

Geestelijke gezondheidsbevordering: de kracht van een positieve insteek

Winnie De Roover

Mentaal welbevinden: een evidentie?

Goed in je vel zitten is belangrijk voor iedereen. Wie zich mentaal goed voelt, kan zijn talenten ontplooiën, gaat beter om met de dagelijkse stress en belangrijke levensgebeurtenissen, kan productief en vruchtbaar werken, en draagt meer bij aan de gemeenschap (Herrman, Saxena, & Moodie, 2005).

Dat klinkt logisch, maar als we over geestelijke gezondheid praten, wordt bijna automatisch gedacht aan psychische problemen en psychiatrische stoornissen. Hierdoor gaat de hele dimensie van positieve geestelijke gezondheid grotendeels verloren. Nochtans is het streven naar mentaal welbevinden, naast het hebben van een goede fysieke gezondheid, een van onze belangrijkste wensen. Geestelijke gezondheid is dus meer dan de afwezigheid van klachten en stoornissen: het gaat om welbevinden en optimaal functioneren.

Welbevinden bestaat uit drie componenten:

- *Emotioneel welbevinden* omvat levenstevredenheid, alsook de mate waarin positieve gevoelens (geluksgevoel, plezier, ...) aanwezig zijn en negatieve gevoelens afwezig zijn (Diener, 1984). Uit onderzoek blijkt dat mensen met een hoger emotioneel welbevinden gezonder zijn, langer leven (Diener & Chan, 2011), vlotter herstellen en beter lichamelijke aandoeningen overleven (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Ten Klooster, & Keyes, 2011).
- De tweede component van een goede geestelijke gezondheid is *zelfrealisatie*. Dat uit zich in een doel hebben in het leven, autonomie, zelfacceptatie, persoonlijke groei, positieve relaties en omgevingsbeheersing (Ryff, 1989; Ryff & Singer, 1998).
- *Sociaal welbevinden*, tot slot, omvat een positieve visie op andere mensen, geloof in maatschappelijke vooruitgang, de maatschappij begrijpen, erin participeren en er zich thuis in voelen (Keyes, 1998). Wanneer mensen een hoge mate van emotioneel, psychisch en sociaal welbevinden ervaren, spreken we van 'openbloeien' ('flourishing') (Keyes, 2005b).

Het bevorderen van welbevinden is zeer belangrijk voor het individu, omdat welbevinden kan bijdragen aan veerkracht (Carver, 1998; Ahern, Kiehl, Sole, & Byers, 2006). Onderzoek naar posttraumatische groei (Tedeschi & Calhoun, 2004) en 'benefit finding' (Helgeson, Reynolds, & Tomich, 2006; Tennen & Affleck, 2002) toont aan dat mensen die geconfronteerd worden met ingrijpende of levensbedreigende gebeurtenissen, naast de pijn en het ongemak die deze gebeurtenissen met zich meebrengen, ook beschrijven hoe hun leven op een

positieve manier veranderd is als resultaat van een traumatische gebeurtenis; het laat zelfs zien dat het meemaken van negatieve gebeurtenissen een van de manieren is waarop we als mens groeien.

Geestelijke gezondheidsbevordering als zaak van de samenleving

Welbevinden is belangrijk voor iedereen, maar wordt hierboven vooral als een zaak en een verantwoordelijkheid van het individu opgevat.

In onze huidige samenleving lijkt het echter niet zo simpel om het mentale evenwicht te bewaren. In de gezondheidsenquête (Bayingana, Demarest, Gisle, Hesse, Miermans, Tafforeau, & Van der Heyden, 2006) geeft 26% van de Belgische bevolking aan last te hebben van psychisch onwelbevinden, terwijl 14% een periode doormaakt met meer ernstige mentale problemen. 10% van de Belgische mannen en 6% van de vrouwen drinken te veel en schaden op die manier hun gezondheid. Daarnaast gaf 14% van de Vlamingen aan ‘de afgelopen twee weken’ psychoactieve geneesmiddelen gebruikt te hebben: slaapmiddelen (9%), kalmeringsmiddelen (5%) en antidepressiva (5%). Er is sprake van een toenemend gebruik van psychofarmaca: in tien jaar tijd is er een verdubbeling van het gebruik van antidepressiva, worden zeven keer zoveel stimulantia gebruikt en bedraagt de toename voor antipsychotica 77% (Metaforum Leuven, 2010). En natuurlijk zijn er ook de hoge suïcidecijfers.

Diverse theorieën en onderzoeksresultaten bevatten indicaties dat het bevorderen van welbevinden niet louter een zaak is van het individu, maar dat de samenleving hierin een rol kan spelen. Whittington en Huppert (1996) stellen dat de risicofactoren voor psychische aandoeningen normaal verdeeld zijn in een bevolking. Dat betekent dat de meeste individuen een matig risico hebben op psychische problemen. Slechts een minderheid loopt groot, respectievelijk weinig gevaar. Maar als de aandacht enkel gaat naar hoogrisicogroepen, wordt een groot deel van de bevolking over het hoofd gezien. Huppert (2004; 2005) concludeert dat een strategie gericht op het bevorderen van welbevinden in de totale bevolking veel impact kan hebben. Wanneer het gezondheidsprofiel van de hele bevolking enigszins opschuift in de richting van meer welbevinden, neemt het aantal mensen dat ‘floereert’ sterk toe en neemt het aantal mensen met psychische stoornissen aanzienlijk af. De winst die daaruit voortvloeit, komt vooral ten goede aan mensen met een matig goede gezondheid die, ondanks het feit dat ze niet uitvallen, toch verminderd functioneren, zich onvoldoende ontplooiën en minder bijdragen aan de maatschappij.

Uit de ‘Midlife in the United States’-studie (Keyes, 2005a) bleek dat welbevinden en psychopathologie twee gerelateerde dimensies zijn, die echter ook van elkaar te onderscheiden zijn. Hoewel een hogere score op welbevinden samengaat met minder psychische klachten en vice versa, is die relatie verre van perfect. Sommige mensen die aan een stoornis lijden, kunnen toch een relatief hoog niveau van welbevinden ervaren, en bepaalde mensen die laag scoren op welbevinden, ervaren weinig symptomen van psychopathologie. Het tweecontinuummodel heeft daarmee belangrijke implicaties voor de geestelijke gezondheidszorg. Waar tot nu toe de nadruk lag op de behandeling van stoornissen, blijkt dat investeren in welbevinden een bijdrage aan de preventie van psychische stoornissen kan leveren en wellicht ook aan

de vermindering van ziekteverzuim en het verhogen van productiviteit (Bohlmeijer, Bolier, Steeneveld, Westerhof, & Walburg, 2013).

Walburg (2009) stelt daarnaast dat het bevorderen van welbevinden van groot belang is voor de maatschappij, omdat welbevinden kan worden beschouwd als het mentale kapitaal van onze economie. Hierin weerklinken de bevindingen van het Foresight Mental Capital and Wellbeing Project (2008), waarin wordt gesteld dat “mental capital and mental wellbeing are vitally important for healthy functioning of families, communities and society. Together, they fundamentally affect behavior, social cohesion, social inclusion and our prosperity” (p. 10).

Ideeën uit de positieve psychologie (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), salutogenese (leer van hoe gezondheid ontstaat) (Antonovsky, 1996) en de zelfactualiseringstendens, gecombineerd met de verantwoordelijkheid van een samenleving ten aanzien van haar inwoners, leggen de basis voor geestelijke gezondheidsbevordering (GGB). GGB is het proces waarbij individuen en gemeenschappen in staat gesteld worden om de controle over hun eigen leven te nemen en hun geestelijke gezondheid te verbeteren. Het beoogt het verhogen van zelfwaardering, van copingvaardigheden en van familie- en gemeenschapsondersteuning, alsook het veranderen van de bredere sociale en economische omgeving die de geestelijke gezondheid beïnvloedt (Balfour, 2007). GGB richt zich op de manier waarop mensen in staat zijn hun mentale kracht in te zetten en voor zichzelf meer gezondheid creëren. Mensen proberen niet alleen ziekte en lijden te vermijden. Ze streven evenzeer naar vitaliteit, ook op geestelijk vlak. Dat ‘creëren’ van meer gezondheid is de kern van GGB (Stevens & Andriessen, 2011).

Het bevorderen van geestelijke gezondheid komt kortweg neer op het versterken van de beschermende factoren voor geestelijke gezondheid (bijvoorbeeld: het sociale netwerk, sociale vaardigheden, oplossingsvaardigheden, gezonde levensstijl, ...) en het verminderen van risico's (bijvoorbeeld: armoede, leerproblemen, middelenmisbruik, ...). Beschermende factoren werken daarbij in twee richtingen: ze zijn een buffer tegen wat fout kan lopen én ze helpen mensen op weg steviger in het leven te staan. Die beschermende factoren kunnen opgedeeld worden naargelang de vier grote levensfasen van de mens (beginjaren, jeugd, volwassenheid, latere leeftijd) en omschreven worden op individueel, familiaal of omgevingsniveau (De Roover, 2011). Aan het versterken van die beschermende factoren kunnen diverse interventies gekoppeld worden die het mentale welbevinden van de gehele bevolking of een belangrijke subgroep kunnen bevorderen.

Geslaagde interventies uit het buitenland

Hoewel we intuïtief aanvoelen dat bijvoorbeeld het inzetten op sociale cohesie of het aanbieden van een veerkrachtbevorderend programma op school een positieve invloed heeft op het mentale welbevinden, is de wetenschappelijke evidentie voor GGB-interventies nog beperkt. Dat is enerzijds toe te schrijven aan de nieuwheid van het onderzoeksdomein. Anderzijds ligt het ook aan de moeilijkheid van het studieobject. Het is namelijk makkelijker en goedkoper om individuele gedragsveranderingen te bestuderen dan veranderingen in de gemeenschap.

De genetische, biologische, psychologische, gedragsmatige, omgevings-, sociale, economische en culturele factoren, bepalend voor de geestelijke gezondheid, zitten daarnaast in complexe interacties verrat die zich moeilijk van elkaar laten onderscheiden en moeilijk meetbaar zijn in gecontroleerde onderzoekscondities. Vaak worden de resultaten van GGB pas jaren later duidelijk.

Hieronder volgt een overzicht van enkele goed onderzochte interventies uit het buitenland. In de eerste levensjaren (0-6 jaar) is het cruciaal om een goede start te maken. Dat betekent dat het kind een veilige thuis en opvang aangeboden worden die warm en responsief zijn, maar waar duidelijke grenzen gesteld worden. GGB-interventies die dat ondersteunen, zijn huisbezoeken tijdens en na de zwangerschap door getrainde vrijwilligers uit de gemeenschap en *ouderschapsondersteuningsprogramma's* in groep (bijvoorbeeld: 'Triple P Positive Parenting') (Cattan & Tilford, 2006).

Tijdens de jeugdijaren (6-20 jaar) worden basisvaardigheden en competenties ontwikkeld voor het latere leven. Via *interventies in scholen* kunnen veel jongeren tegelijk bereikt worden gedurende de belangrijkste jaren voor hun cognitieve, emotionele en sociale ontwikkeling. Op school zijn ook volwassen rolmodellen beschikbaar en wordt het sociale netwerk verder ontwikkeld. Uit de literatuur blijkt een uitgesproken voorkeur voor de 'whole school approach' (Balfour, 2007; Barry, Canavan, Clarke, Dempsey, & O'Sullivan, 2009; Adi et al., 2007). Die aanpak behelst een aanpassing van de klas, de schoolomgeving en het school-ethos, en betreft hierbij ouders en gemeenschap. Het aanleren van allerlei vaardigheden (sociale, probleemoplossende, communicatievaardigheden, ...) via lespakketten in de klas biedt ook een meerwaarde (Adi, Killoran, Janmohamed, & Stewart-Brown, 2007). Daarnaast stellen online GGB-programma's (zoals 'Reach out') anoniem GGB-informatie en -interventies ter beschikking van een groot aantal jongeren. Dat biedt mogelijk een oplossing voor barrières bij jongeren ten aanzien van het zoeken van hulp, zoals weerstand om met volwassenen te praten over hun zorgen, en ontevredenheid met het type en de vorm van de informatie die voor hen beschikbaar is (Horgan & Sweeney, 2009).

De literatuur over GGB in de volwassenheid spitst zich vooral toe op *interventies op de werkplek*. Hier dient steeds gewerkt te worden aan een combinatie van interventies op het niveau van het individu en de omgeving, met andere woorden: interventies gericht op het verhogen van de individuele veerkracht, copingvaardigheden en stressbestendigheid enerzijds, en interventies gericht op het aanpakken van organisatiefactoren die bijdragen tot stress op de werkplek anderzijds (Graveling, Crawford, Cowie, Amati, & Vohra, 2008; Baxter, Goyder, Herrmann, Pickvance, & Chilcott, 2009). Langdurige ongewenste *werkloosheid* kan een heel negatieve impact op het zelfbeeld en welbevinden hebben. Dat kan aangepakt worden door interventies zoals het 'JOBS programme' (Barry, Canavan, Clarke, Dempsey, & O'Sullivan, 2009). *Universele campagnes* (bijvoorbeeld '5/10 steps for mental health') zijn effectief bij het verlenen van informatie en bij bewustmaking, en zetten aan tot gedragsverandering (Aked, Marks, Cordon, & Thompson, 2008).

Bij ouderen dragen *sociale steun* in een groep en activiteiten die *sociale participatie* aanmoedigen, significant bij aan het mentale welbevinden (Cattan & Tilford, 2006). Bepaalde vormen van

bewegingsactiviteiten zoals gemengde oefeningen, kracht- en weerstandstraining, aerobics en wandelen zijn goed wetenschappelijk onderbouwd voor hun GGB-effect (Windle, Hughes, Linck, Russell, & Woods, 2010). *Psychologische interventies* die de eigen regie verhogen, negatieve gedachten bijstellen en gebruik maken van ‘life review’, dragen bij aan een positieve geestelijke gezondheid. Daarnaast kunnen *ergotherapeutische interventies* ingezet worden waarbij dagelijkse routines en activiteiten die gezondheid en welbevinden verhogen, inge oefend worden (bijvoorbeeld: ‘Lifestyle Redesign’) (Cattan & Tilford, 2006; Jané-Llopis & Gabilondo, 2008).

Op het gebied van de omgevings- en structurele factoren zijn de volgende interventies veelbelovend. Het verhogen van *sociale cohesie* in een gemeenschap biedt tegengewicht aan de verbrokkeling van het sociale weefsel. Het opzetten van gemeenschaps(kunst)projecten, lokale ruilkringen voor bijvoorbeeld kennis, diensten en goederen (zogenaamde ‘LETS’), enzovoort kan daarbij helpen.

Ongelijkheid kan bestreden worden via de heropbouw en opwaardering van verarmde buurten en het bieden van toegang tot onderwijs en opleiding (Barry, Canavan, Clarke, Dempsey, & O’Sullivan, 2009).

Het creëren van een *veilige, aantrekkelijke omgeving met groene zones* (bijvoorbeeld: ‘Health Action Zones’) heeft ook invloed op het welbevinden van inwoners (Cattan & Tilford, 2006).

GGB in Vlaanderen

Terwijl onze noorderburen massaal de positieve psychologie omarmen, krijgt GGB in Vlaanderen slechts de nodige aandacht door de hoge zelfdodingscijfers. In 2006 werd GGB opgenomen als eerste strategie van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie 2006-2010. Hiermee maakte de regering de intentie waar om geestelijke gezondheid op een structurele wijze en op lange termijn aan te pakken. Het initiatief kreeg vorm in de campagne ‘Fit in je hoofd, goed in je vel’ (FijH).

Die publiekscampagne heeft tot doel iedere Vlaming ouder dan zestien jaar handvatten aan te reiken om de eigen veerkracht te versterken via tien gemakkelijke tips, gebaseerd op de beschermende factoren voor geestelijke gezondheid. Op de website www.fitinjehoofd.be staan informatie, opdrachten en tips om aan de slag te gaan met de eigen veerkracht. In 2009 werd een zelfbeoordelingstest toegevoegd die advies op maat geeft over veerkracht, coping en klachten. Lokaal worden diverse activiteiten opgezet om de tien tips in de verf te zetten.

Uit evaluatieonderzoek bleek dat de campagne ‘Fit in je hoofd’ bepaalde doelgroepen minder goed bereikt: kansarmen, jongeren onder de zestien jaar en ouderen (65+). Daarvoor werden nieuwe methodieken ontwikkeld, telkens gebaseerd op die beschermende factoren die het meest relevant zijn voor die groep:

- De Goed-gevoel-stoel richt zich op maatschappelijk kwetsbare mensen. In drie intensieve praatsessies ontdekken deelnemers, samen met de daartoe opgeleide begeleider, zelf hun draaglast en draagkracht. Ze krijgen tools aangereikt om hun eigen veerkracht verder te versterken aan de hand van Goed-gevoel-acties.

- De campagne ‘NokNok’ richt zich op jongeren van twaalf tot zestien jaar. Op de website www.noknok.be vinden jongeren informatie en tips om hun eigen geestelijke gezondheid te bevorderen. Daarnaast kunnen jongeren in hun vrije tijd in groep aan de slag met de inspiratielijsten boordevol spelletjes en ideeën in het kader van de beschermende factoren.
- Met de groepsmethodiek ‘Zilverwijzer’ gaan zestigplussers op een interactieve wijze aan de slag met hun geestelijke gezondheid. Ze maken kennis met de verschillende beschermende factoren en leren van elkaar hoe je je goed in je vel kunt blijven voelen. Daarvoor opgeleide vijftigplussers begeleiden hun leeftijdsgenoten en bieden hun op een leuke en participatieve manier een leidraad voor een beter mentaal evenwicht.

Ook in het tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (2013-2020) werd geestelijke gezondheidsbevordering met betrekking tot individu en maatschappij als eerste strategie opgenomen, die verder uitgewerkt zal worden in acties. Die initiatieven van de Vlaamse overheid zijn een goede start, maar er is nog veel ruimte voor aanvullende interventies, zoals GGB in bedrijven en concrete acties voor het bevorderen van sociale cohesie.

Conclusie

De aandacht in de wetenschappelijke literatuur, het onderzoek en de praktijk gaat vooral naar geestelijke gezondheidszorg waarbij interventies slechts op een deel van de bevolking gericht worden. Maar de discipline GGB wint stilaan terrein. De noodzaak om de levenskwaliteit en het psychisch welbevinden van de algemene bevolking te verhogen, los van de focus op geestesziekten en geestelijke gezondheidszorg, is hierbij de drijvende kracht. Maar ook het inzicht dat GGB-interventies mogelijk de hele bevolking naar een hoger functioneren, tevreden bestaan en optimaler niveau van levenskwaliteit kunnen brengen, speelt een belangrijke rol.

De afgelopen jaren werden internationaal diverse interventies ontwikkeld voor GGB. Die interventies worden op verschillende niveaus ingezet. Op het macroniveau gaat het om het formuleren van politiek beleid dat mensen ondersteunt in hun streven naar welbevinden. Op het mesoniveau worden interventies geïmplementeerd in organisaties, zoals het werk of de school. Op het microniveau worden interventies aangeboden aan individuen en hun sociale relaties, zoals het bewust worden en versterken van positieve emoties, het onderzoeken van waarden, intrinsieke behoeften en talenten, het op een positieve en optimistische manier omgaan met doelen, en het omgaan met tegenslag en lijden.

Literatuur

- Adi, Y., Killoran, A., Janmohamed, K., & Stewart-Brown, S. (2007). *Systematic review of the effectiveness of interventions to promote mental wellbeing in children in primary education. Report 1: Universal approaches non-violence related outcomes*. NICE.
- Ahern, N.R., Kiehl, E.M., Sole, M.L., & Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 103-125.

- Aked, J., Marks, N., Cordon, C., & Thompson, S. (2008). *Five ways to well-being: A report presented to the Foresight Project on communicating the evidence base for improving people's well-being*. Centre for Well-being, NEF (the New Economics Foundation).
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory guide to health promotion. *Health Promotion International*, 11, 11-18.
- Balfour, K. (2007). *Evidence review: Mental health promotion*. British Columbia: Population health and wellness. Victoria, Canada: British Columbia Ministry of Health.
- Barry, M.M., Canavan, R., Clarke, A., Dempsey, C., & O'Sullivan, M. (2009). *Review of evidence-based mental health promotion and primary/secondary prevention*. Health Promotion Centre, National University of Ireland.
- Baxter, S., Goyder, L., Herrmann, K., Pickvance, S., & Chilcott, J. (2009). *Mental well-being through productive and healthy working conditions (Promoting well-being at work)*. Sheffield: School of Health and Related Research (SchARR).
- Bayingana, K., Demarest, S., Gisle, L., Hesse, E., Miermans, P., Tafforeau, J., & Van der Heyden, J. (2006). *Gezondheidsenquête België 2004*. Brussel: WIV.
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Steeneveld, M., Westerhof, G., & Walburg, J.A. (2013). Welbevinden: van bijzaak naar hoofdzaak? In E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof, & J.A. Walburg (Eds.), *Handboek positieve psychologie* (pp. 1-38). Amsterdam: Boom.
- Carver, C.S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models and linkages. *Journal of Social Issues*, 2, 245-266.
- Cattan, M., & Tilford, S. (2006). *Mental health promotion. A lifespan approach*. Open University Press, McGraw-Hill Education.
- De Roover, W. (2011). *Effectiviteitsreview geestelijke gezondheidsbevordering*. Brussel: VIGeZ.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., & Chan, M.Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health & Well-Being*, 3, 1-43.
- Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. (2008). *Final Project report – Executive summary*. London, UK: The Government Office for Science.
- Graveling, R.A., Crawford, J.O., Cowie, H., Amati, C., & Vohra, S. (2008). A review of workplace interventions that promote mental wellbeing in the workplace. *NICE Public health intervention guidance 12*. Edinburgh: Institute of Occupational Medicine.
- Helgeson, V., Reynolds, K., & Tomich, P. (2006). A meta-analytic review of benefit-finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797-816.
- Herrman, H., Saxena, S., & Moodie, R. (Eds.) (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Report of the World Health Organization in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Geneva, Switzerland: World Health Organisation.
- Horgan, Á., & Sweeney, J. (2009). Young students' use of the Internet for mental health information and support. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(2), 117-123.
- Huppert, F.A. (2004). A population approach to positive psychology: The potential for population interventions to promote well-being and prevent disorder. In P.A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 693-709). Hoboken, NJ: Wiley.
- Huppert, F.A. (2005). Positive mental health in individuals and populations. In F.A. Huppert, N. Bayliss, & B. Keverne (Eds.), *The science of well-being* (pp. 307-340). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Jané-Llopis, E., & Gabilondo, A. (Eds.) (2008). *Mental health in older people. Consensus paper*. Luxembourg: European Communities.
- Keyes, C.L.M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.

- Keyes, C.L.M. (2005a). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Keyes, C.L.M. (2005b). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 60, 95-108.
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., Ten Klooster, P.M., & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in the Dutch population. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 99-110.
- Metaforum (2010). *Het toenemend gebruik van psychofarmaca*. Visietekst 1 werkgroep Metaforum Leuven voorgesteld op symposium 5 maart 2010. KU Leuven (www.kuleuven.be/metaforum).
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C.D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychologica Inquiry*, 9, 1-28.
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Stevens, V., & Andriessen, K. (2011). *Visie van VIGeZ en de Vlaamse Logo's op Geestelijke Gezondheidsbevordering*. Brussel: VIGeZ.
- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Tennen, H., & Affleck, G. (2002). Benefit finding and benefit-reminding. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 584-597). New York, NY: Oxford University Press.
- Walburg, J.A. (2009). *Mentaal vermogen: investeren in geluk*. Amsterdam: Nieuw Amsterdam.
- Whittington, J., & Huppert, F. (1996). Changes in the prevalence of psychiatric disorder in a community are related to changes in the mean level of psychiatric symptoms. *Psychological Medicine*, 26, 1253-1260.
- Windle, G., Hughes, D., Linck, P., Russell, I., Woods, B. (2010). Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review. *Aging Ment Health*, 14(6), 652-669.

Personalia

Winnie De Roover is stafmedewerker geestelijke gezondheidsbevordering bij het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ) en klinisch psycholoog in bijberoep.
E-mail: Winnie.deroover@vigez.be.