

Voor Jona en Judith

Rede,
uitgesproken bij de openbare aanvaarding
van het ambt van hoogleraar in de Klinische Psychologie
aan de Universiteit van Tilburg
op vrijdag 13 juni 2008
door
Marrie H. J. Bekker

Autonomie in Vogelvlucht¹

Meneer de rector, dames en heren,

Ziet u ze weleens vliegen? Als dat nu het geval is, is het goed; de in Figuur 1 afgebeelde vogels vliegen inderdaad! Misschien vindt u het ook zo verbazend, dat vogels tijdens zo'n gezamenlijk uitgevoerde vlucht helemaal niet lijken te botsen; ze zouden immers ook massaal tegen elkaar op kunnen vliegen.

Om zo'n mooie, gezamenlijke vlucht mogelijk te maken, lijken de afzonderlijke vogels aan twee voorwaarden te moeten voldoen. Ten eerste moeten ze, ieder voor zich, goed genoeg kunnen vliegen. Ten tweede moeten ze hun eigen vlieggedrag goed weten af te stemmen op dat van de anderen. Als genoeg vogels dat kunnen, en het ook doen, maken ze samen een succesvolle vlucht. Zo overleeft de soort, en iedere vogel die sterk genoeg is, overleeft daarbinnen ook.

Het verhaal loopt minder goed af als zich stagnaties zouden voordoen. Vleugellamme vogels, bijvoorbeeld, vallen uit. Antisociale exemplaren, die andere vogels tijdens de vlucht dwarsbomen, vormen een gevaar voor de rest.

Over dit duale vermogen, op jezelf goed genoeg kunnen vliegen en het eigen vlieggedrag goed met anderen kunnen afstemmen, wil ik het graag met u hebben. Ieder van ons weet uit ervaring hoe belangrijk hechting en verzorging is voor het opgroeiende vogeltje en hoezeer diens autonoom vermogen dan uiteindelijk het gezonde, volwassen functioneren bepaalt. Toegepast op mensen gaat het hier om een basisconditie in het volwassen leven, en een kernbegrip in de klinische psychologie: autonomie.

Autonomie heeft een lange traditie in allerlei takken van de psychologie en zeker ook de klinische psychologie. Denken over autonomie sluit goed aan bij de groeiende aandacht bij behandelaars voor "de persoon achter de klachten". Toch dreigt autonomie in onderzoek en in de klinische praktijk een beetje uit beeld te raken. Ik geef u twee oorzaken. Ten eerste is de behandelingspraktijk steeds meer afgestemd op specifieke klachten². Ik zal u in de loop van het verhaal laten zien dat je daar niet altijd verder mee komt. Ten tweede is lange tijd een wat beperkte opvatting van autonomie gehanteerd (voor een overzicht zie Bekker, 1993). Ik hoop u te laten zien dat een bredere opvatting meer verklarende kracht biedt.

De vogelvlucht is maar een beeld. Ander vogelgedrag, zoals nesten bouwen en jongen grootbrengen, is, of oogt complexer en veelvormiger. Dat geldt ook voor veel menselijk relationeel, sociaal en maatschappelijk gedrag. Maar ook dat soort gedrag vereist per individu een zelfregulerend vermogen inclusief in sociaal opzicht, ofwel autonomie.

Om u een beter beeld te geven van wat autonomie is, van mogelijke disfuncties daarin en wat daaraan gedaan kan worden, stel ik u graag mevrouw Vink voor.

1. Autonomie als zelfregulatie op een specifiek domein

Mevrouw Vink

Mevrouw Vink is een 45-jarige vrouw, schoonmaakster bij een warenhuis, die zich aanmeldde bij een instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg, de GGZ, vanwege allerlei klachten. Zo durft ze in haar eentje de straat niet op want ze is bang daar flauw te vallen. Ook alleen thuisblijven vindt ze moeilijk. Haar klachten zijn voor haar een raadsel; er is toch niets waarvoor ze, na de eerste meters van huis die ze nog net aan kan, zó bang zou hoeven te zijn? Ze lijdt, in psychiatrische termen, aan paniekstoornis met agorafobie. Mevrouw Vink leeft nu

zo'n 20 jaar met deze klachten, die oplopen als spanningen in haar leven toenemen. De laatste tijd komt dat vaker voor: ze heeft hevige conflicten op haar werk en thuis. Eén van de conflictbronnen zijn de klachten zelf: de enige, nog thuiswonende dochter heeft geen zin meer om haar moeder steeds te vergezellen als die naar haar werk moet, of een boodschapje wil doen. Alle reden dus om te gaan proberen van de klachten af te komen.

In dit voorbeeld lijkt duidelijk welk zelfregulerend vermogen van mevr. Vink wordt ingeperkt. Door fobische angsten kan ze niet gaan en staan waar ze zelf wil, een wel heel letterlijke, specifieke inperking van haar autonomie.

Op deze wijze opgevat kan elke vorm van psychopathologie worden gezien als een *specifieke* variant van autonomie-inperking: Door fobieën kunnen we niet gaan waar we willen, door depressie niet doen wat we zouden willen. Eetstoornissen maken dat we niet kunnen eten wat we willen of juist geen weerstand kunnen bieden aan, als onbeteugelbaar ervaren eetbuien. Ook dwanggedachten en dwanghandelingen, de woorden zeggen het al, ontnemen ons de vrijheid van denken en doen.

Kortom, psychische stoornissen zijn specifieke vormen van inbreuk op ons autonome denken en handelen van binnen uit. Ze betekenen per definitie (hier: de definitie van de American Psychiatric Association; APA, 2000) een “belangrijk verlies van vrijheid” (p. xxxi), dat zich voordoet in één of meer specifieke domeinen: ons buitenshuis begeven, eten, denken, slapen, of, nog specifiek, een brood kopen bij de bakker.

Cognitieve Gedragstherapie: Focus op een specifiek klachtengebied

Bij dit feit, dat de autonomie-inperking door een psychische stoornis vaak één of meer specifieke domeinen betreft, sluit de meest geijkte therapievorm in de GGZ haarfijn aan: de cognitieve gedragstherapie.

Voor veel stoornissen bestaan inmiddels gestandaardiseerde behandelingen, en Cognitieve Gedragstherapie geldt daarin als de best onderzochte en meest toegepaste behandeling. Bij de paniekstoornis met agorafobie van Mevr. Vink bestaat die er onder meer uit, samen met haar een lijst op te stellen van fobische situaties, variërend van de minst angstwekkende tot de voor haar meest angstwekkende situatie (zie bijv. Barlow, 2002; Emmelkamp, Bouman & Scholing, 1995). Door herhaalde blootstelling aan de minst angstwekkende situatie bijv. in haar eentje een wandeling maken tot 50 meter van de voordeur, wordt dat wandelingetje geleidelijk minder eng. Het wordt zó gewoon om te doen, dat situatie twee in de rij gaat gelden als de minst angstwekkende situatie, in haar geval: alleen van het werk naar huis lopen, een afstand van ongeveer 10 minuten. Dan volgt situatie 3, enzovoort.

Er wordt in cognitieve gedragstherapie dus geoefend met het gedrag op een specifiek domein (de straat), maar ook aan de cognities wordt gewerkt – de gedachten die een rol spelen bij het instandhouden van de angst. Zoals de angstwekkende gedachte: “Het lukt me nooit, straks val ik flauw.” Of de irrationele gedachte: “Als ik straks overal alleen heen kan, verlies ik het contact met mijn man en kinderen”. Deze gedachte klopt niet; het contact krijgt een andere vorm, en zal eerder beter worden. Angstwekkend denken over het object van de angst maakt door de therapie plaats voor realistisch en geruststellend denken.

Helpt cognitieve gedragstherapie, en helpt het afdoende?

Het helpt, maar bij lang niet iedereen. Ik noem u wat succespercentages bij de behandeling van enkele stoornissen.

Voor angststoornissen is de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie aangetoond (o.a. Chambless & Gillis, 1993; Schmidt et al., 2003). Maar bij ongeveer 1/3 deel van de cliënten blijven de klachten bestaan.

Ook voor bijvoorbeeld bulimia nervosa en eetbuistoornissen is de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bewezen, maar deze geldt voor slechts ongeveer 50 % van de cliënten; de andere helft heeft na deze therapie nog steeds eetbuien (Wilson, 1996; Ricca et al., 2000; Agras, Walsh, Fairburn, Wilson & Kraemer, 2000).³

Ook weten we niet, dit even terzijde, of cognitieve gedragstherapie bij *specifieke groepen* werkt; er zijn nog nauwelijks effectmetingen van cognitieve gedragstherapie bij bijvoorbeeld jonge Marokkaanse mannen of Turkse vrouwen.⁴

Kortom: hoewel cognitieve gedragstherapie veel te bieden heeft - veel cliënten worden goed en effectief geholpen (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006), valt er tegelijkertijd nog een wereld te winnen.

2. Autonomie als zelfregulatie in bredere zin

Mevrouw Vink

Laten we, om na te gaan waar verbeteringsmogelijkheden liggen, de behandeling van Mevrouw Vink – overigens van autochtoon-Nederlandse afkomst - nog eens onder de loep nemen. Ik benoemde haar klacht als een *specifieke* klacht, een inperking van haar autonomie op een *specifiek* gebied: de straat niet opdurven, en de therapie was er dan ook specifiek op gericht dat ze dat, via gedragsoefeningen en gedachtenverandering, weer wèl zou gaan durven. Maar wat bleek?

Mevrouw Vink deed haar oefeningen aanvankelijk heel goed. Al na 2 weken kon ze vrij van angst de eerste 50 meter van huis volbrengen, en na 4 weken kon ze zorgeloos in haar eentje van haar werk naar huis. Daarna volgde echter een wekenlange periode waarin ze er maar niet toe kwam te oefenen met stap 3: een bepaalde vriendin bezoeken. Dit had niets met de vriendin te maken of met de afstand die te groot zou zijn. Mevr. Vink werd totaal in beslag genomen door gezins- en familieleden die allemaal veel en vaak problemen hadden en daarbij voortdurend een beroep op haar deden: dreigend ontslag van haar man, een neef die zijn huis was uitgezet en die zij onderdak verleende, conflicten tussen haar man en haar dochter waarin zij voortdurend bemiddelde. Mevr. Vink gaf aan dat zij het erg moeilijk vond hierbinnen enige ruimte voor zichzelf en haar oefeningen te vinden; zij kon zich niet voor de problemen van de anderen afgrenzen. Ze wist ook niet of ze dat wel wilde, verstrikt als zij zich voelde tussen “nodig” willen zijn voor anderen en de behoefte aan meer ruimte voor zichzelf.

Kortom, de autonomie-inperking van mevr. Vink bestond niet alleen uit haar specifieke onvermogen de straat op te gaan. Zij kampte met veel bredere problematiek. Het was voor haar meer in het algemeen moeilijk om als het ware “op zichzelf te zijn en tegelijkertijd in bevredigende relaties met anderen”.

Pas nadat aan deze, breder geformuleerde autonomie-problematiek en de herkomst ervan was gewerkt in de therapie, werd het mogelijk om de cognitieve gedragstherapie te hervatten – oefenen met de situaties en het bewerken van de irrationele, angstwekkende gedachten. Op *hoe* de autonomieproblemen werden aangepakt, kom ik later nog terug.

Inmiddels gaat en staat mevrouw Vink overal waar ze wil, en in de GGZ is ze al jaren niet meer gezien.

Deze en soortgelijke ervaringen die ik enkele jaren geleden, terug in de praktijk, mocht opdoen, hebben mij de ogen geopend voor het belang van autonomieproblemen in psychische klachten, en hebben me, samen met anderen, gemotiveerd dit onderwerp opnieuw op te pakken in ons onderzoek.

Componenten van autonomie-gehechtheid

Autonomie, meer in brede zin opgevat, komt dus neer op het individuele zelfregulerend vermogen, dat per definitie ook zelfregulatie in sociaal functioneren omvat (Hmel & Pincus, 2002; Bekker, 1993; Bekker & van Assen, 2006).⁵ Het klassieke autonomiebegrip in de psychologie kende een eenzijdige nadruk op “onafhankelijk” zijn, gesepareerd ten opzichte van anderen (zie bijv. (Erikson, 1974; Kohlberg, 1984; Mahler, Pine & Bergman, 1975). Het voorbeeld van mevr. Vink maakt echter duidelijk dat het in haar geval ging om: weten wie zij was en wilde zijn – *juist ook sociaal gezien*; ruimte voor zichzelf kunnen vinden *temidden* van de voor haar belangrijke anderen; zich voor hen kunnen afgrenzen maar *tegelijkertijd een bevredigend contact met hen kunnen handhaven*. Juist om dit *sociale* element binnen de autonomie tot uitdrukking te brengen, kozen collega Marcel van Assen en ik voor de term “autonomie-gehechtheid” (autonomy-connectedness; Bekker & van Assen, 2006).

Aan autonomie-gehechtheid zijn enkele componenten te onderscheiden (Bekker, 1993; Bekker & van Assen, 2006): Ten eerste Zelf-bewustzijn, dat wil zeggen het vermogen tot bewustzijn van eigen emoties, behoeften, wensen en meningen, en het vermogen die in interacties met anderen te realiseren. Bij Mevr. Vink was dit vermogen weinig ontwikkeld. Dat ging bij haar gepaard met een overgrote mate van de tweede component: Gevoeligheid voor anderen. Dit is: gevoeligheid voor de emoties, behoeften, wensen en meningen van anderen, het vermogen tot empathie en intimiteit, en blijkt bijvoorbeeld uit zelfbeoordelingen op uitspraken als “Ik verdiep mij vaak in de gevoelens van anderen”. Dit vermogen is nodig om de zelfregulatie in sociaal opzicht te kunnen realiseren. Te weinig ervan maakt mensen immers vatbaar voor sociale isolatie met alle schadelijke gevolgen vandien. Teveel ervan deed Mevr. Vink het contact met eigen behoeften verliezen.

Zelfbewustzijn en Gevoeligheid voor anderen zijn de kern van autonomie-gehechtheid. Toch is nog een derde component benoemd: het Vermogen om nieuwe situaties te hanteren. Vanuit de hechtingstheorie (waarover later meer) zijn autonome mensen – binnen deze theorie opgevat als veilige gehechte mensen – namelijk in staat tot verkennend, exploratief gedrag: van groot belang wanneer even nèt iets anders wordt geëist dan anders. Ook in het hanteren van nieuwe situaties had mevr. Vink een handicap: elke nieuwe situatie of omstandigheid was voor haar een bron van grote stress.

Nieuw aan het autonomie-gehechtheidsconcept zijn dus: de erkenning van het zelfregulerend vermogen *in sociaal opzicht*, en de meer-dimensionaliteit van het begrip. De drie componenten hebben we herhaaldelijk in onze studies teruggevonden (Bekker & van Assen, 2006; 2008).

Ziet autonomie-gehechtheid er bij iedereen hetzelfde uit? Nee, want mensen verschillen, zoals naar sekse, etnische herkomst, sociaal-economische klasse, enz. Twee van deze diversiteitsfactoren wil ik er in relatie tot autonomie uitlichten, namelijk sekse en etnische herkomst. Eerst sekse:

Autonomie-componenten en sekse

Een opvallend gegeven dat keer op keer terugkomt, is het grote verschil tussen mannen en vrouwen in Gevoeligheid voor anderen: vrouwen blijken daar consistent hoger op te scoren dan mannen; of mannen lager dan vrouwen zo u wilt (bijv. Bekker, 1993; Bekker &

van Assen, 2006; 2008). En dan niet zomaar hoger (of lager) maar véél hoger: het gaat om een giga-verschil in de psychologie der sekseverschillen. Ook blijft het man-vrouwverschil in gevoeligheid voor anderen, anders dan veel andere sekseverschillen, overeind na controle voor allerlei sociaal-maatschappelijke (gender-)verschillen tussen de seksen. Zo'n verschil is bijvoorbeeld verzorging van kinderen, iets dat vrouwen meer doen dan mannen, en dat mogelijk een grotere gevoeligheid voor anderen met zich meebrengt. Maar ook na controle voor het verschillend aandeel in de verzorging van kinderen blijven vrouwen gevoeliger voor anderen, dan mannen (Bekker & van Assen, 2008).

Even enkele woorden tussendoor, om geen misverstanden te krijgen! Natuurlijk laat het statistische sekseverschil in Gevoeligheid voor anderen onverlet dat je vrouwen hebt die juist relatief *on*gevoelig, en mannen die juist erg *ge*voelig zijn voor anderen. Zo steek ik er mijn hand voor in het vuur dat juist in deze zaal relatief veel mannen zitten die erg gevoelig zijn voor anderen! Wat als feit toch niets afdoet aan de algemene bevinding van het genoemde sekseverschil.

De grotere gevoeligheid voor anderen bij vrouwen dan bij mannen kan ertoe geleid hebben, dat vrouwen vaak minder psychische autonomie is toegeschreven. Dat is, zo blijkt, ten onrechte: inderdaad verschillen mannen en vrouwen in hun mate van gevoeligheid voor anderen, en qua type relationele gerichtheid (e.g., Taylor et al., 2000); maar ze zijn vrijwel even zelf-bewust en in staat om nieuwe situaties te hanteren (Bekker, 1993; Bekker & van Assen, 2006; 2008).

Autonomie en etnische herkomst

Er lijkt dus een verschil in type autonomie-gehechtheid tussen mannen en vrouwen, zonder dat we per se van meer of minder autonoom kunnen spreken. Maar mensen verschillen niet alleen qua sekse. Ook etnische herkomst kan autonomie-gehechtheid, naast en in wisselwerking met sekse, een eigen kleur geven. Ik ga daar kort iets over zeggen, alleen om het belang te laten zien.

Van autonomie is vaak gezegd dat het een typisch Westers begrip is. Het is de vraag in hoeverre autonomie-gehechtheid universeel hetzelfde betekent. Misschien heeft autonomie bijvoorbeeld een andere invulling in meer individualistische, ik-gerichte culturen dan in meer wij-gerichte culturen, waarin “de groep” meer op de voorgrond staat (e.g., Hofstede, 1980; 1997; Hofstede & Bond, 1984). Wat betekent het bijvoorbeeld voor het begrip “zelf-bewustzijn” als dit “zelf” terugslaat op een “ik-als-deel-van-de-groep” zoals in wij-culturen? En: wat betekent het opgroeien in en voor de groep voor de gevoeligheid voor anderen? (zie ook: van Dijk & Boedjarath, 2002). In onze huidige, multiculturele GGZ zijn deze vragen extra relevant. Als autonomie-gehechtheid in sommige allochtone groepen een andere, of gedeeltelijk andere inhoud heeft, dan zal de GGZ daarmee immers rekening moeten houden.⁶

Ik heb u nu verteld wat wij verstaan onder het meer brede begrip autonomie-gehechtheid en haar componenten, en dat de relatie met bronnen van verschil zoals sekse en etnische herkomst van belang is. Misschien denkt u inmiddels: leuk, dat begrip, maar er zijn er zoveel in de psychologie. Is autonomie bijvoorbeeld niet te herleiden tot één van de bestaande persoonlijkheidskenmerken?

Autonomie een persoonlijkheidskenmerk?

In de psychologie is een persoonlijkheidskenmerk een trait, een trek, per definitie heel stabiel over langere tijd. Tot de 5 bekendste en meest algemeen geldende trekken, ook wel the Big 5 genoemd, behoren bijvoorbeeld “openness” of openstaan voor nieuwe ervaringen,

vriendelijkheid, en neuroticisme (e.g., Costa & McCrae, 1985). Je zou dan bijvoorbeeld kunnen zeggen: vermogen om nieuwe situaties te hanteren zal wel overeenkomen met openness; en gevoeligheid voor anderen met vriendelijkheid. En neuroticisme hangt altijd al hoog samen met psychopathologie, dus een probleem met autonomie-gehechtheid zal wel een soort neuroticisme kunnen zijn.

Uit ons onderzoek (van Assen & Bekker, submitted) blijkt dat autonomie-gehechtheid niet goed te herleiden valt tot 1 of meer van deze 5 stabiele trekken. Slechts de helft van de variatie tussen mensen in autonomie-gehechtheidscomponenten blijkt verklaard te kunnen worden door de Big Five, maar de andere helft blijft onverklaard. Belangrijk is verder dat de sekseverschillen in autonomie-gehechtheid zich helemaal niet laten beschrijven door welk sekseverschil of welke combinatie van sekseverschillen op de Big Five dan ook.

Kortom, autonomie-gehechtheid is een relatief onafhankelijke factor ten opzichte van deze algemene persoonlijkheidstrekken, het begrip verdient een aparte plaats.⁷

Ik heb u, hoop ik, nu een duidelijk beeld gegeven van autonomie. Ik wil u nu mee terugnemen naar de psychopathologie, en u laten zien welke rol autonomie-gehechtheid daarin speelt. Eén van onze onderzoeksvragen van de laatste jaren was: Is de, meer algemene autonomie-gehechtheidsproblematiek alleen typerend voor mevr. Vink, voor agorafobie in het algemeen, of ook voor andere psychische stoornissen?

3. Autonomieproblematiek is klachtoverstijgende problematiek

As I- problematiek

Uit de literatuur en onze studies komt naar voren dat autonomieproblemen met verschillende stoornissen samenhangen, zoals met angststoornissen – waaronder agorafobie, maar daarnaast ook paniek- en dwangstoornis - (Alford & Gerrity, 1995; Bekker & Belt, 2006; Clark, Beck & Steward, 1990; Fresco, Sampson, Craighead & Koons, 2001; Moore & Blackburn, 1994; Sato & McCann, 2004), met stemmingsstoornissen (Bekker & Belt, 2006; Bieling, Beck & Brown, 2000; Burke & Haslam, 2001; Fairbrother & Moretti, 1998; Franche & Dobson, 1992; Robins & Luten, 1991) en met eetstoornissen (Bekker, Croon & Bertrand, under review; Humphrey & Stern, 1988; Marsden et al., 2002; McNamara & Loveman, 1990; Rhodes & Kroger, 1992). Hierbij is dan sprake van relatief lage niveaus van zelfbewustzijn en vermogen om nieuwe situaties te hanteren, en een zeer hoge gevoeligheid voor anderen (Bekker & Belt, 2006).

Ook vonden we relaties van autonomieproblemen met antisociaal gedrag (Bekker, Bachrach & Croon, 2007; zie ook Allen, Marsh, McFarland, McElhaney & Land, 2002), en, onder delinquenten, met agressie (Bakkes, 2007). Bij deze autonomieproblemen zagen we echter een ander onderling patroon van de autonomie-componenten. Ook hier was bijvoorbeeld het niveau van zelfbewustzijn beneden-gemiddeld, maar de gevoeligheid voor anderen was juist *lager* dan die van een normgroep.⁸

Autonomieproblemen bleken verder samen te gaan met mildere vormen van psychisch onwelbevinden, zoals werkstress (Bekker, Hens & Nijsen, 2001) en werk-thuis interferentie (Bekker, Willemsen & de Goeij, ter publicatie aangeboden), het verschijnsel waarbij je thuis in negatieve zin in beslag genomen blijft door je werk.

Kortom, autonomie-gehechtheidsproblematiek is klachtoverstijgende problematiek. Dat zien we ook in de praktijk. “Autonomieproblemen” zijn geen officiële diagnose binnen de zogenaamde DSM, de stoornissenbijbel waarin alle, of liever: alle Westerse stoornissen, zijn beschreven. Toch worden ze in de praktijk wél gediagnosticeerd en behandeld, zoals in zogenaamde autoniemgroepen. Net zoals autonomieproblemen in ons onderzoek met allerlei typen stoornissen bleken samen te hangen, bleek dat cliënten in deze groepen – die dus

allemaal kampen met “autonomieproblemen”, heel verschillende DSM-diagnosen hadden (Bekker, Croon, van Belkom & Vermeë, 2008). Een greep hieruit ter illustratie, ontleend aan autonomiegroepen voor vrouwelijke cliënten in de regio Brabant: depressieve stoornissen, aanpassings-, angst-, eet- en somatoforme stoornissen, rouwreacties, identiteitsproblemen en borderline persoonlijkheidsstoornissen.

Gender-patronen?

Heel intrigerend is, zeker in het licht van het grote sekseverschil in Gevoeligheid voor anderen, dat er ook sekseverschillen bestaan in het vóórkomen van allerhande stoornissen (zie APA, 2000). Aan de ene kant zijn er stoornissen die vaker bij mannen dan bij vrouwen voorkomen, zoals autisme en antisociale persoonlijkheidsstoornis (zie bijv. Moffit, Caspi, Rutter & Silva, 2001). Aan de andere kant bestaan er tal van stoornissen met een hogere prevalentie bij vrouwen. Voorbeelden zijn eetstoornissen, bijna alle angststoornissen, en depressie.⁹ Over de achtergronden van de ongelijke prevalentie naar sekse is veel gespeculeerd, maar zekerheid ontbreekt.

Zulke sekseverschillen zijn, behalve interessant, een mooie potentiële bron van kennis: Wat kunnen ze ons vertellen over de aard van de stoornissen en over psychische gezondheid? Gecombineerd met de sekseverschillen in autonomie: de veel grotere gevoeligheid voor anderen bij vrouwen dan bij mannen, valt er misschien enig inzicht op te doen.

Zojuist zagen we dat de stoornissen met een hogere prevalentie bij vrouwen als volgt met autonomieproblemen samenhangen: hoe meer de symptomen van deze stoornissen gelden (dus: hoe meer angst, depressie, kenmerken van eetstoornissen), hoe lager het zelfbewustzijn en het vermogen om nieuwe situaties te hanteren, en hoe hoger de gevoeligheid voor anderen, dit ongeacht sekse. Bij stoornissen die vaker bij mannen dan bij vrouwen voorkomen, zoals antisociaal gedrag, zagen we juist een omgekeerde samenhang qua gevoeligheid voor anderen: hoe minder gevoelig voor anderen, hoe groter de kans op antisociaal gedrag en hoe groter de kans op agressie – dit laatste vastgesteld onder – eveneens voornamelijk mannelijke - delinquenten. Gevoeligheid voor anderen en de herkomst ervan zou dus een sleutel kunnen zijn ter verklaring van de sekseverschillen in het vóórkomen van verschillende stoornissen.¹⁰

As II - problematiek

Als autonomieproblematiek klachtversterkend is, komt het dan niet neer op het hebben van 1 of meer persoonlijkheidsstoornissen? (Dit zijn duurzame, starre patronen van innerlijke ervaringen en gedragingen bij volwassenen, die bij hen lijden veroorzaken of beperkingen in hun functioneren, en binnen hun cultuur afwijkend zijn.)

De vraag geherformuleerd voor de DSM-kenners onder u: Als onder autonomieproblematiek een variëteit aan As-I stoornissen kan schuilgaan, komt het dan misschien overeen met As-II problematiek?

Wat voor relaties er zijn tussen autonomieproblematiek en verschillende persoonlijkheidsstoornissen onderzoeken we samen met Nathan Bachrach en enkele studenten bij GGZ-OostBrabant. Onze voorlopige conclusie is dat autonomieproblemen bijdragen aan persoonlijkheidsstoornissen, maar er niet mee samenvallen. Onze resultaten wijzen er bovendien op, dat verschillende clusters van persoonlijkheidsstoornissen gekenmerkt worden door verschillende patronen van autonomie-gehechtheid. Ook bij de persoonlijkheidsstoornissen die vaker bij vrouwen voorkomen, bijvoorbeeld de borderline en de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis, zien we het autonomiepatroon: laag zelfbewustzijn en vermogen om nieuwe situaties te hanteren, en hoge gevoeligheid voor anderen.¹¹ En persoonlijkheidsproblematiek die je vaker bij mannen ziet, lijkt, ook hier, gekenmerkt te

worden door het andere autonomiepatroon: laag zelfbewustzijn en vermogen om nieuwe situaties te hanteren, en lage gevoeligheid voor anderen. Een voorbeeld hiervan is, naast de al eerder genoemde antisociale, de narcistische persoonlijkheidsstoornis¹² (zie bijv. Zijlstra, 2007).

Kortom, het lijkt erop dat autonomieproblemen niet overeenkomen met één van de bestaande persoonlijkheidsstoornissen; ze dragen er wel aan bij. Ze overstijgen specifieke (As I)klachten en (As II)typen persoonlijkheidsstoornissen, en *lijken* uiteen te vallen in twee typen achterliggende autonomie-gehechtheidsproblematiek, die je zou kunnen aanduiden als een meer “mannelijk” en een meer “vrouwelijk” patroon. Dit onderscheid lijkt op dat tussen externaliserende en internaliserende stoornissen (bijv. Slade, 2007); ook wel aangeduid in termen van degenen die eraan lijden, de “warriors” en de “worriers” (Zahn-Waxler, 1993).

Samenvatting van het voorgaande:

Wat ik u tot nu toe heb proberen duidelijk te maken is, dat het begrip autonomie een aparte plaats verdient in het klinisch-psychologisch onderzoek; dat het uit meerdere componenten bestaat, en – dit in contrast met het autonomie-onderzoek van daarvóór - een belangrijke sociale dimensie heeft; dat het duidelijke sekseverschillen laat zien; dat er wellicht belangrijke vragen rond etniciteit spelen; dat het relevant is voor een breed palet aan stoornissen, en niet te herleiden is tot één of meer persoonlijkheidsstoornissen.

Vervolgens dringen zich tenminste drie vragen op. Ten eerste: Waar komen zulke, breder opgevatte autonomieproblemen vandaan? Ten tweede: *Hoe* leiden autonomieproblemen tot verschillende typen stoornissen? En ten derde: Wat kan er aan autonomieproblemen worden gedaan? Met deze vragen heeft u meteen de kernvragen te pakken van het Onderzoeksprogramma van onze Sectie Klinische Psychologie! De eerste 2 woorden uit de titel van dit programma onthullen al de richting waarin wij de antwoorden zoeken, namelijk: Hechting (antwoord op vraag 1), en Emotie(regulatie) (antwoord op vraag 2). Beide ga ik eerst kort toelichten, dan komen we bij de behandeling.

4. Waar komen autonomieproblemen vandaan?

Om meer inzicht te krijgen in de herkomst van autonomieproblemen laten we mevr. Vink nog eens invliegen, tenslotte een ervaringsdeskundige.

Mevr. Vink

Mevr. Vink had het niet voor niets 20 jaar uitgehouden met de klachten voor zij naar de GGZ kwam. Toen haar enige nog thuiswonende dochter het huis dreigde te verlaten, verhevigde haar angst. Ook bij conflicten raakte zij in paniek. Voor haar betekende conflict: mogelijke verlating. De aanblik van ziektes op tv, een opmerking van haar man dat hij zich niet lekker voelde, of het opmerken van eigen lichamelijk onwelbevinden deden mevr. Vink compleet in paniek raken over mogelijk verlies (ziekte, dood) dat op de loer lag. Als kind had mevr. Vink voortdurend heftige ruzies van, en met haar ouders meegemaakt; haar vader was vroeg bij hen weggegaan, en haar moeder was, na een ruzie met haar, in haar ziekenhuisbed gestorven. Om zich te verzekeren van veiligheid had Mevr. Vink van jongs af aan de strategie gekozen om zoveel mogelijk in de buurt te blijven van degenen van wie zij het moest hebben, eerst haar moeder, later haar oma. Als zij zei zich niet lekker te voelen, kreeg ze aandacht van hen, en gevoelens van onveiligheid of angst voor verlating waren totaal verknoopt geraakt met zich ziek, zwak of misselijk voelen.

Hechting

De strategie van Mevr. Vink is bekend uit de hechtingstheorie, evenals het begrip autonomie. Voor de grondlegger van deze theorie, John Bowlby (1969; 1973), was autonomie een ander woord voor “veilige hechting”. Veilige hechting is een psychologische basisconditie, die gekenmerkt wordt door vertrouwen in de beschikbaarheid en responsiviteit van hechtingsfiguren, en de basis vormt voor exploratie van de omgeving¹³. Zoals inmiddels redelijk bekend, zullen kinderen “veilig gehecht” raken, als zij van jongs af aan ervaren dat hun ouders of andere verzorgers er voor hen zijn - letterlijk en figuurlijk - als zij daar behoefte aan hebben.

Is dat op cruciale momenten of systematisch niet het geval, dan ontwikkelen kinderen onveilige gehechtheid: Ze missen het basisvertrouwen dat de hechtingsfiguur beschikbaar is en adequaat op hun behoeften zal reageren. Bijvoorbeeld: wordt een kind, zoals Mevr. Vink als meisje, geconfronteerd met het verlies van een hechtingsfiguur (zoals door overlijden) of dreigend verlies (ziekte, heftige ruzies), dan kan ze haar verlatingsangst trachten te bezweren door zoveel mogelijk nabijheidszoekend gedrag. Ze verzekert zich van veiligheid door zoveel mogelijk in de buurt te blijven van een hechtingspersoon, eerst haar moeder, later haar oma. Deze strategie wordt vaak kortweg de *angstige hechtingsstijl* genoemd. Er zijn daarnaast ook andere strategieën geïdentificeerd; de meest bekende is de *vermijdende* hechtingsstijl. Kenmerk daarvan is de neiging zich in relaties juist afzijdig te houden en niet teveel bij anderen betrokken te raken.¹⁴

Onze vroeg ontwikkelde hechtingsstijlen brengen we in nieuwe, latere relaties in. Ook Mevr. Vink paste haar meisjesstrategie, zoveel mogelijk nabijheid te zoeken, later toe op haar man en dochter. De relatieve stabiliteit van hechtingsstijlen lijkt zelfs over generaties heen te gelden (e.g., Benoit, & Parker, 1994; Hamilton, 2000; Waters, Merrick, Treboux, Crowell, & Albersheim, 2000), hoewel zich wel degelijk ook veranderingen kunnen voordoen (Hamilton, 2000; Waters et al., 2000).

Komen autonomieproblemen inderdaad voort uit hechtingservaringen? Dit lijkt, ook op basis van eigen onderzoek, in elk geval *gedeeltelijk* zo te zijn. Hierbij komen opnieuw sekseverschillen naar voren. Mannen lijken, naast een lagere gevoeligheid voor anderen, vaker een vermijdende hechtingsstijl te hebben ontwikkeld, vrouwen vaker een angstige. Dit hangt waarschijnlijk samen met het feit dat ook hechtingservaringen voor jongens en meisjes verschillen.¹⁵¹⁶

Behalve uit hechtingservaringen kunnen autonomieproblemen waarschijnlijk ook uit andere factoren voortkomen. Hierbij valt te denken aan situationele factoren zoals traumatische ervaringen, en wellicht ook biologische, genetische factoren. Met andere woorden: aanlegverschillen tussen kinderen zouden latere verschillen in autonomie mee kunnen bepalen. Ook kunnen vroege componenten van autonomie juist op hun beurt hechtingservaringen bepalen. Momenteel onderzoeken we of er een relatie is tussen gevoeligheid voor anderen en algehele gevoeligheid (zoals voor licht, geluid, etc.); dat zou, behalve een *gevolg* van hechtingservaringen, daarvoor ook een *risicofactor* kunnen zijn. Dus: autonomie kan voortkomen uit hechting, maar vroege, wellicht genetisch bepaalde autonomie-componenten zouden zelf, van jongs af aan, hechting kunnen mee-vormgeven: mee kunnen bepalen hoe kwetsbaar iemand überhaupt is voor ongunstige hechtingservaringen¹⁷.

Hier valt nog veel te onderzoeken!

De tweede vraag was:

5. *Hoe leiden autonomieproblemen tot verschillen typen stoornissen?*

Wij denken dat hier een belangrijke rol is weggelegd voor emoties en emotieregulatie.

Veel vormen van psychopathologie zijn gedefinieerd als het te zwak of juist te sterk ervaren van emoties, bijvoorbeeld angst- en stemmingsstoornissen, of kunnen opgevat worden als inadequate emotieregulatie (Vingerhoets, Niklycek & Denollet, 2008). Emotieregulatie is het duale proces van emoties hebben, en ermee omgaan (monitoren, evalueren en modificeren¹⁸), wat op zich weer de aard, intensiteit en expressie van onze emoties bepaalt (Frijda, 1988). Inadequate vormen van emotieregulatie zijn bijvoorbeeld eten als troost bij moeilijke gevoelens, of, zoals Mevr. Vink, aandacht genereren via uitingen van lichamelijk onwelbevinden en niet of nauwelijks via het uiten van andere onvrede.

Uit ons onderzoek blijken autonomieproblemen inderdaad samen te gaan met vormen van alexithymia, het onvermogen om eigen emoties te voelen, dan wel te benoemen of te verklaren. Zo vonden we bij vrouwelijke cliënten met autonomieproblemen dat zij als het ware omkwamen in een brij van heftige gevoelens. Niet het *voelen* op zich was voor hen een probleem, maar heel moeilijk voor hen was het benoemen, thuisbrengen, en “plaatsen” van hun emoties, en er op assertieve wijze mee omgaan in interacties met anderen (Bekker, Croon, van Belkom & Vermeë, 2008).

Over *hoe* autonomieproblemen via specifieke vormen van emotieregulatie leiden tot specifiek gedrag als emotioneel eten of antisociaal optreden, is nog veel onbekend. Voor de behandeling van autonomieproblemen, zo is al wel duidelijk, is het belangrijk dat aandacht wordt besteed aan emotioneel bewustzijn, emotieregulatie, en interpersoonlijk functioneren.

5. Wat kan er aan autonomieproblemen gedaan worden?

Enkele belangrijke bestanddelen van de behandeling van autonomieproblemen heb ik inmiddels bij u geïntroduceerd.

Autonomiegerichte interventies zijn gericht op herstel of versterking van het zelfbewustzijn en het vermogen tot hantering van nieuwe situaties, en op het reguleren van de gevoeligheid voor anderen. Dit gebeurt in ons land nu al ongeveer 35 jaar in de “autonomiegroepen” die ik al eerder noemde. Misschien gebeurt het, zij het misschien niet altijd expliciet bedoeld¹⁹, ook wel in andere therapievormen. In individuele therapieën zijn de interventies ook goed mogelijk.

Autonomiegroepen zijn voortgekomen uit de vrouwenbeweging. Hier gold versterking van de autonomie van vrouwen in één adem met feministische doelstellingen als financiële onafhankelijkheid en baas in eigen buik. Nog steeds zijn de groepen vaak exclusief toegankelijk voor vrouwen. Dat is gek, omdat autonomieproblemen, zo hebben we gezien, net zo goed mannen kan treffen, zij het met een ander patroon van autonomie-componenten.

Autonomiegroepen behoren bij de meeste grotere GGZ-instellingen in ons land nog steeds tot het aanbod. Dat is maar goed ook, want praktijkervaring leert dat ze gunstige behandelingseffecten hebben. Maar hun voortbestaan is ook wonderbaarlijk gezien de sterk toegenomen eis dat behandelingen “evidence-based” moeten zijn, ofwel: óók gestoeld op resultaten van wetenschappelijk onderzoek.²⁰ Aan wetenschappelijk effectonderzoek heeft het rond de autonomiegroepen al die tijd ontbroken²¹. Er waren tot voor kort zelfs geen uitgebreide beschrijvingen beschikbaar van de werkwijzen binnen deze groepen.

We zijn daarom heel blij dat men ons bij de Angstpoli van GGZ BuitenAmstel in Amsterdam de gelegenheid heeft gegeven om hiermee een begin te maken. Joska van Houten en Janneke Vossen hebben eerst een inventarisatie gemaakt van de precieze werkwijzen in de autonomiegroepen, en daaruit een voorlopig protocol gedestilleerd. Hoofdbestanddelen van de aanpak in autonomiegroepen bleken te zijn: het versterken en verder ontwikkelen van het bewustzijn van eigen emoties, behoeften, doelen en wensen; stilstaan bij en verwerken van

vroegere en actuele hechtingservaringen; het aanleren van adequate emotieregulatie, en het oefenen met assertief gedrag (Vossen & van Houten, 2008).

Vorig jaar hebben we de eerste pilotstudie gedaan, naar de effecten van een autonomiegroep voor cliënten met angststoornissen bij wie de reguliere, dus cognitieve gedragstherapie onvoldoende effect had gehad. En de inspanningen waren niet voor niets, want de autonomie-gerichte therapie bleek te leiden tot een substantiële afname van de angstklachten en een reeks andere klachten.²² Dit jaar zullen we het onderzoek, met een sterkere onderzoeksopzet, vervolgen, en natuurlijk hopen we op overeenkomstig gunstige resultaten. Het zou mooi zijn wanneer de indrukwekkende praktijkkennis op dit gebied, zó: via verdere documentatie en effectonderzoek bij ook andere stoornistypen, voor de toekomst behouden kan blijven.

6. Onderzoeksprogramma Hechting, Emotie(regulatie) en Psychopathologie

Zo heb ik u via de steekwoorden Hechting en Emotieregulatie kennis laten maken met ons Onderzoeksprogramma (***Hechting, Emotie(regulatie), en Psychopathologie***) voor de komende jaren. We willen verder gaan met onderzoek naar effecten van interventies rond autonomie, hechting en emotieregulatie. Ook de meer fundamentele vragen die we in dit programma willen onderzoeken, liet ik u zien. We willen meer te weten komen over de rol die diverse hechtingsstijlen en autonomieproblemen spelen in verschillende vormen van psychopathologie, en over kwetsbaarheidsfactoren die hierbij belangrijk zijn. De vraag hoe autonomieproblemen via vormen van emotieregulatie leiden tot specifiek, stoornis-gerelateerd gedrag zoals emotioneel overeten, willen we de komende tijd uitzoeken in experimenteel onderzoek.

Last but not least willen we met ons onderzoek meehelpen aan het oplossen van de, nog enorme aansluitingsproblemen van de GGZ bij de allochtone cliëntenpopulatie. Dat doen we als Onderzoeksplatform GGZ en Diversiteit, met als Kerngroep: de UvT samen met enkele grote GGZ-instellingen uit Brabant en de randstad. Onderzoeksvragen zijn hier: Welke betekenis hebben autonomie en (on)veilige hechting voor verschillende etnische groepen in ons land, welke regels rond emotionele expressie hanteren zij, en welke implicaties heeft dit voor diagnostiek en behandeling bij mannen en vrouwen uit deze groepen? En, omdat evidence-based behandeling voor allochtone cliënten nog nauwelijks voorhanden is, gaan we bestaande, veelbelovende behandelwijzen van diverse typen stoornissen bij deze groepen op hun effectiviteit toetsen.

Zo hopen we dan ons steentje bij te dragen aan een praktijk die mensen van vervelende klachten wil afhelpen, maar ook: die mensen wil helpen “actief handelende subjecten te worden die eigen keuzes kunnen maken en een eigen innerlijke vrijheid hebben” (vgl. Nicolai, 1992, p. 146), een vrijheid als van een vogel in de lucht!

Of vindt u dat te stichtelijk? Dan nu iets geheel anders:

Dankwoord

Geachte dames en heren! In een donker verleden stond onze faculteit haar Klinische Psychologie af aan Nijmegen, en moesten we het vakgebied hier lange tijd node missen, althans officieel. Niemand drukte deze trieste situatie treffender uit dan mijn gewaardeerde Collega Guus van Heck: “Een faculteit Psychologie zonder Klinische is als een café zonder bier”. U begrijpt: Het is dan ook met het grootste plezier dat ik u vandaag mag zeggen: Er is weer bier in het café! U voelt de borrel al naderen, maar graag wil ik eerst enkele mensen bedanken.

Geacht huidig en vorig Bestuur, u bedank ik voor het vertrouwen dat u in mij heeft gesteld, en ik beloof u dat ik mij ten volle zal inzetten om het waar te maken. Met name wil ik jou, Arie de Ruijter, hartelijk bedanken voor je vertrouwen en je steun.

Veel inspiratie en solidariteit heb ik ondervonden, en ondervind ik nog steeds van al die collega's die zich, bijvoorbeeld vanuit Vrouwen- en genderstudies, inzetten voor diversiteit in de wetenschap. Dit heeft veel nuttige kennis opgeleverd, en laten zien welke kennishiaten er nog zijn die aanleiding moeten zijn voor toekomstig onderzoek. Maar ook heeft al deze inzet het ge-weten doen groeien dat wetenschap ook iets voor vrouwen is, en moet kunnen zijn, tot en met in de hoogste universitaire functies. Ik zal het College van Bestuur van onze UvT dan ook graag houden aan haar recent vastgelegde streefcijfer: 15% vrouwelijke hoogleraren in 2010. Dat dat daarna snel omhoog moet naar 50%, spreekt voor zich!

Hooggeleerde Vingerhoets, beste Ad, ik werk altijd erg graag met je samen, en ik ervaar het als een eer om onze vragen rond emotieregulatie te mogen gaan aanpakken met jou: wereldvermaard, high-impact Emotie-expert!

Geachte studenten! Het is voor jullie en ons topsport om jullie in 1 jaar door een zo goed mogelijke Master Psychologie en Geestelijke Gezondheid heen te loodsen, en klaar te stomen voor de GZ-opleiding, het beroepsveld, of het onderzoek. Ik hoop met jullie op een 2-jarige Master, die meer recht zou doen aan de vele kennis en vaardigheden die onze klinische psychologie rijk is. Het is voor mij altijd een groot plezier om jullie in deze fase met je afstudeeronderzoek te begeleiden, en ik verheug me in de voortgaande samenwerking met jullie!

Zeer geleerde collega's van het departement Methoden en Technieken! Een heel uitdagend deel van ons onderzoek is ook het methodische deel ervan. Het is altijd heel plezierig en productief met jullie samenwerken, en ik wil met name jullie, Marcel Croon en Marcel van Assen, enorm bedanken voor al jullie inzet, kennis en kunde. Ik verheug me erop onze samenwerking verder voort te zetten!

Gewaardeerde, beste, en lieve – *alle* - overige collega's: op en buiten de UvT, in onderzoeks-, opleidings-, en hulpverleningsinstellingen; onze samenwerking is mij (bijna) altijd een groot genoegen. Ik zal me er in de komende jaren voor inzetten om er, samen met u, een succes van te maken!

Lieve familie, vrienden en vriendinnen,
Jullie bedank ik voor alle gezelligheid, steun, en vriendschap!

Lief ouderpaar,
Betere ouders dan jullie kan een mens zich niet wensen. Bij andere gelegenheden heb ik mijn enorme waardering voor allerlei kwaliteiten van jullie al eens bezongen. Vandaag dank ik jullie speciaal voor jullie goede voorbeeld in het tonen van sociale en maatschappelijke betrokkenheid, iets waarin ik jullie in mijn werk en leven hoop na te doen.

Lief schoonouderpaar,
Ook jullie verdienen een apart woord van dank: voor alle gezelligheid, steun en stimulans die ik van jullie mag ondervinden!

Lieve Jona, lieve Judith, ik ben intens blij en dankbaar dat ik jullie moeder ben. Jullie, in al je eigenheid, samen met Peter te zien en helpen opgroeien is mijn lust en mijn leven. Deze rede heb ik aan jullie opgedragen.

Lieve Peter, de dank die ik jou verschuldigd ben, zoals voor je betrokkenheid, humor, steun, en wijsheid, vergt een oratie op zich. Het zal je bevallen dat ik die hier nu niet volledig kan houden... Daarom voor nu: dankjewel! En: wordt vervolgd!

Geachte aanwezigen, ik dank u voor uw aandacht en voor uw komst naar mij vandaag, en dat nog wel op vrijdag de 13^{de}!

Ik heb gezegd.

¹ Voor hun commentaar op eerdere versies van deze tekst bedank ik Peter de Jong, Lia Karsten, Marianne Meijerink en Karel Soudijn.

² De DBC's (diagnose-behandelcombinaties) zijn daarvoor illustratief.

³ Daar komt bij dat cliënten in het meeste effectonderzoek gevolgd worden tot slechts beperkte tijd na afronding van de behandeling; of zij dus na 1 of 2 jaar met dezelfde of andere klachten te kampen hebben, weten we dan niet. In de GGZ echter is men heel bekend met het fenomeen van de draaideurcliënten.

⁴ Ook het Amerikaanse onderzoek blijft op dit punt achter, en is bovendien ontoereikend omdat van andere allochtone groepen sprake is. In hoeverre werkt Cognitieve Gedragstherapie bijvoorbeeld bij de behandeling van angststoornissen bij Nederlanders met een Turkse of Marokkaanse achtergrond? We weten het niet; wel leert praktijkervaring dat dit type therapie bij verschillende groepen allochtone cliënten vaak moeilijk uitvoerbaar is (zie bijv. Bekker & Frederiks, 2005).

⁵ Het denken hierover sluit aan bij de groeiende behoefte van veel intakers, diagnostici en behandelaars in de huidige GGZ aan meer inzicht in “de persoon achter de klachten”. Steeds meer willen hulpverleners persoonlijkheidsonderzoek doen of laten doen, waarvan zij hopen dat de uitkomsten hen verder helpen bij hun behandeling.

⁶ In meer collectivistische of wij-culturen zou de nadruk meer liggen op de behoeften en belangen van de groep. We zagen dat grote gevoeligheid voor anderen vooral vrouwen nogal eens afleidt van eigen behoeften en wensen (dus gepaard gaat met een zwak zelf-bewustzijn). Denkbaar is dat gevoeligheid voor anderen - binnen wij-gerichte subculturen mogelijk sterker ontwikkeld door het opgroeien in en voor de groep, bij een gezonde ontwikkeling juist samen zou kunnen gaan met een sterk zelf-bewustzijn. Onze, nog schaarse bevindingen onder jonge, vrouwelijke, 2^e generatie-moslims, verzameld samen met Judit Arends-Tóth en enkele studenten, wijzen deels in die richting (Bekker & Arends-Tóth, *under review*). We vergeleken hun scores op de autonomie-lijst, met die van jonge autochtone vrouwen van dezelfde leeftijd en hetzelfde opleidingsniveau. Beide groepen hadden een even hoge mate van zelf-bewustzijn; en waren even goed in staat om nieuwe situaties te hanteren. Qua gevoeligheid voor anderen scoorde, tegen de verwachting in, de autochtoon-Nederlandse groep hoger dan de allochtoon-Nederlandse groep. We keken ook naar het belang dat beide groepen hechtten aan meer ik-gerichte waarden versus meer wij-gerichte waarden. Beide groepen hechtten evenveel belang aan individualistische waarden, maar de allochtone groep meer aan collectivistische waarden, hetgeen dus – zoals gezegd – niet samenging met meer gevoeligheid voor anderen en met evenveel zelfbewustzijn. Ook dit terrein vraagt om nader onderzoek, maar duidelijk is dat onze resultaten geen steun verlenen aan een simpel onderscheid “autochtoon, ik-gericht, minder gevoelig voor anderen, onafhankelijk” versus “allochtoon, wij-gericht, gevoelig voor anderen, interafhankelijk”.

⁷ *Is autonomie dan misschien hetzelfde als: de vrije wil?*

Autonomie, als woord opgebouwd uit *autos*=zelf en *nomos*=wet, wordt wel vertaald als: zichzelf de wet voorschrijvend, ook wel: de vrije wil genoemd.⁷ Dit sluit aan bij het feit dat - zoals we zagen, psychische stoornissen juist een belangrijk *verlies* van individuele vrijheid betekenen.

Wat de vrije wil is, en vooral: of de vrije wil bestaat, is al eeuwenlang voer voor filosofen. Maar wat is de vrije wil vanuit de psychologie? De vrije wil bestaat! zegt Nico Frijda (2007), en dan is dat zeer waarschijnlijk zo! Eén ding is zeker: In de context van de hulpverlening wordt de vrije wil nogal eens verward met eigen verantwoordelijkheid, zoals recentelijk weer gebeurde door de Engelse psychiater Dalrymple (2004). Ben je verslaafd? Je bent zelf verantwoordelijk want je zou je drugs zo in de vuilnisbak kunnen gooien. Heb je een mishandelende partner: je bent zelf verantwoordelijk voor het feit dat je bij hem blijft.

Hoe belangrijk het sprankje hoop van de eigen vrije keuze therapeutisch ook kan zijn, het hameren op de eigen verantwoordelijkheid verwordt mijn inziens gemakkelijk tot het stellen van een eis waaraan juist voor veel mensen in de knel, niet te voldoen is.

Bij het autonomieprobleem van Mevr. Vink zagen we dat juist met het *vermogen* tot vrije wil, bijv. kunnen kiezen voor zichzelf inclusief het doen van therapeutische oefeningen, iets mis was. Zij was beneden-gemiddeld zelf-bewust en tegelijkertijd zeer gevoelig voor anderen, kenmerken voor agorafobische klachten in het algemeen. Die twee verkeren in wisselwerking: Door de gerichtheid op de ander - wat die wil, vindt etc., raken eigen emoties en behoeften gemakkelijk op de achtergrond. Omgekeerd kan een weinig ontwikkeld contact met eigen emoties en behoeften op en afhankelijkheid van de ander gemakkelijk doen toenemen. Met zo'n psychische make-up blijkt het moeilijk verantwoordelijkheid voor *jezelf*-nemen. Daarbij moet ook in aanmerking worden genomen wat geweld en trauma's doen met zelf-gevoel. Veel symptomen van mensen met geweldservaringen zijn op te vatten als acute of posttraumatische stresssymptomen: gevoelens van machteloosheid, geheugenstoornissen, gevoelloosheid, afgenomen zelfvertrouwen. Wat is er in zulke gevallen over van een "zelf" waarvoor vrijelijk "gekozen" moet worden?

Kortom: psychische autonomie is niet het *resultaat* van beoefening van de vrije wil: de als vrij ervaren wil of keuze, maar het *vermogen tot* beoefening van die vrije wil, tot zelfregulatie inclusief in sociaal opzicht. Bij autonomieproblemen is het juist dit vermogen dat beschadigd lijkt of onvoldoende tot groei gekomen. Een heel interessant aanknopingspunt bij deze visie komt uit de hersenwetenschap. Volgens verschillende neuropsychologische publicaties (voor een populair-wetenschappelijke variant, zie Kahn, 2008) is de nucleus accumbens, een hersenkern diep in het brein, betrokken bij motivatie en keuzes maken, en in het geding is – net als zelfgerapporteerde autonomie - bij meerdere stoornissen, zoals verslaving, en obsessief-compulsieve stoornis. Lesies in de kern van dit hersenonderdeel zorgen voor impulsieve, snelle beloning opleverende keuzes, en maken uitstel zoals benodigd bij vrijere keuzes, onmogelijk.

⁸ Het niveau van Vermogen om nieuwe situaties te hanteren was bij antisociale persoonlijkheidsstoornis juist bovengemiddeld, wat een extra risicofactor impliceert.

⁹ Op nummer 1 staan de eetstoornissen, zoals anorexia en bulimia nervosa, die beide in maar liefst 90 % van de gevallen meisjes of vrouwen treffen. Andere voorbeelden zijn bijna alle subtypen van de angststoornissen, zoals bijvoorbeeld agorafobie die naar schatting 4x zo vaak bij vrouwen dan bij mannen voorkomt, en stemmingsstoornissen zoals depressie waaraan ongeveer 2 maal zo veel vrouwen als mannen lijden (APA, 2000).

¹⁰ "Ideale autonomie", bestaat dat? Een poging:

Zou je op basis daarvan moeten aangeven hoe autonomie-gehechtheid er idealiter uitziet, dus bij goede geestelijke gezondheid, dan is dat, na correctie voor het sekseverschil in gevoeligheid voor anderen dat zich sowieso voordoet, los van stoornissen, wellicht als volgt: Hoe sterker het bewustzijn van eigen emoties, wensen en meningen, ofwel het zelfbewustzijn, hoe beter. Hoe groter het vermogen om nieuwe situaties te hanteren, hoe beter. Qua gevoeligheid voor anderen geldt mogelijk een iets andere, meer u-vormige relatie: hier houdt het ideaal het midden tussen niet teveel en niet te weinig. Vooralnog is dit onderwerp van nader onderzoek. Overigens is dit consistente sekseverschil is de reden dat wij voor de subschaal Gevoeligheid voor anderen van de ACS-30 andere normen hanteren voor vrouwen dan voor mannen (zie AGS-30, Bekker, M. H. J., Amsterdam: Testuitgeverij Boom; en Bekker & van Assen (2008).

"Superautonomie", bestaat dat?

Heel uitdagend is het om hier stil te staan bij de vraag of, uitgaande van dit psychische gezondheidsideaal, er wellicht ook iets als "superautonomie" bestaat. Hoe zijn degenen die ongeacht sociale druk autonoom hun weg vervolgen, te typeren in termen van Zelf-bewustzijn, gevoeligheid voor anderen, en vermogen om nieuwe situaties te hanteren? Het gaat hier om de gezonde "hoogvliegers", die bijvoorbeeld vaststellen dat de aarde rond is ook al beweert een meerderheid van plat. Hoe moeilijk lijkt het die groep te onderscheiden van psychisch gestoorden, bijvoorbeeld pseudogeleerden die boekwerken volschrijven over de inferioriteit van bepaalde groepen medemensen (zie bijv. Weininger). Wellicht is het juist de component gevoeligheid voor anderen die hier een belangrijke onderscheidende rol speelt (Verdaasdonk, mondelinge communicatie). Immers, het zou kunnen dat echte hoogvliegers niet alleen een goed zelf-bewustzijn hebben, maar ook een zeer goed ontwikkeld

empathisch vermogen zonder overgevoelig te zijn voor anderen, wellicht zelfs een meta-empathisch vermogen: een vermogen tot incalculeren wat de uitvinding, het inzicht, de stellingname gaat opleveren voor het geheel en waarom weerstand bij medemensen begrijpelijk is

¹¹ Borderline persoonlijkheidsstoornis duidt op aanhoudende instabiliteit in interpersoonlijke relaties, zelfbeeld en affecten en een hoge mate van impulsiviteit. Onder afhankelijke persoonlijkheidsstoornis verstaat men een aanhoudende, buitensporige behoefte verzorgd te worden, die gepaard gaat met onderworpen en vastklampend gedrag en verlatingsangst.

¹² Aanhoudende grootheidsgedrag, behoefte aan bewondering en gebrek aan empathie.

¹³ De trits zelf-ander-omgeving(sverkenning) die we in de werkmodellen en hechtingsstijlen zien, komt overeen met de drie componenten van autonomie-gehechtheid: Zelfbewustzijn, Gevoeligheid voor anderen, Vermogen om nieuwe situaties te hanteren.

¹⁴ De vierde stijl is de gedesorïenteerde hechtingsstijl, te herkennen aan een gebrek aan consistente strategieën om veiligheid uit te lokken bij stress. Conflictueus, toenaderend en afwijzend gedrag wisselen elkaar, soms onverwachts, af. Deze stijl komt vaak voor in gezinnen waarin mishandeling plaatsvindt, wat voor kinderen het afschuwelijke dilemma oplevert, dat zij na mishandeling voor hun troost en veiligheid zijn aangewezen op degene die hen ook hun pijn en verdriet bezorgt. Degenen die de filmpjes wel eens hebben gezien van de stijlen vertoond door kinderen in de Strange Situation Test, weten hoe onwaarschijnlijk duidelijk ze te zien zijn. Deze test bestaat uit onder meer de volgende opeenvolging: ouder en kind komen binnen in de testkamer, een vreemde komt binnen en interakteert met het kind, de ouder vertrekt, en komt na enige tijd weer terug. Wat doet het kind, tegenover de ouder en tegenover de vreemde? En in hoeverre verkent het kind de omgeving? Een veilig gehecht kind begroet de ouder blij. Het vermijdend-gehechte kind keert zich – zelfs bij toenadering door de ouder – boos van de ouder af. Het meeste exploratieve, de omgeving verkennende gedrag wordt vertoond door het veilig gehechte kind (Ainsworth et al., 1978).

¹⁵ De sekseverschillen in type hechtingsstijlen zijn onder meer begrijpelijk vanuit het gegeven dat de primaire hechtingspersoon in bijna alle levens van kinderen nog steeds (en overigens universeel) hun moeder is, dus: een vrouw. Dit levert als primaire hechtingsrelatie voor jongens een “cross-sex” relatie op, en voor meisjes een “same-sex” relatie. En dit verschil vormt waarschijnlijk een vroege bijdrage aan de sekseverschillen in relationele oriëntatie. Hoe, dat kunt u nalezen bij auteurs als Chodorow (1978; 1989); heel interessant en een wonder dat dit enorme empirische aanvangsverschil tot op de dag van vandaag zo weinig aandacht in de psychologie heeft gekregen.

¹⁶ Autonomieproblemen zijn daarmee voor een deel ontwikkelingsproblemen, ook al beginnen ze zich vaak te manifesteren op jong-volwassen leeftijd. De opvatting van autonomieproblemen als problemen door stagnaties in de psychologische ontwikkeling of uiting van disfunctionele ontwikkeling betekent vaak: ruimte voor groei en verandering, en dus: therapeutische mogelijkheden.

¹⁷ Meer en meer wordt in het hechtingsonderzoek duidelijk dat onveilige hechting niet bij iedereen tot psychopathologie leidt (Van Ijzendoorn, 2007). Of dit gebeurt hangt mogelijk af van bepaalde kwetsbaarheidsfactoren, waartoe dus in principe ook autonomiecomponenten, met name gevoeligheid voor anderen, zouden kunnen behoren.

¹⁸ Voor een uitgebreide reflectie op het regulatiebegrip, zie Frijda (1988), p.419 e.v.; hier wordt besproken, in aansluiting op noot 7 (de dualiteit in het begrip “vrije wil”), hoezeer ook emotieregulatie in feite een duaal verschijnsel is: men heeft emoties en gaat ermee om.

¹⁹ Het zou ook bijv. als onbedoeld neveneffect kunnen optreden. Hierover is nog weinig bekend.

²⁰ Evidence-based is: gestoeld op praktijkkennis van behandelaars en op ervaringskennis van behandelenden, maar óók op resultaten van wetenschappelijk onderzoek.

²¹ De effectiviteit van autonomiesgroepen uitgevoerd bij De Geestgronden in Bloemendaal is onderzocht door Roos (2006). Zij nam voor en na de behandeling de Autonomie-Gehechtheidslijst af en vond een toename van autonomie. Bovendien bleek dat de psychische klachten waren afgenomen.

²² Bij deze pilot studie werd helaas geen gebruik gemaakt van een controle- of vergelijkgroep. Hierdoor bleven eventuele tijdseffecten onopgemerkt en kan niet met zekerheid gezegd worden dat de gevonden effecten daadwerkelijk een gevolg waren van de interventie. De aanvangsmate van autonomie van de cliënten was op basis van hun scores niet lager dan van 'normalen' (op basis van therapeutoordelen was dit echter wel degelijk het geval), en nam ook niet toe gedurende de interventie. Ook hier was sprake van een discrepantie met het oordeel van de therapeuten die wel degelijk toename constateerden. Naast een reductie van angstklachten vonden we een afname van somatische klachten, van wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, en een toename van zelfvertrouwen en kwaliteit van leven

Referenties

- Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 459-466.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alford, B. A., & Gerrity, D. M. (1995). The specificity of sociotropy-autonomy personality dimensions to depression vs. anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, *51*, 190-195.
- Allen, J. P., Marsh, P., McFarland, S., McElhaney, B. K., & Land, D. J. (2002). Attachment and autonomy as predictors of the development of social skills and delinquency during midadolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 55-66.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (IV-tr edition)*. Washington, DC: APA.
- Bakkes, M. (2007). *Gehechtheid, autonomie, en agressie onder gedetineerden: Verbanden?* Masterthesis Psychologie en Geestelijke Gezondheid. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd Edition)*. NY: The Guilford Press.

-
- Bekker, M. H. J. (1993). The development of an Autonomy scale based on recent insights into gender identity. *European Journal of Personality, 7*, 177-194.
- Bekker, M. H. J., & Arends-Tóth (under review). Autonomy-Connectedness, acculturation, and independence-interdependence among various cultural groups in a multicultural society.
- Bekker, M. H. J., & van Assen, M. A. L. M. (2006). A short form of the Autonomy scale: Properties of the Autonomy-Connectedness Scale. *Journal of Personality Assessment, 86*, 51-60.
- Bekker, M. H. J., & van Assen, M. A. L. M. (2008). Autonomy-connectedness and gender. *Sex Roles, (in press)*
- Bekker, M. H. J., Bachrach, N., & Croon, M. A. (2007). The relationships of antisocial behavior with attachment, autonomy-connectedness, and alexithymia. *Journal of Clinical Psychology, 63*, 507-527.
- Bekker, M. H. J., & Belt, U. (2006). Autonomy-connectedness and its relation to anxiety and depression among patients in primary health care. *Depression and Anxiety, 23*, 274-280.
- Bekker, M. H. J., Croon, M. A., van Belkom, E., & Vermeë, J. (2008). Predicting individual differences in autonomy-connectedness: The role of body-awareness, alexithymia, and assertiveness. *Journal of Clinical Psychology, 64*, 747-765.
- Bekker, M. H. J., Croon, M. A., & Bertrand, I. (under review). The relationship between parental attachment experiences, autonomy-connectedness, and eating disorders.
- Bekker, M.H.J., & Frederiks, E. (2005). *Psychotherapeuten over diversiteitsbewuste werkwijzen en knelpunten bij intake, diagnostiek en behandeling van allochtone vrouwen en mannen*. Amersfoort: GGZ Kennisnet

-
- Bekker, M. H. J., Hens, G., & Nijssen, A. (2001). Stress prevention training; Sex differences in types of stressors, coping, and training effects. *Stress and Health, 17*, 207-218.
- Bekker, M. H. J., Willemse, J. J. P., & de Goeij, J. W. J. M. (submitted). The role of individual differences in particular autonomy-connectedness in work-family balance.
- Benoit, D., & Parker, K. C. H. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development, 65*, 1444-1456.
- Bieling, P. J., Beck, A. T., & Brown, G. K. (2000). The Sociotropy-autonomy Scale: Structure and implications. *Cognitive Therapy and Research, 24*, 763-780.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation, anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Burke, A., & Haslam, N. (2001). Relations between personality and depressive symptoms: A multimeasure study of dependency, autonomy and related constructs. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 953-961.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*, 17-31.
- Chambless, D. L., & Gillis, M. M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 248-260.
- Chodorow, N. (1978). *The reproduction of mothering*. Berkeley: University of California Press.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Stewart, B. (1990). Cognitive specificity and positive negative affectivity: complementary or contradictory views on anxiety and depression. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 148-155.

-
- Costa, P.Jr., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO-Personality-Inventory Manual*. Odessa FL.: Psychological Assessment Resources.
- Dalrymple, T. (2004). *Leven aan de onderkant: Het systeem dat de onderklasse instandhoudt*. Utrecht: Het Spectrum.
- Emmelkamp, P. M. G., Bouman, T., & Scholing, A. (1995). *Angst, fobieën en dwang. Diagnostiek en behandeling (2^e herziene druk)*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum. ISBN: 90-313-1194-4.
- Erikson, E. S. (1974). *Identity, youth, and crisis*. London: Faber & Faber.
- Fairbrother, N., & Moretti, M. (1998). Sociotropy and autonomy and self-discrepancy: Status in depressed and control participants. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 279-296.
- Franche, R., & Dobson, K. (1992). Selfcriticism and interpersonal dependency as vulnerability factors to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 419-435.
- Fresco, D. M., Sampson, W. S., Craighead, L. W., & Koons, A. N. (2001). The relationship of sociotropy and sutionomy to symptoms of depression and anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15(1), 17-31.
- Frijda, N. H. (1988). *De emoties*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Frijda, N. H. (2007). *The multifarious processes of emotion regulation*. Keynote lecture, Emotions Congress, Tilburg: Tilburg University.
- Hamilton, C. E. (2002). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Development*, 71, 690-694.
- Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences: International differences in work-related values*, Sage, Beverly Hills.
- Hofstede, G. (1997). *Cultures and organizations: Software of the mind. Intercultural cooperation and its importance for survival*, McGraw-Hill, New York (1997).

-
- Hofstede, G., & Bond, M.H. (1984). Hofstede's culture dimensions: An independent validation using Rokeach's Value Survey. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 15*, 417- 433.
- Humphrey, L. L. & Stern, S. (1988). Object relations and the family system in bulimia: A theoretical integration. *Journal of Marital and Family Therapy, 14*, 335-350.
- Kahn, R. *In de spreekkamer van de psychiater*. Amsterdam: Balans.
- Kohlberg, L. (1984). *The psychology of moral development: The nature and validity of moral stages*. San Francisco, CA: Harper & Row.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: symbiosis and individuation*. London: H. Karnac (Books).
- Marsden, P., Meyer, C., Fuller, M., Waller, G. (2002). The relationship between eating psychopathology and separation-individuation in young non-clinical women. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 10*, 710-713.
- McNamara, K. & Loveman, C. (1990). Differences in family functioning among bulimics, repeat dieters, and nondieters. *Journal of Clinical Psychology, 46*, 518-523.
- Moffit, T., Caspi, A., Rutter, M., Silva, P. (2002). Sex differences in antisocial behaviour: Conduct disorder, delinquency and violence in the Dunedin longitudinal study. *Psychological Medicine, 8*, 1475-1476.
- Moore, R. G., & Blackburn, I. (1994). The relationship of sociotropy and autonomy to symptoms, cognition and personality in depressed patients. *Journal of Affective Disorders, 32*, 239-245.
- Nicolaï, N. J. (1992). *Vrouwenhulpverlening en psychiatrie*. Amsterdam: Sua.

-
- Ricca, V. , Mannucci, E. , Zucchi, T. , Rotella, C. M. , & Faravelli, C. (2000). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *69*, 287-295.
- Rhodes, B. & Kroger, J. (1992). Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating-disordered women. *Child Psychiatry Human Development*, *22*, 249-263.
- Robins, C. J., & Luten, A. G. (1991). Sociotropy and autonomy: differential patterns of clinical presentation in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 74-77.
- Roos, A. (2006). *Autonomieversterkende behandeling bij Herstellingsoord Zonneduin*. Scriptie Klinische Psychologie. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Sato, T., & McCann, D. (2004). Sociotropy-Autonomy and situation-specific anxiety. *Psychological Reports*, *94*, 67-76.
- Schmidt, N. B., McCreary, B. T., Trakowski, J. J., Santiago, H. T., Woolaway-Bickel, K., & Ialongo, N. (2003). Effects of Cognitive Behavioral Treatment on Physical Health Status in Patients with Panic Disorder. *Behavior Therapy*, *34*, 49-63.
- Slade, T. (2007). The descriptive epidemiology of internalizing and externalizing psychiatric dimensions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*.
- Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A. R., & Updegraff, J. A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: tend- and- befriend, not fight-or- flight. *Psychological Review*, *107*, 411-429.
- Van Assen, M. A. L. M., & Bekker M. H. J. (submitted). Sex differences in autonomy-connectedness: The role of personality factors.
- Van Dijk, R. & Boedjarath, I. (2002). Wat een geluk dat niemand weet, dat ik Repelsteeltje heet! Op zoek naar het wezen van transculturele psychotherapie. In: E. Van Meekeren,

-
- A. Limburg-Okken, R. May (Eds.), *Culturen binnen psychiatriemuren; Geestelijke gezondheidszorg in een multiculturele samenleving* (pp. 123-136), Amsterdam: Boom.
- Van IJzendoorn, M. H. (2007). *Attachment and emotion regulation in children*. Keynote lecture, Emotions Congress, Tilburg: Tilburg University.
- Vingerhoets, A. J. J. M., Nyklicek, I., & Denollet, J. (Eds.) (2008). *Emotion regulation: Conceptual and clinical issues* (pp. 170-183). New York: Springer.
- Vossen, J., & Van Houten, J. (2008). *De effectiviteit van een autonomieversterkende interventie bij patiënten met angststoornissen die onvoldoende op een reguliere behandeling hebben gereageerd*. Masterthesis Psychologie en Geestelijke Gezondheid. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Waters, E., Merick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study. *Child Development, 71*, 684-689.
- Wilson, G. T. (1996). Treatment of bulimia nervosa: When CBT fails. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 197-212.
- Zahn-Waxler, C. (1993). Warriors and worriers: Gender and psychopathology. *Development and Psychopathology, 5*, 79-89.
- Zijlstra, G. (2007). *De rol van autonomie-gehechtheid bij persoonlijkheidsproblematiek*. Master thesis Psychologie en Geestelijke Gezondheid. Tilburg: Universiteit van Tilburg.