

VK⁺ en P3

Vragenlijst over veerkracht en palliatieve activiteiten

Michael Portzky

Handleiding



AMSTERDAM · BERN · FIRENZE · GÖTTINGEN · HELSINKI · KØBENHAVN · OXFORD · PARIS · PRAHA · STOCKHOLM · WIEN

HOGREFE



VK⁺ en P³

Vragenlijst over veerkracht en palliatieve activiteiten

Handleiding

Michael Portzky

Hogrefe en de Hollandse meesters



De illustratie op de voorkant van deze handleiding heet *Winterlandschap met schaatsers*, en is van de hand van Hendrick Avercamp (1585-1634). Avercamp werd geboren in Amsterdam, maar groeide op in Kampen. Toen hij twaalf was, ging hij in de leer bij een tekenaar. Teken en schilderen waren voor hem een ideale manier om zich te uiten – hij was namelijk doofstom. Avercamp legde zich toe op het schilderen van ijsaferefen, waarschijnlijk omdat hij als kind regelmatig ging schaatsen met zijn ouders en hij zich op het ijs in zijn element voelde.

De ijsaferefen van Avercamp bieden een mooi gezicht op het menselijk leven. Er zijn honderden mensen op het ijs te vinden, velen voor hun vermaak, anderen zijn aan het werk of onderweg. Ook is er op dit tafereel een gevallen schaatser te zien – voor de meesten die wel eens geschaatst hebben helaas een herkenbare situatie! Kleine maar ook grotere tegenslagen horen nou eenmaal bij het leven. Zoals blijkt uit deze handleiding gaat het echter niet om wat iemand overkomt, maar hoe hij of zij daarmee omgaat: hoe snel iemand weer opstaat na een val, ofwel, hoe veerkrachtig iemand is.

Vormgeving: Annelies Bast, Amsterdam

© 2015 Hogrefe Uitgevers B.V., Amsterdam. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Artikelnummer: 5704602

Voorwoord

‘In life, unlike chess, the game continues after checkmate’

Isaac Asimov, *Fantastic Voyage II*, 1987

‘Het gaat niet om wat je overkomt, maar om de manier waarop je er mee omgaat’

Epictetus, 55-135 na Chr.

‘Meten is weten’: in 2008 de eerste regel van mijn voorwoord van de handleiding van de eerste gevalideerde en genormeerde Nederlandstalige vragenlijst om mentale veerkracht te meten. We zijn inderdaad sindsdien veel te weten gekomen. Er is heel wat in beweging gezet binnen de Nederlandstalige wetenschappelijke wereld, binnen de klinische wereld, de HR-sector, de sportwereld, en de penitentiaire sector. Voor elk van deze sectoren en specialiteiten zijn tal van boeiende studies opgezet waaruit relevante adviezen en resultaten voortkwamen. Resultaten die telkens weer aantoonde hoe ver de impact van persoonlijkheidseigenschappen als veerkracht en de daaruit volgende stressbestendigheid kunnen reiken – waarover later meer.

Desondanks was er ruimte voor verbeteringen op het gebied van het meten van mentale veerkracht. Bij het ontwikkelen van de VK⁺ was er de creatieve vrijheid om een vragenlijst te maken die een antwoord bood op de internationaal vaak geuite kritiek op de Resilience Scale en op mijn Nederlandse vertaling daarvan. Zo kon er ingespeeld worden op het commentaar dat de items allemaal in positieve formulering aangeboden werden, en dat sommige items bij betrouwbaarheidsanalyses wat zwakker presteerden.

Daarnaast kreeg ik uit de vele reacties van de gebruikers soms te horen dat men het jammer vond dat er om een suïciderisicotaxatie te maken uiteindelijk toch nog meerdere instrumenten nodig waren, zoals een combinatie van de veerkrachtschaal met een copingschaal en een hopeloosheidsmeetschaal. We voelden de wens bij gebruikers om één enkel instrument te hebben, dat aldus met een kleinere investering al die gebieden in kaart zou kunnen brengen. Dit vormde de aanleiding om items op te nemen in de VK⁺ over suïcidale ideatie, copingstijl en hopeloosheid, wat meteen ook de aanleiding was om de ‘plus’ in de benaming op te nemen. Om ervoor te zorgen dat deze veerkrachtschaal vooral stabielere kenmerken (*traits*) in kaart zou brengen en geen fluctuerende zaken (*states*, zoals een actuele depressie), werd besloten niet te vragen of men zich nu suïcidaal voelt, maar hoe men algemeen tegenover suïcidale gedachten staat. Hierdoor kan men met dit nieuwe instrument ook buiten een depressieve episode een goede inschatting van het suïciderisico kan maken.

Ten derde heeft de toegenomen ervaring met suïciderisicotaxatie, zowel binnen klinische en penitentiaire populaties als daarbuiten, mij en mijn collega's niet enkel steeds meer overtuigd van het verband tussen veerkracht en coping in brede zin, maar ook tussen veerkracht en het ‘palliatief handelen’ zoals geïntroduceerd werd in de Utrechtse Coping Lijst (Schreurs, Van de Willige, Brosschot, Tellegen, & Graus, 1993). Dit palliatief handelen gaat erover hoe iemand stress probeert te verminderen met activiteiten die de gedachten verzetten – hierdoor wordt deze activiteit als stressreducerend, ‘palliatief’ ervaren. In de praktijk van de residentiële psychiatrie bleek echter al snel dat de waaier aan stressreducerende, palliatieve activiteiten die in de UCL bevestigd wordt, schril afsteekt tegenover de vaak destructieve activiteiten die onze weinig veerkrachtige psychiatrische patiënten ondernemen bij stress en tegenslagen. Ze gaan ‘geen sigaretje roken’ of ‘een wandelingetje maken’, zoals in de UCL gevraagd wordt, maar glijden vaak af in zeer destructief gedrag als middelenmisbruik, automutilatie, tot uiteindelijk zelfs suïcidale planning. Hieruit kwam de noodzaak voort om een beter inzicht te kunnen krijgen in de waaier aan palliatieve activiteiten die iemand gebruikt om ‘de balans in evenwicht te houden’ en een tegengewicht te kunnen bieden tegenover de stress die het leven nu eenmaal soms oplevert. Zo ontstond Portzky's Palliatieve Pallet, ofwel de P³. Dit instrument is niet bedoeld om diagnoses mee te stellen of strikte normen voor te spiegelen (het is immers moeilijk te zeggen wat bijvoorbeeld een ‘normale’ frequentie zou zijn om te sporten of te lezen), maar om tendensen waar te nemen, eventueel klinisch relevante gedragingen op te sporen en desnoods therapeutisch te kunnen

bijsturen. Bij opvolgmomenten kan het gebruikt worden om in kaart te brengen of de gehoopte daling aan destructieve palliatieve activiteiten daadwerkelijk plaats heeft gevonden.

Gelet op de sterke correlaties die we vonden tussen veerkracht en het palliatieve pallet (paragraaf 4.5.2), alsook het feit dat beide instrumenten vaak samen gebruikt worden, werd uiteindelijk besloten om deze te bundelen in één enkele handleiding, wat voor de gebruikers een goedkopere oplossing biedt dan twee aparte instrumenten te moeten aanschaffen. De meerwaarde om beide instrumenten samen te gebruiken wordt niet enkel door ons onderschreven. Bij een openbare aanbesteding door de Vlaamse Federale Overheid werd ons project verkozen om online de mentale gezondheid van iemand in kaart te brengen, en 'risicopersonen die dringend baat hebben aan meer professionele begeleiding' te detecteren. Om deze reden vormen vanaf januari 2015 zowel de VK⁺ als de P³ het speerpunt van de vernieuwde *Fit in je hoofd-campagne* en website van de Vlaamse overheid, om advies en desnoods doorverwijzing op maat te kunnen bieden.

Na jaren werken als adviseur en docent inzake veerkracht en stress(weerbaarheid) kan ik stellen dat de reacties op de veerkrachtljst vrijwel steeds positief waren. De enige kritische vraag die ooit gesteld werd was of ik er geen morele problemen mee had dat (binnen een HR-context) iemand de kans op een baan zou kunnen verliezen op basis van ons instrument? Uiteraard kan ik mij geheel inleven in de teleurstelling van een sollicitant die naast een baan grijpt, om welke reden dan ook. In vele sectoren doen beide partijen, zowel werkgever als werknemer, er echter beter aan mensen met een al te grote kwetsbaarheid te beschermen tegen zichzelf en de veeleisendheid van een baan. Ik citeer hier Isaac Asimov: 'If knowledge can create problems, it is not through ignorance that we can solve them'. Dit geldt zowel voor betaalde als vrijwilligersfuncties. Zo weet ik door persoonlijke betrokkenheid dat meerdere instellingen die met vrijwilligers werken – bijvoorbeeld in de bejaardenzorg of begeleiding van terminale patiënten – al een screening met (o.a.) de VK⁺ hanteren, doorgaans in combinatie met de P³. Dit is voor veel instellingen reeds een standaardprocedure, omdat zij helaas hebben bemerkt dat goede intenties niet altijd opwegen tegen de stress van herhaalde confrontaties met verdriet, verlies, onmacht en dergelijke. Dit geldt nog sterker wanneer men eigenlijk zelf nog in een rouwverwerking zit van een eerdere gelijkaardige ervaring met een naaste. We begrijpen dat het voor goedbedoelende en enthousiaste kandidaten een grote teleurstelling moet zijn indien men na een screeningsprocedure 'geweigerd' wordt, zeker wanneer dit niet gekaderd wordt in een opvolggesprek. Het alternatief, iedereen laten beginnen en maar zien waar het schip strandt, is echter geen houdbare strategie op lange termijn – tenzij men op den duur evenveel tijd wil steken in de opvang van ingestorte vrijwilligers als in de hulpbehoevenden zelf. Ook bij betaalde functies getuigt een screening op de kwetsbaarheid mogelijks zelfs van een meer humane ingesteldheid, dan te zeggen dat 'als iemand niet meer mee kan, we wel iemand anders nemen'? Is dit dan een mensvriendelijke houding? Of gaat het eerder om de winst en de kostenbeperking, in de eeuwige strijd om (vooral) de aandeelhouders tevreden te houden? Het zal inderdaad steeds een ontgoocheling zijn om naast een job te grijpen, maar misschien zal deze ervaring makkelijker verwerkt zijn dan een burn-out. Ik hoop aldus met de VK⁺ en de P³ zowel de ervaren gebruikers van mijn vorige veerkrachtschaal als geheel nieuwe gebruikers voldoende inzicht te kunnen geven in de mentale veerkracht van een individu of groep, maar tevens extra inzichten te kunnen bieden in de suïcidaliteit, hopeloosheid en copingcapaciteiten van deze personen. Daarnaast hoop ik hen ook meer inzicht te bieden in het gehele palliatieve pallet waarmee een persoon de stressbalans in evenwicht tracht te houden, zowel positief als destructief. Hopelijk wordt meten nóg meer weten dan voordien, en kunnen de partijen aan beide zijden van de behandeltafel de vruchten plukken van deze inzichten.

Mijn eerste instrument werd opgedragen aan Maiwen, dit tweede en derde aan Malais en Moiyinthe. Als er ooit een vierde komt, zal papa weer aan de slag moeten...

Ten slotte wil ik Dr. Dick Bareld oprecht bedanken. Niet enkel voor zijn waardevolle inzichten en suggesties na zijn eerste psychometrische controles bij het bereiken van de eerste duizend proefpersonen, maar ook en misschien nog meer voor het aangename samenwerken met iemand die de ware academische geest en ingesteldheid bezit, en voor wie kennis iets is om te delen met anderen.

Michael Portzky
Gent, maart 2015

Inhoud

1	Theorie en achtergrond	7
1.1	Geschiedenis van het concept veerkracht	7
1.2	Veerkracht in relatie tot andere concepten	9
1.2.1	Innerlijke kracht	9
1.2.2	Depressie	9
1.2.3	Kans op suïcide	10
1.2.4	Burn-out en surmenage	10
1.2.5	Rouw en gecompliceerde rouw	12
1.2.6	Overige psychiatrische problemen	14
1.2.7	Slaagkansen in werksituaties	14
1.3	Geschiedenis van het concept palliatief handelen	14
1.4	Palliatief handelen in relatie tot andere concepten	15
1.4.1	Rouw en gecompliceerde rouw	15
1.5	Meetpretentie	16
1.5.1	Meetpretentie van de VK ⁺	16
1.5.2	Meetpretentie van de P ³	16
1.6	Doelgroep	16
1.6.1	Doelgroep van de VK ⁺	16
1.6.2	Doelgroep van de P ³	16
1.7	Toepassingen	17
1.7.1	Klinische toepassingen VK ⁺	17
1.7.2	Klinische toepassingen P ³	18
1.7.3	HR-toepassingen VK ⁺	19
1.7.4	HR-toepassingen P ³	19
1.7.5	Toepassingen in de sportwereld VK ⁺	19
1.7.6	Toepassingen in de sportwereld P ³	20
1.7.7	Onderzoekstoepassingen VK ⁺	20
1.7.8	Onderzoekstoepassingen P ³	20
2	Afname en scoring	21
2.1	Het testmateriaal	21
2.2	Verantwoord gebruik	21
2.3	Afname	21
2.4	Scoring	22
2.4.1	Ontbrekende antwoorden	22
2.4.2	Berekenen van de scores	22
3	Interpretatie	27
3.1	Toelichting normscores VK ⁺ en P ³	27

3.2	Interpretatie van de score op de VK ⁺	28
3.2.1	Hoge score	28
3.2.2	Lage score	28
3.3	Interpretatie van de scores op de P ³	29
3.3.1	Interpretatie van het visuele P ³ -profiel	31
3.3.2	Interpretatie individuele items	31
3.4	Relevante factoren bij interpretatie	36
3.5	Voorbeeldcasus: V.M.	37
3.6	Voorbeeldcasus: C.C.	40
4	Ontwikkeling en psychometrische gegevens	45
4.1	Ontwikkeling VK ⁺	45
4.2	Ontwikkeling P ³	45
4.3	Onderzoekssteekproeven	46
4.3.1	Nederlandse algemene populatie	46
4.3.2	Vlaamse algemene populatie	46
4.3.3	Psychiatrische patiënten	47
4.4	Betrouwbaarheid	48
4.4.1	Interne consistentie	48
4.4.2	Test-hertestbetrouwbaarheid	48
4.5	Validiteit	49
4.5.1	Interne structuur	49
4.5.2	Convergente validiteit	49
4.5.3	Criteriumvaliditeit	50
4.6	Normering	52
4.6.1	Verantwoording exclusiecriteria normgroepen	53
	Literatuur	55
	Over de auteur	59
	Bijlage A Normtabellen	61
	Bijlage B Resultaten factoranalyses	67

1 Theorie en achtergrond

1.1 Geschiedenis van het concept veerkracht

Naar schatting 50 tot 60 procent van de bevolking zal vroeg of laat een traumatische ervaring meemaken. Toch is de prevalentie van PTSS 'slechts' 7,8 procent (Russo, Murrough, Han, Charney, & Nestler, 2012). En allemaal zullen we vroeg of laat in het leven geconfronteerd worden met rouw door het verlies van dierbaren. Toch zal naar schatting 'slechts' 10 procent een gecompliceerde rouw doormaken (Prigerson et al., 2009). Wat maakt dat deze personen kwetsbaarder waren? Of wat maakte dat de andere personen net niet ten prooi vielen aan een PTSS, gecompliceerde rouw, of depressie? De laatste jaren zijn steeds meer mensen deze vraag op een wetenschappelijke manier gaan stellen en heeft dit onderzoeksdomein steeds meer aan belang gewonnen.

Er is zonder enige twijfel een lange weg afgelegd sinds de introductie van de eerste Nederlandstalige veerkrachtvragenlijst. Binnen bepaalde kringen was er toen nog heel wat argwaan tegenover het concept veerkracht. Niet zelden werden artikels rond veerkracht en aanverwante zaken zoals burn-out resoluut geweigerd door psychiatrische tijdschriften, met als reden dat dit geen psychiatrisch onderwerp was of niet in de DSM stond.

De afgelopen jaren is dit sterk veranderd. Hiervoor zijn drie mogelijke oorzaken te noemen. Ten eerste bood een gevalideerd Nederlandstalig instrument heel wat nieuwe mogelijkheden voor onderzoek naar mentale veerkracht en de mogelijke relaties met tal van andere persoonlijkheidskenmerken. Dit bood tal van vernieuwende of bevestigende inzichten, niet zelden met ook therapeutische gevolgen of handvatten. Zo heeft de vaststelling dat veerkracht op de lange termijn de betrouwbaarste voorspeller is voor een suïcidepoging ertoe geleid dat steeds meer instellingen veerkrachtsmetingen zijn gaan gebruiken om een suïciderisicotaxatie te maken of om het opvolgbeleid na residentieel ontslag mede te bepalen. Ook de vaststelling dat veerkracht hoogst significant correleerde met de kans op een burn-out, en het feit dat veerkracht de betrouwbaarste voorspeller was voor absentisme en 'intention to leave the job', zal bijgedragen hebben tot het frequentere gebruik van veerkrachtschalen bij wervings-situaties. Deze nieuwe bevindingen zullen zeker bijgedragen hebben tot een nieuwe instroom aan wetenschappelijke inzichten en artikelen.

Een tweede verklaring is dat ook de meer prestigieuze tijdschriften hun oorspronkelijk afwijzende of afwachtende houding bijgesteld hebben. We denken bijvoorbeeld aan het 'Stress and Resilience'-nummer van Nature in oktober 2012 (Vol. 490, no. 7419, p. 137-304). Veerkracht wordt door wetenschappers steeds vaker op een medische en biologische manier bekeken, en toegewezen aan medische of neurobiologische markers. Het ontbreekt hier aan de ruimte om al deze inzichten te behandelen, maar een kort overzicht is wel op zijn plek – al was het maar om een beeld te geven van de laatste stand in de 'nature versus nurture'- of 'trait versus state'-discussie te kunnen inschatten. In Tabel 1.1 geven we een korte samenvatting van de huidige kennis over de genetische correlaties met veerkracht en stressgevoeligheid.

Deze nieuwe inzichten, die ongetwijfeld in de komende jaren nog aangevuld zullen worden, vergroten in ieder geval de waarschijnlijkheid dat veerkracht eerder gezien dient te worden als een stabiel persoonlijkheidskenmerk (*trait*) met sterke genetische bepaling. Daarbij lijkt het erop dat vroegkinderlijke ervaringen zoals verwaarlozing of geweldpleging eveneens blijvende veranderingen kunnen triggeren in iemands niveau van veerkracht. De bedenking dat de twee personen waarmee je jouw genetische materiaal deelt – je ouders – ook degenen zijn die vaak een van de grootste stempels op die vroegkinderlijke ervaringen drukken, maakt de zuivere afbakening in de 'nature versus nurture'-discussie misschien af en toe wat artificieel. Wel lijkt dit te verklaren waarom de vroegkinderlijke

Tabel 1.1 Genetische achtergrond van veerkracht

Aan veerkracht gerelateerd gen	Invloed
Neuropeptide Y gen (NPY)	Toegenomen gevoeligheid voor angststoornissen na tegenslagen in de jeugd (Donner et al., 2012)
CHR receptor 1 gen (CRHR1)	Beïnvloedt de kans op de ontwikkeling van depressieve symptomen bij volwassenen na misbruik tijdens de jeugd (Bradley et al., 2008)
FK506-bindings proteïne 5 gen (FKBP5)	Beïnvloedt de ernst van PTSS-symptomen en ontstaan van depressie bij personen met jeugd-trauma (Binder et al., 2008; Zimmerman et al., 2011)
Catechol-O-Methyltransferase gen (COMT)	Beïnvloedt het risico op de ontwikkeling van PTSS en tekortkomingen in stresshantering en emotionele veerkracht (Heinz & Smolka, 2006; Skelton, Ressler, Norrholm, Jovanovic, & Bradley-Davino, 2012)
Dopamine Transporter gen (DAT1)	Beïnvloedt het risico op ontwikkeling PTSS bij voorgeschiedenis van trauma (Segman et al., 2002)
Dopamine Receptor gen (DRD2, DRD4,...)	Beïnvloedt de mogelijkheid om adequaat emoties te verwerken, en de variabiliteit in respons van het brein op emotionele gebeurtenissen. Beïnvloedt tevens de kwetsbaarheid voor stress en trauma en de kans op ontwikkeling PTSS (Blasi et al., 2009; Ptacek, Kuzelova, & Stefano, 2011)
Serotonine Transporter Promoter gen (5-HTTLPR)	Kort type allel geassocieerd met hogere stressgevoeligheid en risico tot ontwikkeling van depressie bij blootstelling aan hevige stress, vooral op jongere leeftijd (Karg, Burmeister, Shedden, & Sen, 2011)
Serotonine Receptor genen (HTR1A, HTR3A, HTR2C, enz.)	Beïnvloedt de stressrespons en de gevoeligheid voor depressie (Gatt et al., 2010; Kim et al., 2011; Brummet et al., 2012)
Brain-derived Neurotrophic Factor gen (BDNF)	Beïnvloedt samen met stress in de vroege jeugd de kans op syndromale depressie en angst (Frustaci, Pozzi, Gianfagna, Manzoli, & Boccia, 2008; Gatt et al., 2009)

omgeving en ervaring vaak zulke diepe sporen op iemands ontwikkeling kan achterlaten. Niet verwonderlijk dus dat er duidelijke correlaties gevonden worden tussen veerkracht en de hechting tussen ouder en kind (Karreman & Vingerhoets, 2012)

Een derde verklaring voor de toegenomen (wetenschappelijke) interesse in het concept veerkracht ligt vermoedelijk in het groeiende besef van de gigantische kostprijs die een zwakke veerkracht of hogere kwetsbaarheid met zich mee kunnen brengen. Deze kostprijs geldt zowel op individueel als maatschappelijk niveau, en kent rechtstreekse oorzaken zoals depressie of suïcide, en meer verscholen oorzaken zoals absentieïsme, middelengebruik. Deze kostprijs wordt vaak figuurlijk (lees psychisch) bedoeld, maar ze kan ook in financiële termen uitgedrukt worden. Zo werd berekend aan het Universitair Ziekenhuis Gent dat de gemiddelde kostprijs van een suïcidepoging op meer dan 200.000 euro ligt, gebaseerd op kosten voor hospitalisatie, doktersvisites en absentieïsme op het werk als gevolg (Verschraegen, 2007). Deze berekening, gecombineerd met de vaststelling dat er in 2012 in België maar liefst 15 procent meer zelfdodingen op het spoor plaatsvonden (De Gentenaar, 11 juni 2013), wat zich vertaalt in 200 pogingen, 102 doden, 1260 uur vertraging en een geraamd financieel verlies voor de NMBS van meer dan 500.000 euro, geeft aan dat de financiële kosten astronomische proporties aannemen. Dit is echter slechts een fractie van de totale kosten. De gezondheidseconoom Lieven Annemans (2013) van de Universiteit Gent schat bijvoorbeeld de maatschappelijke kostprijs van alcoholmisbruik in België op een ontvullende 4,2 miljard euro. Maar ook andere gegevens, waaraan soms moeilijker een exact kostenplaatje kan gekoppeld worden, zijn zorgwekkend. Een recente studie stelt dat personen met een psychische stoornis ongeveer 75 procent méér dagen per jaar niet of minder goed kunnen functioneren op de werkvloer dan personen zonder psychische stoornis. Op maatschappelijk niveau schat men zelfs dat 34 procent van alle dagen dat er minder of niet gefunctioneerd wordt, met psychiatrische stoornissen te maken heeft. Op de werkvloer zou de productiviteit tot wel 38 procent verlaagd worden door aan psychiatrische stoornissen gerelateerd absentieïsme en presenteïsme. Vooral de depressieve stoornis wordt hierbij genoemd als oorzaak (Bruffaerts et al., 2013). Het zo adequaat mogelijk kunnen inschatten van de kwetsbaarheid voor dergelijke episodes, en de vroege opvang en indien mogelijk zelfs preventie ervan lijken dus meer dan ooit

een maatschappelijke relevantie te hebben. En dit geldt aan beide kanten van de behandelafel! Een recente studie die peilde naar de prevalentie van burn-out, depressie en suicidale ideaties bij artsen, in dit geval anesthesisten, leverde onthutsende resultaten op. Maar liefst 41 procent scoorde positief op een actuele burn-out, en 22 procent op een actuele depressie, en 50 procent had een verhoogd risico op burn-out of depressie. De cijfers waren zo verrassend dat de auteurs zelfs de vraag stelden of deze situatie de veiligheid en kwaliteit van de zorg niet in het gedrang brengt (De Oliveira et al., 2013).

Het meten/weten van veerkrachtwwaarden biedt een therapeutisch handvat, zeker in combinatie met andere tools. Zo kan men bijvoorbeeld bij opvolgcontacten met de P³ meten of het aansturen op meer positieve palliatieve activiteiten en minder destructieve palliatieve activiteiten al resultaten opleverde of niet. Op deze manier krijgen we ook steeds meer tools om actief aan '*resilience enhancement*' ofwel veerkrachtversterking te doen binnen de therapeutische sector. Hopelijk worden veerkrachtwwaarden en inzichten in het palliatieve pallet hierdoor niet de zoveelste cijfertjes in een verslag waar verder niks mee gedaan wordt, maar aanknopingspunten waarmee de kwetsbaarheid en zelfredzaamheid beter ingeschat wordt – met een beter behandelplan en vervolgtraject tot gevolg. Het is verbazingwekkend te zien hoe psychiatrische intramurale patiënten soms overschat worden in hun draagkracht en zelfredzaamheid omdat ze telkens weer beoordeeld worden vanuit hun functioneren op een beschermende en goed gestructureerde afdeling. Maar hoe lang zal het goed blijven gaan na ontslag, wanneer iemand weer de confrontatie moet aangaan met de abusieve echtgenoot of de pestende collega's op het werk? Op zulke momenten blijkt veerkracht een fenomenale meerwaarde te hebben voor het inschatten van iemands sterktes, maar ook diens zwaktes en kwetsbaarheden.

1.2 Veerkracht in relatie tot andere concepten

Om het concept veerkracht zo goed mogelijk te plaatsen binnen het psychische en psychiatrische veld, lichten we de relatie tussen veerkracht en enkele andere concepten nader toe.

1.2.1 Innerlijke kracht

Tot dusver hebben we veerkracht vooral bekeken als een onderwerp dat steeds meer op zichzelf bestudeerd wordt. Door sommige auteurs wordt veerkracht echter gezien als een aspect van een groter geheel, dat ze '*inner strength*' of 'innerlijke kracht' noemen (Lundman et al. 2012). Deze innerlijke kracht of sterkte zou bepaald worden door je *veerkracht*, je gevoel van *coherentie* (de mate waarin je het leven als begrijpelijk, hanteerbaar en beïnvloedbaar en als betekenisvol ervaart), je *doelgerichtheid* in het leven, en je mate van *zelftranscendentie*. In onderzoek van Nygren en anderen (2005) rapporteerden oudere personen met een hogere innerlijke kracht een betere fysieke gezondheid (bijvoorbeeld lagere prevalentie van hartproblemen), een betere psychische gezondheid (bijvoorbeeld lagere prevalentie van depressie) en meer bevredigende sociale contacten met anderen. Om deze redenen pleitten de auteurs dan ook voor versterking en ondersteuning van innerlijke kracht binnen geriatrische en psychogeriatrische zorg.

Naast de veerkracht van de patiënt zelf, blijkt ook de veerkracht van de familiale omgeving van belang. In een Brusselse *pilot study* wilde men nagaan in hoeverre de veerkracht van een persoon bijdroeg tot de beslissing om over te gaan tot opname in een woon- en zorgcentrum. Als consultant gaf ik echter het stringente advies om ook de veerkracht van de familiale leefomgeving van de bejaarde te meten. De eerste resultaten van deze studie bevestigden al snel de meerwaarde om dit te doen. Duidelijk was dat hoe lager de veerkracht van het familiale systeem, hoe sneller men aandrong op een plaatsing, omdat men de zorg als te belastend ervoer. Dus niet enkel de veerkracht van het individu bepaalt het moment waarop men om zorgt vraagt, ook de veerkracht van degenen in zijn/haar omgeving.

1.2.2 Depressie

Zoals eerder in dit hoofdstuk beschreven, slaagt de neurowetenschap er steeds meer in om genetische markers te vinden voor zowel kwetsbaarheid voor stress en depressie, als voor veerkracht en draagkracht. Deze genetische invloed verklaart grotendeels waarom we veerkracht met steeds meer zekerheid als een stabiele *trait* mogen beschouwen, en niet als een fluctuerende *state*. Dit verklaart ook waarom voormalig depressieve patiënten die

tijdens hun depressie lage veerkrachtswaarden hadden, ook na het opklaren van hun depressie nog steeds lage waarden bleken te hebben. Het is dus waarschijnlijk dat hun veerkracht niet verlaagd werd door de depressie, maar dat hun lage veerkracht hun kwetsbaarheid voor depressie verhoogd heeft. Dit komt overeen met mijn eerdere bevinding, dat fysieke ziekte je veerkracht niet zal beïnvloeden, maar je veerkracht wel sterk zal bepalen hoe je met die ziekte zal omgaan (Portzky, 2008).

Als we kijken naar data die reeds in de klinische praktijk verzameld wordt met de VK⁺, zien we dat de eerdere bevinding dat de cluster Stemningsstoornissen qua veerkracht tot de laagst scorende groepen behoort (Portzky, 2008), nog steeds overeind blijft. Ook nu met de VK⁺ stellen we vast dat de patiënten die met een (depressieve) stemmingsstoornis als aanmeldingsklacht opgenomen worden vaak beduidend lager scoren op de veerkrachtschaal, zelfs in vergelijking met andere psychiatrische groepen. Als we bijvoorbeeld kijken naar de preliminaire data van een groep van 103 personen die binnen het Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge depressie als hoofd-diagnose kregen, zien we dat deze groep een gemiddelde totaalscore van 58 heeft op de VK⁺, wat alweer lager is dan het gemiddelde van de residentieel psychiatrische groep (59) die in Hoofdstuk 4 besproken wordt.

We kunnen dus met ruime mate van zekerheid stellen dat mensen met een lagere veerkrachtscore kwetsbaarder zijn voor het ontwikkelen van een depressie, en dat deze lage(re) veerkrachtscore stabiel is, dus niet louter tijdens de depressieve episode verlaagd is. Deze kwetsbaarheid geldt zowel voor eenmalige episodes, recidieve episodes, als de *Persistent Depressive Disorder* ofwel de voormalige dysthyme stoornis.

1.2.3 Kans op suïcide

Uit verschillende onderzoeken blijkt veerkracht een voorspeller voor suïcidepogingen. Zo bleek uit de resultaten van 243 eetstoornispatiënten (in een nog ongepubliceerd eigen onderzoek) niet alleen dat veerkrachtwaarden een betere voorspeller waren voor de therapeutische slaagkansen dan de BMI-waarde bij aanmelding, maar ook dat de veerkrachtwaarden samen met de Beck Depression Inventory (BDI-II) de enige betrouwbare voorspellers waren van een suïcidepoging. Gelet op het feit dat de BDI een zeer stategevoelige vragenlijst is, en de score op die schaal na het opklaren van de depressie weer genormaliseerd zal zijn, kan geconcludeerd worden dat de veerkrachtwaarden de meest stabiele voorspeller van een suïcidepoging is.

Ook uit de data van 406 hoogsensitieve personen die verderop in deze handleiding wordt gepresenteerd bleek deze correlatie aanwezig. Deze groep scoorde reeds beduidend lager dan de controlegroep (een gemiddelde op de VK⁺ van 72 voor de HSP-groep versus 80 voor de controlegroep), maar de subgroep die eerder een of meerdere suïcidepogingen had ondernomen (maar liefst vijftien procent) bleek nóg lager te scoren dan de subgroep die geen poging achter de rug had.

Ten slotte bleek ook uit het normeringsonderzoek voor deze handleiding een hoogst significante negatieve correlatie tussen de totale score op de VK⁺ en suïcidepogingen: hoe hoger de veerkrachtscore, hoe lager de kans dat iemand een of meerdere suïcidepogingen had ondernomen (zie paragraaf 4.5.3).

Uiteraard dient het risico op een suïcidepoging bij een lage veerkrachtscore nog hoger ingeschat te worden indien de cliënt aangeeft al een eerdere poging te hebben ondernomen, daar dit nog steeds de meest betrouwbare statistische voorspeller blijkt te zijn op een nieuwe poging. Verdere factoren die de kans op een suïcidepoging vergroten zijn o.a. middelenmisbruik, een ontbrekend sociaal netwerk, een recente toename in destructieve palliatieve activiteiten.

1.2.4 Burn-out en surmenage

Burn-out is volgens Maslach en Jackson (1986) 'a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment that can occur among individuals who do 'people work' of some kind'. Burn-out heeft dus drie dimensies: emotionele uitputting, depersonalisatie en (een gevoel van) verminderde persoonlijke bekwaamheid. Het is niet verwonderlijk dat deze drie dimensies terugkomen in de Utrechtse Burn Out Schaal (UBOS, Schaufeli & Van Dierendonck, 2000), vermoedelijk het meest gebruikte Nederlandstalige instrument om burn-out mee te meten. Zoals ook het begrip veerkracht een hele weg heeft afgelegd de afgelopen jaren, kan ook van de inzichten omtrent burn-out gezegd worden dat ze de afgelopen jaren verder ontwikkeld zijn en wellicht zelfs nog verdere verfijning kunnen gebruiken. Zo suggereert recentere literatuur dat burn-out niet meer gezien zou moeten worden als een alles-of-nietsfenomeen, maar als één kant van een continuüm – met aan de andere

kant de nieuwere term ‘bevlogenheid’ met kenmerken als energie, betrokkenheid en competentie (Maslach & Leiter, 1997). Door mijn eigen affiliatie bij correlatiestudies tussen burn-out en mentale veerkracht, waardoor ik steeds vaker betrokken werd bij de vervolghandeling van burn-outpatiënten, onderschrijf ik deze verfijning. Sterker nog, ik zou zelfs willen stellen dat er wellicht ‘types’ onder de burn-outpatiënten onderscheiden kunnen worden, waarover dadelijk meer. Toch blijft het verleidelijk om te stellen dat er bij burn-outpatiënten waarschijnlijk sprake is van een lagere veerkracht, zeker gezien de duidelijke correlaties die gevonden werden tussen burn-out (gemeten met de UBOS) en veerkracht (gemeten met de Nederlandse versie van de *Resilience Scale*, de RS-nl; Portzky, 2008). Deze resultaten duiden erop dat personen met een hogere veerkracht minder snel emotionele uitputting zullen ervaren, minder snel depersonalisatie zullen vertonen binnen het werk en de omgang met anderen, en meer gevoel van persoonlijke bekwaamheid zullen ervaren, alsook dat zij meer overtuigd zullen zijn van de waarde van de taken die ze verrichten.

Deze resultaten zijn des te opmerkelijker wanneer we kijken tot welke andere werkgerelateerde situaties lage veerkracht kan leiden. Zo bleek dat lagere veerkracht tevens een statistisch betrouwbare voorspeller bleek te zijn voor absentisme (Meeusen, 2010). De respondenten met de hoogste waarden op absentisme lieten zelfs veerkrachtwaarden zien die eerder binnen het bereik van de residentiële psychiatrische groep vielen. In deze studie bleek veerkracht ook de enige statistisch significante voorspeller te zijn voor ‘intention to leave the job’, met een positieve correlatie. Mensen met een hogere veerkracht zullen dus makkelijker de moed kunnen opbrengen om te veranderen indien ze niet langer tevreden zijn. Omgekeerd betekent dit dat personen met een lage veerkracht niet zo snel van baan zullen durven veranderen wanneer zij niet tevreden zijn. Dit kan frustraties en gevoelens van hopeloosheid doen toenemen, die op hun beurt weer kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van een burn-out. Daarnaast werd in een Nederlandse studie (Van Os, 2007) nog bekeken of er een correlatie was tussen veerkracht en het gevoel van taakbelasting. Met andere woorden: zorgt hogere veerkracht ervoor dat iemand het werk mentaal minder belastend vindt? Dit bleek niet zo te zijn. Personen met een hogere veerkracht vonden het werk niet minder belastend, maar zij lijken deze belasting wel beter te kunnen dragen. Niet onbelangrijk hierbij was de vaststelling dat hoeveel iemand klaagt over de werksituatie niet gerelateerd is aan de mate van veerkracht. Veerkrachtige mensen kunnen dus evenzeer klagen over het werk als minder veerkrachtige personen.

Zoals gezegd ben ik de laatste jaren door mijn betrokkenheid bij veerkrachtstudies steeds vaker in contact gekomen met personen die zonder enige twijfel aan een burn-out lijden, maar die juist eerder het prototype zijn van een hoog veerkrachtige persoon. Omdat deze personen langdurig over hun eigen grenzen gingen om toch te blijven presteren, werd hen uiteindelijk toch de spreekwoordelijke rekening gepresenteerd. Vaak zijn het net die personen die zo snel mogelijk weer aan het werk willen, vanuit de overtuiging ‘dat men niet zonder hen kan’ of uit angst voor wat anderen van hen zouden kunnen denken. Helaas heeft dat maar al te vaak het gevolg dat zo iemand veel te snel weer aan het werk gaat, terwijl het lichaam er nog helemaal niet klaar voor is – met de onvermijdelijke terugval als gevolg.

Met andere woorden: we zouden kunnen stellen dat er naast het klassieke burn-outprofiel van de mentaal kwetsbare persoon met een lage veerkrachtscore (de groep die in bovengenoemde studie ongetwijfeld gezorgd heeft voor de hoge correlatie tussen de scores op veerkracht en de UBOS), misschien ook een ‘streberig burn-outprofiel’ bestaat. Personen die aan dit laatste profiel voldoen, leggen de lat zeer hoog voor zichzelf, delegeren weinig, en worden door de werkomgeving vaak gezien als iemand die nooit een burn-out zou krijgen. Het is dus niet altijd zo dat mensen met een burn-out lage veerkrachtwaarden zullen vertonen, en omgekeerd bieden hoge veerkrachtwaarden niet per definitie bescherming tegen een burn-out.

Wat de terminologie betreft, kan er overigens opgemerkt worden dat ‘surmenage’ de voorkeur heeft boven burn-out, een term die de indruk wekt dat er altijd sprake is van een werkgerelateerd probleem. Vaak worden patiënten doorverwezen omdat er sprake lijkt van een burn-out op het werk, maar blijkt na de intake dat de spreekwoordelijke druppel eigenlijk binnen de privésfeer is gevallen. Vaak blijkt zelfs dat de patiënten eigenlijk het liefst terug naar het werk zouden gaan, en geven ze aan dat ze best nog wel konden omgaan met de stress op het werk als ze de problemen binnen de privésfeer er niet nog bovenop hadden gekregen. Indien een dergelijke patiënt met de aanmeldingsklacht burn-out doorverwezen wordt, wordt door behandelaars de oorzaak vaak automatisch binnen de werksfeer gezocht. Dit kan ertoe leiden dat stressoren binnen andere domeinen van het leven niet voldoende verkend worden.

Tabel 1.2 Correlatie tussen VK⁺ en subschalen UBOS, lopende studie op voorlopig 87 proefpersonen

	Emotionele uitputting	Depersonalisatie	Persoonlijke bekwaamheid
VK ⁺ totaalscore	-.62***	-.56***	.67***

***= $p \leq .001$

Wat de correlatie tussen de VK⁺ en burn-out betreft, zijn er enkel preliminaire gegevens beschikbaar van een lopende studie (zie Tabel 1.2). Ondanks het nog kleine aantal proefpersonen lijken deze resultaten de tendens te bevestigen die werd gezien bij de RS-nl (Portzky, 2008).

Sommige specialisten wijzen er op dat naast absentisme ook presenteïsme een groot probleem kan zijn: de situatie waarbij iemand net te veel uren op het werk aanwezig is, of nog steeds komt werken terwijl die persoon volgens objectieve criteria al ziek te noemen is. Helaas zijn er weinig tot geen instrumenten om presenteïsme in kaart te brengen. Het is niet ondenkbaar dat ook voor dit fenomeen een correlatie met veerkrachtwaarden geldt, waarbij personen met lagere veerkrachtwaarden bijvoorbeeld vermijden ziek thuis te blijven uit angst voor de reactie van de werkgever. Hopelijk zal er in de toekomst ook gericht onderzoek uitgevoerd worden naar deze specifieke wisselwerking.

1.2.5 Rouw en gecompliceerde rouw

Met de komst van de DSM 5 zijn de begrippen rouw en gecompliceerde rouw in een heuse discussiestorm terecht gekomen. Tot en met de DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) werd rouw als exclusiecriteria gehanteerd bij de diagnose van Depressie; het advies was om niet de diagnose depressie te stellen indien er zich binnen twee maanden een verlies van een dierbare had voorgedaan en de waargenomen klachten als een rouwreactie gezien konden worden. Depressieve klachten dienden langer dan twee maanden te duren of 'extreem ernstig' te zijn om de diagnose depressie te kunnen rechtvaardigen. Indien men besloot dat het eerder om een rouwreactie ging, kon men gebruik maken van de V-code rouwreactie. Zo kon men er toch voor zorgen dat er voldoende aandacht zou zijn voor deze bijkomende reden tot zorg, maar werd er tevens een poging gedaan om normale reacties op het verlies van een dierbare niet te overpathologiseren.

Volgens sommige critici impliceerde dit echter dat een normale rouw per definitie na twee maanden zou afnemen, wat uiteraard niet strookt met de realiteit! Hoewel normale rouw inderdaad relatief snel in intensiteit afneemt, zal ze bij de meerderheid van de mensen zeker een zestal maanden in beslag nemen (Shear et al., 2011), tot mogelijk zelfs één à twee jaar (Mancini & Bonanno, 2006). Dit zou het schrappen van dit exclusiecriteria inderdaad rechtvaardigen. Anderzijds wezen enkele auteurs erop dat medicamenteuze behandeling van ernstigere rouwverschijnselen binnen die eerste twee maanden, zoals men ook een depressie zou behandelen, toch positieve effecten liet zien op zowel de depressieve symptomen als, in mindere mate, de rouwsymptomen (Zisook et al., 2001; Fagiolini et al., 2006; Hensley, Slonimski, Uhlenhuth, & Clayton, 2009). Dit suggereert dat het als minder ernstig beschouwen van deze zeer uitgesproken reactieve verschijnselen (omdat het geen depressie zou zijn, maar enkel een rouwreactie) een verkeerd signaal zou zijn, en in zekere zin voor onnodig (want behandelbaar) lijden zou kunnen zorgen. In de DSM 5 is rouw weggelaten als exclusiecriteria bij depressie (American Psychiatric Association, 2013). Rouw haalde het wel tot Deel 3 van de DSM 5, waarin onder meer stoornissen werden opgenomen die verder onderzocht dienen te worden. Rouw werd hierin opgenomen als '*Persistent complex bereavement related disorder*'.

Hoe rouw dan ook geclassificeerd wordt in de DSM, zowel het abnormaal lang aanhouden van klachten of blijven hangen in bepaalde rouwfases alsook het ondergaan van zeer uitgesproken en ernstige symptomen zijn voldoende om extra alertheid aan te bevelen bij diegenen die een verhoogd risico hebben. Dit advies wordt versterkt door de vele auteurs die er op wijzen dat de additionele stress die deze rouwgerelateerde klachten met zich mee brengen op zich al voldoende zijn om andere psychiatrische klachten te doen ontstaan, erger te maken of in stand te houden (Shear et al., 2006). Gezien het feit dat we uiteindelijk allemaal vroeg of laat met rouw te maken zullen krijgen, en dat naar schatting tien procent een gecompliceerde rouw zal doormaken (Prigerson et al., 2009), is het aantal personen dat op een zeker moment tijdens de levensloop baat zou hebben om zo snel mogelijk geholpen te worden angstvallig groot. Het is dus de moeite om te kijken of er mogelijkheden zijn om deze '*at risk*' personen beter te kunnen detecteren.

Of men veerkracht nu beschouwt als een op zich staande persoonlijkheidstrekk, of als een deel van een groter geheel dat men innerlijke kracht noemt (Lundman et al., 2012), het is niet verbazingwekkend dat tal van auteurs wijzen op het verband tussen veerkracht en de wijze waarop iemand een rouwperiode zal doormaken. Belangrijk hierbij is dat een normale of hogere mate van veerkracht zeker niet impliceert dat de persoon geen enkele reactie zal vertonen op het verlies. Ook de veerkrachtige persoon kan een dip hebben, alleen is die minimaal in vergelijking met de totale ontreding en hopeloosheid die de weinig veerkrachtige persoon al snel zal ervaren. De veerkrachtige persoon is ook in staat om te kunnen blijven functioneren, zelfs ondanks het verlies (Bonanno, Keltner, Holen, & Horowitz, 1995). En hoewel tot 75 procent van de bevroegde veerkrachtige personen duidelijke momenten van intens gemis rapporteerde, vertoonde amper de helft van de groep klinisch depressieve tekenen (Bonanno et al., 2002). Als ze al depressieve tekenen vertoonden (zoals intrusieve gedachten die moeilijk stopgezet kunnen worden) gebeurde dit vooral in de eerste maand. Dit suggereert dat ze ook sneller vooruitgang boekten in hun verwerking.

Sommige critici geven aan dat deze schijnbare onverstoortbaarheid slechts een schijnfase zou zijn, voordat de werkelijke 'klop van de hamer' zou komen, en dat het dus om uitgestelde rouw zou gaan. Dit bleek doorgaans niet het geval te zijn, slechts in twee à drie procent van de gevallen leek er sprake te zijn van uitgestelde rouwtekenen (Bonanno, Moskowitz, Papa, & Folkman, 2005). Uitgestelde rouw bleek wel vaker voor te komen (vijf tot tien procent) wanneer het slachtoffer was blootgesteld aan een zeer traumatische ervaring, waarbij er dan ook meestal eerder sprake was van een PTSS.

In hun onderzoek toonden Bonanno en collega's aan dat veerkrachtige personen die goed door een traumatische ervaring heen waren gekomen, door hun omgeving ook al vóór die ervaring als meer aangepast en veerkrachtiger werden bestempeld (Bonanno et al., 2005). Veerkracht werd dus niet louter gevormd door deze ervaring, maar was al daarvoor aanwezig of werd hooguit versterkt door de ervaring. Zo werd ook aangetoond dat soldaten die in de oorlog succesvol zeer zware gevechtssituaties hadden meegemaakt nog veerkrachtiger en minder hulpeloos geworden waren in het latere leven dan soldaten die minder gevechtservaringen meegemaakt hadden (Elder & Clipp, 1989). Dit is tevens een weerspiegeling van wat er in de intramurale psychiatrische zorg zo vaak voorkomt. Veel mensen zullen de therapeutische interventies om de veerkracht te versterken helaas niet volhouden, en tegen het advies in opstappen vóór het einde van de interventie.

Uiteindelijk stelden Bonanno en collega's (Bonanno, Wortman, & Nesse, 2004) ook de vraag hoe laag en hoog veerkrachtige personen nu precies verschilden wat betreft het dagelijks functioneren en de verwerkingsstijl in de rouwperiode. Hun herhalingsonderzoek suggereerde drie duidelijke verschillen: ten eerste vonden veerkrachtige personen het veel heilzamer om te kunnen praten over of denken aan de verloren persoon. Ten tweede leek er bij de veerkrachtige personen ook minder spijt te zijn over hoe ze met de overledenen omgegaan waren of om wat ze nog hadden moeten of kunnen doen. Ten derde bleken de veerkrachtige personen veel minder te zoeken naar een 'verklaring' of 'zinnigheid' in de dood van de geliefde. Volgens de fases van Kübler-Ross zou dit kunnen betekenen dat veerkrachtige veel minder lang in de ontkenings- of onderhandelfase blijven hangen, en sneller heroriënteren en accepteren.

Om al deze redenen is een veerkrachtmeting aan te bevelen om het risico op een gecompliceerde rouwverwerking sneller te kunnen inschatten. Uiteraard gelden ook bij de relatie tussen rouw en veerkracht de bevindingen die eerder al genoemd werden; zo werden er bijvoorbeeld verbanden gevonden tussen veerkrachtscores op de RS-nl en de ernst en aard van psychiatrische problematiek. Vooral patiënten die gediagnosticeerd waren met stemmingsstoornissen behoorden tot de meest kwetsbare groep, maar ook de groepen autismespectrumstoornissen, schizofrenie, eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen bleken wat veerkracht betreft kwetsbare pathologieclusters te zijn (Portzky et al., 2008). Hieruit volgt de aanbeveling dat wanneer een cliënt al eerder één van deze diagnoses heeft gekregen en een significante verlieservaring heeft, er een meer stringente opvolging nodig kan zijn. In dat verband kunnen we trouwens niet genoeg herhalen hoe stabiel veerkrachtscores zijn, en hoe ongevoelig ze zijn voor episodes zoals rouw of depressie. Zo hebben wij in de klinische praktijk bijvoorbeeld gezien dat patiënten die ooit tijdens een depressieve periode een zeer lage veerkrachtscore bleken te hebben, na opklaring van deze depressie dezelfde lage waarden hadden. Wie dus na een dergelijke depressieve episode een verlieservaring meemaakt, ook al is dat tien jaar later en is er geen depressie meer geweest, kan dus nog steeds een verhoogde kwetsbaarheid hebben om gecompliceerde rouw te ontwikkelen, zeker wanneer er bijvoorbeeld

weinig beschermende factoren (zoals een goed sociaal netwerk) zijn, en wel destructieve factoren (zoals middelengebruik).

Kortom, daar waar sommigen waarschuwen dat er een groter risico op gecompliceerde rouw zou zijn bij een bepaald type stressor of verlieservaring (bijvoorbeeld het verlies van een kind of een gewelddadige dood; Shear et al., 2011), pleiten onze bevindingen voor een alternatieve risicotaxatie die naast de ernst van de gebeurtenis ook rekening houdt met de mate van veerkracht.

1.2.6 Overige psychiatrische problemen

Wat geldt voor (de kwetsbaarheid voor) depressie, burn-out of gecompliceerde rouw, kan natuurlijk ook gelden voor tal van andere psychiatrische stoornissen of episodes. Of het nu gaat over middelengebruik, gokverslaving, automutilatie, psychotisch decompenseren bij stress of tegenslag, eetstoornissen of fugues, telkens weer stellen wij binnen de klinische praktijk vast dat er relaties zijn met (lage) veerkrachtwaarden.

Niet enkel binnen de psychiatrische setting, maar ook binnen het werk met gedetineerden zien we deze wisselwerking terugkomen. Ook daar wijzen voorlopige onderzoeksresultaten er op dat de kans op conflicten en zelfs fysiek agressieve ontsporingen naar medegevangenen toe zeer sterk toeneemt naarmate de veerkracht lager is. Globaal kunnen we dus stellen dat de kans op psychische aandoeningen, net zoals de kans op herval en op comorbiditeit met andere stoornissen, sterk toeneemt naarmate de veerkracht lager is. Zoals ook blijkt uit het huidige onderzoek (zie paragraaf 4.5.3), hangt ook de mate waarin deze stoornissen een normaal functioneren in de weg staan nauw samen met de score op de VK⁺. Net zoals destijds gevonden werd bij onderzoek met de RS-nl (Portzky, 2008) zien we ook nu dat de gemiddelde veerkrachtscore van ambulante patiënten midden tussen de residentiële patiënten en de controlegroep ligt. Hoe lager de veerkracht, hoe groter de kans dat de stoornis of episode dermate hinderend wordt of het suïciderisico toeneemt, dat een opname zich opdringt.

1.2.7 Slaagkansen in werksituaties

Hoewel er voor veerkrachtmetingen veel relevante toepassingen binnen de klinische sector te bedenken zijn, zijn de resultaten ook uiterst bruikbaar in de HR-sector. Dit blijkt onder meer uit het feit dat personen met een beduidend lagere veerkracht doorgaans het eerst opgeven bij een opleiding of in een baan (zie o.a. Meeusen, 2010; Van Os, 2007). Dit ligt in het verlengde van de studie van Neill en Dias (2001), waarin een groep van 41 jongeren werd gevolgd bij een intensieve, 22 dagen durende survivaltraining. Aan de hand van voor- en nametingen werd vastgesteld dat het overwinnen van een dergelijke uitdaging voor een stijging in de veerkrachtwaarden zorgde. Een markante vaststelling was echter dat alle drop-outs van de training bij de voormeting reeds significant lagere scores vertoonden dan de andere leden van de groep. Dit suggereert dat de mate van veerkracht die men bij aanvang van een uitdaging heeft een grote invloed heeft op de slaagkansen van die uitdaging (bijvoorbeeld therapie, opleiding of baan). Wie bij de voormeting hoog scoorde, zal ook na de interventie eerder hoog scoren. En wie al bij de voormeting tot de laagste groep behoorde, zal waarschijnlijk nadien nog steeds tot de laagste groep behoren – in het beste geval met eveneens een stijging, verondersteld dat men de interventie überhaupt heeft volgehouden. Verdere relevante resultaten werden ook gevonden in twee studies omtrent veerkracht en burn-out (zie ook paragraaf 1.2.4) waarbij, naast de sterke relatie tussen veerkracht en het risico op burn-out, ook een relatie aangetoond werd met absentieïsme en de intentie om van werk te veranderen. Dit verklaart waarom steeds meer consultants en bedrijven in de HR-sector de veerkrachtschaal inzetten voor intake en screening. En zoals eerder gesteld, wordt ook bij de werving van vrijwilligers steeds vaker gekeken naar veerkracht, zeker wanneer deze vrijwilliger geconfronteerd zal worden met emotioneel zeer belastende situaties.

1.3 Geschiedenis van het concept palliatief handelen

Voor diagnostisch of klinisch werkenden zal de term ‘palliatief handelen’ buiten de context van de stervensbegeleiding voor het eerst opgedoken zijn in de subschaal ‘palliatieve reactie’ van de Utrechtse Coping Lijst (UCL; Schreurs, Van de Willige, Brosschot, Tellegen, & Graus, 1993). Deze subschaal bevat acht items, zoals ‘je met andere dingen bezighouden om niet aan een probleem te hoeven denken’ of ‘spanningen proberen te verminderen door bijvoorbeeld meer te roken, drinken, eten of beweging nemen’, waarbij men dient aan te duiden hoe frequent men

dergelijke zaken doet bij tegenslag of spanningen. Opmerkelijk is dat er in de handleiding niet wordt aangegeven of de palliatieve reactie als een positieve trek gezien dient te worden, of eerder als een vermijdende, negatieve trek? Deze onduidelijkheid wordt in de hand gewerkt doordat in sommige items zowel positieve zaken zoals 'meer bewegen' als negatieve zaken zoals 'meer roken of drinken' staan. Wanneer men zich in slechts één van deze zaken herkent, geeft dit al een verhoogde score op dit item, ongeacht of er nu een positieve of destructieve activiteit achter schuilgaat.

Uit de richtlijnen voor interpretatie blijkt echter dat een verhoogde score eerder als negatief geïnterpreteerd dient te worden: 'Resumerend kunnen we stellen dat een hoge score op de schaal samengaat met een hogere score voor angst, inadequatie, neuroticisme en psychopathologie' (Schreurs et al., 1993, p. 26). Dit maakt de inclusie van positieve zaken zoals 'meer gaan bewegen/sporten' binnen items met destructieve zaken des te opmerkelijker. Tevens werd iets verder aangegeven dat bij een studie onder vliegeniers een hogere correlatie gezien werd tussen deze schaal en emotiegerichte coping dan probleemgerichte coping. Dit versterkt het vermoeden dat het palliatief handelen een indicatie is van een negatievere trek of copingstijl, zeker gezien de suggestie van auteurs zoals Bonnano dat veerkrachtige mensen een meer 'repressieve copingstijl' hanteren. Minder veerkrachtige personen zouden zich eerder op de ervaren emotie richten en eventueel op het verbeteren van die emotie, maar minder op een rationele oplossing voor het probleem zelf.

De overtuiging dat inzicht in palliatief handelen waardevol is, maar dat dit met bestaande instrumenten onvoldoende gemeten kon worden, was de aanleiding om een instrument te ontwikkelen dat een bredere scala aan stressreducerende activiteiten in kaart zou brengen. Het doel hierbij was om een duidelijk onderscheid te maken tussen positieve, aanbevelenswaardige activiteiten en (klinisch relevante) destructieve activiteiten. Ook moest er ruimte zijn om situationele invloeden op, of veranderingen van het gedrag in kaart te brengen. Zo zal een student die vlak voor de examens vele uren studeert, een tijdelijke daling zien in zijn gebruikelijke pallet aan ontspannende activiteiten. Dat wil echter niet zeggen dat er bij deze persoon sprake is van een structurele problematiek, die ook in andere periodes kenmerkend en dus klinisch relevant is.

1.4 Palliatief handelen in relatie tot andere concepten

Met de ontwikkeling van het Palliatieve Palet begeven we ons op geheel nieuwe paden, waardoor bestaand onderzoek op dit gebied beperkt is. In het huidige onderzoek is gekeken naar relaties tussen palliatief handelen en veerkracht (gemeten met de VK⁺), met persoonlijkheid (gemeten met de NEO-FFI-3 persoonlijkheidsvragenlijst) en met eerdere suïcidepogingen. Kort samengevat kan gesteld worden dat een gezond pallet aan palliatieve activiteiten positief samenhangt met een hogere veerkracht en met de persoonlijkheidskenmerken extraversie, openheid, altruïsme en consciëntieusheid, en negatief samenhangt met neuroticisme en eerdere suïcidepogingen. Deze resultaten worden verder beschreven en ondersteund met de bijbehorende statistische analyses in paragraaf 4.5.2.

1.4.1 Rouw en gecompliceerde rouw

Op het gebied van de (gecompliceerde) rouw wijzen we nog op de risico's van verwaarlozing van het 'palliatieve pallet' bij een rouwsituatie (Maes & Modderman, 2014). Net als bij de veerkrachtwaarden schuilt hier een advies in voor de begeleiding van personen met een gecompliceerde rouw, zeker degenen die gestoorde cognities vertonen zoals 'niets heeft nog zin', of 'het is egoïstisch van mij om nu aan mezelf te denken'. De P³ biedt hierin een therapeutisch handvat om aan zinvolle tijdsbestedingen te blijven werken en om destructieve activiteiten te vermijden, en om de therapeutische vooruitgang te kunnen volgen of bijsturen door de P³ over de afgelopen maand in te laten vullen.

Het is natuurlijk mogelijk dat sommige van de geprefereerde of meest vertrouwde palliatieve activiteiten eerder samen werden gedaan met de nu overleden persoon, en dat deze na het verlies aanvankelijk vermeden worden. Ook hier kan een cognitief gedragstherapeutische interventie in de stijl van exposure overwogen worden. Hoe dan ook is het sterk aan te bevelen dat ook (of juist) in moeilijker tijden de positieve palliatieve activiteiten bewaakt worden.

Het zal weinig verwondering wekken dat ook andere persoonlijkheidstrekken hier vaak een rol bij spelen. Zo zien wij in de klinische praktijk niet zelden dat de meer altruïstisch ingestelde personen geneigd zijn om hun eigen

palliatieve activiteiten opzij te schuiven, om (nog) meer tijd te kunnen bieden aan anderen. In situaties waarin groepen of 'systemen' zoals een gezin een gezamenlijke verlieservaring doormaken, kunnen degenen die geneigd zijn om zichzelf meer op te offeren extra risico lopen om er uiteindelijk aan onderdoor te gaan.

1.5 Meetpretentie

1.5.1 Meetpretentie van de VK⁺

De VK⁺ is een zelfbeoordelingsvragenlijst om de mentale veerkracht te meten en zodoende de invloed van stress of negatieve ervaringen op een individu te kunnen inschatten. Naast de items die gericht zijn op veerkracht, bevat de VK⁺ ook items die copingkenmerken, hopeloosheidsgevoelens en suïcidale ideatie in kaart brengen. De lijst bestaat uit 25 items. Een lage score wijst op een zwakke mentale veerkracht en meer kwetsbare persoonlijkheid, een neiging tot afglijden in hopeloosheidsgevoelens, en een hoger suïciaal risico.

1.5.2 Meetpretentie van de P³

De P³ is een zelfbeoordelingsvragenlijst om het pallet aan palliatieve activiteiten in kaart te brengen waarmee een individu tracht zich te ontspannen of af te reageren bij spanning of stress. Hierbij wordt zowel gekeken naar positieve, aanbevelenswaardige activiteiten, als naar destructieve activiteiten (met de suïcidale ideatie en planning als meest risicovolle en destructieve activiteiten). Deze vragenlijst kan verkennend gebruikt worden om beter te begrijpen waarom iemand in een bepaalde psychische toestand terecht gekomen is, om in te schatten hoe groot het hervalrisico is, en om de effecten van behandeling te kunnen opvolgen of bijsturen. Afhankelijk van welke optie wordt gekozen op het instructieblad, heeft de P³ betrekking op de afgelopen maand, of op de ideale omstandigheden, waarin er geen specifieke belemmeringen waren door ziekte, tijd- of geldgebrek.

1.6 Doelgroep

1.6.1 Doelgroep van de VK⁺

De VK⁺ is geschikt voor adolescenten en volwassenen boven de zestien jaar, die de Nederlandse taal voldoende beheersen, en die zich niet in een toestand bevinden die de betrouwbaarheid van de resultaten ernstig zou beïnvloeden, zoals een delier of een zeer manische toestand. Het instrument is inzetbaar bij personen met en zonder psychische/psychiatrische belasting. Al naar gelang de context waarin de VK⁺ gebruikt wordt, laat het resultaat toe om:

- de psychische kwetsbaarheid van een individu in te kunnen schatten wat betreft draaglast en stressbestendigheid,
- personen die meer risico lopen een psychiatrische problematiek te ontwikkelen of een suïcidepoging te doen zo snel mogelijk te detecteren,
- de kans in te schatten dat een individu een baan of opleiding aankan,
- opvolging op maat aan te bieden na een behandeling.

Meer informatie over toepassingsmogelijkheden wordt gegeven in paragraaf 1.7.

1.6.2 Doelgroep van de P³

De P³ is geschikt voor adolescenten en volwassenen boven de zestien jaar, die de Nederlandse taal voldoende beheersen, en die zich niet in een toestand bevinden die de betrouwbaarheid van de resultaten ernstig zou beïnvloeden, zoals een delier of een zeer manische toestand. Het instrument is inzetbaar bij zowel personen met als zonder psychische/psychiatrische belasting. Al naar gelang de context waarin de P³ gebruikt wordt, laat het resultaat toe om:

- te peilen of een individu voldoende positieve palliatieve activiteiten uitoefent,
- te peilen of een individu ook destructieve activiteiten uitoefent, met risicogedrag naar zichzelf en/of anderen toe,

- op te volgen of therapeutische inspanningen om het palliatieve pallet te verbeteren effectief zijn of dat zij nog verder bijgestuurd moeten worden
- in te schatten of bepaalde soorten palliatieve activiteiten (zoals solitair, passief, of destructief) meer kenmerkend zijn voor een bepaald individu

Meer informatie over toepassingsmogelijkheden wordt gegeven in paragraaf 1.7.

1.7 Toepassingen

1.7.1 Klinische toepassingen VK⁺

De VK⁺ kan een waardevolle aanvulling zijn bij een persoonlijkheidsonderzoek of ander diagnostisch onderzoek. Specifieker gezegd kan de VK⁺ informatie geven bij vijf veel voorkomende diagnostische vraagstellingen, onder meer beschreven in Vertommen, Ter Laak & Bijtebier (2005):

- 1 De *onderkenningsvraag* (wat is er aan de hand, wat gaat goed, wat lukt niet?)
Gelet op de kwetsbaarheid voor tal van psychische/psychiatrische aandoeningen bij personen met significant lagere veerkrachtwwaarden, kan geconcludeerd worden dat de VK⁺ bij deze onderzoeksvraag een duidelijke meerwaarde heeft. Dergelijke lage waarden duiden in de regel op een kwetsbaarheid die eerder trait- dan stategebonden is en op een hoger suïciderisico, en geven dus de noodzaak voor een stringentere vervolgbehandeling aan. Daarnaast geeft de VK⁺ informatie over de copingstijl en de aanwezigheid van hopeloosheidsgedachten, en biedt zo een goede inschatting van de draagkracht en kwetsbaarheid.
- 2 De *verklaringsvraag* (hoe zijn de problemen ontstaan of waarom blijven ze bestaan?)
De hierboven beschreven kwetsbaarheid en de daaraan gerelateerde copingstijl en aanwezigheid van hopeloosheidsgedachten gaan vaak gepaard met een gebrekkige aanpak van problemen en een externe *locus of control*. Dit kan bijdragen aan de verklaring van het ontstaan en het voortbestaan van de problemen.
- 3 De *predictievraag* (hoe zal de cliënt in de toekomst functioneren?)
Zoals eerder omschreven wordt de zelfredzaamheid van een patiënt vaak nogal overschat omdat men hem/haar beoordeelt tijdens het functioneren op de beschermende en gestructureerde intramuraal setting. Vaak blijkt echter dat wanneer deze ondersteuning wegvalt, de teleurstellingen, conflictsituaties of tegenslagen in het dagelijks leven genoeg zijn om terug te vallen. De veerkrachtscore kan een voorspeller zijn voor het hervalrisico.
- 4 De *therapie-indicatievraag* (hoe kan deze cliënt het best worden geholpen?)
Niet alleen kunnen de resultaten op de veerkrachtschaal de inzet van een veerkrachtbevorderende therapie rechtvaardigen, in de praktijk blijkt dat ze ook indicatief zijn voor de kans dat een deelnemer de therapie tot het einde vol zal houden. Zoals door het 'survival experiment' van Neill en Dias (2001, zie paragraaf 1.2.7) aangetoond werd, zijn de dropouts bij een interventie doorgaans diegenen die al bij aanvang de laagste veerkrachtwwaarden hadden. Het kan dus een meerwaarde zijn om extra aandacht te schenken aan mensen die voor aanvang van de therapie laag scoren.
- 5 De *evaluatievraag* (wat is het resultaat van de interventies?)
Zoals recent bleek uit metingen met de *Resilience Scale* in de Dagkliniek Volwassenen van Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis Geel (Van Looy, 2012), kunnen gerichte therapeutische interventies een positieve invloed uitoefenen op het zelfbeeld en op de veerkracht. De VK⁺ kan dus gebruikt worden als voor- en nameting om het effect van therapeutische ingrepen te beoordelen. Men dient hierbij uiteraard wel een realistisch besef te hebben van de tijd en het aantal sessies die nodig zijn om een meetbaar verschil te bewerkstelligen.

Sommige therapeuten gebruiken de VK⁺ ook als aanvulling op andere, meer therapeutische of educatieve instrumenten. Een voorbeeld hiervan is de 'metafoor van de draagbalk' (zie www.balkmetafoor.be), een instrument dat qua rationale aansluit bij het 'kwetsbaarheidsmodel', en dat door Psychiatrisch Ziekenhuis Heilig Hart in Leper en farmaceutica-producent Janssen-Cilag online ter beschikking wordt gesteld. Met dit instrument kan samen met de cliënt een draagbalk op het scherm getekend worden die symbool staat voor diens draagkracht. Samen kan men ondersteunende en bedreigende factoren bepalen die er toe zouden kunnen leiden dat de draagbalk barsten

begint te vertonen of zelfs doorbreekt – hetgeen op een psychiatrische episode zou kunnen wijzen. De ervaringen met dit instrument zijn doorgaans positief. Ook bij personen met een lager cognitief functioneren werkt deze visuele metafoor zeer goed. Als eerste stap dient de dikte van de draagbalk bepaald te worden door een cijfer te kiezen. Dit is echter een arbitraire beslissing, en in de praktijk geeft dit vaak de vraag waarom iemand een bepaald cijfer door de therapeut kreeg toebedeeld. Het is daarom goed om dit cijfer te baseren op een inschatting van iemands draagkracht, bijvoorbeeld aan de hand van de VK⁺. Dit geeft een objectievere beslissing, die door de cliënt dan ook als minder arbitrair (en dus betwistbaar) wordt gezien.

Tevens wordt de laatste jaren steeds duidelijker dat het voordelen heeft om veerkracht bij een gehele familie als ‘systeem’ in te schatten, wanneer men een individuele patiënt of ook het gezin eromheen optimaal wil begeleiden (Walsh, 1996). We hebben al gewezen op het feit dat vaak het hele ‘systeem’ rond de psychiatrische patiënt (vermoedelijk genetisch bepaalde) pathologische kenmerken vertoont. Dit kan dan weer een duidelijke invloed hebben op het stressniveau van het individu en een hele cascade aan maladaptieve processen in het lichaam in werking zetten en houden! Veerkrachtmetingen bij de hele familie zijn een meerwaarde bij het uittekenen van een behandelplan en het inschatten van de haalbaarheid van bepaalde doelen. Verder blijkt bij gezinnen met probleemjongeren dat ouders met hogere veerkrachtwaarden eerder geneigd zijn om adviezen van externe hulpverleners te aanvaarden en dat zij een minder vermijdende copingstijl hanteren dan ouders met lagere veerkrachtwaarden. Sterker nog, de ouders met de laagste veerkrachtwaarden blijken gesprekken met de hulpverleners vaak te ontvluchten of te weigeren en hun toevlucht te zoeken in copingstijlen zoals alcoholgebruik.

Ten slotte dient er nog benadrukt te worden dat veerkracht niet enkel in de *geestelijke* gezondheidszorg relevant is. Ook bij personen die worden geconfronteerd met een (dreigende) ingrijpende fysieke ziekte, beperking of verandering, biedt een veerkrachtmeting voordelen. Zo kan er een inschatting worden gemaakt hoe iemand om zal weten te gaan met bijvoorbeeld de mutilatie van ernstige brandwonden, het gedwongen stopzetten van een sportcarrière of de esthetische, persoonlijke en beroepsmatige gevolgen van een amputatie. Hoe zal iemand zo'n verlieservaring verwerken? En hoe stabiel zal de therapietrouw zijn? Is er een noodzaak voor langdurigere ondersteuning, ook (of juist) na ontslag uit het ziekenhuis? Vragen die des te meer spelen indien de patiënt een gebrekkig sociaal netwerk heeft, een voorgeschiedenis van middelengebruik kent of eerder suïcidepogingen ondernam.

1.7.2 Klinische toepassingen P³

Ook de meerwaarde van de ‘P³’ kan beoordeeld worden ten aanzien van vijf veel voorkomende diagnostische vraagstellingen (Vertommen, Ter Laak & Bijtebier, 2005):

- 1 De *onderkenningsvraag* (wat is er aan de hand, wat gaat goed, wat lukt niet?)
Net als de VK⁺ kan de P³ hier een waardevol stuk van de puzzel aanreiken, zeker gezien de aangetoonde correlaties met veerkracht en kwetsbaarheid. De aanwezigheid van destructieve activiteiten mag, losstaand van het feit of er ook positieve activiteiten zijn, als een risicofactor gezien worden; een risicofactor die ook bij voorkeur therapeutisch aangepakt wordt. Hierbij kan de totaalscore informatief zijn, maar bijvoorbeeld ook het totaal aan sociale of solitaire, en passieve of actieve activiteiten. Wie bijvoorbeeld weinig sociale activiteiten onderneemt, kan dan het advies krijgen om net die activiteiten wat meer uit te bouwen.
- 2 De *verklaringsvraag* (hoe zijn de problemen ontstaan of waarom blijven ze bestaan?)
Het snelle afglijden in een destructief palliatief pallet en de vaak gepaard gaande afwezigheid van voldoende positieve palliatieve activiteiten (met als resultaat een duidelijk onvermogen om de stressbalans in evenwicht te houden) kan vaak voor een groot deel verklaren waarom de problemen blijven bestaan. Helaas zal men in de praktijk vaak vaststellen dat cliënten pas professionele hulp zoeken wanneer hun destructieve palliatieve pallet niet meer ‘werkt’, of wanneer de kostprijs ervan te groot wordt en niet meer opweegt tegen wat het oplevert.
- 3 De *predictievraag* (hoe zal de cliënt in de toekomst functioneren?)
Net als bij de VK⁺ blijkt ook de P³ telkens weer veel duidelijk te maken over de zelfredzaamheid van de cliënt en diens slaagkansen op de langere termijn, buiten het veilige klimaat en vangnet van de intramurale zorg. Idealiter wordt deze kennis gebruikt bij het bepalen van de optimale opnameduur, de aangewezen therapieën, enzovoort.
- 4 De *therapie-indicatievraag* (hoe kan deze cliënt het best worden geholpen?)
De feedback van therapeuten die reeds met de P³ werken is bijzonder positief. De meesten beamen dat het palliatieve palet in veel gevallen een stuk van de puzzel was dat te weinig aan bod kwam, en dat tevens thera-

peutische handvaten biedt om op een aangename manier te werken aan de draagkracht van een individu of groep. Hierbij is het de doelstelling dat er voldoende positieve palliatieve activiteiten plaatsvinden, en dat er zo goed als geen destructieve palliatieve activiteiten meer zijn.

5 De *evaluatievraag* (wat is het resultaat van de interventies?)

Het feit dat de P³ gemakkelijk herhaaldelijk afgenomen kan worden biedt gelegenheid om behandeling op te volgen en bij te sturen. Het uiteindelijke doel is om een gezond en voldoende afwisselend palliatief pallet te onderhouden, waarmee men in staat is de dagelijkse stress het hoofd te bieden. Dat wil zeggen: meer positieve dan destructieve activiteiten, en idealiter geheel geen destructieve activiteiten meer.

1.7.3 HR-toepassingen VK⁺

Gelet op zowel eerder onderzoek (Jacelon, 1997; Neil & Dias, 2001) als eigen onderzoek in samenwerking met anderen (Van Os, 2007; Meeusen, 2007; Demaeght, 2012) kunnen we stellen dat personen met significant lagere veerkrachtwaarden enkele kenmerken vertonen die consequenties kunnen hebben op de werkvloer. Algemeen kunnen we stellen dat hoe lager de veerkracht:

- hoe minder doorzettingsvermogen bij opdrachten en uitdagingen, alsook opleidingen,
- hoe minder algemene interesses en leergierigheid,
- hoe zwakker de algemene copingvaardigheden,
- hoe hoger het absentisme,
- hoe hoger de kans op een burn-out,
- hoe minder zaken als een promotie 'positieve stress' teweegbrengen, maar gewoonweg stress op zich geven en tot een negatieve spiraal leiden,
- hoe minder men geneigd is om van werk te durven veranderen indien men er niet meer gelukkig is (hetgeen de kans op een burn-out vergroot)

Uit deze punten kan geconcludeerd worden dat de VK⁺ een waardevolle aanvulling is in selectiesituaties, al kan niet vaak genoeg benadrukt worden dat dergelijke beslissingen het beste genomen kunnen worden op basis van een brede waaier aan informatie en resultaten. Dit geldt zowel voor onderzoekende vragen (zoals 'wat zijn de persoonlijkheidskenmerken van kandidaat X?') als voor toetsende vragen (zoals 'past het profiel van kandidaat X bij deze specifieke functieomschrijving?').

Uiteraard zal de met de VK⁺ verkregen informatie soms ook een rol spelen in de beslissing om al dan niet verder te studeren. Iedereen ziet zijn kind graag een mooi diploma behalen. Te hoog grijpen en een pijnlijke faalervaring zal het zelfbeeld echter weinig goed doen. Een lagere veerkrachtsscore zal soms enkel pleiten voor intensievere studie-begeleiding, meer bevestiging en positieve feedback. In andere gevallen kunnen lage waarden aanleiding vormen om te oriënteren op een andere opleiding.

1.7.4 HR-toepassingen P³

Er zullen slechts zelden situaties zijn waarin men voor een bepaalde baan zoekt naar een persoon met een specifiek profiel aan palliatieve activiteiten. In de HR-context zal de P³ eerder gebruikt worden om een idee te krijgen van de algemene persoonlijkheidsstructuur van een persoon, en met name diens evenwichtigheid en stresstolerantie. Personen die op voldoende en gepaste wijze een uitlaatklep kunnen vinden voor de stress van het alledaagse leven, zullen nu eenmaal stabiel functioneren en minder kans op uitval/absentisme hebben. Dit neemt niet weg dat de verschillende soorten palliatieve activiteiten wel nuttige aanvullende informatie kunnen bieden bij selectiesituaties. Zo zou het bijvoorbeeld kunnen dat er voor bepaalde contactberoepen een voorkeur geldt voor kandidaten die hoger scoren op de sociale activiteiten.

1.7.5 Toepassingen in de sportwereld VK⁺

In 2007 werden op het 12^{de} *European Congress of Sport Psychology* door sportpsychologe Caroline Jannes de resultaten voorgesteld van onze veerkrachtstudie bij Vlaamse sporters (Jannes, Portzky, Verniers, 2007). Snel werd uit de vele enthousiaste reacties duidelijk dat het concept veerkracht een plaats verdiende binnen de wereld van de sportpsychologie, zowel voor selectie als coaching. Toen was het concept veerkracht in de sportwereld nog onbe-

kend en dus onbemand, zelfs al bleek toen al uit onderzoek dat succesvolle atleten doorgaans beschikken over een aantal specifieke persoonlijkheidskenmerken, waar (een hoge mate van) veerkracht bij hoort (Gould & Dieffenbach, 2002). Op het recentere symposium *Resilience in Sport* van de Vlaamse Vereniging voor Sportpsychologen (november 2014) bleek veerkracht echter al geheel ingeburgerd bij zowel nationale als internationale onderzoekers als één van de belangrijkste aanknopingspunten om begeleiding op maat te kunnen bieden.

Steeds meer werken trainers, sportpsychologen en *mental coaches* met veerkrachtschalen, bijvoorbeeld bij selectie voor een wedstrijdteam, om de prestaties te verbeteren, of zoals eerder aangehaald om de begeleiding tijdens een blessureperiode beter te kunnen sturen. Zoals wel vaker hebben de Angelsaksische landen een grote voorsprong op dat vlak, wat alleen al te merken is in het ruime aanbod van boeken voor sportpsychologen en coaches/trainers over '*resilience*', maar zoals gezegd is er een duidelijke inhaalbeweging. In de persoonlijke begeleiding van enkele bodybuilders houden mijn collega's en ik vaak rekening met veerkracht. Een lagere veerkracht kan immers meer stress veroorzaken tijdens de wedstrijdvoorbereiding. Het met stress gepaard gaande verhoogde cortisolniveau leidt tot afbraak van testosteron en tot de conversie van testosteron naar oestrogeen en oestradiol, hormonen die zorgen voor vochtretentie – de nachtmerrie van elke bodybuilder. Lagere veerkracht is daarom een extra aandachtspunt in zowel de psychologische coaching als het bepalen van het voedingsschema van de atleet (Jannes, Portzky, & Verniers, 2007).

Een extra voordeel in de context van de sportwereld is dat de VK⁺ minder 'psychiatrisch' overkomt in vergelijking met andere instrumenten zoals bijvoorbeeld de Beck Depression Inventory of de Beck Hopelessness Scale. Dit verkleint de kans dat de atleet argwaan voelt over de vragenlijst, en sociaal wenselijk gaat antwoorden.

1.7.6 Toepassingen in de sportwereld P³

De P³ kan bijvoorbeeld gebruikt worden voor de begeleiding van patiënten op de sportrevalidatie, maar ook voor selectie en begeleiding van leerlingen aan topsportscholen. Zoals op het eerder genoemde symposium omtrent veerkracht en sport gesteld werd, is het belangrijk er op toe te zien dat er naast de sport (en de school) nog voldoende andere activiteiten zijn. Zeker recentere getuigenissen die pijnlijk aangetoond hebben hoe diep het zwarte gat na een topsportcarrière kan zijn, met meermaals depressie en soms zelfs suicide ten gevolg, hebben de noodzaak om dit evenwicht te bewaken beklemtoond. Zowel de VK⁺ als de P³ kunnen dus een rol spelen aan het begin maar zeker ook het einde van een deskundige begeleide sportcarrière.

1.7.7 Onderzoekstoepassingen VK⁺

De VK⁺ is een waardevol instrument bij het wetenschappelijk meten van persoonlijkheidseigenschappen, en meer bepaald bij het inschatten van iemands veerkracht. We dringen er nogmaals op aan dit vooral te doen in combinatie met andere onderzoeksinstrumenten om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen.

Een voorbeeld van hoe veerkrachtmetingen van pas kunnen komen in de onderzoeksetting, is het hanteren van lage veerkrachtswaarden als exclusiecriteria bij klinische trials van farmacologische studies. Personen met een te lage veerkracht worden aldus geweerd, omdat de kans te groot is dat ze voortijdig uit de studie zouden stappen. Een uitzondering is natuurlijk onderzoek dat gericht is op groepen waarbij lage veerkracht juist vaak voorkomt, zoals de 'fase 3 of 4 studies' van psychofarmaca.

1.7.8 Onderzoekstoepassingen P³

De P³ is het enige instrument om een breed scala aan palliatieve, stressreducerende activiteiten in kaart te brengen, en om een zorgwekkende frequentie aan destructieve activiteiten aantoonbaar te maken. Voor tal van correlatiestudies alsook effectiviteitsmetingen kan dit een grote meerwaarde zijn. We denken hierbij bijvoorbeeld aan de verplichting om de effectiviteit van intramurale behandeling aan te tonen voor erkenning en subsidietoekenning. Zo zou het stressreducerende effect van een behandeling bijvoorbeeld gekwantificeerd kunnen worden door een significante daling te laten zien op de destructieve of grensoverschrijdende activiteiten.