op het doorbreken van de angst en de vermijding die zijn welbevinden ondermijnden, zoals de angst om

over de drempel van de biljartvereniging stappen. Begeleide zelfhulp met *Kwetsbaar en krachtig* lijkt vanwege de brede onderwerpkruis tevens een (proces)diagnostische functie te kunnen vervullen. Hierdoor komen punten naar voren die eerder onderbelicht zijn gebleven. Daaraan kunnen dan weer gedragsexperimenten worden gekoppeld.

Door de welbevindentherapie werd duidelijk dat David gevoelig was voor verschillende vormen van fobische angst, niet alleen voor ziekten, maar ook om in het sociale verkeer voor gek te staan. Dergelijke fobische angst wordt in het Engels wel *fear* genoemd en wordt gezien als een overstijgende factor die verschillende in de DSM-5 geformuleerde angststoornissen omvat (van der Heijden et al., 2020). Welbevindentherapie is duidelijk een transdiagnostische interventie die kan helpen om klachten op een meer overstijgend niveau aan te pakken dan een enkelvoudige DSM-classificatie.

Deze casus zegt ook iets over de timing van welbevindentherapie. Zoals eerdergenoemd, hoeft welbevindentherapie niet per se plaats te vinden aan het eind van langer lopende behandelingen in de ggz. In sommige gevallen kan het ook aan het begin of gaandeweg. Het lijkt erop dat welbevindentherapie bij stagnerende trajecten of heraanmeldingen (zoals bij David) een rol kan spelen. Dit heeft een parallel met bevindingen uit de herstelbeweging, waar het verbreden van de agenda naar andere vormen van herstel (niet alleen symptomatisch herstel, maar ook maatschappelijk, persoonlijk en functioneel herstel) soms tot het doorbreken van een impasse kan leiden (Huibregts et al., 2020). Tevens past het in de trend om ook bij intakes minder exclusief naar de klachten te kijken (Waterhout et al., 2019). Het is uiteraard van belang om bij de hiervoor genoemde suggesties een slag om de arm te houden, aangezien het om maar één casus gaat.

Een vraag die de casus van David oproept is of het achteraf gezien niet beter was geweest om te starten met de klachtgerichte behandeling van de sociale-angststoornis. Die was vastgesteld voorafgaand aan de behandeling. Daar valt tegen in te brengen dat David aanvankelijk dusdanig in beslag werd genomen door de hartoverslagen dat hij sociale angst niet als een relevant probleem zag. Pas bij het doornemen van de hoofdstukken van *Kwetsbaar en krachtig* werd hem duidelijk dat hij nauwelijks plezier haalde uit sociale activiteiten. Welbevindentherapie verbreedde zijn blikveld, waardoor hij ging zien wat hij miste. Toen hij dat eenmaal zag, was hij zeer gemotiveerd voor de behandeling van de sociale angst. De eerste fase waarin welbevindentherapie werd ingezet, werkte aldus motiverend voor de fase met exposure die erop volgde. David wist toen waarom het voor hem meerwaarde zou hebben om de (sociale) angst op te zoeken. Exposure op zich was geen expliciet onderdeel van de begeleide zelfhulp met *Kwetsbaar en krachtig*, maar de methode wees wel de weg ernaartoe. Welbevindentherapie en CGT bleken dus uitstekende danspartners van elkaar te zijn.

We bedanken Michel Reinders voor het meedenken over een eerdere versie van het artikel.

Klaas Huijbregts is klinisch psycholoog, cognitief gedragstherapeut en senior onderzoeker bij Scelta, expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek van GGNet.

Ernst Bohlmeijer is hoogleraar Geestelijke Gezondheidsbevordering aan de Universiteit Twente. Zijn interesse gaat uit naar duurzame mentale gezondheid en naar de vraag hoe mensen tot floreren komen.

Gerben Westerhof is hoogleraar Narratieve Psychologie en Technologie, en voorzitter van de vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie van de Universiteit Twente.

Correspondentieadres: Klaas Huijbregts, GGNet, Vordenseweg 12, 7231 PA, Warnsveld. E-mail: k.huijbregts@ggnet.nl

Summary

The dance between symptoms and wellbeing: A case report

Mental health care increasingly focuses on the importance of wellbeing. In doing so, therapy is aimed at core values, personal growth, and resilience. For this purpose, the book *Kwetsbaar en krachtig* can be used. The case of David offered an opportunity to illustrate this. Previous CBT resulted in a lower frequency of overwhelming panic attacks. Nevertheless, David feared that he was seriously ill, because of the palpitations he experienced. He also feared looking foolish, if he needed medical assistance for this. Such symptoms of social phobia proved to be a broader issue. David wanted tools to help him shift his attention from palpitations to more positive aspects of his life. To achieve this goal, well-being therapy was the first step. This was followed by a second phase comprising exposure to social phobic fear. This combination resulted in a decrease in symptoms and increased well-being.

Keywords wellbeing, guided self-help, $N = 1$, anxiety disorders

Referenties

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5): Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Boom.
- Bannink, F. P. (2018). Positieve cognitieve gedragstherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 44, 1-17.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897. <https://doi/10.1037//0022-006x.56.6.893>
- Bohlmeijer, E. T. (in druk). *Positieve klinische psychologie*. Boom.
- Bohlmeijer, E. T., Christenhusz, L., Huning, L., & Meulenbeek, P. (2017). Welbevindenterapie: Achtergrond, doelstelling en protocol. *Tijdschrift voor Directieve Therapie*, 37, 117-133.
- Bohlmeijer, E. T., Christenhusz, L., Huning, L., & Meulenbeek, P. (2022). *Welbevindenterapie: Achtergrond, doelstelling en protocol*. Boom. [www.boompsychologie.nl/media/13/whitepaper_welbevinden2\(1\).pdf](http://www.boompsychologie.nl/media/13/whitepaper_welbevinden2(1).pdf)
- Bohlmeijer, E. T., & Hulsbergen, M. (2013). *Dit is jouw leven*. Boom.
- Bohlmeijer, E. T., & Hulsbergen, M. (2024). *Kwetsbaar en krachtig*. Boom.
- Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. (2021). The model for sustainable mental health: Future directions for integrating positive psychology into mental health

- care. *Frontiers in Psychology*, 12, 747999. <https://doi/10.3389/fpsyg.2021.747999>
- Carl, J. R., Christopher, P., Fairholme, M. W., Gallagher, J., Thompson-Hollands, J., & Barlow, D. H. (2014). The effects of anxiety and depression symptoms on daily positive emotion regulation. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 36, 224-236. <https://doi.org/10.1007/s10862-013-9387-9>
- Carl, J. R., Soskin, D. P., Kerns, C., & Barlow, D. H. (2013). Positive emotion regulation in emotional disorders: A theoretical review. *Clinical Psychology Review*, 33, 343-360. <https://doi/10.1016/j.cpr.2013.01.003>
- Carr, A., Cullen, K., Keeney, C., Canning, C., Mooney, O., Chinseallaigh, E., & O'Dowd, A. (2021). Effectiveness of positive psychology interventions: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 16, 749-769. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1818807>
- Chakhssi, F., Kraiss, J. T., Sommers-Spijkerman, M., & Bohlmeijer, E. T. (2018). The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 18, 211. <https://doi/10.1186/s12888-018-1739-2>
- de Vos, J. A., LaMarre, A., Radstaak, M., Bijkerk, C. A., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2017). Identifying fundamental criteria for eating disorder recovery: A systematic review and qualitative meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 5, 34. <https://doi/10.1186/s40337-017-0164-0>
- Dekkers, K., de Viet, E., Eilander, H., & Steenbeek, D. (2011). *Goal Attainment Scaling in de praktijk: Handleiding*. Relevant.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605. <https://doi/10.1017/S0033291700048017>
- 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. [https://doi/10.1016/s0005-7916\(03\)00019-3](https://doi/10.1016/s0005-7916(03)00019-3)
- Franken, C. P. M., Lamers, S. M. A., ten Klooster, P. M., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2018). Validation of the Mental Health Continuum-Short Form and the dual continua model of well-being and psychopathology in an adults mental health setting. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 2187-2202. <https://doi/10.1002/jclp.22659>
- Huibregts, K. M. L., Grobink, L. H., Jansen, M., Verhoeven, E. J., & van Dijk, F. E. (2020). Monitoren met vier herstell-fasen: Eerste ervaringen binnen FACT. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62, 385-392.
- Kashdan, T. B. (2007). Social anxiety spectrum and diminished positive experiences: Theoretical synthesis and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 348-365. <https://doi/10.1016/j.cpr.2006.12.003>
- Keijsers, G., van Minnen, A., Verbraak, M., Hoogduin, K., & Emmelkamp, P. (2023). *Protocolaire behandeling van patiënten met angst voor (ernstige) ziekten met cognitieve gedragstherapie*. Boom. www.boom.nl/psychologie/100-14809_Protocolaire-behandeling-van-patiënten-met-angst-voor-ernstige-ziekten
- 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. <https://doi/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95-108. <https://doi/10.1037/0003-066X.62.2.95>
- Kraiss, J. T., ten Klooster, P. M., Chrispijn, M., Stevens, A., Doornbos, B., Kupka, R. W., & Bohlmeijer, E. T. (2023). A multicomponent positive psychology intervention for euthymic patients with bipolar disorder to improve mental well-being and personal recovery: A pragmatic randomized controlled trial. *Bipolar Disorders*, 25, 683-695. <https://doi/10.1111/bdi.13313>
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psycho-

- metric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHCSF). *Journal of Clinical Psychology*, 67, 99-110. <https://doi/10.1002/jclp.20741>
- Peters, M., & Smeets, E. (2017). *Geluk en optimisme: Een bewezen werkzaam programma op basis van positieve psychologie*. Uitgeverij Nieuwezijds.
- Radstaak, M., Hüning, L., & Bohlmeijer, E. T. (2020). Well-being therapy as rehabilitation therapy for posttraumatic stress disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, 33, 813-823. <https://doi/10.1002/jts.22500>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Schotanus-Dijkstra, M., Drossaert, C. H. C., Pieterse, M. E., Boon, B., Walburg, J. A., & Bohlmeijer, E. T. (2017). An early intervention to promote well-being and flourishing and reduce anxiety and depression: A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 28, 15-24. <https://doi/10.1016/j.invent.2017.04.002>
- van der Heijden, P., Hendriks, M., Witteman, C., & Egger, J. (2020). Transdiagnostische modellen voor diagnostiek van psychische stoornissen. *De Psycholoog*, 55, 12-15.
- VGct. (2022). *Richtlijnen voor N=1 nieuwe stijl*. www.vgct.nl/wp-content/uploads/2022/03/Richtlijnen-N1-nieuwe-stijl.pdf
- Waterhout, N., Dijkstra, M., Nugter, A., Keet, R., & van Rooijen, S. (2019). *HOI! Niet zomaar een begroeting: Ervaringen met de Herstel Ondersteunende Intake bij GGZ Noord-Holland-Noord*. www.psycho-senet.nl/assets/wbb-publications/47680/Herstel%20Ondersteunende%20Intake.pdf
- Watkins, P. C., & Pereira, A. (2016). Don't worry, be happy: Toward a positive clinical psychology for anxiety disorders. In A. M. Wood & J. Johnson (Eds.), *The Wiley handbook of positive clinical psychology* (pp. 205-222). Wiley Blackwell.