

ERNST BOHLMEIJER (redactie)

POSITIEVE  
KLINISCHE  
PSYCHOLOGIE  
IN DE PRAKTIJK



Boom

## Positieve klinische psychologie in de praktijk



POSITIEVE  
KLINISCHE  
PSYCHOLOGIE  
IN DE PRAKTIJK

*Ernst Bohlmeijer*  
(redactie)

**Boom**

© 2025 E. Bohlmeijer, p/a 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. Auteursrecht ten aanzien van tekst- en datamining en machinelearning is nadrukkelijk voorbehouden. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 j° Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van artikel 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.stichting-uvo.nl](http://www.stichting-uvo.nl)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher. No part of this publication may be reproduced in the context of text and data mining for any other purpose which is not expressly permitted by law without permission of the publisher.*

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Omslag: Bas Smidt

Binnenwerk: Steven Boland

ISBN 9789024467648

ISBN 9789024472772 (e-book)

NUR 777

[www.boom.nl](http://www.boom.nl)

Voor alle mensen die worstelen met hun  
mentale gezondheid, meedoen met onderzoek  
en hun stem laten horen in interviews.  
Zij maken dit boek mogelijk.

*Je weet je gedragen  
De zeilen zijn gehesen  
De wind roept je naam  
Vaar wel*

# Inhoud

<b>Inleiding</b>	13
<b>Deel 1 Onderbouwing en integratie van positieve psychologie in de geestelijke gezondheidszorg</b>	25
<b>1 Positieve klinische psychologie</b>	27
1.1 Waarom positieve klinische psychologie?	28
1.2 Positieve geestelijke gezondheid	31
1.3 Psychologisch en mentaal welbevinden	38
1.4 Wat mensen gezond maakt	42
1.5 Herstel en persoonlijk herstel	46
1.6 Gebalanceerde geestelijke gezondheidszorg	51
<b>2 Persoonlijke groei</b>	53
2.1 Abraham Maslow en zelfactualisatie	53
2.2 De behoefte aan persoonlijke groei	57
2.3 Onderzoek naar persoonlijke groei	63
2.4 Zeilen	70
<b>3 Positieve psychologie en geestelijke gezondheid</b>	75
3.1 Positief-psychologische interventies en depressie	76
3.2 Positief-psychologische interventies en angst	81
3.3 Positief-psychologische interventies en mentaal welbevinden	84
3.4 Positieve psychologie als levenskunst	94



3.5	Het personaliseren van positief-psychologische interventies	95
3.6	Aandachtspunten bij het toepassen van positief-psychologische interventies	98
3.7	Hoop in bange dagen	100
<b>4</b>	<b>Duurzame geestelijke gezondheid</b>	<b>103</b>
4.1	Het model voor duurzame geestelijke gezondheid	105
4.2	Diverse psychologische behandelingen in het model voor duurzame geestelijke gezondheid	114
4.3	Het model toepassen in de praktijk	121
4.4	Kwetsbaar en krachtig	126
<b>Deel 2</b>	<b>Intake en assessment</b>	<b>129</b>
<b>5</b>	<b>Vragen naar bronnen van adaptatie tijdens de intakefase</b>	<b>131</b>
5.1	Vragen naar bronnen van adaptatie en welbevinden	132
5.2	Praktijkvoorbeelden	133
5.3	Het belang van timing	135
5.4	Overige aandachtspunten	137
<b>6</b>	<b>De GSAAS, een nieuw instrument om het ervaren vermogen tot adaptatie te meten</b>	<b>139</b>
6.1	Adaptatievermogen: concept en definitie	140
6.2	Ontwikkeling van de GSAAS	141
6.3	Psychometrische eigenschappen van de GSAAS	142
6.4	Conclusie	144
<b>7</b>	<b>Een vragenlijst voor psychologisch welbevinden</b>	<b>145</b>
7.1	Ontwikkeling en duiding van de vragenlijst	146
7.2	Casus 1: op zoek naar verbinding en eigenheid	148
7.3	Casus 2: de musicus	150
<b>8</b>	<b>Het meten en bespreken van mentaal welbevinden: de MHC-SF</b>	<b>155</b>
8.1	De MHC-SF	156
8.2	Psychometrische eigenschappen van de MHC-SF	157
8.3	Normgegevens	157
8.4	Klinische dialoog: MHC-SF voor, tijdens en na de behandeling	159
8.5	Sociaal-relacioneel welbevinden	160
8.6	Casus: uit een diep dal klimmen	161
8.7	Conclusie	162

<b>Deel 3</b>	<b>Individuele interventies</b>	<b>165</b>
<b>9</b>	<b>Digitale dankbaarheidsinterventie als nazorg bij depressie</b>	<b>167</b>
9.1	Theorieën over de betekenis van dankbaarheid	167
9.2	Dankbaarheid en mentale gezondheid	168
9.3	Interventies	169
9.4	Pilotstudie en casuïstiek	170
9.5	Reflectie	173
<b>10</b>	<b>Blended positieve psychotherapie voor mensen met depressieve restklachten na een klachtgerichte behandeling</b>	<b>175</b>
10.1	Blended positieve psychotherapie	175
10.2	Pilotstudie	177
10.3	Casus: het vullen van de koffer van hoop	177
10.4	Aandachtspunten	181
<b>11</b>	<b>Welbevindentherapie bij heraanmelding voor angstklachten</b>	<b>183</b>
11.1	WBT voor angststoornissen	183
11.2	Casus: van veiligheid naar veerkracht	184
11.3	Reflectie	187
<b>12</b>	<b>Welbevindentherapie bij posttraumatische-stressstoornis</b>	<b>189</b>
12.1	Casus: trauma en suïcidale gedachten	190
12.2	De betekenis van WBT voor PTSS	191
12.3	Onderzoek	192
12.4	Reflectie	193
<b>13</b>	<b>Positieve psychologie als begeleide zelfhulp</b>	<b>195</b>
13.1	Zelfhulp	195
13.2	De cliënt als werkzame factor	196
13.3	Positieve psychologie als bibliotherapie	197
13.4	Compassiegerichte therapie als bibliotherapie	199
13.5	Reflectie	201
<b>14</b>	<b>De inzet van virtual reality als positief-psychologische interventie in de ambulante forensische ggz</b>	<b>203</b>
14.1	Behandelen in de forensische ggz	204
14.2	De rol van virtual reality	204
14.3	VR als positief-psychologische interventie	206
14.4	Casus: de kracht van zelfreflectie in een virtuele wereld	207

14.5	Onderzoek naar interactieve VR	208
14.6	Reflectie en aandachtspunten	209
<b>15</b>	<b>Zelfcompassietraining voor mensen met kanker</b>	<b>211</b>
15.1	Zelfcompassie	212
15.2	Zelfcompassieapp: Compas-Y	212
15.3	Resultaten van een pilotstudie	214
15.4	Casus: het mag wel wat liever	214
15.5	Reflectie	215
<b>Deel 4</b>	<b>Groepsinterventies</b>	<b>219</b>
<b>16</b>	<b>Compassiegerichte positieve psychologie als groepsinterventie voor mensen met een bipolaire stoornis</b>	<b>221</b>
16.1	Onderzoek	222
16.2	Ervaringen van deelnemers	223
16.3	Casus: het leven als gebroken vaas	225
16.4	Reflectie en aanbevelingen voor de (gespecialiseerde) ggz	227
<b>17</b>	<b>Compassiegerichte positieve psychologie als groepsbehandeling voor mensen met persisterende angstklachten</b>	<b>229</b>
17.1	Compassiegerichte positieve psychotherapie	230
17.2	Pilotstudie	230
17.3	Casus: de vrijwilliger	232
17.4	Conclusie en reflectie	233
<b>18</b>	<b>Compassiegerichte positieve psychologie als voorbehandeling bij mensen met persoonlijkheidsproblematiek</b>	<b>235</b>
18.1	Compassiegerichte positieve psychologie als voorbehandeling	236
18.2	Resultaten van de pilotstudie	237
18.3	Casus: wat bewoog Frits om mee te doen?	239
18.4	Reflectie	241
<b>19</b>	<b>Compassiegerichte positieve psychologie als groepsbehandeling bij hartpatiënten</b>	<b>243</b>
19.1	Pilotstudie: scepsis maakt plaats voor waardering	244
19.2	Casestudie: op zoek naar erkenning	245
19.3	Reflectie en aandachtspunten	246

<b>20 Levensverhalen en life-reviewtherapie</b>	<b>251</b>
20.1 Life-reviewtherapie	252
20.2 Op verhaal komen	253
20.3 Casus: van vergeten worden naar een blijvend gevoel ertoe te doen	255
20.4 Andere toepassingen	256
20.5 Reflectie	258
 <b>Bijlagen</b>	 <b>261</b>
Bijlage 1 Metaforen	263
Bijlage 2 Kwetsbaar en krachtig	266
Bijlage 3 Goed leven met psychische klachten	268
Bijlage 4 Protocol welbevindentherapie	272
Bijlage 5 Compassie als sleutel tot geluk	279
 <b>Literatuur</b>	 <b>283</b>
<b>Register</b>	<b>310</b>
<b>Woord van dank</b>	<b>315</b>
<b>Over de auteurs</b>	<b>316</b>



# Inleiding

*Ernst Bohlmeijer*

*The question is not how to be cured, but how to live.*

– Joseph Conrad

In de afgelopen jaren is een fascinerend nieuw vakgebied binnen de psychologie tot bloei gekomen: de positieve psychologie. Dit vakgebied richt zich op het optimaal functioneren van mensen en organisaties, en onderzoekt de factoren die dit bevorderen. Inmiddels is er een groot aantal gedegen wetenschappelijke theorieën over hoe bijvoorbeeld positieve emoties, het visualiseren van een gewenste toekomst, het benutten van sterke kanten, zelfcompassie, dankbaarheid en responsiviteit in relaties bijdragen aan het welbevinden en optimaal functioneren van mensen. In Nederland is deze kennis gebundeld in het *Handboek positieve psychologie* (Bohlmeijer et al., 2021). De inzichten en interventies die de positieve psychologie voortbrengt zijn ook van grote waarde voor de geestelijke gezondheidszorg. Dat is het domein van de positieve klinische psychologie, een nieuw vakgebied waarin kennis over mentaal disfunctioneren en positief mentaal functioneren wordt geïntegreerd. Het onderzoekt de relatie tussen positieve factoren en processen en geestelijke gezondheid, en hoe positief-psychologische interventies kunnen bijdragen aan een goede geestelijke gezondheid (Wood & Johnston, 2016).

Een eerste doel van dit boek is het beschrijven en onderbouwen van de positieve klinische psychologie. De geestelijke gezondheidszorg zoals die zich in Nederland en internationaal heeft ontwikkeld is sterk in het behandelen van klachten. Er is volop kennis over psychische klachten en transdiagnostische factoren die deze klachten verklaren en in stand houden. Er bestaan verschillende behandelvormen waarvan de effecten met goed onderzoek zijn aangetoond. Ze zijn waardevol en sluiten meestal aan bij de hulpvraag van cliënten. Maar er is ook een knelpunt. Een essentieel aspect is uit het oog verloren: geestelijke gezondheid is meer dan alleen de afwezigheid van klachten.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) beschouwt geestelijke gezondheid sinds het begin van de eenentwintigste eeuw als een staat van welbevinden waarin een individu zijn of haar vermogens kan realiseren, goed kan omgaan met dagelijkse stressoren, productief kan werken en een bijdrage kan leveren aan de gemeenschap. Geestelijke gezondheid omvat dus niet alleen de afwezigheid van psychische klachten, maar ook het vermogen tot vreugde, ontplooiing, adaptatie aan veranderende omstandigheden, betekenis en verbondenheid. Het is opvallend dat dit positieve aspect van geestelijke gezondheid lange tijd niet standaard werd gemeten als uitkomst van behandelingen en zorgpaden. Rottenberg en collega's (2018) laten op basis van 90 meta-analyses over de effecten van de behandeling van depressie zien dat in minder dan 5% van de studies een uitkomst voor mentaal welbevinden is meegenomen. Mogelijk werd mentaal welbevinden lange tijd toch vooral als een vaag 'lekker in je vel zitten'-construct gezien; iets wat er niet wezenlijk toe doet.

Het is hoog tijd om meer aandacht te besteden aan mentaal welbevinden en positieve psychologie in de geestelijke gezondheidszorg. Mentaal welbevinden staat voor onze positieve geestelijke gezondheid. Het omvat emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. Emotioneel welbevinden is aanwezig wanneer een persoon voldoende positieve emoties en levenstevredenheid ervaart. Het gevoelsleven staat hierbij centraal. Het psychologisch en sociaal welbevinden betreffen het *functioneren* van mensen. Psychologisch welbevinden staat voor individueel positief functioneren. In het eerste hoofdstuk wordt dit begrip verder uitgewerkt. Sociaal functioneren staat voor het functioneren in relatie tot de samenleving.

Tot voor kort lijken we mentaal welbevinden als uitkomst in de geestelijke gezondheidszorg te zijn vergeten (Rottenberg et al., 2018). Ondanks het feit dat een deel van de mensen met (ernstige) psychische aandoeningen na enige tijd in staat is een hoog niveau van mentaal welbevinden te bereiken. Bekende voorbeelden zijn Kay Redfield Jamison en Marscha Linehan, die zelf hebben geworsteld met respectievelijk een bipolaire stoornis en een border-

line-persoonlijkheidsstoornis en later toonaangevende wetenschappers zijn geworden in hun veld. Ook uit bevolkingsonderzoek komt de mogelijkheid van hoog mentaal welbevinden na een psychische aandoening naar voren. Devendorf en collega's (2022) deden een landelijke steekproef bij ruim 23 duizend Canadezen. Zij definieerden optimaal mentaal welbevinden als 'de afwezigheid van een psychische stoornis in de afgelopen 12 maanden, (...) een niveau van mentaal welbevinden behorend tot het bovenste kwartiel (top 25%) op basis van landelijke normgegevens, en (...) een laag niveau van ervaren dagelijkse beperkingen'. De resultaten lieten zien dat bij mensen zonder psychische stoornissen in hun levensgeschiedenis, 24% voldeed aan het profiel van optimaal welbevinden. Van de mensen met minimaal een psychische stoornis in hun leven voorafgaand aan het voorbije jaar, voldeed bijna 10% aan het profiel van optimaal welbevinden. In het onderzoek werd gekeken naar verslavingsproblematiek, depressie, gegeneraliseerde angst, suïcidale ideatie en bipolariteit. Van de mensen met deze stoornissen voldeed respectievelijk 10%, 7,1%, 5,7%, 5% en 3,3% aan de criteria voor optimaal welbevinden. Deze uitkomsten laten dus zien dat mensen die eerder een verslaving hadden de meeste kans hebben om later optimaal mentaal welbevinden te realiseren, en mensen met een bipolaire stoornis de minste kans. Dit laatste kan worden verklaard uit het ontwrichtende en chronische karakter van deze aandoening. Interessant is dat ook mensen met een verleden van een gegeneraliseerde-angststoornis kennelijk meer moeite hebben om optimaal mentaal welbevinden te realiseren dan mensen met een verslaving of depressie in het verleden. Dit komt ook naar voren in een studie van Disabato en collega's (2021). Zij deden onderzoek binnen een grote groep Amerikanen die twee keer een vragenlijst invulden met een tussenperiode van tien jaar. Bij de mensen die op het eerste meetmoment een depressieve stoornis hadden, was tien jaar later bij 8,7% sprake van hoog mentaal welbevinden. Voor mensen met een paniekstoornis was dit 6,1% en voor mensen met een gegeneraliseerde-angststoornis (GAS) was dit 0%. Het zich zorgen maken is een kernsymptoom van een GAS en dit zou volgens de auteurs een stabielers persoonskenmerk kunnen zijn dan rumineren, dat meer kenmerkend is voor mensen met een depressie. Ook zouden mensen met een GAS de neiging hebben om sterker emotioneel te reageren op negatieve gebeurtenissen. Er is altijd wel iets om je zorgen over te maken en dit kan mentaal welbevinden in de weg staan. Behar en collega's (2009) wijzen voor de verklaring van dit verschijnsel erop dat, naast een verminderd vermogen om vermijding en zorgen maken te doorbreken, ook de meer algemene moeite met het toestaan van onzekerheid en het begrijpen en hanteren van emoties een rol kan spelen.

Ook in Nederland is onderzoek gedaan naar hoog mentaal welbevinden bij mensen met psychische stoornissen. Zo vonden De Vos en collega's



(2018) dat van de mensen met een eetstoornis die zich aanmeldden bij een specialistisch behandelcentrum 13% tegelijkertijd een hoog niveau van mentaal welbevinden ervoer. Overigens gold dit beduidend vaker voor mensen met eetbuien (25%) dan voor mensen met anorexia nervosa (9%). Reitsma en collega's (2024) deden onderzoek naar mentaal welbevinden onder mensen met gecompliceerde rouwklachten. Zij vonden dat ongeveer één op vier mensen uit deze groep zowel matig gecompliceerde rouwklachten had als een hoog mentaal welbevinden. Onze collega Marijke Schotanus-Dijkstra deed onderzoek naar de relatie tussen psychische stoornissen en mentaal welbevinden op basis van een representatieve steekproef van ruim 6000 volwassenen (Schotanus-Dijkstra et al., 2019). Zij vond dat 14% van de mensen ondanks een stemmingsstoornis in het afgelopen jaar weer een hoog niveau van mentaal welbevinden had. Voor mensen met een angststoornis was dit 19% en voor mensen met een alcohol- of drugsverslaving 37%. Deze studies laten zien dat mensen met (ernstige) psychische klachten in staat zijn om – in het moment of op kortere of langere termijn – een hoog niveau van welbevinden te ervaren.

In hoofdstuk 4 presenteren we het model voor duurzame geestelijke gezondheid. We spreken van 'duurzaam' omdat de aanwezigheid van mentaal welbevinden een persoon weerbaarder maakt en de kans op het ontstaan van psychische klachten kleiner maakt. Dit model is een concrete uitwerking van positieve klinische psychologie waarbij aanwezigheid van mentaal welbevinden naast afwezigheid van psychische klachten als een essentiële en gelijkwaardige uitkomst wordt gezien. Het model biedt zorgorganisaties en zorgprofessionals een leidraad om positief-psychologische interventies en het vergroten van mentaal welbevinden systematisch te implementeren in behandelingen en zorgpaden. Het bevordert het aanspreken en benutten van bronnen binnen een individu en bronnen in de omgeving die bijdragen aan een vreugdevol, betekenisvol, productief en verbonden leven.

In de behandeling van ernstige psychische aandoeningen is er al steeds meer aandacht voor het mentaal welbevinden van cliënten. Dit wordt aangeduid als persoonlijk herstel. Het uitgangspunt van dit boek is dat mentaal welbevinden voor alle cliënten relevant is. Diverse studies laten zien dat cliënten met bijvoorbeeld stemmings- en eetstoornissen mentaal welbevinden als uitkomst van een behandeling minstens zo belangrijk vinden als klachtenreductie. Aandacht voor mentaal welbevinden sluit bovendien aan bij ontwikkelingen in de bredere visie op (positieve) gezondheid, waarbij gezondheid niet langer wordt beschouwd als de afwezigheid van lichamelijke klachten en ziekten, maar als het vermogen tot zelfmanagement en adaptatie. Op

dezelfde wijze is het realistisch te veronderstellen dat veel mensen last houden van psychische klachten en dat het realiseren van mentaal welbevinden (vreugde, zingeving en verbondenheid), in aanwezigheid van psychische klachten, een centrale doelstelling van een behandeling wordt.

### *De grenzen van klachtgerichte behandelingen*

Veel mensen behouden psychische klachten ondanks beschikbare kennis en beschikbare bewezen effectieve behandelingen. Onderzoek naar nieuwe vormen van psychologische behandeling van psychische klachten zal nodig blijven, maar een efficiënte en ook realistische benadering is mensen leren goed te functioneren, een goed leven te leiden, in aanwezigheid van psychische klachten. Dit sluit aan bij het pleidooi van hoogleraar psychiatrie Jim van Os en collega's (Van Os et al., 2019) voor een nieuwe behandelpraktijk van mensen met ernstige psychische aandoeningen. De auteurs betogen dat de huidige behandelpraktijk te veel is gebaseerd op de veronderstelling dat het mogelijk is psychische klachten te onderscheiden in specifieke, homogene diagnoses, en te weinig rekening houdt met transdiagnostische factoren. Onderzoek naar de effectiviteit van psychologische behandeling is vooral gebaseerd op groepsverschillen, en die kennis is maar beperkt bruikbaar voor toepassing op specifieke individuen. Ook wordt de bijdrage van de technische aspecten van een behandeling overschat en wordt te weinig rekening gehouden met contextuele factoren en de behoeften van cliënten. Psychische stoornissen worden zelden genezen en kunnen daarom beter beschouwd worden als kwetsbaarheid. De auteurs vatten samen: 'Belangrijke winst in welbevinden kan worden gerealiseerd wanneer individuen leren met mentale kwetsbaarheden te leven door een gestaag proces waarbij de veerkracht wordt versterkt in sociale en existentiële domeinen' (Van Os et al., 2019, p. 88). De auteurs pleiten voor een geestelijke gezondheidszorg waarin meer nadruk ligt op het versterken van mentaal welbevinden, naast het organiseren van kleinschaliger diensten en lotgenotencontact en een goede integratie tussen behandeling en sociale zorg en diensten. Het model voor duurzame geestelijke gezondheid sluit hierop aan.

Naast de beperkte mogelijkheden van het ziektemodel geldt ook nog eens dat de prevalentie van milde en matige psychische klachten in de bevolking dermate hoog is dat een behandelperspectief gericht op een leven zonder psychische klachten eenvoudigweg niet haalbaar en opportuun is, wat opnieuw een reden is om aandacht te besteden aan welbevinden. Dit besef geldt ook voor lichamelijke klachten en ligt ten grondslag aan de visie op positieve gezondheid die in hoofdstuk 1 wordt beschreven. Een vergelijkbare visie op mentaal welbevinden is noodzakelijk. Deze visie betekent dat verwachtingen over geestelijke gezondheid als afwezigheid van psychische

klachten worden bijgesteld en dat als uitgangspunt wordt genomen dat een zekere mate van psychisch lijden bij het leven hoort. Er dient dan veel aandacht uit te gaan naar het aanvaarden van negatieve emotionele ervaringen. In een interview met *de Volkskrant* (29 oktober 2021) verwoordt psychiater Damiaan Denys dit probleem als volgt: ‘Er worden gevoelens gepathologiseerd die inderdaad ongemakkelijk zijn, maar die bij het leven horen.’ Aanvaarding van onvermijdelijk lijden en van dagelijks ongemak is volgens deze visie dus een belangrijk aspect van het leven, en aandacht hiervoor draagt bij aan een realistische kijk op geestelijke gezondheidszorg.

### Angst aanvaarden

Maartje Witlox (Witlox et al., 2021a) deed in het kader van haar promotieonderzoek een studie naar een online toepassing van het programma *Voluit leven* (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2024). Dit programma is gebaseerd op Acceptance and Commitment Therapy en bestaat uit acht lessen waarin het aanvaarden van psychisch lijden centraal staat. Door deze aanvaarding ontstaat er mentale ruimte en vitaliteit die ingezet kan worden voor activiteiten die vroegdevol en zinvol zijn omdat ze aansluiten bij persoonlijke waarden. Aan het onderzoek namen 314 55-plussers met angstklachten deel. Zij doorliepen het e-healthprogramma zelfstandig en kregen vier ondersteunende gesprekken met een praktijkondersteuner van huisartsen. De helft van de deelnemers vormde de controlegroep en zij ontvingen een aantal gesprekken cognitieve gedragstherapie. In beide groepen was sprake van een sterke afname van angstklachten, en deze effecten bleven behouden tot twaalf maanden na de behandeling. Daarnaast hadden 55-plussers die het *Voluit leven*-programma volgden na twaalf maanden significant meer mentaal welbevinden dan de mensen in de controlegroep.

Een van de deelnemers aan het programma verwoordde de persoonlijke betekenis als volgt: *Omdat ik er al zo lang last van had, dacht ik dat mijn spanningsklachten niet meer over konden gaan. Voluit leven heeft me geholpen bewust te worden van de manieren waarop ik aan het vechten was tegen wat ik voelde. Ik heb dat gevecht nog niet helemaal kunnen stoppen, maar kom steeds meer in de buurt, en dat geeft me zo'n vrij gevoel.*

En een andere deelnemster: *Ik kan me beter concentreren en vooral gedachten die me een grote bezorgdheid gaven kan ik nu makkelijker loslaten. Het eenvoudige zinnetje ‘Dit denk ik dus’ is dan voldoende. Daardoor kan ik veel beter kiezen waar ik op in wil gaan. Het merendeel laat ik nu liggen en ik merk dat dat kan zonder dat er*

*vreselijke dingen gebeuren. Dat geeft veel meer ontspanning, rust en ruimte. (Witlox et al., 2021b, p. 66)*

Het zijn ontroerende citaten, omdat veel van de deelnemers al hun leven lang worstelden met angstklachten. Met zelfhulp en lichte begeleiding kunnen mensen leren psychisch gemak te verdragen en meer welbevinden te ervaren.

In de context van schaarste van zorgaanbod en beperkte financiering, is het belangrijk te benadrukken dat de WHO-definitie van geestelijke gezondheid concreet en realistisch is. Ze gaat over de economische en maatschappelijke waarde van geestelijke gezondheid. Het is goed voor mens én maatschappij wanneer mensen hun draai in het leven vinden. Mentaal welbevinden is geen luxeproduct; het gaat om het realiseren van vertrouwen, weerbaarheid en perspectief als basisvoorwaarden voor een vreugdevol, betrokken en verbonden leven, ook in aanwezigheid van psychische klachten of lijden. Het model voor duurzame geestelijke gezondheid sluit hier naadloos bij aan. Aandacht voor mentaal welbevinden leidt eerder tot minder behandeling dan tot meer behandeling. Zo verkleint voldoende mentaal welbevinden de kans op terugval na een psychologische behandeling. Maar nog belangrijker is dat werken vanuit het model professionals en cliënten uitnodigt tot realistische verwachtingen over wat de geestelijke gezondheidszorg kan bieden. Het model stimuleert een snellere aanvaarding van (enige mate van) psychisch lijden en problemen, en voorkomt daarmee overbehandeling of behandelingen zonder veel resultaat. Een behandeling kan zich vervolgens richten op het vergroten van positief functioneren.

## Praktijkboek

Dit boek is in de eerste plaats een praktijkboek. Het belangrijkste doel is psychologen en andere zorgprofessionals te inspireren en hun concrete handvatten te bieden voor het toepassen van positief-psychologische interventies.\* Dit is niet vanzelfsprekend. Ondanks de groeiende belangstelling voor posi-

---

\* De titel spreekt van positieve klinische psychologie omdat dit de internationaal gangbare naam is van het vakgebied. De visie, instrumenten en interventies die we in dit boek aanreiken zijn echter niet alleen bedoeld voor klinisch psychologen, maar voor alle psychologen en andere professionals die in de geestelijke gezondheidszorg werkzaam zijn of zich richten op mentale gezondheid in andere settings.

tieve psychologie en mentaal welbevinden kan het een uitdaging zijn om de kennis en interventies van de positieve psychologie te integreren in de dagelijkse praktijk. Hoe vind je een goede balans tussen aandacht voor klachten en problemen en aandacht voor de kracht en mogelijkheden voor vreugde, zingeving en persoonlijke groei? Wanneer en hoe introduceer je positief-psychologische interventies in een behandeling?

In 1958 schreef Marie Jahoda in een monografie over positieve geestelijke gezondheid: ‘Diegenen die professioneel gekwalificeerd zijn om patiënten te behandelen zijn begrijpelijkerwijs gevoeliger voor uitingen van ziekte dan uitingen van gezondheid. Het zal een speciale inspanning vergen om aandacht voor gezondheid te introduceren in het klinisch werken met zieke mensen. Maar zulke inspanningen zouden weleens de moeite waard kunnen zijn’ (Jahoda, 1958, p. 75). Deze uitspraak is op dit moment net zo relevant als in 1958 en is de kernboodschap van dit boek. Dit boek laat zien dat het de moeite loont om juist ook symptomen van gezond functioneren en welbevinden aandacht te geven en te versterken. We besteden veel aandacht aan de praktische bouwstenen van positieve klinische psychologie. We bespreken de vragen die een behandelaar kan stellen in de intakefase en een vragenlijst om het positief functioneren van een cliënt in kaart te brengen. Ook presenteren we een gevalideerde en genormeerde vragenlijst waarmee de effecten van een behandeling op mentaal welbevinden kunnen worden gemeten. Samen met hun klinische inschatting kunnen behandelaren daarmee goed onderbouwde beslissingen nemen over de noodzaak en focus van een (vervolg)behandeling gericht op het versterken van mentaal welbevinden.

Verder beschrijft het boek concrete interventies met voorbeelden van toepassing in diverse settings. We bespreken een groot aantal situaties waarin een verschuiving van de focus van klachten naar bronnen van mentaal welbevinden effectief kan zijn. Voorbeelden hiervan zijn: wanneer een cliënt tijdens de intake zeer ontmoedigd is, bij heraanmelding voor klachten, wanneer klachten aanhouden ondanks diverse klachtgerichte behandeling, parallel aan de behandeling van posttraumatische stress, in afwachting van een klinische behandeling voor persoonlijkheidsproblemen, of ter ondersteuning bij persoonlijk herstel van een psychische aandoening (bijvoorbeeld een bipolaire stoornis) of lichamelijke aandoening (zoals hartklachten).

## Gebalanceerde geestelijke gezondheidszorg

Dit boek pleit voor een heroriëntatie op de uitgangspunten en doelstellingen van de geestelijke gezondheidszorg. Deze heroriëntatie moet leiden tot een

goede balans, waarbij er zowel aandacht is voor het disfunctioneren als voor het positief functioneren van cliënten. Naast goede psycho-educatie en interventies gericht op het verwerken van ingrijpende ervaringen en het verminderen en hanteren van klachten, zijn interventies gericht op mentaal welbevinden, al dan niet in aanwezigheid van psychische klachten, noodzakelijk. Mentaal welbevinden is een belangrijke uitkomstmaat, omdat het laat zien of mensen in staat zijn richting te geven aan hun leven op een wijze die vreugde, betekenis en verbondenheid genereert. De aanwezigheid van mentaal welbevinden maakt mensen weerbaarder en leidt daarmee tot een duurzame geestelijke gezondheid. Het model voor duurzame geestelijke gezondheid benadrukt daarbij het belang van flexibiliteit in de focus van de behandeling: de context, de uitkomsten op vragenlijsten en de ervaren voortgang in een behandeling bepalen welke benadering op een bepaald moment het passendst en effectiefst is.

Joseph Conrad schreef in zijn roman *Lord Jim*: ‘De vraag is niet hoe te genezen, maar hoe te leven.’ Wanneer we dit toepassen op de inhoud van dit boek, kan het iets worden aangepast: *De vraag is niet alleen hoe te genezen, maar ook hoe te leven.*

## Inhoud

Deel 1 schetst het theoretische kader van de positieve klinische psychologie. In het eerste hoofdstuk laat ik zien dat de aandacht voor mentaal welbevinden al een lange geschiedenis kent en dat er in de laatste decennia ook steeds meer empirisch onderzoek is gedaan. Ik bespreek psychologisch welbevinden als kern van mentaal welbevinden en plaats dit in het kader van recente inzichten over positieve gezondheid en herstel. In hoofdstuk 2 ga ik dieper in op persoonlijke groei als een van de componenten van psychologisch welbevinden. Persoonlijke groei stond centraal in het werk van Abraham Maslow en omvat aspecten als doelen, exploratie en liefde. Ik beschrijf enkele onderzoekslijnen, zoals motivatie voor persoonlijke groei en het rustiger maken van het ego als een vorm van persoonlijke groei. In hoofdstuk 3 ga ik in op de positieve psychologie en de betekenis van positief-psychologische interventies voor het verminderen van psychische klachten en het bevorderen van mentaal welbevinden. Ik gebruik de metafoer van het zeilen om het belang van het meten van mentaal welbevinden te illustreren. In hoofdstuk 4 introduceren Ernst Bohlmeijer, Vincent van Bruggen en Gerben Westerhof het model voor duurzame geestelijke gezondheid. Bronnen voor adaptatie en welbevinden in het individu en in de omgeving vormen een belangrijk onderdeel van het model. De uitdaging is om een goede balans te vinden tussen

klachtgerichte (bronnen van disfunctioneren) en krachtgerichte (bronnen van positief functioneren) interventies. We laten ook zien hoe verschillende bestaande behandelingen, zoals positieve gedragstherapie, Acceptance and Commitment Therapy, compassiegerichte therapie en persoonsgerichte therapie, al goed aansluiten bij het model.

In deel 2 staat assessment centraal. In hoofdstuk 5 stellen Sebastiaan van Luik en Ernst Bohlmeijer een aantal vragen voor die tijdens de intake en eerste fase van een behandeling gesteld kunnen worden om bronnen voor adaptatie en mentaal welbevinden in kaart te brengen en te benutten. In hoofdstuk 6 introduceren Katinka Franken, Ernst Bohlmeijer en Gerben Westerhof een vragenlijst om het vermogen tot adaptatie te meten: de *Generic sense of ability to adapt scale*. Het vermogen tot adaptatie wordt in het model voor duurzame geestelijke gezondheid als een centrale uitkomst van een psychologische behandeling gezien, naast mentaal welbevinden en vermindering van psychische klachten. In hoofdstuk 7 bespreken Ernst Bohlmeijer, Bregje Brenninkmeijer en Simone das Dores de vragenlijst *Positief psychologisch functioneren* (PPF). Deze laat zien hoe cliënten functioneren op de zes aspecten van psychologisch welbevinden en welke aspecten extra aandacht nodig hebben. In hoofdstuk 8 introduceren Katinka Franken, Gerben Westerhof en Ernst Bohlmeijer de *Mental health continuum – short form* (MHC-SF), een korte vragenlijst die het mentaal welbevinden meet. Omdat voor deze vragenlijst normgegevens beschikbaar zijn, is de vragenlijst een goed hulpmiddel voor cliënten en behandelaren om in te schatten of interventies gericht op mentaal welbevinden nodig zijn.

Deel 3 gaat over individuele positief-psychologische interventies (PPI's). In hoofdstuk 9 gaan Bianca Binnenpoorte-Schuurman, Jannis Kraiss en Ernst Bohlmeijer in op de betekenis van het ontwikkelen van dankbaarheid voor geestelijke gezondheid. Ook worden twee cliënten met depressieve klachten die gebruikmaakten van een dankbaarheidsapp beschreven. In hoofdstuk 10 bespreken Femke Vergeer-Hagoort en Ernst Bohlmeijer de mogelijke effecten van blended positieve psychotherapie als terugvalpreventie bij depressie. Daarna gaan zij in op welbevindentherapie (WBT). Dit is een behandeling waarin het monitoren van positieve ervaringen en het toepassen van PPI's centraal staat (zie bijlage 4 voor het protocol). In hoofdstuk 11 beschrijven Klaas Huijbregts, Gerben Westerhof en Ernst Bohlmeijer de toepassing van WBT bij een man die zich opnieuw aanmeldde bij de ggz vanwege angstklachten. In hoofdstuk 12 beschrijven Mirjam Radstaak en Laura Hüning hoe WBT kan worden toegepast bij mensen die eerder een behandeling voor PTSS kregen. In hoofdstuk 13 gaan Ernst Bohlmeijer, Marijke Schotanus-

Dijkstra en Marion Sommers-Spijkerman in op PPI's als begeleide zelfhulp en bespreken twee studies waarin respectievelijk positieve psychologie en zelfcompassie centraal staan. In hoofdstuk 14 gaan Marileen Kouijzer, Bas van Wolffelaar en Hanneke Kip in op het toepassen van positieve psychologie in de forensische psychiatrie. Ze laten zien hoe virtual reality de doelstellingen van positieve psychologie kan ondersteunen. Deel 3 sluit af met een hoofdstuk over compassie. Judith Austin, Stans Drossaert en Maya Schroevens beschrijven de toepassing van een compassieapp bij mensen die in het ziekenhuis worden behandeld voor kanker.

In deel 4 komen groepsinterventies aan bod. De afgelopen jaren is bij de Universiteit Twente een groepsinterventie ontwikkeld gebaseerd op de positieve psychologie: *Goed leven met psychische klachten*. De interventie is transdiagnostisch en richt zich specifiek op mentaal welbevinden en/of persoonlijk herstel. In bijlage 3 wordt de interventie beschreven. In hoofdstuk 16 beschrijven Bart Geerling, Digna Meulman-Rensink, Jannis Kraiss en Ernst Bohlmeijer de toepassing van de groepsbehandeling voor mensen met een bipolaire stoornis in de euthyme fase. Marlies Piek en Mirjam Radstaak laten in hoofdstuk 17 zien hoe *Goed leven met psychische klachten* ingezet kan worden bij mensen met persisterende angstklachten en wat dit voor hen kan betekenen. Katinka Franken en Amber Hulskotte hebben de interventie toegepast als voorbehandeling bij mensen met persoonlijkheidsproblematiek die op de wachtlijst stonden voor een klinische behandeling. In hoofdstuk 18 beschrijven zij de eerste resultaten van een verkennende studie. De interventie is ook aangepast voor mensen met lichamelijke klachten onder de naam *Goed leven met lichamelijke klachten*. In hoofdstuk 19 beschrijven Kim Tönis en Özlem Yilmaz-Esen een eerste verkenning van de betekenis van deze interventie voor mensen met hartklachten. In hoofdstuk 20 gaan Gerben Westerhof en Ernst Bohlmeijer dieper in op levensverhaalinterventies. Waar sommige PPI's zich vooral richten op adaptatie op de korte termijn, richten levensverhaalinterventies zich op adaptatie op de langere termijn. Door stil te staan bij herinneringen en interpretaties van herinneringen en door te reflecteren op de hele levensloop, ontstaan mogelijkheden om een nieuwe identiteit te ontwikkelen.

In alle praktijkhoofdstukken worden ook casussen beschreven die inzicht geven in de mogelijkheden en beperkingen van PPI's bij mensen met psychische klachten.



## Kanttekeningen

Het doel van dit boek is niet om een volledig overzicht te geven van alle in Nederland beschikbare interventies die zijn gebaseerd op de positieve psychologie. Er is gekozen om een aantal interventies te beschrijven die specifiek voor toepassing in de geestelijke gezondheidszorg zijn ontwikkeld en waarnaar verkennend of uitgebreid onderzoek is gedaan in klinische settings. Daarbij is het belangrijk om te beseffen dat het onderzoek naar positief-psychologische interventies in de geestelijke gezondheidszorg pas net op gang is gekomen. Veel van de studies die in dit boek aan de orde komen, zijn pilotstudies met relatief weinig deelnemers en zonder controlegroep. Er is daarom behoefte aan meer onderzoek.