

# A bird's eye view op autonomie-gehechtheid



Afscheidsrede van  
Prof. dr. Marrie Bekker

**Prof. Dr. Marrie H.J. Bekker** is sinds 2007 jarenlang voltijds professor in de Klinische Psychologie geweest aan Tilburg University, in de laatste jaren bij het Departement Medische en Klinische Psychologie. Daarvoor was zij voorzitter van het Departement Klinische en Ontwikkelingspsychologie, en ook was zij Opleidingsdirecteur van de Master Psychologie en Geestelijke Gezondheid.

Zij begon haar loopbaan aan TiU als medewerker bij Psychologie van de Interfacultaire Vakgroep Vrouwenstudies, en maakte ook deel uit van de Vakgroep Klinische Gezondheidspsychologie. Voor TiU heeft zij veel bestuurlijk werk verricht op universitair niveau door o.m. jarenlange lidmaatschappen van diverse Emancipatiecommissies en van de facultaire TASC-commissie. Daarnaast was zij gedurende enkele periodes vaste columnist van het TiU universiteitsblad *Univers*. Momenteel is zij Hoofdopleider van de GZ-opleidingen bij RINO Amsterdam, en als hoogleraar Klinische Psychologie verbonden aan de afdeling Klinische, Neuro- en Ontwikkelingspsychologie van de VU. Zij heeft ook altijd klinisch werk gedaan en werkte als GZ-psycholoog bij o.m. De Hoofdlijn, afdeling Persoonlijkheidsstoornissen. Autonomie, hechting en sekse-/ genderverschillen vormen een rode draad door haar onderzoeksprojecten en publicaties over psychopathologie en geestelijke gezondheidszorg. Ze heeft het concept 'autonomie-gehechtheid' ontwikkeld, alsook de vragenlijst om autonomie-gehechtheid te meten (AGS-30). Ook schreef ze, tezamen met collega's, het behandelprotocol voor autonomieversterkende therapie (waarvan binnenkort een internationale editie verschijnt bij Oxford University Press), en leidde enkele landelijke effectstudies. Ook is zij is een van de editors van het Handboek psychopathologie bij vrouwen en mannen 0-100+ (Amsterdam: Boom).

Zij was jarenlang voorzitter resp. presidente van de Dutch Foundation resp. European Association of Women and Health Research (DFWHR resp. EAWHR), en lid van de Alliantie Gender & Gezondheid, alsook van de IAWMH. Ook leidde en leidt zij tal van extern gesubsidieerde onderzoeken en implementatieprojecten gender en diversiteit, zoals met betrekking tot GGZ-relevant master- en postacademisch onderwijs, en de landelijke GGZ-kwaliteitsstandaarden.

# A bird's eye view op autonomie-gehechtheid

Prof. dr. Marrie Bekker

**Afscheidsrede,**

verkort uitgesproken ter gelegenheid van haar afscheid aan Tilburg University op  
3 juni 2022

*Voor Peter, Jona, en Judith  
en  
ter nagedachtenis van mijn ouders*

© 2022 Marrie Bekker  
ISBN 978-94-6167-475-3

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 toestemming van de auteur.

[www.tilburguniversity.edu/nl](http://www.tilburguniversity.edu/nl)

---

# A bird's eye view op autonomie-gehechtheid

Wat hebben we een mooi symposium achter de rug! Om degenen die net binnen gekomen zijn voor mijn afscheidslezing van TiU ook te introduceren in het symposium thema, *Autonomie-gehechtheid in de GGZ*, geef ik eerst een kort overzicht: Wat is autonomie-gehechtheid, wat is het belang voor psychopathologie, en wat kunnen we ermee in de praktijk?'

---

<sup>1</sup> Tijdens de lezing is in plaats hiervan een korte video vertoond ontwikkeld door Nicky Bosman, Willie Langeland, en ondergetekende. Deze video is onderdeel van de nieuw-ontwikkelde, ZonMW gefinancierde *blended* module Gender & GGZ (2022), bedoeld voor de GZ-opleiding bij o.a. RINO Amsterdam.

---

Korte introductie in  
het symposiumthema:  
Autonomie-gehechtheid  
in de GGZ

## Autonomieproblemen in de klinische praktijk

Vaak horen behandelaars hun ggz-cliënten verzuchtingen uiten zoals: “Meestal weet ik niet echt wat ik van iets vind...”; “Ik voel me nogal eens stuurloos...”; “Therapeuten vragen altijd wat ik voel, maar ik wéét dat nooit, en trouwens: niemand heeft me dat ooit gevraagd...”; “Ik zie vaak op tegen nieuwe situaties...”; “Ik ben altijd bezig met wat anderen van me zullen vinden, sowieso niet veel goeds...”. Samengevat zijn dit belevingen duidend op autonomieproblemen: een tekort aan autonomie.

## Wat is Autonomie(-gehechtheid)?

*Autonomie-gehechtheid (autonomy-connectedness)* is het zelfsturend vermogen van mensen in verbondenheid met anderen (Bekker, 1993; Bekker & van Assen, 2006). Het is de resultante van een gezond ontwikkelingsproces met veilige hechtingservaringen, en vormt dan een buffer tegen trauma en tegenslag (Maas et al., 2019). Het concept is gebaseerd op een theoretisch kader (Bekker, 1993) waarin Bowlby's hechtingstheorie (1969; 1973) is gecombineerd met o.a. neo-analytische, object-relacionele inzichten over de ontwikkeling van genderidentiteit (Chodorow, 1989). Het moderne, gender-sensitieve autonomieconcept (Bekker & van Assen, 2006) voegt aan het woord “autonomie” de extensie “gehechtheid”/ “*connectedness*” toe, vanwege het inzicht dat het sociale aspect onlosmakelijk deel uitmaakt van de zelfsturing. Autonomie-gehechtheid kent drie componenten:

- 1) Zelf-bewustzijn, ZB (*Self-awareness*): bewustzijn van eigen meningen, wensen, en behoeften, en vermogen deze te uiten in sociale interacties;
- 2) Gevoeligheid voor anderen, GvA (*Sensitivity to others*): Gevoeligheid voor de meningen, wensen, en behoeften van anderen; empathie; het vermogen tot/ de behoefte aan intimiteit en separatie;
- 3) Vermogen tot het hanteren van nieuwe situaties, VNS (*Capacity for managing new situations*): Vermogen zich snel op het gemak te voelen in nieuwe situaties; neiging tot exploratie.

*Autonoom-gehecht*, als het vliegen van vogels in een zwerm: om dat te kunnen moet elke vogel goed genoeg kunnen vliegen, maar óók het eigen vlieggedrag goed kunnen afstemmen met dat van de andere vogels.

*Autonomie-gehechtheid meten/ diagnosticeren:* Autonomie-gehechtheid kan betrouwbaar en valide gemeten worden met de gelijknamige schaal: de Autonomie-gehechtheidsschaal, AGS-30 (Bekker, 2015; in het Engels: ACS-30), bestaande uit 3 subschalen die de 3 voornoemde componenten meten: ZB, GvA en VNS. De 30 items worden elk beantwoord met een score op een 5-puntsschaal; en er zijn normgegevens beschikbaar (NB Voor de subschaal GvA zijn er aparte normen voor vrouwen en mannen ontwikkeld vanwege de robuuste sekseverschillen in deze component (Bekker & van Assen, 2008)). De lijst wordt uitgebracht bij Bohn Stafleu van Loghum, zie <https://www.bsl.nl/shop/autonomie-gehechtheidsschaal-ags-30-9789036804646>

### **Klinische relevantie van autonomie-gehechtheid**

Autonomie-problemen vormen een belangrijke transdiagnostische factor in de ggz. Vele studies in tal van algemene en klinische populaties tonen aan dat autonomieproblemen samenhangen met

- Angststoornissen (o.a. Bekker & Belt, 2006; Kunst et al., 2022)
- Stemmingsstoornissen (o.a. Bekker & Croon, 2010)
- Eetstoornissen (o.a. Kuipers et al., 2017)
- ADHD bij volwassenen (Koemans, Karreman, Van Vroenhoven & Bekker, 2015)
- Internaliserende persoonlijkheidsstoornissen (o.a. Bachrach et al., 2013; 2015; 2017)
- PTSD (Maas et al., 2019)
- Antisociaal gedrag (o.a. Bekker, Bachrach & Croon, 2007)
- Agressie (Bakkes, 2007)
- Werkstress en burnout (o.a. Bekker, Hens & Nijssen, 2002)
- Werk-thuis interferentie (Bekker, Willemse & De Goeij, 2010)

De klinische relevantie van autonomie-gehechtheid (AG) blijkt uit deze associaties met een zeer brede variëteit aan psychische stoornissen en problemen. Maar dat AG belangrijk is voor de psychopathologie blijkt ook hieruit: Zoals bekend zijn er opmerkelijke sekseverschillen in psychopathologie, zoals in angst en depressie (APA, 2013). Wanneer de sekseverschillen in AG in aanmerking worden genomen, valt het verschil in angst en depressie tussen de seksen weg (Bekker & van Assen, 2017).



## Autonomieversterkende interventie (Autonomy Enhancing Therapy, AET; Bekker et al., 2016)

In 2015-2016 is de autonomie versterkende interventie als groepsbehandeling geheel geprotocolleerd; maar deze is ook individueel toepasbaar. De interventie was opgetekend uit de monden van autonomie experts, verspreid door het land. Er bestond namelijk al een lange, rijke *practice-based evidence* voor deze therapievorm; vanuit de vrouwenhulpverlening waren al vanaf de zestiger, zeventiger jaren zg. autonomiegroepen in het leven geroepen. Door Joska van Houten en onze eigen (MKP) Janneke Vossen (2008) werd bij deze experts te rade gegaan, en er bleek een verrassende homogeniteit in uitgangspunten en werkwijze. Met de *Autonomy Enhancing Therapy, AET* (Bekker et al., 2016) konden wij gaan “staan op de schouders van reuzinnen”; er was veel voorwerk voorhanden. Vanwege het ontbreken van een officieel protocol tot dan toe, was er ook geen onderzoek verricht naar de effectiviteit. De autonomiegroepen werden destijds daarom uit het behandelaanbod van menige ggz-instelling afgevoerd, of in hun voortbestaan bedreigd. Wat dapper van Ton van Balkom (GGZ Ingeest te Amsterdam) om ons destijds toch, in de gerenommeerde Angst Poli aldaar, een poging te laten wagen! Inmiddels zijn er verschillende *randomized controlled trials* uitgevoerd die de effectiviteit aantonen (o.a., Maas et al. 2019). Bij angststoornissen zijn geen verschillen in (de grote mate van) effectiviteit na behandeling tussen CGT en AET (Kunst et al., 2022).

AET omvat 15 sessies (2 uur), en is geschikt voor de Basis- zowel als de Specialistische GGZ. Niet de symptomen of stoornis vormen de focus van de behandeling, maar de persoon. Er wordt aan persoonlijke, autonomie-gerelateerde doelen gewerkt. Elke sessie kent een vaste structuur, gaat gepaard met specifieke oefeningen, en stelt een bepaald levensthema centraal, zoals communicatie en interactie; gezin van herkomst en hechtingservaringen; seksualiteit en intimiteit; etc. De behandeling is geschikt (gemaakt) voor vrouwen en mannen, en voor mensen van verschillende etnische herkomst. Zie <https://www.bsl.nl/shop/behandelprotocol-voor-autonomieversterkende-interventie-9789036810616>

Er is recent ook een *blended* module ontwikkeld, in drievoudige zin: 1) voor cliënten *en* poh ggz, 2) gericht op een combinatie van CGT *en* AET; en 3) met *online en face-to-face* componenten. GZ-psychologen en aanverwante professionals kunnen zich in AET laten scholen bij RINO Amsterdam en via *incompany*

trainingen. En er wordt door ons momenteel gewerkt aan een Engelse vertaling van het protocol, in 2024 te verschijnen bij Oxford University Press.

Dat was, in vogelvlucht: autonomie-gehechtheid en autonomie versterkende therapie, AET.

Doel van de lezing

Mijn doel is om u nu, in een *'bird's eye view'* op autonomie, nog meer overzicht en achtergrond bij het onderwerp te geven. Ik geef u graag wat verdere context, en hier en daar verdieping. Context: dat doe ik door iets over de tijd te vertellen waarin we dit begrip ontwikkeld hebben. Dat past ook goed bij mijn afscheid nu, na vele jaren werken aan deze Tilburgse universiteit. Zoals mijn opa al zei: "Je *bent* in de tijd waarin je leeft" (*bent* hier opgevat als: je wezen, identiteit, ideeën – weerspiegelen ook de tijdgeest). Nu kan ik mezelf natuurlijk niet aan mijn eigen lange haren uit het moeras van mijn eigen tijd trekken, maar wel wil ik proberen om wat historische lijnen te schetsen.

En naast context ga ik u dus ook wat verdieping van autonomie-gehechtheid proberen mee te geven. Tijdens onze *bird's eye view* nodig ik u uit, om af en toe een beetje met mij te 'bidden' (dat past goed bij Tilburg University - destijds namelijk -toen ik er mijn werk begon, nog *Katholieke* Universiteit/Hogeschool Tilburg genaamd). Anderzijds past het bij ons gevleugelde autonomie-concept, want met 'bidden' bedoel ik: zoals vogels dat doen, hoog in de lucht. Al fladderend inzoomend op hun prooi, in dit geval: een aspect van autonomie-gehechtheid, om dan, als het moment daar is, plotsklaps een duikvlucht te maken: pats, hebbes!

Context

Terugdenkend aan mijn lange Tilburgse tijd en ons autonomie onderzoek daarin, zie ik drie elementen die er denk ik echt toe gedaan hebben. Ik vat ze voor u samen als:

1. Meer druk op 'Autonomie' door toegenomen keuzemogelijkheden en nadruk op zelfregie.
2. Veranderende focus op 'de mens achter de klachten'; en
3. Toenemende aandacht voor diversiteit, zoals voor man-vrouw verschillen.

### **1. Meer druk op 'Autonomie' door toegenomen keuzemogelijkheden en nadruk op zelfregie.**

Historici moeten dit maar uitmaken, maar het lijkt erop dat in onze westerse wereld in de laatste halve eeuw sprake is van toenemende keuzemogelijkheden, om niet te zeggen: keuzestress. Mijn interesse in autonomie startte in de tijd dat vrouwen toenemende mate sociaaleconomische autonomie opeisten en verkregen. Het was de tijd van 'Baas in eigen buik', en ik behoorde tot een van de cohorten die voor het eerst in de geschiedenis massaal toegang kregen tot hoger onderwijs (o.a. Kyvik, 2004; Schofer & Meyer, 2005). De toenemende keuzemogelijkheden betreffen naast opleiding ook het relationele, seksuele en sociale gebied, en daarnaast o.m.: soorten voedsel, soorten dranken, soorten vakanties, dus ook: bestemmingen/ actieradius. Kortom, afgezien natuurlijk van restrictie zoals door lockdown, oorlog, de beperkte huizen- en arbeidsmarkt, etc. is er meer "te kiezen" gekomen, en dus is 'in staat zijn te kiezen' – hoewel in principe iets van alle tijden en culturen – nu meer 'een ding' geworden.

Daarnaast is er een toegenomen onderhandelingshuishouding in allerlei segmenten. Waar vroeger de dominee, pastoor of rabbijn de wet voorschreef, of de pater familias de regels bepaalde, doen we dit nu in meer horizontale machtsrelaties (of licht glooiende) (o.a. de Swaan, 1982). Dus, moeten meer mensen weten wat ze willen binnen al dat ge-onderhandel.

Tot slot, 'Zelf-regie'/ eigen verantwoordelijkheid is het hedendaags adagium! Wat cynischer gesteld, onze regeringen willen ons langer zelfregie laten uitoefenen mede omdat zelfzorg goedkoper is, ook als we wat beperkt zijn

door psychiatrische klachten, ziekte of ouderdom (VWS, 2021<sup>2</sup>). En willen we kunnen mee-kiezen, mee-onderhandelen, mee blijven doen in een zelf-regie gerichte samenleving, dan moeten we daar ook psychologisch voor toegerust zijn: autonoom zijn!

Interessant in dat geheel van keuze-veelheid is dat de vraag of we wel *'in staat zijn te kiezen wat we mogen kiezen'* - onverkort tot bezorgdheid leidt. Destijds gold dit bij uitstek rond abortus; en pikant genoeg is het recht hierop opnieuw in het geding! Ook heeft onze Tweede Kamer nog maar recent ingestemd met opheffing van de 5 verplichte dagen 'bedenktijd' tussen 1<sup>e</sup> gesprek met de behandelend arts en de abortus. Bedenktijd omdat vrouwen 'vrijwillig en welbewust' moesten kunnen kiezen voor een abortus; en ook de behandelend arts dan zekerder kan zijn van een vrijwillige en weloverwogen keuze. Maar nu (nog maar net) is het idee dat de vrouw zelf wel bepaalt hoe lang zij bedenktijd wil.

Ter illustratie van een hedendaagse variant van 'kunnen we wel kiezen wat we meer en meer allemaal mogen kiezen' wil ik u graag een interessante studie vertellen:

Namelijk over... eiceldonatie, ook een van de vele toegenomen keuzemogelijkheden, deze betreft het medisch-technologische domein. 'Eiceldonatie' is het vrijwillig doneren van eicellen door vrouwen ten behoeve van zwangerschappen bij vrouwen met vruchtbaarheidsproblemen. U weet en begrijpt, het doneren van zaadcellen door mannen heeft heel wat minder om het lijf; bij vrouwen gaat de donatie vooraf door ingrijpende hormonale ingrepen en gepaard met operatieve handelingen. Wereldwijd krijgen eiceldonoren wisselende geldbedragen. Dit roept ethische vragen op met betrekking tot de gepastheid van financiële compensatie en de mogelijkheid van ongepaste aansporing en uitbuiting van eiceldonoren. Zijn deze donerende vrouwen wel in staat een onafhankelijke, weloverwogen beslissing te nemen? Hoe is het met hun autonomie gesteld en is hun zelfwaardering wel op orde?

---

<sup>2</sup> "Het programma I&Z (Innovatie & Zorgvernieuwing) is verantwoordelijk voor het verbeteren van het innovatieklimaat en de innoverende bewegingen in gezondheid, zorg en ondersteuning. Doel daarvan is helpen en stimuleren bij meer zelfregie, zelfzorg en zelfredzaamheid. Zodat de zorg betaalbaar blijft. Centraal staat de opschaling en het borgen van digitaal ondersteunde procesinnovaties. Het programma duurt tot eind 2022."

In ons cross-sectionele onderzoek (Bakker et al., 2017) zijn demografische kenmerken en donatiemotivaties onder de loep genomen van 92 vrouwen die tussen zomer 2012 en 2016 als potentiële eiceldonor het Universitair Medisch Centrum (UMC) Utrecht bezochten. We onderzochten hun motivaties met semigestructureerde interviews (respons 59%), en hun zelfwaardering en autonomie-verbondenheid met vragenlijsten. De typische eiceldonor in het UMC Utrecht bleek een hoogopgeleide, werkende, 31-jarige vrouw die met haar partner in een compleet gezin met twee kinderen woont en op altruïstische gronden doneert. De donoren hadden hogere niveaus van autonomie-verbondenheid dan gemiddeld, en geen gebrek aan zelfwaardering. Bezorgdheid over uitbuiting en de aantrekkingskracht van de vergoeding leken onnodig, en de veronderstelde tekortkomingen in hun autonomie-verbondenheid en zelfwaardering onterecht...

Kortom, in deze groep geen aanleiding voor bezorgdheid over het vermogen tot kiezen wat men mag kiezen. Feit is en blijft dat er in de tijd meer druk is gekomen op 'kunnen en moeten kiezen' en zelfregie voeren, en wellicht heeft ons mooie onderwerp, autonomie-gehechtheid, daarom haar tijd mee gehad?

Nu trek ik mijn tweede lijn door de tijd, namelijk 'aandacht voor de mens achter de klachten'; en ook daarbij geef ik u wat context.

## **2. Aandacht voor de mens achter de klachten**

Mijn studie psychologie deed ik aan de UvA, Amsterdam. De lange zomerperiodes in de eerste jaren besteedde ik, behalve aan uitvoerige vakanties, aan werken in psychiatrische klinieken, om zo wat gevoel te krijgen voor wat mij fascineerde: psychiatrie, klinische psychologie. Die klinieken lagen ver buiten de stad, en ik werkte er, in al mijn groene onervarenheid, nota bene veelal op gesloten afdelingen. De meeste patiënten waren vrouwen (vaak psychotisch, sommigen met ernstige conversie verschijnselen, enkelen ernstig suïcidaal of agressie-geneigd), en zaten onder de pillen – pillen van die tijd, en dat was goed te merken: ze zaten er bij als zombies, waren hun bed vaak niet uit te branden, en waren slecht aanspreekbaar.

Als het academisch jaar psychologie weer begon, hoorde je in de studie eigenlijk weinig over deze patiënten. Tot zover klinisch-psychologische onderwerpen in het kandidaats (de bachelor) aan de orde kwamen, ging het over 'leren', het aanleren en weer uitdoven van angst bijvoorbeeld, negatieve en positieve bekrachtiging;



en glimpjes daarvan waren al door gedruppeld in de klinieken. Hier had men namelijk de patiënten een ‘*token economy*’ opgelegd: degenen die erin slaagden niet voortdurend de zaaldeur open en weer dicht te doen, of hun agressie hadden ingehouden, kregen... sigaretten uitgedeeld (NB als beloning dus voor het vertoonde gewenste gedrag!). Er werd vooral *over*, niet erg veel *met de patiënt* gepraat; er werden pillen en dus soms een sigaretje uitgedeeld.

Hoe inspirerend waren voor mij in deze tijd de geluiden, de boeken, die opkwamen vanuit de antipsychiatrie: Jan Foudraïne (1971), Thomas Szasz (1974), etc., professionals die met genoemde ‘zombies’ in gesprek trachten te gaan, en daarbij totaal onverwachte, ontroerende resultaten boekten! Er zat een ‘mens’ achter de patiënt, een mens waarmee contact te leggen viel, en een normaal gesprek te voeren was. Een mens, zo bleek uit deze gesprekken, met een persoonlijke geschiedenis van waaruit het lijden en het ogenschijnlijk onbegrijpelijke, bizarre gedrag toch begrijpelijk bleken!

Dit idee: ‘praat met een mens-in-problemen over diens problemen en pijnlijke aspecten van diens geschiedenis, en dat kan helpen’, was al veel meer zichtbaar in het doctoraal (master-)gedeelte van mijn studie. Veel therapievormen kwamen langs. Natuurlijk: de gedragstherapie (toen nog zonder ‘cognitieve’<sup>3</sup>) – waarvoor dit duidelijk een stuk minder gold; maar ook: systeemtherapie, directieve gezinstherapie, counseling/*client-centered* therapie. Freud las je in je vrije tijd: de positivistisch ingestelde psychologen aan de universiteit wilden zijn gedachtegoed niet overdragen op ons, studenten.

Een heel inspirerende theorie die wij, temidden van vele andere invalshoeken voorgeschoteld kregen in de colleges klinische psychologie, was de hechtingstheorie van John Bowlby (1969; 1973)– waar toen trouwens nog *geen* therapievorm aan verbonden was. Deze theorie bij uitstek maakte het mogelijk om te begrijpen hoe een mens via pijn in de voorgeschiedenis aan psychische problemen of stoornissen kan komen. En, laat deze theorie nu ook al iets zeggen over autonomie...!

---

<sup>3</sup> Wij werden bij het aanleren hiervan ook aangemoedigd de client vooral te zien als een conditio-  
neerbaar dier!

Essentie (bij velen van u bekend): Hechting, de band tussen mensen, ontwikkelt zich na de geboorte. Het kind draagt hier actief aan bij, door huilen, grijpen, lachen. Is de hechtingspersoon 'er (fysiek en emotioneel) voor het kind': is de hechtingspersoon beschikbaar (letterlijk) en responsief (d.i. reageert h/zij adequaat op de behoeftes van het kind), dan ontwikkelt zich 'veilige hechting': het kind ontwikkelt het basisvertrouwen dat de hechtingspersoon er voor hem/haar is. Het ontwikkelt 'werkmodellen'/ representaties van zichzelf als geliefd, OK, de moeite waard; en van de ander als toegewijd, liefdevol. Dit verinnerlijkte geheel van cognitieve, affectieve, fysieke elementen staat – grosso modo – model voor latere relationele representaties. Het kind leert bij veilige hechting zijn/haar eigen boosheid kennen, verdriet, honger, verzadiging, etc. Die sensaties en emoties mogen er allemaal zijn, en worden dus door de hechtingspersonen gevalideerd in de vorm van een adequate respons op de getoonde, voltallige *range* aan fysieke en emotionele behoeften: een belangrijke bijdrage aan een rijk innerlijk kompas, waarop het in het latere leven goed 'varen' is. Een kind, zo opgegroeid, is aan het eind van de adolescentie '*free-autonomous*'; wij zeggen: het heeft een hoge mate van autonomie-gehechtheid.

Bij teveel inbreuk op deze beschikbaarheid en responsiviteit van hechtingspersonen (diens depressie, alcoholisme; dood, verlies, ziekte; maar ook: te hoge eisen, overbescherming, etc.) raakt het kind echter 'onveilig gehecht'. Het beslist al vroeg om vooral op zichzelf te vertrouwen en leert af om zich kwetsbaar op te stellen. Of (andere strategie), het houdt nauwlettend in de gaten wat de ouder wil, en zoekt extreem veel nabijheid om in elk geval elk sprankje beschikbare aandacht mee te pakken. Het ontwikkelt een 'overlevingsstrategie': krachtig - want een moeilijke of onleefbare levensomstandigheid van waaruit ontsnappen voor een kind moeilijk is, wordt overleefd; maar niet zonder kleerscheuren: de strategie verwordt vaak tot klacht, stoornis, lijden, bizar gedrag.

*De eye-opener* van deze zienswijze, die ondersteund werd door tal van observaties uit de klinische praktijk, was dat psychopathologie, bijv. schoolfobie bij een kind, direct begrijpelijk en betekenisvol is vanuit concrete ervaringen die dit kind had zoals in het ouderlijk huis. Heel mooi aan de theorie is de aandacht voor *de mensen achter de klachten*, en voor het feit dat de wijze waarop een mens de ander en zichzelf gaat zien en behandelen, belangrijk voortkomt uit diens vroege interacties: de leergeschiedenis – en die is niet te reduceren tot een specifieke

sequentie van een angstwekkende stimulus en een angstrespons, een hersen- of transmitter-defect, of een geprojecteerd seksueel verlangen.

Het zou, na verschijnen van Bowlby's hechtingstheorie, nog een poosje duren voordat er *evidence-based* therapieën kwamen geënt op het hechtingsparadigma. Die hebben we nu *wel*: naast onze *autonomy-enhancing treatment* zijn schematherapie en *mentalisation-based treatment* daarvan enkele goede voorbeelden.

Maar destijds raakte, ondanks de al beschikbare hechtingstheorie, vooral de gedragstherapie, later cognitieve gedragstherapie (CGT) genaamd, dominant. En hoewel CGT ook juist de leergeschiedenis van de klachten kan thematiseren, en het dus in principe mogelijk maakt om de mens achter de klachten centraal te stellen, raakt die door de symptoomgerichte aanpak gemakkelijk op de achtergrond. Er werd destijds geschreeuwd om een *evidence-based* therapiepraktijk -en zoals nog steeds: om betaalbaarheid. En CGT was geënt op de goed onderzoekbare leermechanismen. En bood een goed gekaderde, welomschreven dus goed onderzoekbare therapie met keurig afgepaste aantallen sessies: betaalbaar. En zo is CGT o.a. in ons land de GGZ gaan domineren en heeft – door de symptoomgerichte aanpak - naar mijn gevoel ook de aandacht wat verminderd voor de mens achter de klachten. En, zonder twijfel, CGT helpt (bijv. Cuijpers, Cristea et al., 2016; Cuijpers, Gentili et al., 2016)! Maar, in meer dan 1/3 van de gevallen niet (o.a. Springer et al., 2018). Ook willen veel cliënten de *exposure* niet, de blootstelling aan de angstwekkende stimuli; en komen daardoor niet in zorg (Goetter et al., 2020; Trimbos Instituut, 2014). En er zijn nogal wat 'draaideur cliënten': ze herstellen met CGT van stoornis X, maar ontwikkelen snel daarna stoornis Y (Scholten et al., 2016) – als er al niet sprake was van comorbiditeit – het samengaan van stoornissen – want dat is nu eenmaal heel vaak het geval (APA, 2013).

Kortom, ondanks de nog vóórturende dominantie (en ook grote waarde) van CGT is er steeds meer overtuiging dat transdiagnostisch behandelen met een focus op de mens achter de, vaak meerdere klachten, en op diens hechtingsgeschiedenis, veel recht kan doen aan hoe psychische problemen nu eenmaal in elkaar zitten en ook: ervaren worden.

Dan nu historische lijn 3:

### 3. Aandacht voor diversiteit, met name man-vrouw verschillen

Je zou zeggen: met aandacht voor ‘de mens achter de klachten’ is ‘aandacht voor diversiteit’ al gegeven. Immers, ‘*de*’ mens bestaat niet, evenmin als ‘de’ Nederlander, ‘de TiU-student’ of ‘de’ GGZ-cliënt. Een mens is een man of een vrouw, om maar eens de simpelste categorieën te noemen van de hele LHBTIQA+ range. Een mens heeft een etnische herkomst, een complexe SES waarin o.m. opleidingsniveau, inkomen; een mens is jong, oud, behoort tot een bepaalde generatie; maakt deel uit van tal van elkaar overlappende en met elkaar interacterende sociaal-maatschappelijke groepen, en bakt uit de bijbehorende sociale identiteiten een, per situatie wisselende, individuele identiteit die deze diversiteit dynamisch reflecteert. Ja..., zo (ongeveer dan) zien we dat NU (vanuit ons ‘*woke*’, ‘intersectionele diversiteitsperspectief’ (van Mens-Verhulst & Radtke, 2011; Sears, 2012; Sempértegui, Knipscheer, & Bekker, 2017), maar... dat had je *nog helemaal niet* in mijn studietijd op de UvA en mijn begintijd hier in Tilburg.

Ik wil u nu graag laten zien aan de hand van de ontwikkeling van ons autonomie onderzoek dat aandacht voor diversiteit enerzijds helpt om allerlei groepen meer recht te doen, maar anderzijds ook om een andere, meer wetenschappelijke reden heel belangrijk is: het verrijkt je begrip van, en je zicht op je onderzoeksonderwerp!

Terug naar mijn studietijd aan de UvA: daar had je het beroemde Amsterdamse Fobieën Project (zie o.m. van Zuuren, 2018). Fobieën, angststoornissen, werden daar bestudeerd vanuit een veelheid van invalshoeken: lichamelijke/fysiologische, cognitie, conflict, partnerrelatie (houdt de relatie de angst en vermijding in stand?), en zelfs cultureel-maatschappelijk: is de fobicus misschien in een sociale rol (of maatschappij) terecht gekomen die eisen stelt waaraan hij/zij niet kan voldoen (stel bijv. je bent glazenwasser, maar je hebt hoogtevrees)? Eén perspectief ontbrak echter in vrijwel alle benaderingswijzen, namelijk het opmerkelijke feit dat de fobische cliënten bij dit project in veel grotere getale vrouwen waren! – wat klopt met de sekseverschillen in prevalentie van angststoornissen in de literatuur (2:1; APA, 2013). Het leek mij interessant en zinvol daar mijn afstudeeronderzoek op te richten: *why the hell* vooral vrouwen een angststoornis?

“Geen sprake van”, zei echter mijn hoogleraar Barendregt die ik het plan voorlegde: “Als je dat wilt doen, moet je maar sociologie gaan studeren”. Ikzelf en een flinke reeks andere vrouwen waren in die tijd echter niet meer te stoppen. Het was zoals gezegd de tijd van feminisme; ‘Baas in eigen buik’, en Vrouwenstudies kwam op. Ons vielen de schellen van de ogen toen wij zagen hoezeer de producten van wetenschap, inclusief psychologie - toen nog vooral bedreven door mannen! - vertekening weerspiegelden door de mannelijke blik van de makers. Ik vond toch een begeleidster, studeerde af op het onderwerp en kreeg mijn baan in ‘Vrouwenstudies in de psychologie’ in... Tilburg!

Hoe zat dat nou met die relatie vrouwen en fobieën? Er waren aanwijzingen dat afhankelijkheid, gebrek aan autonomie kenmerkend is voor mensen met fobieën (voor een overzicht, zie Bekker, 1996; Bekker & van Mens-Verhulst, 2007). Maar, afhankelijkheid was traditioneel ook de normale vrouwelijke staat van zijn: afhankelijk zijn van je kostwinner, volgplicht hebben ten opzichte van je echtgenoot, en, iets eerder in de tijd: niet de straat op mogen zonder chaperonne van echtgenoot, broer, of vader. Hoezo zou normale, traditioneel vrouwelijke afhankelijkheid of gebrek aan autonomie dan kenmerkend zijn voor fobische vrouwen? Kijk, en hier biedt de hechtingstheorie uitkomst: het gaat om ‘afhankelijkheid als uiting van onveilige hechting’: steeds zo sterk kijken wat de ander wil, dat het contact met het ‘zelf’ en eigen behoeften vervaagt of onvoldoende tot ontwikkeling komt.

Dat leek mij de moeite waard om te onderzoeken, en ik ging op zoek naar een geschikt meetinstrument om autonomie en dus ook gebrek aan autonomie te meten.

De bestaande meetinstrumenten in de psychologie bleken echter vooral het klassiek-psychologische autonomiebegrip (zoals ontwikkeld door Erikson, 1974; Kohlberg, 1984; etc.) te meten: “onafhankelijk” zijn, gesepareerd ten opzichte van anderen. Vrouwen die dit ontwikkelingsideaal als client door hun therapeut voorgeschoteld kregen, herkenden zich echter helemaal *niet* in het idee zich in therapie ‘los te moeten maken’ van hun moeder, vader, partner, zoon of dochter – het idee sprak hen niet aan, het beangstigde hen, *het paste hen niet*. De vrouwelijke identiteit, zo werd ook meer en meer gesteld in literatuur afkomstig van feministische therapeutes, werd eerder gekenmerkt door een ‘zelf-in-relatie’ (Bekker, 1993).

Ook Bowlby's hechtingstheorie zo bleek mij, was een genderneutrale theorie, en maakte niet duidelijk waarom gebrek aan autonomie in de vorm van extreme afhankelijkheid dan kennelijk meer kenmerkend was voor vrouwen – die bovendien vaker fobieën ontwikkelden dan mannen; en andere vormen van psychopathologie, antisociaal gedrag bijvoorbeeld, meer voorkwamen bij jongens en mannen. De sleutel vond ik in het werk van de Amerikaanse psychoanalytisch georiënteerde Nancy Chodorow, 1989; zij bood – en passant, zich buigend over een heel ander onderwerp, beschrijvingen van genderidentiteit die de gender neutrale hechtingstheorie niet in huis had maar daar wel prachtig bij aansloten:

Autonomieontwikkeling is een gender-gerelateerd proces, vooral doordat de primaire hechtingsfiguur voor kinderen nog steeds, vrijwel universeel, een vrouw is. Dit gegeven zou de primaire hechtingsrelatie voor beide seksen doen verschillen. Door de overeenkomst in sekse zou de moeder een meisje meer als 'hetzelfde' ervaren, en een jongetje meer als 'anders'. De primaire, vroege symbiose met de moeder zou daardoor voor meisjes intenser en van blijvender aard zijn dan voor jongetjes. Jongetjes moeten zich gaan identificeren met hun vader, en zich daardoor eerder van hun moeder los te maken. De mannelijke identiteit zou als resultaat van dit proces meer individualisme reflecteren, instrumentaliteit, en 'sterke ego-grenzen'. Kenmerkend voor de identiteit van vrouwen daarentegen zou de behoefte aan, en het vermogen tot functioneren in meer intieme relaties zijn, wederzijdse verbondenheid, en meer 'flexibele' ego-grenzen. Hierdoor zou bij vrouwen minder het gevoel bestaan van afgescheidenheid, ofwel van autonomie in de klassiek-psychologische zin van het woord (Bekker, 1993; Chodorow, 1978, 1989).

Wat de rol ook moge zijn van deze *same sex/cross sex* factor in de moeder-meisje/ moeder-jongetje<sup>4</sup> relatie, feit is dat er robuuste sekseverschillen zijn in empathisch vermogen, relationele gerichtheid, emotionele intelligentie, de neiging tot affiliatie onder stress etc. En dat sociale verschil moest dus betrokken worden bij een zinvol autonomiebegrip om het ook goed van toepassing te maken op vrouwen. Zo kwam ik op de voornoemde indeling in de 3 componenten: naast (1) Zelfbewustzijn ofwel het bewustzijn van eigen meningen, wensen, en behoeften, en het vermogen deze te uiten in sociale interacties: ook (2)

---

<sup>4</sup> Een opvallend ononderzocht gebied terwijl het juist een zo opmerkelijke factor betreft in een potentieel erg 'vruchtbaar', goed onderzoekbaar domein!

Gevoeligheid voor anderen (GvA; Sensitivity to others; gevoeligheid voor de meningen, wensen, en behoeften van anderen; empathie; het vermogen tot/ de behoefte aan intimiteit en separatie). En als derde de component (3) Vermogen tot het hanteren van nieuwe situaties (VNS; Capacity for managing new situations). Dit is het vermogen zich snel op het gemak te voelen in nieuwe situaties, de behoefte en het vermogen tot exploratie en flexibiliteit. VNS is geënt op het bekende gedrag van veilig gehechte kinderen in de *Strange Situation* test (Ainsworth et al., 2015), die zo overduidelijk in staat zijn – in tegenstelling tot onveilig gehechte kinderen in dezelfde situatie, te blijven spelen en exploreren ondanks de relatief ‘vreemde’ omstandigheden met hun hechtingspersoon.

Juist om het *sociale* element binnen ons autonomie concept te benadrukken, kozen mijn gewaardeerde collega Marcel van Assen en ik (2006) voor de term “autonomie-gehechtheid” (*autonomy-connectedness*). En die *connectedness* zien we als onlosmakelijk onderdeel van autonomie: zelfsturend vermogen in verbondenheid met anderen; het begrip drukt een twee-eenheid uit.

Die nadruk op de *connectedness* in autonomie kwam dus tot stand door een gender perspectief toe te voegen aan een oorspronkelijk wat masculinistisch begrip, met afgescheiden zijn, onafhankelijkheid als wat bevreedende kroon op een geslaagde ‘menselijke’ (lees: klassiek mannelijke) ontwikkeling. En laat nou dat nieuwe begrip in feite juist ook heel nuttig zijn voor mannen: ook voor hen is autonomie-in-verbondenheid veel passender en fijner om na te streven dan louter onafhankelijkheid!

En wat bleek vervolgens uit ons onderzoek (o.m. Bekker & van Assen, 2017):

Autonomieproblemen komen bij vrouwen en bij mannen voor, en kennen verschillende gender-gerelateerde patronen: bij meer vrouwen – en bij psychopathologie die meer bij vrouwen voorkomt zoals angststoornissen - zien we dan een laag zelfbewustzijn samengaan met een laag vermogen om nieuwe situaties te hanteren en een zeer hoge gevoeligheid voor anderen; en bij meer mannen – en bij psychopathologie die meer bij mannen voorkomt zoals antisociaal gedrag - zien we een laag zelfbewustzijn gepaard gaan met een laag vermogen om nieuwe situaties te hanteren en een zeer lage gevoeligheid voor anderen.

Moraal: Zo brengt een focus op diversiteit, op een groep – in dit geval vrouwen - waarin een zeker kenmerk super opvallend is, hun relationele handel en wandel en sociale talenten, dus een perspectief verrijking op een psychologisch fenomeen bij ook mannen teweeg. Het kost wat (een nieuw begrip en nieuw meetinstrument ontwikkelen) maar dan heb je ook wat: nieuwe inzichten in psychopathologie en in de achtergronden van de opvallende sekseverschillen daarin (Bekker, 2003).

Ik geef nog een paar voorbeelden van autonomie en diversiteit– en ook hier hoop ik u te laten zien hoezeer zo'n diversiteitsblik meer inzicht gaf in het verschijnsel autonomie-gehechtheid:

Allereerst *etnische herkomst*. Nederland, of meer in het algemeen Westerse landen, zouden volgens sommige cultuurwetenschappers gekenmerkt zou worden door een meer individualistische cultuur, met nadruk op het belang van het individu. Maar, er zijn ook Nederlandse groepen die meer collectivistisch georiënteerd zijn; bij hen zou meer waarde worden gehecht aan het 'collectief': het belang van de groep. Geïnteresseerd in vragen als: wat betekent dit voor hun autonomie-gehechtheid, onderzochten wij zaken als: is bij deze groepen dan sprake van een grotere gevoeligheid voor anderen? Wat betekent een identiteit waarin de groep voorop staat voor 'zelf'bewustzijn – als dat meer een 'zelf-als-onderdeel-van-een-groep' bewustzijn zou zijn?

Kortweg waren onze resultaten op basis van diverse vragenlijst studies (Bekker et al., 2011; Maas et al., 2019; Moleiro et al., 2019) dat er *geen* verschillen waren in autonomie-gehechtheid tussen mensen behorend tot deze groepen en meer *native*-Nederlandse groepen. De vragenlijst voor autonomie-gehechtheid, de AGS-30, deed het ook in deze groepen heel goed, en als client bleken mensen uit deze groepen ook goed uit de weg te kunnen met onze autonomie versterkende therapie.

In meer verdiepende vraaggesprekken over het onderwerp vertelden sommige meiden uit meer strenge Islamitische kringen dat autonomie-gehechtheid – inderdaad - voor hen precies hetzelfde betekende, maar, vertelden zij, *zij gaven er wel soms op een bepaalde manier vorm aan*. In hun voorbeelden gaven zij vorm en inhoud aan hun eigen levenswensen door zich tegelijkertijd sterker aan enkele wensen van hun ouders aan te passen dan zij voor zichzelf nodig



vonden. Bijvoorbeeld zeiden enkele meisjes soms de hoofddoek te dragen uit respect naar, en ter geruststelling van hun ouders, waarna hun ouders hen meer vrijheid lieten en zij zichzelf daarmee dus meer bewegingsvrijheid gaven. Een studente vertelde dat ze na veel innerlijke strijd vanwege ambivalente gevoelens over haar toekomstige partner toch met hem was gaan trouwen met alles erop en eraan en een grote traditionele bruiloft had gevierd – conform haar ouders’ en schoonouders’ idee. Maar wel had zij zich mede daardoor meer letterlijke eigen leefruimte, een eigen huis, verworven en de vrijheid om haar leven meer op zichzelf en naar eigen behoefte in te richten.

In deze gevallen had ik zelf het gevoel dat wel degelijk sprake was van gezonde autonomie, ook al was de keuze inhoudelijk een ‘compromis’: autonoom een stukje gewenste situatie ‘weggeven’ om op een ander front meer vrijheid te verwerven. In de voorbeelden speelt zo’n compromis heel uitgesproken, maar in feite zie je het compromis ook voorkomen in minder uitgesproken situaties. Ik denk dat u allemaal weet uit eigen ervaring: een keuze is wel vaker zo’n compromis! En dat kan heel goed aanvoelen.

Kortom, wij dachten oorspronkelijk dat afkomstig zijn uit een meer wij-gerichte cultuur autonomie-gehechtheid zou kunnen kleuren en ook dat het kiezen van een eigen weg in sommige kringen mogelijk lastiger was. Dat laatste mag zo zijn, maar heeft weinig met etnische herkomst te maken. Terwijl ons zicht op ‘sociale vormgeving’ bij keuzes maken werd vergroot door voorbeelden van meiden uit wat strengere islamitische kring (NB had ook een andere strengere religieuze omgeving kunnen zijn), bleek de relatie met etnische herkomst een schijnrelatie:

het zoeken naar compromissen en het doen van water bij de wijn komen veel breder voor<sup>5</sup>.

Nog één laatste voorbeeld over autonomie en diversiteit; dit betreft: *levensfase*.

Ik houd u de volgende conversatie voor:

Oude vader: 'Ik ben het stuur kwijt'

Volwassen kind: 'Dan neem ik het over'

Oude vader: 'Dank je'

Het mag duidelijk zijn, heel jonge kinderen en heel oude, hulpbehoevende mensen behoeven hulp. Hun behoeften worden in het gunstigste geval zo veel en goed mogelijk geïnventariseerd, aangevoeld, afgelezen; en dan zo goed mogelijk vervuld. Als iemand aangeeft niet langer autonoom te kunnen zijn en vraagt "de autonomie" over te nemen: is dat dan op zich een blijk van autonomie? Ik denk het wel. Maar daarna is hij zijn autonomie wel 'kwijt' (hij was het al kwijt, zoals gezegd). Maar, hoewel dit thema aan de hand van de oude dag met haar

---

<sup>5</sup> De relatie met etnische diversiteit is hier een in feite schijnrelatie: keuzes zijn vaker compromissen; en iedereen kent voorbeelden van bezorgdheid en twijfel of een persoon in de naaste omgeving wel de juiste keuze heeft gemaakt, van welke aard dan ook. Overzag de persoon de voors, tegens, consequenties wel goed? Deed h/zij zichzelf niet tekort? Gaat h/zij er niet vreselijk spijt van krijgen? Met andere woorden: kan deze persoon wel goed genoeg kiezen, of: in deze omstandigheden?

Zou het kunnen dat u twijfelt omdat u zelf de keuze niet bevalt?:

In therapie had ik een jonge ambitieuze Surinaamse vrouw, met autonomieproblemen en erg sombere gevoelens. Zij was hoog opgeleid en zou in haar werk promotie gaan maken. Ze had een vriend van wie ze twee keer zwanger was geraakt en ze had, tegen haar eigen zin op zijn aandringen 2 keer een abortus ondergaan. In de therapie nam haar autonomie toe en namen haar sombere klachten af. Op een dag kwam ze stralend vertellen dat ze opnieuw zwanger was, en ze had al een plan waar ze zelf heel tevreden over was: ze wilde het kind dit keer houden, ging haar baan en opleiding voorlopig achter zich laten, en het kind ter wereld brengen in het land van haar roots, Suriname, bij haar opa en oma. En haar partner: ach, ze zou wel zien of hij haar zou volgen.

"Top!", denken sommigen van u misschien; anderen denken: "Oeps, riskant, hoe loopt dit af?" Bij mij, jonge vrouw destijds die veel waarde hechtte aan haar opleiding en aan haar vriend, riep haar keuze beide reacties op, ambivalentie dus: "Top" inderdaad dat ze nu echt wist wat ze wilde, zo blij was en een mooie, bij haarzelf passende weg voor zich zag; maar oeps, riskant inderdaad in mijn ogen: zou het geen doodlopende weg worden daar ver weg bij opa en oma?

Deze vrouw kon prima 'goed genoeg' kiezen, en was in staat geraakt zichzelf gewoon weer bij te sturen bij eventuele nadelen van haar keuze. Ze ging ervoor en beëindigde de therapie als autonoom mens en stralende zwangere.

beperkingen wel heel saillant uit de verf komt, geldt ook hier weer: dit delegeren van autonomie is *helemaal niet* exclusief van toepassing op de oude dag.

U kent het zelf ook: “Zullen we naar de film gaan?” “Ja, leuk.” “Welke?” “Wil jij het beslissen?” Gedelegeerde autonomie kan heel comfortabel zijn! Wel is er natuurlijk een verschil tussen delegeren uit overmacht/ beperking, en delegeren uit comfort/ gemakzucht.

Wat de ouderenzorg betreft, wij denken dat meer toepassing van het autonomie-gehechtheidsbegrip daar een positieve rol kan spelen: hoe kunnen de behoeften van ouderen nog beter in beeld worden gebracht en hoe kan daaraan – al dan niet via mediators – nog beter gehoor worden gegeven?

Even de drie voorbeelden van aandacht voor diversiteit op een rijtje, met wat dit heeft opgeleverd voor onze inzichten in autonomie-gehechtheid:

-het onlosmakelijke verband van autonomie met verbondenheid – zo opvallend bij vrouwen - bleek ook op mannen van toepassing; en gender gerelateerde patronen van autonomie-gehechtheidsproblemen blijken een belangrijke rol te spelen in de verklaring van sekseverschillen in psychopathologie.

-de vormgeving van autonome keuzes in verbondenheid met anderen tot compromissen beperkt zich niet tot bepaalde religies of etnische groepen maar is breed van toepassing; komen tot een compromis betekent echter helemaal niet dat van minder autonomie sprake is!

-en het delegeren van autonomie zoals door hulpbehoevende ouderen en anderen kan als keuze afgedwongen zijn door functiebeperking etc. maar komt ook veel breder voor.

Kortom, aandacht voor gender/ diversiteit is dus niet alleen nodig om recht te doen aan bepaalde groepen. Een diversiteitsperspectief functioneert *ook als bron van kennis!* Belangrijke aspecten kunnen bij een groep uitvergroot en dus beter zichtbaar worden. Onze blik op, en kennis van autonomie zijn erdoor verrijkt! En: geen enkel aspect van autonomie-gehechtheid dat beter ging opvallen door de schijnwerpers op een bepaalde groep, bleek exclusief van toepassing op die groep.

Het 'zelf' als kern

Dan nodig ik u nu tot slot uit om stil te staan bij de kern van het zelfsturend vermogen in verbondenheid met anderen: het 'zelf'. Het woord 'zelfsturing' is nu al vaak gevallen, maar sturing van je 'zelf' door je 'zelf'; hoe moeten we ons dat eigenlijk voorstellen? Klassiek doemen hier gemakkelijk oude afbeeldingen op van het kleine mensje in ons brein (u zelf) dat de touwtjes daar in handen heeft (over u zelf!). Wie of wat is dan eigenlijk dat 'zelf' van ons, dat innerlijk kompas, waarop we onze keuzes baseren?

Ik wil hier twee zaken over naar voren brengen:

Allereerst, huidige therapie protocollen over 'zelf/ zelfbeeld' betreffen in feite vaak 'zelfvertrouwen'/ 'zelfwaardering'; en vooral: hoe we dat kunnen versterken. Zelfsturend vermogen (autonomie-gehechtheid) en zelfwaardering hangen samen, zo blijkt, maar gematigd: het zijn dus verschillende zaken (o.a. Bekker & van Assen, 2006; Kunst et al., 2022). En verbetert de autonomie – zoals door autonomieversterkende interventie, dan stijgt ook het zelfvertrouwen (Maas et al., 2019; Kunst et al., 2022). Hoe dat gaat, weten we nog niet.

Maar, op grond van therapeutische ervaringen geven we het advies om bij mensen met autonomieproblemen niet meteen de zelfvertrouwen booster in te zetten. Wees daar terughoudend mee: Geef eerst ruimte en gelegenheid om een solide 'zelf'gevoel op te bouwen, en vraag pas eventueel daarna aan cliënten allerlei aspecten van zichzelf te bekrachtigen. Hun onwil en ongemak om zichzelf steeds te becomplimenteren duidt naar onze indruk namelijk niet alleen maar op gebrek aan zelfvertrouwen; maar eerder op een gebrek aan ervaren 'zelf': wie ben ik en wat wil ik, wat past bij mij? Eerst het, nog fragiele 'zelf' uitbouwen en mogen ontwikkelen, daarna verbetert het zelfvertrouwen vaak vanzelf.

Ten tweede: wat houdt het 'zelf' – relevant voor zelfsturing – in? In de definitie van autonomie-gehechtheid zagen we als eerste het Zelf-bewustzijn verschijnen: als het bewustzijn van eigen behoeften, wensen, meningen (en vermogen deze te realiseren in interacties met anderen). In meest basale vorm klinkt u dit waarschijnlijk vertrouwd in de oren: u bent zich bijvoorbeeld bewust van de behoefte aan voedsel, ofwel u ervaart honger, trek, en stuurt zichzelf op basis daarvan richting voedsel: u gaat eten of eten zoeken bijv. boodschappen doen.

In de dagelijkse praktijk betreffen onze behoeften, meningen, wensen, natuurlijk juist ook veel verdergaande behoeften, rakend aan later ontwikkelde lagen van ons 'zelf'. Uiting willen geven aan politieke behoeften bijvoorbeeld: de behoefte om zich als lid van een minderheidsgroep politiek goed vertegenwoordigd te weten; of de behoefte om verregaande polarisatie tussen mensen en groepen te willen reduceren, ik noem zomaar wat dwarsstraten... Hoe beter we al onze behoeften kennen en voelen, hoe beter we er sturing aan kunnen geven.

Honger, trek: een lichaamssensatie dringt tot u door, tot uw bewustzijn door, indiceert een behoefte, en u gaat ervoor! Of, alternatief: u negeert het gevoel nog even, want u heeft eerst andere dingen te doen, ook een keuze. Zo zie je maar: de vrije wil bestaat! (Sorry, dit moest er even uit; daar had ik zelf niets over te zeggen).

Onze behoeften (die ons bereiken dankzij emoties (angst, boosheid) of sensaties (honger, dorst) leren onderkennen en er een bij ons'zelf' passend en gezond antwoord op leren geven zijn de eerste stappen naar een gezond 'zelf'. Dorst, zin om iets te drinken? OK, en wordt het een kopje thee, een glaasje water? Rudimentair en basaal. Juist de vrije toegang tot het volledige scala aan -ons informerende - emoties en sensaties vormt de basis van een rijk innerlijk kompas. Die is, door gebruikmaking van strategieën om nare vroege situaties het hoofd te bieden ('Overlevingsstrategieën'; Bekker et al., 2015) juist ondergesneeuwd/ onderontwikkeld – en die alsnog ontwikkelen is een van de hoofddoelen van onze autonomie-versterkende aanpak (AET; Bekker et al., 2015). Zoals biodiversiteit essentieel is voor de rijkdom van een gezond milieu, is dus emotie-/(sensatie-) diversiteit dat voor een rijk innerlijk en gezond zelfsturend vermogen!

En hoewel we tot nu toe vooral op individueel niveau bespraken hoezeer het mis (of juist goed) kan gaan in de, met name vroege – interacties, wat betreft het aanleren van passende responsen en keuzes op ervaren behoeftes, tonen zich ook hier relevante patronen op groepsniveau, wederom: sekseverschillen bijvoorbeeld! Zo zien we bij veel mannelijke cliënten hoe lastig varen het voor hen is op hun innerlijk kompas als 'kwetsbaarheid' in het geding is ofwel: de behoefte aan troost, goede raad, zwakheid tonen en even leunen op de ander (o.a. Oransky & Marecek, 2009)... De tranen laten vloeien? Nog geen Vingerhoedje vol! Snel wegslikken (o.a. Bekker & Vingerhoeds, 2001)! Een ander de schuld geven! Drank! Drugs! (Berke et al., 2018). En bij vrouwen? Uit een heel leuk

experimenteel onderzoek, samen gedaan met Annemiek Karreman (Karreman & Bekker, 2012), bleek bij hen boosheid een lastige!

Ruim 130 middelbare scholieren waren willekeurig toegewezen aan een woede-opwekkende of neutrale conditie met behulp van het digitale Dictatorspel. Zij dachten met een van hun medescholieren een spel te spelen (wat niet waar was), en daarna mocht de ‘medespeler’ een geldbedrag verdelen tussen hen tweeën. Die deed dat ‘eerlijk’ in de ene conditie, en woede/verontwaardiging opwekkend bloed-oneerlijk in de andere conditie. Nou, dat werkte!: in de experimentele conditie waren de scholieren bozer dan in de neutrale. Maar! Er bleek een groot verschil tussen jongens en meisjes. De resultaten bij de jongens waren ‘rechttoe, rechtaan’: ze voelden zich, indien oneerlijk behandeld, boos en ze uitten zich ook boos, en iets bozer dan de meisjes (dat was: ze gaven – desgevraagd – aan zeker niet nogmaals met die oneerlijke medespeler te willen samenwerken!). Dit los van of ze nu autonoom waren of niet. De meisjes echter, waren na oneerlijke behandeling *alleen bozer dan de eerlijk behandelde meisjes als ze erg gevoelig waren voor anderen*. De uiting van woede bij meisjes na oneerlijke behandeling, sowieso wat minder dan die van de jongens, was *niet* afhankelijk van hun gevoeligheid voor anderen<sup>6</sup>.

Genderverschillen in woede-ervaring werden dus voor een belangrijk deel verklaard door autonomie component gevoeligheid voor anderen. De klinische implicaties van dit soort bevindingen laten zich raden. Wat gebeurt er, bijv. in de vorm van eetbuien, met deze ervaren woede/ stress/ arousal na ervaren oneerlijkheid of andere vormen van interpersoonlijke frustratie? Ik heb daar verschillende therapieverslagen op na gelezen, en vond heel vaak in de beginpagina’s teksten terug als: ‘Boos? Nee, dat voel ik nooit.’ Of: ‘Ja, op mezelf;

---

<sup>6</sup> Deze resultaten boden ons belangrijke inzichten, want meisjes met een hoge gevoeligheid voor anderen hebben waarschijnlijk meer last van relationele stress dan meisjes die laag scoren op gevoeligheid voor anderen, en dit gold zelfs na controle voor dispositionele woede. Deze meisjes uitten daarentegen niet meer woede (lieten de oneerlijke tegenspeler niet in de steek) dan meisjes met een lage gevoeligheid voor anderen; en de literatuur geeft veel aanleiding om aan te nemen dat dit komt doordat ze zich ook verantwoordelijk voelen voor anderen en voor de interpersoonlijke relaties met deze anderen (Eagly & Steffen, 1986; Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001; Timmers, Fischer, & Manstead, 1998). Daarmee samenhangend, ook de socialisatie van meisjes lijkt te voorkomen dat ze meer boosheid uiten, gericht als deze is op het vertonen van sociaal ondersteund gedrag (Cramer, 2002). De jongens daarentegen werden op simpele wijze beïnvloed door oneerlijke behandeling/provocatie, onafhankelijk van hun gevoeligheid voor anderen.

het is allemaal mijn eigen schuld, ik pak alles verkeerd aan.’ Of: ‘Cl heeft vaak langdurig machteloze tranen van woede.’

Maar later, naarmate de therapie vordert: ‘De leider van de zwemclub was cl aan het filmen, zonder haar toestemming. Cl is zeer boos geworden en is naast hem blijven staan tot hij het filmpje gewist had. Ze gaat nu echt naar een andere zwemclub.’

Kortom, boosheid voelen en desgewenst uiten (en kwetsbaarheid voelen en desgewenst uiten): dit therapieverloop illustreert hoezeer voeling hebben met het volledige palet aan emoties en daar iets passends mee kunnen doen, betekent dat het zelfsturend vermogen toeneemt en hoe gezond het functioneren daarvan wordt. Ik kan het niet mooier formuleren dan opgetekend uit de monden van cliënten van autonomiesgroepen zelf:

*“Door onze eigen wensen en behoeften te verkennen en daar steeds maar weer permissie voor te krijgen –nee, sterker nog: door daarin steeds aangemoedigd te worden, leren we ze niet langer te negeren/maskeren, maar te onderkennen en zelfs te waarderen. Wat we met onze hersens meestal al jaren snaptten, leren we nu voelen. We krijgen meer contact en dus vrede met onszelf en daar word je een gelukkiger mens van.*

*Juist door dingen bij de anderen te herkennen, krijgen wij meer inzicht in ons eigen gedrag. Via elkaar zien we indirect onszelf en daardoor nog scherper ook (...), omdat een zekere afstand zaken helder maakt. Juist deze vorm – een groep (...) blijkt zo doeltreffend te zijn. Niet alleen ontwikkelen wij ons dankzij de expertise van onze begeleidsters, maar ook omdat wij elkaar als groepsgenoten een spiegel voorhouden.*

*Zo zijn we gaan begrijpen hoe we verzeild konden raken in situaties met bijvoorbeeld huiselijk geweld of uitgesproken opofferend of afwerend gedrag. (...) Wij leren bovendien wat we kunnen doen om herhaling te voorkomen en dankzij de groep functioneren wij, ook maatschappelijk gezien, inmiddels beduidend beter.”*



En hiermee is de cirkel rond: want ook maatschappelijk gezien (en niet alleen qua onze psychische gezondheid) wordt er veel van ons ‘innerlijk kompas’ gevraagd. Wij hebben het vandaag hier op ons symposium vooral over de klinische relevantie, maar denk ook aan: het belang van onafhankelijke geesten en gezond functionerende individuen, voor werkomgevingen: voor academisch functioneren, politiek functioneren, de zorg, etc. Zoals Roxanne van Iperen (2022) het zegt: “Wat zou jij doen als het erop aankomt?” Om streng te vervolgen: “Angst voor schaamte en uitsluiting, zwijgen om zelfbehoud, meedoen voor erkenning: dát is de groef waarin mensen zich voortbewegen.” En: “Je zag het ook weer bij de toeslagenaffaire. Dan heb je mensen nodig die hun loopbaan op het spel durven te zetten door te zeggen: dit klopt niet.” Dat is misschien een erg hoge eis, maar toch..

Voor GZ-psychologen is het goed kunnen uitvoeren van behandelprotocollen een absoluut vereiste, maar ook vereist zijn: een onafhankelijke, kritische geest hebben; autonoom professionele beslissingen kunnen nemen; kritisch blijven meedenken over de zorg en aan de bel trekken bij tekortkomingen. Daarvoor moeten ze wel ook in die geest opgeleid worden. En hoe geweldig vind ik het dat ik daaraan mag bijdragen en dat werk bij RINO Amsterdam kan voortzetten, samen met heel fijne collega's!

Ook de universiteit is gebaat bij onderzoekers, studenten en docenten met, ja: goede onderzoeksvaardigheden, *maar ook* met hoge niveaus van autonomie-gehechtheid: een goed gevoel voor wat hun onderzoeksresultaten voor anderen betekenen; een goed kritisch vermogen en de durf om zelfstandig te handelen en beslissingen te nemen. En ook zij moeten daarvoor wel ook in die geest opgeleid worden: Stimuleer ze om zelf goed na te denken, werk te maken van wat *hen* interesseert; laat ze zelf keuzes maken en zelf de regie en verantwoordelijkheid te nemen over hun hele onderzoeksproces inclusief de betekenis van hun onderzoek voor anderen.

Ja, u hoort het goed, het dankwoord nadert!

Dank!

Lieve mensen, wat heb ik hier lang gewerkt! En bijna altijd met veel plezier! Sowieso voel ik me aan de universiteit (Tilburg, UvA, VU) altijd als een vis in het water. En aan de Tilburgse universiteit heb ik altijd een groot aantal erg aardige collega's gehad en veel ruimte gevoeld om mijn vleugels uit te slaan qua onderwijs zowel als onderzoek, naast het bestuurlijk werk - dat ik ook altijd leuk vond.

Hoe was het om zo lang in Tilburg te werken? Tilburg had en heeft veel aantrekkelijks, zoals korte lijnen en gemoedelijkheid, en het prachtige Warande bos dat mij vaak als wandelaar heeft begroet.

Hoe was het, vragen mensen mij dan, om zolang als vrouw/ vrouwelijke hoogleraar in Tilburg te werken? Tsja, ik zwom er inderdaad als een vis in het water, maar het water was soms wel wat troebel... In mijn beginperiode was het hier een volstrekt masculien bolwerk; er waren bijna geen vrouwelijke stafleden bij Psychologie; en mijn vrouwelijke collega en ik konden de vele mannen daar – veelal met bril en baard - nauwelijks van elkaar onderscheiden! Dat is wel een beetje anders geworden gelukkig! Daarnaast, aan universiteiten bestaan altijd verschillende opvattingen over welk vakgebied belangrijk is. Zelf maakte ik mee dat mijn oorspronkelijke vakgebied Vrouwenstudies met één onverwachte pennenstreek van de campus dreigde te verdwijnen (wat later weer werd herroepen), en ook mijn vakgebied Klinische Psychologie werd diverse keren in zwaar weer gebracht. Ik ben dan ook heel blij dat fantastische collega's in de Klinische Psychologie zoals Laura Kunst, Joyce Maas, Nathan Bachrach en anderen ons prachtige vakgebied aan de Tilburgse universiteit met verve laten groeien en bloeien. Wat mij bij troebel water altijd heeft geholpen was, naast de universiteit als mijn natuurlijke biotoop, de vele sociale steun die ik altijd ondervond, en de humor met fijne collega's, ook het in mijzelf zingen van varianten op het bekende Annie M.G. Schmidt lied door Connie Stuart:

*Wat ik allemaal heb doorstaan!  
Wat mij allemaal is aangedaan!  
Maar niettemin en ondanks dat:  
Er zit nog leven in de ouwe kat!*

Ik hoop heel erg, en vertrouw erop dat de posities van vrouwen maar ook die van (jonge) mannen aan de universiteit (en overigens ook in de zorg en het onderwijs)

nog veel beter worden, waarbij vooral recht gedaan wordt aan verdienste, in plaats van aan vrijkomende plekken.

Heel veel van mijn dank gaat uit naar alle fantastische mensen aan deze universiteit die tot de zg. ‘ondersteunende’ diensten behoren en behoorden: secretaresses, mensen van IT, HR, audiovisuele dienst, onderwijsbureau. Dag Danielle, Diana, Marian, Kitty, Saskia, Huub, Jane, Monique en vele anderen; wij boffen maar met jullie, heel erg bedankt!

Alle fijne collega’s van MKP, en van voorgaande en ook van andere vakgroepen zoals MTO: het was, en is nog steeds goed samenwerken met jullie (Marcel en Marcel, Tom, Tom, Guus, Ad, Ruth, Annemiek, Ivan, Wijo, Willie, en al die vele anderen)! Het ga jullie goed, en bedankt voor alle gezelligheid en samenwerking!

Met heel veel mensen in het land, op universiteiten, in scholen zoals OMO, bij ZonMW en WomenInc, en in GGZ-instellingen waaronder ook met cliënten, heb ik fantastisch mogen samenwerken voor onderzoeksdoeleinden. Ik ben daar heel dankbaar voor. Met velen van jullie blijf ik ook aan de slag, tot mijn grote geluk en ik hoop ook dat van jullie. Heel veel zin heb ik in de voortgaande promotie- en onderzoekstrajecten: van Francisco, Nicky, Simone, Christina, en Luuk, en hun medebegeleiders. En in de voortgaande fijne werkzaamheden en samenwerking met enkele collega’s hier, en die van RINO Amsterdam en de VU.

Honderden studenten heb ik begeleid bij het doen van hun master thesis onderzoek. Dat heb ik nou echt heel leuk werk gevonden. Niet alleen omdat in veel meer studenten, anders dan zij zelf dachten, onderzoekers schuil gingen. Maar ook omdat het een traject is waarbij je als begeleider je studenten als mens ziet groeien. Als student moet je door dit traject “heen”. Het markeert een transitie en gaat met stress gepaard; daarnaast ga je het huis uit of bent er net uit. In feite is dit begeleidingswerk een fantastische autonomie-versterkende interventie; een lezing op zich waard. Lieve studenten en ex-studenten, het ga jullie goed; en laat nog eens horen hoe je ervoor staat!

Alle fantastische sprekers op ons symposium van vandaag gaan mij heel na aan het hart. Met allen heb ik een superfijne samenwerking, en in wisselende rollen, en voel ik ook een bijzondere band. Ik wil jullie, ieder afzonderlijk, speciaal bedanken voor jullie grote aandeel daarin! En, Laura, Joyce en Brenda, wat

heerlijk dat we hierna weer verder gaan met ons Engelstalige boek en alle andere activiteiten!

Mijn lieve vrienden en familie dank ik voor alle steun en vriendschap, en de vele gezellige samenkomsten.

Mijn lieve ouders dank ik – hoewel ze overleden zijn, hier nog eens voor mijn geworteldheid in zo'n fijn thuis; daarop kun je nou echt een leven lang voortbouwen!

Mijn lieve schoonmoeder kijkt thuis mee! Ik bedank jou, Lottie, voor het fijne huis dat jij nu nog steeds voor ons levend houdt; en voor het toonbeeld dat je voor allen bent van ongeëvenaarde veerkracht!

Allerliefste kinderen en 'schoonkind', Jona, Judith en Peer, jullie zijn, naast ons grootste geluk, wel heel bijzonder leuke mensen om mee om te gaan! Behalve heel lief, zijn jullie zo geanimeerd en geëngageerd bezig! Het is een voorrecht jullie moeder/ schoonmoeder te zijn.

En dan, *last but not least, heel erg lieve Peter!* Het lijkt een eeuw geleden, maar het is pas een kleine *halve* eeuw geleden, dat wij – beiden begonnen met psychologie aan de UvA – elkaar troffen op het Spui voor Atheneum. Wat daar allemaal uit voortgekomen is, is met geen pen te beschrijven. Heel bijzonder is natuurlijk dat wij behalve elkaars partner, en de ouders van onze kinderen, ook nog vakgenoten zijn geworden en gebleven, en in vergelijkbare posities werkten. Wat heeft dat met ons, onze relatie en ons werk gedaan? Geen idee, maar, TiU, nu weten jullie het: door al die uitwisseling tussen ons had je er 2 voor de prijs van 1! Lieve Peter, ik bedank jou voor je niet aflatende betrokkenheid, je steun, je humor, en.. je uitzonderlijke kritische vermogen - in grote verbondenheid met mij!

*Ik heb gezegd.*

# Referenties

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press.

American Psychiatric Association (APA; 2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text revision). Washington DC: APA.

Bachrach, N., Croon, M. A., & Bekker, M. H. J. (2013). Autonomy-connectedness and internalizing and externalizing psychopathology among outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 718-726.

Bachrach, N., Croon, M. A., & Bekker, M. H. J. (2015). The role of sex, attachment and autonomy-connectedness in personality functioning. *Personality and Mental Health* 9 (4), 330-334.

Bachrach, N., Croon, M. A., & Bekker, M. H. J. (2017). The role of sex and autonomy-connectedness in internalizing and externalizing personality pathology, coping and Axis-I pathology: among psychiatric and healthy elderly. *Aging & Mental Health*, 1-9.

Bakker, M. R. C., Maas, J., Bredenoord, A.L. & Bekker, M. H. J, Fauser, B. C. J , & Bos, A. M. E. (2017). Autonomy and self-esteem of women who donate to an oocyte cryopreservation bank in The Netherlands. *Reproductive BioMedicine Online* 35, 2, 225-231.

Bakkes, M. (2007). *Gehechtheid, autonomie, en agressie onder gedetineerden: Verbanden?* Masterthesis Psychologie en Geestelijke Gezondheid. Tilburg: Universiteit van Tilburg.

Bekker, M. H. J. (1993). The development of a new Autonomy-scale based on recent insights into gender identity. *European Journal of Personality*, 7 (3), 177-194.

Bekker, M. H. J. (1996). Agoraphobia and gender; A review. *Clinical Psychology Review*, 16, 129-146.

Bekker, M. H. J. (2003). Investigating gender within health research is more than sex disaggregation of data; A multi-facet gender & health model. *Psychology, Medicine, and Health*, 8 (2), 231-243.

- Bekker, M. H. J. (2015). *Autonomy-Connectedness 30, ACS-30 Test and Manual*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bekker, M. H. J., Arends-Tóth, J. V., & Croon, M. A. (2011). Autonomy-connectedness, acculturation, and independence–interdependence among various cultural groups in a multicultural society. *International Journal of Intercultural Relations*, 35(3), 368-376.
- Bekker, M. H. J., & van Assen, M. A. L. M. (2006). A short form of the Autonomy scale: Properties of the Autonomy-Connectedness Scale (ACS-30). *Journal of Personality Assessment*, 86, 51-60.
- Bekker, M. H. J., & Van Assen, M. A. L. M. (2008). Autonomy-connectedness and gender. *Sex Roles*, 59(7), 532-544.
- Bekker, M. H. J., & van Assen, M. A. L. M. (2017). Autonomy-connectedness mediates sex differences in symptoms of psychopathology. *PLOS ONE* 12(8): e0181626 <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0181626&type=printable>
- Bekker, M. H. J., Bachrach, N., & Croon, M. A. (2007). The relationships of antisocial behavior with attachment styles, autonomy-connectedness, and alexithymia. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 507-527.
- Bekker, M. H. J., & Belt, U. (2006). The role of autonomy-connectedness in depression and anxiety. *Depression and Anxiety*, 23, 274-280.
- Bekker, M. H. J., & Croon, M. A. (2010). The roles of autonomy–connectedness and attachment styles in depression and anxiety. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(7), 908-923.
- 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., Kouwenhoven, B., Rutten, E. A. P., & Van Helsdingen, M. (2016). *Behandelprotocol voor Autonomieversterkende Interventie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Bekker, M. H. J., & van Mens-Verhulst, J. (2007). Anxiety disorders: Sex differences in prevalence, degree, and background, but gender-neutral treatment. *Gender Medicine*, 4, B, 178-193.

Bekker, M. H. J., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2001). Male and female tears: Swallowing versus shedding? In Vingerhoets, A. J. J. M., & Cornelius, R. R. (Eds.): *Adult crying: A biopsychosocial approach* (pp. 91-114). Brunner-Routledge.

Bekker, M. H. J., Willemse, J. J. P., & Goeij, J. W. J. M. de (2010). The role of individual differences in particular autonomy-connectedness in women's and men's work-family balance. *Women & Health*, 50(3), 241-261.

Berke, D. S., Reidy, D., & Zeichner, A. (2018). Masculinity, emotion regulation, and psychopathology: A critical review and integrated model. *Clinical Psychology Review*, 66, 106-116.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books.

Chodorow, N. (1989). *Feminism and psychoanalytic theory*. Cambridge, England: Polity Press.

Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15(3), 245-258. <https://doi.org/10.1002/wps.20346>

Cuijpers, P., Gentili, C., Banos, R. M., Garcia-Campayo, J., Botella, C., & Cristea, I. A. (2016). Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 79-89. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.003>

Erikson, E. S. (1974). *Identity, youth, and crisis*. London: Faber & Faber.

Foudraïne, J. (1971). *Wie is van hout?* Amsterdam: Ambo/Anthos.

Goetter, E. M., Frumkin, M. R., Palitz, S. A., Swee, M. B., Baker, A. W., Bui, E., & Simon, N. M. (2020). Barriers to mental health treatment among individuals with social anxiety disorder and generalized anxiety disorder. *Psychological Services*, 17(1), 5-12. <https://doi.org/10.1037/ser0000254>

van Iperen, R. (2022). *De genocidefax*. Amsterdam: CPNB.

Karreman, A., & Bekker, M. H. J. (2012). Feeling angry and acting angry: Different effects of autonomy-connectedness in boys and girls. *Journal of Adolescence*, 35, 407-415.

Koemans, R. G., Vroenhoven, S. van, Karreman, A., & Bekker, M. H. J. (2015). Attachment and autonomy problems in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 19(5), 435-446.

Kohlberg, L. (1984). *The psychology of moral development: The nature and validity of moral stages*. San Francisco: Harper & Row.

Kuipers, G. S., Hollanders, S. den, Ark, L. A. van der, & Bekker, M. H. J. (2017). Recovery from eating disorder 1 year after start of treatment is related to better mentalization and strong reduction of sensitivity to others. *Eating and Weight Disorders*, 22 (3), 535-547.

Kyvik, S. (2004). Structural changes in higher education systems in Western Europe. *Higher Education in Europe*, 29 (3), 393-409, DOI: 10.1080/0379772042000331679

Kunst, L. E., Maas, J., van Assen, M. A. L. M., Van der Heijden, W., & Bekker, M. H. J. (2019). Autonomy deficits as vulnerability for anxiety: Evidence from two laboratory-based studies. *Anxiety, Stress and Coping*, 32(3), 244-258.

Kunst, L. E., Maas, J., van Balkom, A. J., van Assen, M. A., Kouwenhoven, B., & Bekker, M. H. J. (2022). Group autonomy enhancing treatment versus

cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: A cluster randomized clinical trial. *Depression and Anxiety*, 39(2), 134-146.

Kunst, L. E., van Assen, M. A. L. M., Clouth, F. J., Hunt, C., Abbott, M., Maas, J., & Bekker, M. H. J. (submitted). Who cares what other people think? A longitudinal investigation of long-term self-esteem stability and its associations with autonomy-connectedness.

Maas, J., van Assen, M. A. L. M., Rutten, E. A. P., & Bekker, M. H. J. (2019). Autonomy-connectedness, self-construal, and acculturation: Associations with mental health in a multicultural society. *International Journal of Cross-Cultural Psychology*, 50(1), 80-99.

Maas, J., van Balkom, A. J. L. M., van Assen, M. A. L. M., Rutten, E. A. P., Janssen, D., van Mastriegt, J. M., & Bekker, M. H. J. (2019). Enhancing autonomy-connectedness in patients with anxiety disorders: A pilot randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 665-665. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00665>.

Maas, J., Laceulle, O., & Bekker, M. H. J. (2019). The role of autonomy-connectedness in the relation between childhood stressful life events, current posttraumatic symptoms, and internalizing psychopathology in adulthood. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(3), 345.

van Mens-Verhulst, J., & Radtke, H. L. (2011). Socio-cultural inequities in health research: what does the intersectionality framework offer? *Intersectional Health Research*, 1-9.

Moleiro, C., Ratinho, I., & Bernardes, S. (2017). Autonomy-connectedness in collectivistic cultures: An exploratory cross-cultural study among Portuguese natives, Cape-Verdean and Chinese people residing in Portugal. *Personality and Individual Differences*, 104, 23-28.

Oransky, M., & Marecek, J. (2009). "I'm not going to be a girl!" masculinity and emotions in boys' friendships and peer groups. *Journal of Adolescent Research*, 24(2), 218-241.

Schofer, E., & Meyer, J. W. (2005). The worldwide expansion of higher education in the twentieth century. *American Sociological Review*, 70(6), 898-20. <https://doi.org/10.1177/000312240507000602>

Sears, K. P. (2012). Improving cultural competence education: The utility of an intersectional framework. *Medical Education*, 46(6), 545-551. doi:10.1111/j.1365-2923.2011.04199.x

Sempértegui, G. A., Knipscheer, J. W., & Bekker, M. H. J. (2017). Development and evaluation of diversity-oriented competence training for the treatment of depressive disorders. *Transcultural Psychiatry*, 55(1), 31-54. doi:10.1177/1363461517725224

Springer, K. S., Levy, H. C., & Tolin, D. F. (2018). Remission in CBT for adult anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 61, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.002>

Swaan, A. de (1982). *Uitgaansbeperking en uitgaansangst. Over de verschuiving van de bevelshuishouding naar de onderhandelingshuishouding*. In: A. de Swaan (red.): *De mens is de mens een zorg*. Amsterdam: Meulenhoff, pp.81-115.

Szasz, T. (1974). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. New York: Harper & Row.

Vossen, J., & van Houten, J. (2008). *De effectiviteit van een autonomie-versterkende interventie bij patiënten met angststoornissen die onvoldoende op een reguliere behandeling hebben gereageerd*. Master thesis. Tilburg: Universiteit van Tilburg.

van Zuuren, F. (2018). A la recherche du temps perdu: Het Amsterdamse Fobieën project. *De Psycholoog*, 4, 21-26.

## Colofon

*vormgeving*

**Beelenkamp ontwerpers, Tilburg**

*fotografie omslag*

**Maurice van den Bosch**

*opmaak en drukwerk*

**Studio | powered by Canon**