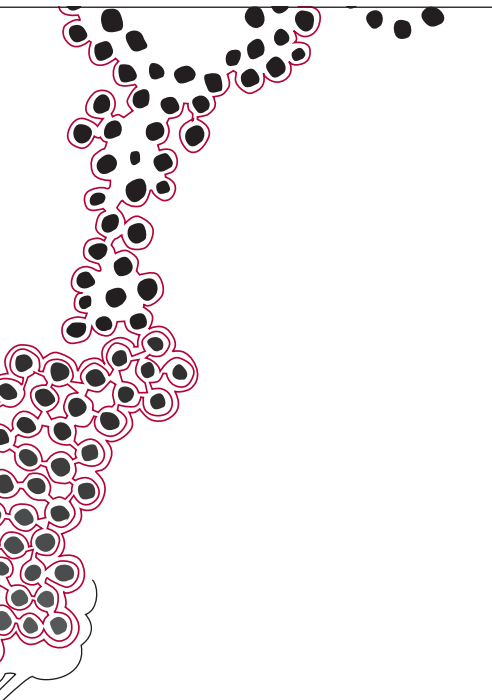


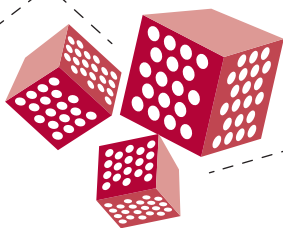
ORATIE
12 JANUARI 2012



EUDAIMONIA. VOER VOOR PSYCHOLOGEN.

PLEIDOOI VOOR EEN
HERORIËNTATIE VAN DE
GEESTELIJKE GEZOND-
HEIDSZORG

PROF.DR. E.T. BOHLMMEIJER



UNIVERSITEIT TWENTE.



PROF.DR. E.T. BOHLMMEIJER

EUDAIMONIA. VOER VOOR PSYCHOLOGEN. PLEIDOOI VOOR EEN HERORIËNTATIE VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

REDE UITGESPROKEN BIJ DE AANVAARDING
VAN AMBT VAN HOGLERAAR

MENTAL HEALTH PROMOTION

AAN DE FACULTEIT GEDRAGSWETENSCHAPPEN
VAN DE UNIVERSITEIT TWENTE
OP DONDERDAG 12 JANUARI 2012
DOOR

DOOR PROF.DR. E.T. BOHLMMEIJER

We leven in wat wordt verteld.
De wereld is wat wordt verteld.

Over het doppen van bonen
Wieslaw Mysliwski

Inleiding	6
1 Eudaimonia: voer voor psychologen?	8
2. Narratieve psychologie: de betekenis van verhalen en actorschap	11
3. Bevordering van geestelijke gezondheid	18
4. De wetenschappelijke agenda	26
5. De rol van technologie	39
6. Slotbeschouwing	44
Dankwoord	47
Referenties	51

INLEIDING

MIJNHEER DE RECTOR, DAMES EN HEREN,

Niet zo lang geleden pleitte de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg voor een fundamentele heroriëntatie van de gezondheidszorg, samengevat in de titel: *Van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag*. Directe aanleiding voor deze nota zijn de sterk stijgende uitgaven. De forse toename en duur van het aantal chronische aandoeningen inclusief psychische stoornissen als angst en depressie zijn hiervoor mede verantwoordelijk. Volgens de raad is er een substantieel groeiende, maar ook veranderende zorgvraag. Tegelijkertijd wordt de groei geremd door beperkingen op de arbeidsmarkt en het beperkte zorgbudget. Hoe komen we hier uit? Als oplossing stelt de raad voor om de zorg meer te oriënteren op gedrag en gezondheid. Met andere woorden, versterking van de publieke gezondheid en het bevorderen van gezondheid en geestelijke gezondheid. Het vergroten van zelfredzaamheid komt centraal te staan. Dat klinkt logisch en sympathiek, maar het roept ook wezenlijke vragen op. Wat verstaan we eigenlijk onder gezondheid en vooral geestelijke gezondheid, het primaire domein van deze leerstoel? Welke psychologische visie op zelfredzaamheid in relatie tot gezondheid van burgers hanteren we? Waar sluiten we op aan en vanuit welk wetenschappelijk model? Het pleidooi van de RVZ is daarom ook een uitgelezen kans om de zorg voor geestelijke gezondheid nieuwe wetenschappelijke accenten te geven.

Deze oratie begint met twee theoretische hoofdstukken. In hoofdstuk 1 beschrijf ik de visie van Aristoteles over geluk en de menselijke geest. Deze filosofie over zelfontplooiing staat aan de basis van een positieve definitie van geestelijke gezondheid. In hoofdstuk 2 komt de narratieve psychologie aan de orde. Zij definieert zelfredzaamheid als actorschap en legt de focus op intenties en betekenisgeving. Zelfred-

zaamheid is mogelijk wanneer mensen voor hen aantrekkelijke en wenselijke leefperspectieven hebben en zich in staat voelen en mogelijkheden ervaren om die te realiseren. Zowel de cultuur als persoonlijke verhalen als reflectie op het eigen leven spelen daarbij een cruciale rol. Vanaf hoofdstuk 3 bespreek ik wat de filosofie van Aristoteles en de narratieve psychologie betekenen voor de praktijk van geestelijke gezondheidszorg. In hoofdstuk 3 presenteer ik een model waarin naast een klachtgerichte benadering een persoonsgerichte benadering wordt onderscheiden. In een persoonsgerichte benadering staat het versterken van praktische wijsheid centraal. Praktische wijsheid staat voor de invulling van zelfredzaamheid op basis van de filosofie van de filosofie van Aristoteles en de narratieve psychologie. Het omvat vijf competenties. Zo ontstaat een gezondheidszorg die completer is en meer recht doet aan de essentie van mens-zijn. De klachtgerichte en op herstel van ziekte gerichte benadering is goed onderzocht, tot wasdom gekomen in de gezondheidszorg en wordt zelfs steeds consequenter en stringenter doorgevoerd. Onderzoek naar, en empirische onderbouwing van de persoonsgerichte benadering is vooralsnog veel beperkter en heeft een inhaalslag te maken. De uitdaging is om een goede balans te vinden tussen beide benaderingen. In hoofdstuk 4 beschrijf ik het onderzoek dat we uitvoeren naar de persoonsgerichte benadering en ga ik in op de wetenschappelijke agenda van de leerstoel. In hoofdstuk 5 beschrijf ik de rol van de technologie die sterk kan bijdragen aan de fundering, transparantie en efficiency van de geestelijke gezondheidszorg en aan de zelfredzaamheid (empowerment) van haar cliënten.

1. EUDAIMONIA: VOER VOOR PSYCHOLOGEN?

ARISTOTELES' EUDAIMONIA

In de vierde eeuw voor Christus formuleerde Aristoteles zijn eigen persoonlijke, filosofische raad voor de volksgezondheid. Bij de beschrijving van zijn filosofische ethiek gebruik ik interpretaties van eigentijdse filosofen en vooral van Pieter Verduin (2007). Ik bespreek slechts enkele kernideeën die relevant zijn voor mijn betoog. Aristoteles deelt de wereld in twee groepen: soma en psyché. Soma omvat alle materiële, levenloze dingen. De psyché omvat alle organismen. De psyché kent zes stadia van ontwikkeling. Het begint bij voedingsaanleg en verloopt via de zintuiglijke waarneming, verlangens en levenslust, het emotionele leven en de neiging tot lustbevrediging en pijnvermijding naar de ontwikkeling van cognitieve vermogens, het zogenoemde vijfde niveau. Het zesde niveau is uniek voor de mens: het denkvermogen (nous) of de menselijke geest. Het is het vermogen om te beschouwen, om structuren (samenhang en betekenis) in de werkelijkheid te onderscheiden, om zich bewust te zijn van de relatie tussen de eigen persoon en de omgeving. Hoogontwikkeld taalgebruik, het vertellen van verhalen en humor worden mogelijk gemaakt door de menselijke geest. Aristoteles dacht vooral ook na over de bedoeling van dit alles en kwam zo tot de beroemde beschrijving van *eudaimonia*. Eudaimonia betekent letterlijk goede geest en wordt vaak gehanteerd als een specifieke omschrijving van geluk: het ontwikkelen en inzetten van onze talenten, vermogens en deugden in harmonie met het leven van andere mensen (Verduin, 2007). De visie van Aristoteles op geluk was geen vrijblijvend advies, maar een ethisch imperatief. Zijn geest of beschouwend vermogen geeft de mens een fundamentele vrijheid en verantwoordelijkheid. Het is de menselijke opdracht om zich optimaal te ontplooiën.

Aristoteles' filosofie had een teleologisch karakter. Het doel is om te worden wie we willen en kunnen zijn. Dit doel is een drijvende kracht van onze ontwikkeling. We zijn in beweging om onze wezenlijke bestemming te realiseren. Aristoteles filosofeerde dat deze bestemming in potentie aangeboren is en daarmee tot de natuurlijke orde behoort.

PSYCHOLOGISCHE VERTALING VAN EUDAIMONIA

Het is duidelijk dat een positieve en misschien ook wel humanistische visie op gezondheid centraal staat in de filosofie van Aristoteles. Dit is pas relatief laat overgenomen door de psychologie. Zo ontstond de positieve psychologie als een serieuze stroming pas rond het jaar 2000. Toch zijn er in de twintigste eeuw diverse wetenschappers geweest die een psychologie van het welbevinden en zelfrealisatie of persoonlijke groei voorstonden. Een van de eerste wetenschappers die deze theorieën systematisch verkende en een empirische grondslag gaf, was Carol Ryff (1989; Ryff & Singer, 1998, 2008). Ryff¹ verbindt de visie op zelfrealisatie met het werk van verschillende psychologen. Zij bestudeerde daarvoor uitgebreid het werk van de klassieke meesters die zich bezighielden met het positief functioneren vanuit een visie op de menselijke groei en ontwikkeling. Ze zocht in hun werk naar overeenkomstige kerndimensies in hun beschrijvingen van optimaal ontwikkelde en functionerende personen. Ryff onderzocht het werk van de grondleggers van de levenslooppsychologie: Erikson, Jung, Neugarten en Bühler. In het werk van Erikson bestudeerde ze de positieve uitkomsten van verschillende ontwikkelingsfasen in de volwassenheid: intimiteit, generativiteit en ego-integriteit. Uit het werk van Jung haalde ze het idee van individuatie in de latere levensfasen. Het werk van Bühler beschrijft 'basic life tendencies that work toward the fulfillment of

¹ Eerder beschreven in *Psychologie van de levenskunst* (Westerhof & Bohlmeijer, 2011).

life' (Ryff, 1989, p. 1070), terwijl Neugarten zich bezighield met positieve persoonlijkheidsveranderingen in de volwassenheid. Naast deze levensloopspsychologen bestudeerde Ryff het werk van humanistische psychologen. Bij Maslow ging het om het begrip zelfactualisatie en bij Rogers om zijn beschrijving van de *fully functioning person*. Ze onderzocht ook het begrip *maturity* in het werk van de persoonlijkheidspsycholoog Allport. Tot slot bestudeerde ze de criteria voor geestelijke gezondheid die Marie Jahoda gaf. Later noemt ze als inspiratiebronnen ook wel het werk van Birren over ouder worden en geestelijke gezondheid (Ryff & Keyes, 1995) en dat van Frankl over zingeving (Ryff & Singer, 2008). Ryff vond uiteindelijk zes criteria die in de verschillende theorieën een belangrijke rol spelen en die essentieel zijn in het algemene streven om het eigen potentieel te realiseren: doel in het leven, persoonlijke groei, autonomie, omgevingsbeheersing, zelfacceptatie en positieve relaties. Zij vormen de zes componenten van psychologisch welbevinden. We kunnen concluderen dat, wanneer we de filosofie van eudaimonia en het ervan afgeleide psychologisch en sociaal welbevinden als uitgangspunten nemen, zelfredzaamheid opgevat kan worden als het vermogen tot zelfrealisatie. Op basis van de zes criteria kunnen we het proces van zelfrealisatie als volgt beschrijven. Acceptatie van de eigen persoon, harmonie en intimiteit in sociale relaties zijn belangrijke voorwaarden om autonoom een richting in het leven te kiezen die verwezenlijkt kan worden in de eigen omgeving en daarmee bijdraagt aan de persoonlijke groei en ontwikkeling. In hoofdstuk 4 beschrijf ik een vragenlijst die de zes componenten van psychologisch welbevinden meet.

2. NARRATIEVE PSYCHOLOGIE: DE BETEKENIS VAN VERHALEN EN ACTORSCHAP

NARRATIEVE PSYCHOLOGIE

Ik besprak eerder dat het vermogen om structuren en betekenis of zin te onderkennen een onderscheidend kenmerk is van de menselijke geest in de filosofie van Aristoteles. In de psychologie is een relatief jonge stroming ontstaan waarin dit vermogen centraal staat: de narratieve psychologie. Volgens Jerome Bruner (1990), een van de grondleggers van de narratieve psychologie, was de oorspronkelijke inzet van de cognitieve psychologie de studie naar hoe mensen betekenis geven aan het leven. Het was een reactie op de dominante opvatting dat nieuw gedrag vooral door conditionering tot stand komt. Met de opkomst van de metafoor van de computer is het onderwerp van zin- en betekenisverlening al snel verlaten en kwam de focus te liggen op processen van informatieverwerking. De narratieve psychologie legt opnieuw de focus op hoe mensen betekenis geven aan hun ervaringen en daarmee op de mogelijkheid dat gedrag ook spontaan en op basis van verbeelding ontstaat. Zij hanteert als uitgangspunt dat mensen een narratieve grondstructuur hebben: we interpreteren gebeurtenissen vanuit een verhaalstructuur (Polkinghorne, 1988) en we geven vorm aan onze identiteit en leefwereld via verhalen. Verhalen organiseren de menselijke ervaring. Verhalen verbinden ervaringen en gebeurtenissen tot een coherent geheel. Naar analogie van de literatuurwetenschappen wordt deze verbinding tot stand gebracht door het plot van het verhaal. Het plot maakt duidelijk hoe specifieke gebeurtenissen bijdragen aan de ontwikkelingen en uitkomsten van een verhaal. Bruner

(1990) onderscheidt vijf componenten van een plot: actor, actie, doel, scene en instrument. Problemen brengen spanning in een verhaal, en doen zich voor wanneer de samenhang tussen de componenten verstoord raakt. Een aanpassing in het verhaal is dan noodzakelijk.

ONZE IDENTITEIT ALS LEVENSVERHAAL

De narratieve psychologie heeft een grote plaats ingenomen in de persoonlijkheidspsychologie vooral dankzij het werk van McAdams (2008). Zijn primaire stelling is dat de kern van onze persoonlijke identiteit een levensverhaal is. Een levensverhaal is een geïnternaliseerd en zich ontwikkelend verhaal over wie we zijn. Het omvat zowel ons verleden, heden als toekomst en voorziet ons leven van samenhang en doelgerichtheid. (2009, p. 10). In tegenstelling tot Bruner die het leven *als* een narratief beschouwt (we zijn tegelijkertijd meer en minder dan een verhaal), is volgens McAdams ons leven (onze identiteit) een verhaal. Vanuit deze benadering is veel onderzoek gedaan naar inhoudelijke en structurele kenmerken van levensverhalen en de relatie met gezondheid (McAdams, 2008). De relevantie wordt mede gevonden in de op basis van onder andere globalisering en individualisering snel veranderende samenleving. Omdat identiteit minder onder invloed staat van lokale plaatsen en moraliteit in grote verhalen (bijvoorbeeld religies), vertoont zij minder stabiliteit. Moderne mensen staan voor de uitdaging om *reflectief* hun identiteit (en daarmee dus hun levensverhalen) tijdens hun leven vorm te geven en aan te passen (Giddens, 1991). Wanneer mensen daar niet in slagen, zullen ze zich slachtoffer voelen van de omstandigheden en dit zal tot een afname van hun zelfredzaamheid leiden. De laatste jaren is er meer aandacht gekomen voor de rol van zogenoemde kleine verhalen in betekenisgeving en gedrag. Het gaat om onderzoek naar hoe verhalen in alledaagse situaties en in dialogen tot stand komen (zie voor een bespreking: Sools, 2010). De grote-verhalenbenadering en de kleine-verhalenbenadering kunnen gezien worden als

twee einden van een continuüm. Bij grote verhalen gaat het om reflectie op ons leven als geheel. Soms kiezen we deze momenten vrijwillig en soms worden we als het ware gedwongen door de confrontatie met levensgebeurtenissen. Bij de kleine-verhalenbenadering gaat het om de analyse van hoe we al vertellend proberen vorm te geven aan ons leven en hoe we onderhandelen tussen verschillende (culturele) normen.

WAT VOOR MENS WIL IK ZIJN?

Deze beknopte beschrijving van de narratieve psychologie dient vooral ook als achtergrond bij een uitgangspunt dat alle narratief psychologen delen: gedrag wordt grotendeels bepaald door intenties, wensen of preferenties, waarden en het commitment van mensen aan deze intenties, wensen en waarden. Het gaat om vragen als: Wie wil ik zijn als persoon? Wat maakt het leven voor mij zinvol? Welke invloed heeft mijn kijk op de wereld op mijn keuzes? En: Hoe zou mijn leven eruitzien wanneer ik volgens die overtuiging ga leven? Essentieel is dat mensen deze opvattingen *construeren* in een sociale context. Mensen creëren met elkaar hun eigen werkelijkheden. Bovendien staan mensen onder invloed van culturele narratieven. Het gaat om culturele overtuigingen en veronderstellingen over wat het voor mensen mogelijk en zinvol maakt om samen te leven, ook wanneer dit persoonlijke offers vraagt. (Bruner, 1990, p. 35). Het vernieuwende en radicale is dat Bruner ervoor pleit om deze volkspychologie (*folk psychology*) serieus te nemen en als uitgangspunt voor gezondheidsbevordering (White, 2007). Het gaat om meer of minder normatieve beschrijvingen van drijfveren en motieven van mensen. (Bruner, 1990, p. 35). Deze normatieve verhalen zijn deel van de cultuur en fungeren als canons; overigens net zozeer als verhalen van mensen van invloed zijn op culturele verhalen. Deze cultuurverhalen zijn ontsprongen uit de menselijke geest, het vermogen tot creatieve en narratieve verbeelding. Een (culturele) volkspychologie ontkent

niet de (causale) rol van biologie en economie op menselijk gedrag. Onze biologische uitrusting legt bijvoorbeeld beperkingen op aan onze handelingsmogelijkheden en narratieve competenties. De betekenis die mensen construeren over hun levens kan echter niet verklaard worden vanuit de biologie en economie. Deze kan geanalyseerd worden met een idiosyncratische, interpretatieve wetenschap waarbij rekening wordt gehouden met de historische en culturele context.

ACTORSCHAP

In de narratieve psychologie wordt, tot slot, actorschap gezien als een belangrijke voorwaarde voor een zinvol en gezond leven. Actorschap (*agency*) is het vermogen om richting te geven aan het eigen leven. Het is onderdeel van, of ontstaat mede vanuit een bredere narratieve competentie: 'het vermogen om zichzelf en de wereld narratief te begrijpen en vorm te geven' (Sools, 2010, p. 84). Actorschap begint met het vermogen om een antwoord te formuleren op de vragen wie ik wil zijn en wat mijn belangrijkste intenties zijn. Actorschap omvat ook het vermogen om deze intenties om te zetten in commitments. Dit is: het maken van keuzes en daaraan vasthouden. Het is het vermogen om zich te verhouden tot culturele narratieven en zich door deze narratieven te laten leiden of inspireren, of anderzijds daartegen in verzet te komen of eigen keuzes te maken. Belangrijk om tot nieuwe betekenissen, nieuwe verhalen en daarmee tot nieuwe intenties te komen is de narratieve verbeelding. Dit omvat het vermogen om nieuwe mogelijkheden in bestaande situaties te ontdekken, om zich mogelijke werelden en mogelijke zelden (Markus & Nurius, 1986) voor te stellen. Overigens kunnen juist verhalen de verbeelding aanwakken, vooral wanneer ze niet prescriptief en gesloten zijn. Ze dragen meerdere mogelijkheden en interpretaties in zich en laten de lezer of luisteraar de ruimte om een eigen perspectief te kiezen. Narratieve verbeelding is het vermogen om tot een alternatieve le-

zing der dingen, tot alternatieve verhalen te komen (Randall & McKim, 2008). Tot slot wordt soms actorschap mogelijk dankzij de competentie om reflectief het voortgaande leven te lezen en te evalueren (Freeman, 2010). Wat zijn consequenties van de keuzes die ik heb gemaakt? Passen deze bij mijn intenties en de persoon die ik wil zijn? Pas ik mijn intenties aan of maak ik nieuwe keuzes? En soms is er sprake van expressieve causaliteit: het achteraf begrijpelijk maken waarom specifieke handelingen en intenties hebben geleid tot een bepaald resultaat.

NARRatieve IDENTITEIT EN EUDAIMONIA

Freeman (2010, pp. 187-191) verwijst ook naar het invloedrijke werk van de filosoof Charles Taylor die een natuurlijke verbinding maakt tussen autobiografische reflectie en zelfverwerkelijking (eudaimonia). In zijn boek *Sources of the Self: Making of modern identity* (1989) spreekt Taylor over frameworks van mensen in relatie tot oriëntatie op het goede. 'To articulate a *framework* is to explicate what makes sense of our moral responses.' (p. 26). Een framework is een hiërarchische ordening van commitments en prioriteiten. We kunnen als mensen niet zonder een oriëntatie op het goede. 'We are only selves insofar as we move in a certain space of questions, as we seek and find an orientation to the good.' (p. 34). En even later: 'This sense of the good has to be woven into my life as an unfolding story.' In navolging van Aristoteles beschrijft Taylor de essentie van het mens-zijn als de oriëntatie op het goede. Dit is geen puur filosofische aangelegenheid, maar krijgt pas waarde in de feitelijke intenties en commitments in ons leven als een zich ontwikkelend verhaal. In de context van het dagelijks leven hebben we dan ook te maken met conflicterende normen en waarden. Autobiografische reflectie maakt het mogelijk om terug te kijken, te leren van onze ervaringen, en daarmee tot vernieuwing van onze intenties en *commitments* te komen. Of zoals Freeman (2010) het verwoordt: 'Through 'big story' narrative

reflection of the sort being considered here, therefore, – that is reflection on the meaning and movement of my life as a whole – I orient myself, inescapably, toward the question of the good.’ (p. 188).

Bauer, McAdams en Pals (2008) geven een overzicht van empirisch onderzoek naar de relatie tussen narratieve identiteit en eudaimonisch welbevinden. Zij komen tot de conclusie dat mensen die meer eudaimonisch welbevinden ervaren, in hun levensverhalen vaker het accent leggen op persoonlijke groei dan mensen met minder eudaimonisch welbevinden. Ook vertelt de eerste groep vaker over moeilijke leefgebeurtenissen in termen van transformatie: ze vertellen over deze gebeurtenissen als ervaringen die tot meer zelfinzicht hebben geleid.

De opsomming van narratieve competenties geeft mogelijk de indruk dat het om uitzonderlijke kwaliteiten gaat. Niets is minder waar. Ieder mens ontwikkelt en gebruikt verhalen in het dagelijks leven om betekenis te geven aan ervaringen. De mate waarin mensen willen en kunnen reflecteren op het leven als geheel verschilt mogelijk (Wink & Schiff, 2002). Het bewustzijn en articuleren van intenties, waarden en de persoon die iemand wil zijn, benader ik als praktische vaardigheden die meer aansluiten bij de dagelijkse leefwereld en levenservaring van mensen. Ook zal ik de filosofie van de eudaimonia en de narratieve psychologie verder toespitsen op het onderwerp geestelijke gezondheidsbevordering en de wetenschappelijke agenda in hoofdstuk 4.

INTERMEZZO

De keuze voor het motto bij deze oratie is een verwijzing naar de grote rol die verhalen spelen in het leven van mensen. Het komt uit de roman *Over het bonen van doppen* van de Poolse schrijver Wiesław Myśliwski. De hoofdpersoon is een oude man die met twee honden in een afgelegen deel van Polen vakantiehuisjes beheert. Hij krijgt bezoek van

een onbekende die om een zakje bonen vraagt. De hoofdpersoon nodigt de vreemdeling uit om samen een voorraad bonen te doppen. De vreemdeling krijgt nooit een naam of gezicht. Intussen vertelt de hoofdpersoon zijn levensverhaal. Het zijn boeiende, indringende levensverhalen die sterk verbonden zijn met ontwikkelingen in de Poolse geschiedenis en die worden afgewisseld met filosofische beschouwingen.

Trouwens, wat is herinnering anders dan doen alsof men zich iets herinnert. En dat is toch onze enige getuige van dat wij zijn geweest. We zijn afhankelijk van de herinnering, als het bos van zijn bomen, als rivier van zijn oevers. Sterker nog, volgens mij zijn wij geschapen door de herinnering. Niet alleen wij, de wereld in het algemeen.' (p.364)

Het boek gaat ook over de waarde van vertellen. Carl Friedman schrijft op 2 januari in een recensie in Trouw: 'Na afloop verkeert de lezer in de waan dat hijzelf de onbekende bezoeker is tot wie de oude man zich heeft gericht en van wie hij afscheid neemt met de woorden: "Ik laat de honden bij u achter. Weest u niet bang van ze. Blijft u maar bonen doppen".' Het doppen van bonen was een van de belangrijkste gemeenschappelijke activiteiten in de jeugd van de schrijver. 'Met het hele gezin of het halve dorp zat men 's avonds in een kring bonen te doppen, terwijl er over van alles en nog wat werd gesproken, over vroeger en vandaag, over mensen en God, over liefde en oorlog, leven en dood. Iedereen droeg bij aan de conversatie, ook de kinderen.', aldus de auteur, opgetekend door Friedman.

3. BEVORDERING VAN GEESTELIJKE GEZONDHEID

DE MENSELIJKE GEEST CENTRAAL

Het lijkt erop dat in de psychologie in de loop van de twintigste eeuw in haar drang om zich te meten met de natuur- en medische wetenschappen en om te voldoen aan de eisen voor natuurwetenschappelijke en positivistisch onderzoek, haar meest geëigende object van onderzoek, de menselijke geest, is gemarginaliseerd. Als deze stelling klopt, is dat een reductie. In de (geestelijke) gezondheidszorg domineert een medisch model dat aansluit bij een positivistische wetenschapsopvatting (Maddux, 2009). Klachtgerichte behandelingen hebben de wind in de rug. Ze zijn in het algemeen nauwkeuriger te protocolleren en daarmee experimenteel te onderzoeken. Persoonsgerichte² behandelingen die veel lastiger te protocolleren zijn, hebben de wind tegen. Deze leerstoel richt zich op het onderzoeken en funderen van behandelingen en publieke geestelijke gezondheidsbevordering waarbij de menselijke geest centraal staat. Het is op deze plaats goed te noemen dat ik niet tegen het positivistische onderzoekmodel ben en niet tegen klachtgerichte behandelingen. Integendeel. Er is veel goede kennis uit voortgekomen. Mensen profiteren dagelijks van klachtgerichte behandelingen. We maken binnen deze leerstoel volop gebruik van experimenteel onderzoek waarbij psychische klachten een belangrijke uitkomstmaat zijn. Mijn bezwaar geldt het aanleggen van een maatstaf waarbij zorg die niet of lastig experimenteel te onderzoeken is, wordt uitgesloten van onderzoek en financiering. Het is een verschraling die niet wenselijk is, omdat zij aan (veel)

² Wanneer ik in de context van deze oratie, spreek van een persoonsgerichte benadering bedoel ik interventies die zich richten op bewustwording van intenties en waarden en het vertrouwen om deze te vertalen in keuzes en gedrag als bijdrage aan persoonlijke ontwikkeling en zelfverwerkelijking.

mensen geen recht doet en die op termijn ook niet kostenbesparend zal blijken. Ik pleit voor een brede opvatting van geestelijke gezondheid, waarbij het investeren in positieve geestelijke gezondheid geen luxe is, maar een goede investering in de zelfredzaamheid van mensen. De centrale stelling van deze oratie is dat, willen we de noodzakelijke zelfredzaamheid van mensen versterken als het gaat om hun gezondheid en ziekte de praktijk van geestelijke gezondheidsbevordering zich mede zal moeten richten op de intenties, zingeving, waarden en commitments van mensen en daarmee op het (psychologisch) welbevinden van mensen. De zorg voor geestelijke gezondheid begint met de vragen: Wie wil ik als persoon zijn? Wat maakt het leven voor mij zinvol? En vervolgens: Wat kan ik doen om dat te realiseren? Welke talenten kan ik daarbij inzetten? En vervolgens: Wat ik nu doe, past dat bij de persoon die ik wil zijn? Het articuleren van antwoorden op deze vragen kan in de praktijk natuurlijk lastig zijn en zal soms professionele, therapeutische ondersteuning vragen. En regelmatig zal het noodzakelijk zijn om eerst een klachtgerichte behandeling toe te passen, bijvoorbeeld voor mensen met ernstige psychische klachten. Wanneer mensen bovenstaande vragen voor zichzelf kunnen beantwoorden, zullen zij een optimale gezondheid ervaren binnen de biologische beperkingen van een chronische ziekte. *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), client-centered therapie, narratieve therapie, existentiële psychotherapie en *life-review* zijn voorbeelden van behandelingen die zijn gebaseerd op bovenstaande visie op geestelijke gezondheid. Natuurlijk verschillen deze behandelingen in concrete methodieken en zijn er grote verschillen in de visie op onderwerpen als het zelf, hoe mensen leren, aandacht voor de context en existentiële vragen. Zo ontkent de narratieve therapie het bestaan van een essentieel zelf, terwijl zelfverwerkelijking een grote rol speelt in client-centered therapie. ACT is mede gebaseerd op leertheorieën die door Skinner zijn ontwikkeld, in existentiële behandelingen zal er weinig aandacht gegeven worden aan stimulus-responsrelaties. De benaderingen komen ech-

ter overeen in hun focus op intenties en verheldering van persoonlijke waarden, van de vraag wie iemand wil zijn als mens. Alle benaderingen beogen het actorschap en commitment van mensen te vergroten op basis van een persoonsgerichte benadering. Betekenis- en zingeving hebben een centrale rol in de benaderingen en daarmee geven ze invulling aan de typisch geestelijke vermogens van de mens (nous). Wanneer de persoon centraal wordt gesteld in de zorg voor geestelijke gezondheid (de persoonsgerichte benadering) veranderen de focus en het perspectief van de zorg. Het primaire doel is niet langer het opheffen van lijden of specifiek het reduceren van klachten, maar eerder het vermogen om een zinvol leven te leiden. Het toestaan en verdragen van een zekere mate van psychisch lijden (onzezekerheid, angst, twijfel) is deel van de behandeling. Dit doet recht aan het feit dat psychisch en fysiek lijden deel is van ons leven. De narratieve visie benadrukt dat gezond leven niet los gezien kan worden van intenties op andere levensdomeinen en dat de intenties (op het terrein van gezondheid) altijd in relatie staan tot culturele vertogen. Er zijn nu drie hypothesen te formuleren. Een belangrijke hypothese is dat het articuleren van intenties en het ontwikkelen van commitments de zelfredzaamheid en veerkracht van mensen versterken. De focus komt te liggen op de (verbeelding van) mogelijkheden binnen de beperkingen. Een tweede hypothese kan vervolgens luiden dat een persoonsgerichte geestelijke gezondheidsbevordering bijdraagt aan de reductie van zorguitgaven. Een tegenkracht voor een gezondheidszorg en psychologie die te cosmetisch wordt. Wat zijn de kosten die worden besteed aan eindeloze pogingen een leven zonder pijn te leiden? Een persoonsgerichte benadering zal leiden tot een betere balans tussen maakbaarheid en aanvaarding in combinatie met zinvolle activiteit. Een derde hypothese tot slot voorspelt dat het investeren in de geestkracht van mensen een goede economische investering is. Mensen met meer mentale vaardigheden kunnen beter voldoen aan de hogere eisen die de economie en arbeid van ons vragen (Weehuizen, 2006). Daar zou ik aan toe willen voegen dat mensen die weten wat voor hen

een zinvol leven is en die hun talenten willen ontwikkelen en inzetten op een wijze die in harmonie is met de (sociale) omgeving mogelijk meer bijdragen aan de maatschappelijke ontwikkeling. In deze zin kan misschien gesproken worden van een *economy of capabilities* of mogelijk van een geestelijk kapitaal van een land of samenleving (Nussbaum & Sen, 1993). Hoe dan ook, de persoonlijke winst zal ervaren worden als eudaimonia, de ervaring van een geslaagd leven, of binnen een levensloopperspectief als ego-integriteit, of binnen een humanistische en existentiële benadering als de ervaring van een authentiek leven.

PRAKTISCHE WIJSHEID: VIJF COMPONENTEN

Tot nu toe heb ik betoogd dat, uitgaande van een positieve visie op geestelijke gezondheid, zelfredzaamheid opgevat kan worden als het vermogen tot zelfrealisatie en als de competentie om reflectief en in dialoog een betekenisvol verhaal over het eigen leven te creëren, over zowel verleden, heden als toekomst. Wanneer we zelfredzaamheid zo opvatten, lijkt praktische wijsheid een goede omschrijving van zelfredzaamheid in het geval van geestelijke gezondheid. Het stimuleren en ontwikkelen van praktische wijsheid is dan de overkoepelende competentie die centraal staat in de geestelijke gezondheidsbevordering die ik beschrijf als het domein van deze leerstoel. Een aantal aspecten bevat mij aan het concept. Het combineert het cognitieve, het redelijke met de praktijk, het dagelijks leven. Het één kan niet zonder het ander. Wijsheid kan worden opgevat als weten hoe te handelen in een bepaalde situatie. Het is het vermogen om levensvragen te hanteren en wegen weten te bewandelen om antwoorden te vinden. Praktische wijsheid is daarmee synoniem met zelfredzaamheid en een voorwaarde voor actorschap. Praktische wijsheid is geworteld in levenservaringen en het vermogen om hierop te reflecteren. Memorierend aan de eerdergenoemde volkpsychologie heeft het de connotatie van eigen wijsheid van mensen. Het helpt ons psychologen

en andere zorgverleners herinneren dat we in een essentieel opzicht niet-wetend zijn. Als het gaat om de koers en inhoud van het leven moeten mensen inderdaad ook echt hun eigen bonen doppen. Het omvat praktische kennis en dus inzicht in hoe bijvoorbeeld emoties en cognities bij een mens op elkaar inspelen, en inzicht in patronen die zijn ontstaan door bijvoorbeeld opvoeding en hoe deze patronen keer op keer kunnen veroorzaken dat je vastloopt en/of jezelf of anderen schade berokkent. Wijsheid is inclusief schade en schande. Tiberius (2008) onderscheidt flexibiliteit, het hebben van perspectief, zelfbewustzijn en optimisme als kenmerken van wijsheid die mensen in staat stellen om eudaimonia te ervaren. Op basis van de hier besproken visies en stromingen zou ik de volgende vijf componenten of processen van praktische wijsheid willen onderscheiden en invullen.

1. Perspectief

Perspectief is het bewustzijn van intenties en waarden die het leven zin geven. Het is het vermogen om terug te kijken op het eigen leven, het ontdekken van patronen. Maar het omvat ook onze narratieve verbeeldingskracht en ons vermogen om vanuit ervaringen in het hier en nu nieuwe toekomstperspectieven te formuleren. Religieuze of spirituele waarden kunnen de kern van het perspectief zijn. Uit onderzoek blijkt dat bij mensen die veel welbevinden of eudaimonia ervaren, de intenties en waarden samenhangen met het gericht zijn op de volgende generatie (Bauer e.a., 2008).

2. Flexibiliteit

Flexibiliteit is het vermogen om tijdens het leven intenties, waarden en doelen aan te passen. Het is het vermogen om te kunnen switchen tussen aanvaarding en maakbaarheid. In de levenslooppsychologie wordt bijvoorbeeld gesproken van accommodatie en assimilatie (Brandstadter & Rothermund, 2002). Assimilatie is het proces waarbij mensen vasthouden aan hun doelen en de werkelijkheid vorm te geven naar hun eigen doelen. Accommodatie is het pro-

ces waarbij mensen hun doelen aanpassen aan de werkelijkheid.

3. (Zelf)bewustzijn en mildheid

Persoonlijke groei is niet mogelijk zonder aandacht en opmerkzaamheid van ervaringen in het nu en met deze ervaringen met compassie om te gaan. Zelfrelativering en humor zijn daar deel van. Bewustzijn in het hier en nu is morele tegenwoordigheid van geest.

4. Commitment en vertrouwen

Zoals ik eerder besprak op basis van het werk van Charles Taylor, gaat het hier om het omzetten van intenties en waarden in keuzes en gedrag. Daarvoor is moed en moraal nodig. Het gaat om vertrouwen in onze competenties en talenten. Andere relevante begrippen zijn veerkracht en optimisme.

5. Verbondenheid

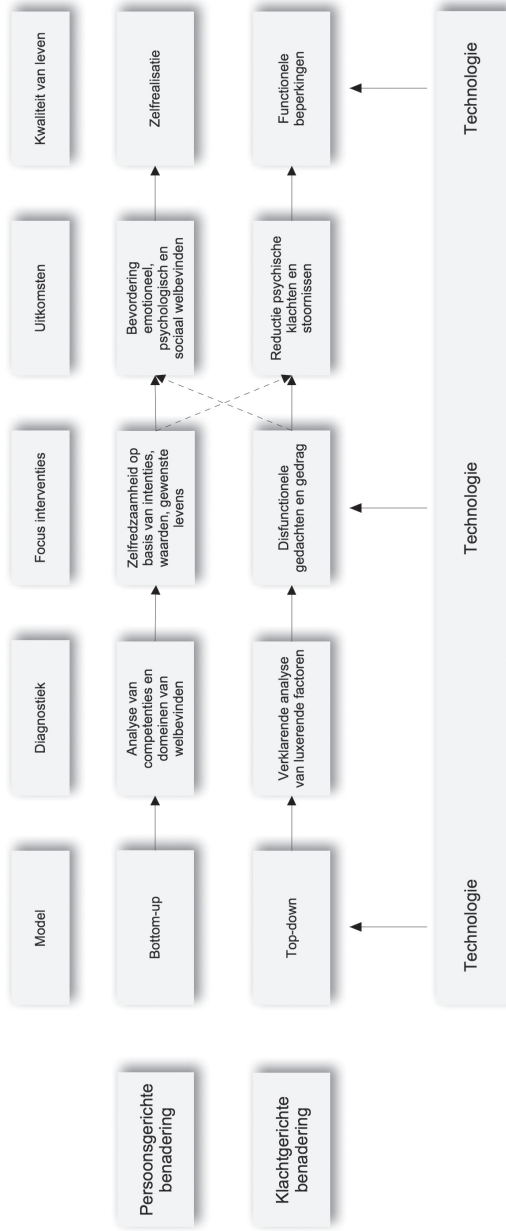
De laatste component van praktische wijsheid is het vermogen om ons te verbinden. Het gaat om het vragen en aanvaarden van hulp. Het kunnen communiceren over onze intenties en waarden en gehoord worden. Het kunnen inleven in het perspectief van de ander. Deze component draagt bij aan harmonie: persoonlijke groei op zo'n manier dat het niet ten koste gaat van de samenleving.

De symptomen van geestelijke gezondheid of kwaliteit van leven worden dan bijvoorbeeld levensvreugde, levensmoed en veerkracht, solidariteit en verbondenheid, tegenwoordigheid van geest, het vermogen om te communiceren over existentiële vragen over bijvoorbeeld de dood, eenzaamheid of vrijheid (Verduin, 2007).

Wanneer we de klachtgerichte, op herstel van ziekte gerichte benadering aanvullen met een persoonsgerichte benadering ontstaat een breder perspectief op de zorg voor geestelijke gezondheid. In figuur 1 wordt dit weergegeven. Eenvoudig gezegd, in het klachtgerichte, op

herstel van ziekte gerichte perspectief wordt gestart met een verkla- rende analyse van voorbeschikkende, uitlokkende en bestendigende factoren (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2000). De focus in behandeling ligt op het corrigeren van disfunctionele gedachten en gedrag. De behandeling is primair gericht op reductie van psychische klachten en stoornissen. Kwaliteit van leven wordt bepaald aan de hand van functionele beperkingen. De klachtgerichte benadering is vooral een top-down-benadering. Het is gebaseerd op empirische, algemene kennis over werkzame effecten en op onderzoek waar- in reductie van onzekerheid en generaliseerbaarheid centraal staan. In het persoonsgerichte perspectief wordt gestart met een verken- ning en articulatie van intenties, waarden en gewenste levens. De focus in de behandeling ligt op het bevorderen van de competenties om het gewenste leven te realiseren. De behandeling is primair ge- richt op het bevorderen van emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. Kwaliteit van leven zou kunnen worden bepaald aan de hand van de mate waarin iemand eudaimonia of zelfrealisatie ervaart. Het wetenschappelijk model heeft primair een bottom-up-karakter. Het gaat om het ontdekken van unieke ervaringen en betekenissen in het hier en nu. In het algemeen past kwalitatief en idiosyncratisch onderzoek beter bij een persoonsgerichte benadering. Onderzoek en praktijk kunnen daardoor ook directer met elkaar verbonden zijn. Maar er is geen absolute scheiding aan te brengen tussen beide bena- deringen. Behandelingen gericht op herstel van ziekte zullen persoons- gerichte elementen bevatten, en andersom. Behandelingen gericht op persoonlijk herstel kunnen ook leiden tot afname van psychische klach- ten, en andersom.³ Alle typen onderzoek kunnen in beide benaderin- gen relevante kennis opleveren. In de volgende hoofdstukken beschrijf ik het empirisch onderzoek van de leerstoel dat gericht is op het onder- bouwen, ontwerpen en evalueren van persoonsgerichte interventies.

³ Deze kruisbestuiving wordt in de figuur weergegeven door de gestippelde kruispijlen.



Figuur 1. Klachtgerichte en persoonsgerichte benadering in de geestelijke gezondheidszorg

4. DE WETENSCHAPPELIJKE AGENDA

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSBEVORDERING EN DE WETENSCHAP

Een brede visie op geestelijke gezondheid en het model van zorg dat erop is gebaseerd mogen zich in een groeiende belangstelling verheugen. De WHO definieert gezondheid als 'a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity' (WHO, 2004, p. 12) en geestelijke gezondheid als 'a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community' (WHO, 2004, p. 12). In 2010 verscheen in het tijdschrift *BMC Health Services Research* een artikel waarin Slade pleit voor een heroriëntatie van de geestelijke gezondheidszorg. Het bevorderen van positieve geestelijke gezondheid moet een centrale doelstelling van geestelijke gezondheidszorg worden. De inhoud van deze heroriëntatie sluit naadloos aan bij de visie die ik hiervoor beschreven heb. Er zijn inmiddels veel publieke gezondheidsprogramma's ontwikkeld vanuit een competentiemodel (Barry & Jenkins, 2007; Jane-Llopis, Barry, Hosman & Patel, 2005). In korte tijd is wereldwijd volop onderzoek gestart naar een grote hoeveelheid theorieën en concepten in de positieve psychologie (Snyder & Lopez, 2002) en worden er vele studies uitgevoerd naar geluk en factoren die van invloed zijn op geluk. (Zie voor een overzicht: Walburg, 2010; Lyubomirsky, Sheldon, & Schkade, 2005). In de psychiatrie is bijvoorbeeld onderzoek gedaan naar programma's die zich primair richten op positieve doelen en competenties van mensen met langdurige psychiatrische klachten, zoals het strength-programma (Rapp & Gosscha, 2006; Van Wezep & Michon, 2011).

In dit hoofdstuk beschrijf ik de wetenschappelijke onderbouwing van het model voor geestelijke gezondheidsbevordering dat hiervoor is beschreven. Ik beperk me tot het onderzoek dat de vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie doet en tot de wetenschappelijke agenda van de leerstoel *Mental Health Promotion*. Voor een uitvoerig overzicht van het wetenschappelijk onderzoek van de laatste decennia verwijs ik naar het boek *Psychologie van de levenskunst*, dat vorig jaar is verschenen (Westerhof & Bohlmeijer, 2011). Achtereenvolgens komen aan de orde het onderzoek naar de relevantie van positieve geestelijke gezondheid, de effecten van interventies die vanuit een persoonsgerichte benadering zijn ontwikkeld en het onderzoek naar werkzame processen van persoonsgerichte interventies. In hoofdstuk 5 komt de rol van de technologie aan de orde.

DE RELEVANTIE EN VALIDITEIT VAN POSITIEVE GEESTELIJKE GEZONDHEID

Sinds de jaren zestig van de vorige eeuw bestaat veel interesse voor het subjectieve of emotioneel welbevinden van mensen (Bradburn, 1969; Campbell, Converse & Rodgers, 1976). Het gaat daarbij vooral om het ervaren van positieve gevoelens, de afwezigheid van negatieve gevoelens en het ervaren van levenstevredenheid (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). In hoofdstuk 2 is besproken dat Carol Ryff (Ryff, 1989) daarnaast een tweede component van welbevinden heeft uitgewerkt: het psychologisch welbevinden. Het omvat zelfacceptatie, persoonlijke groei, doel in het leven, omgevingsbeheersing, autonomie en positieve relaties. Uit deze thema's blijkt al dat deze component aansluit bij een eudaimonische opvatting van geluk zoals in het eerste hoofdstuk beschreven. Op basis van een sociologische analyse ontwikkelde Corey Keyes (1998) vervolgens nog een derde component: het sociaal welbevinden. Het omvat sociale acceptatie, sociale actualisatie, sociale contributie, sociale coherentie en sociale integratie. Keyes (2005, 2007) ontwikkelde een compacte vragenlijst die de drie

vormen van welbevinden en daarbinnen te onderscheiden componenten meet: de *Mental Health Continuum – Short Form* (MHC-SF). Op basis van diverse bevolkingsonderzoeken onder zowel volwassenen als jongeren komt hij tot de conclusie dat positieve geestelijke gezondheid en psychopathologie gerelateerde, maar duidelijk te onderscheiden dimensies zijn (Keyes, 2005, 2006, 2007). Daarom wordt gesproken van een twee-continua-model. Westerhof (Westerhof & Keyes, 2008) vertaalde de vragenlijst in het Nederlands en initieerde een longitudinaal onderzoek naar de relatie tussen psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid in een groot representatief panel van 5000 huishoudens. De afgelopen jaren zijn deze data geanalyseerd en beschreven door Sanne Lamers, promovenda bij onze vakgroep. Het onderzoek laat zien dat de MHC-SF uitstekende psychometrische eigenschappen heeft (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Ten Klooster, & Keyes, 2011; Lamers, Glas, Westerhof, & Bohlmeijer, in druk). Ook komt naar voren dat positieve geestelijke gezondheid anders en minder sterk samenhangt met de persoonlijkheid van mensen (Lamers, Westerhof, Kovacs & Bohlmeijer, in revisie). Een belangrijke vraag is wat de langere-termijnconsequenties van een goede positieve geestelijke gezondheid zijn. In divers cross-sectioneel onderzoek vond Keyes significante relaties tussen positieve geestelijke gezondheid en lichamelijke ziekte, het gebruik van de gezondheidszorg en arbeidsproductiviteit (Keyes, 2005, 2006, 2007). Keyes e.a. (2010) analyseerden data uit 1995 en 2005 van een grote survey onder de volwassen bevolking in de Verenigde Staten van Amerika. In deze survey werd zowel de MHC-SF afgenomen als gevraagd naar de prevalentie van psychische stoornissen in de afgelopen twaalf maanden. Veranderingen in positieve geestelijke gezondheid bleken de prevalentie en incidentie van psychische stoornissen in 2005 sterk te voorspellen. Hoewel meer onderzoek noodzakelijk is, lijkt positieve geestelijke gezondheid een belangrijke beschermende factor voor psychische stoornissen en klachten. De onderzoeken onderbouwen de relevantie van investeren in positieve geestelijke gezondheid.

Recent voerden we ook een meta-analyse uit van studies die de lange-termijneffecten van emotioneel welbevinden op herstel en mortaliteit bij chronische ziekten onderzochten. Op basis van zeventien studies konden we concluderen dat emotioneel welbevinden een significante voorspeller is van biomedisch herstel (likelihood ratio (LR): 1.39) en mortaliteit (LR: 1.11) (Lamers, Bolier, Westerhof, Smit, & Bohlmeijer, 2011). We maakten een begin met onderzoek naar de relatie tussen welbevinden en identiteit van mensen met chronische ziekten. Op basis van jarenlange analyse van levensverhalen van Amerikanen vond Dan McAdams twee typerende kenmerken in levensverhalen: verlossing (*redemption*) en besmetting (*contamination*). In het eerste type verhaal kunnen mensen moeilijke omstandigheden ten goede keren op basis van de vroeg verworven overtuiging van eigen talenten. Ze gebruiken hun talenten en levenswijsheid om zich in te zetten voor de samenleving. Mensen met deze levensverhalen ervaren in het algemeen meer psychologisch welbevinden. In het tweede type verhaal kunnen mensen een moeilijke gebeurtenis (ontslag, echtscheiding, ernstige ziekte) niet verwerken. De moeilijke gebeurtenis blijft het centrale negatieve thema in hun verhalen. Dit type verhaal is geassocieerd met depressie. Een andere bevinding is dat die mensen meer welbevinden ervaren die levensverhalen vertellen waarin generativiteit een rol speelt: zorg voor de ander en voor de continuïteit van het leven. Uit een aselecte steekproef van patiënten met reumatische aandoeningen selecteerden we tien mensen die hoog scoorden op de MHC-SF en tien mensen die laag scoorden (Van Oostzee, 2011). Met deze twintig mensen werden levensverhaalinterviews gehouden. De mensen met een hoog welbevinden bleken significant vaker verhalen te vertellen met verlossing (*redemption*) als thema. Ook vonden we een trend dat hun verhalen minder kenmerken van besmetting (*contamination*) vertoonden.

Samenvattend kan worden gezegd dat er inmiddels veel bewijs is voor het twee-continua-model van geestelijke gezondheid, en initieel bewijs dat positieve geestelijke gezondheid een beschermende

factor is tegen het ontstaan van psychopathologie en een gunstig effect heeft op herstel bij lichamelijke ziekten. Er lijkt ook een positieve samenhang te zijn met positieve identiteitsontwikkeling en actorschap. Deze bevinding ondersteunt het belang om interventies te ontwikkelen die zich specifiek richten op het bevorderen van positieve geestelijke gezondheid. Binnen de opdracht van de leerstoel zullen we de komende jaren verder werken aan deze onderbouwing van de relevantie van positieve geestelijke gezondheid voor kwaliteit van leven van mensen met en zonder chronische ziekten.

HET ONTWERPEN EN EVALUEREN VAN NIEUWE INTERVENTIES

De afgelopen jaren ontwikkelden we diverse interventies die goed passen in een brede visie op geestelijke gezondheid en die primair gericht zijn op het ontwikkelen van competenties die de zelfredzaamheid en praktische wijsheid van mensen versterken. Hoewel de interventies vanuit heel verschillende theorieën zijn ontwikkeld, delen ze de focus op context en het formuleren van intenties, waarden, gewenste leefscenario's. Ik beschrijf hieronder drie interventies.

1. Acceptance and commitment therapy: *Voluit Leven*

Een voorbeeld is de interventie *Voluit Leven* voor mensen met lichte of matige psychische klachten die is gebaseerd op *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), aangevuld met korte mindfulnessoefeningen. ACT is gebaseerd op de *Relational Frame Theory* (RFT). Deze is de laatste twintig jaar uitgebreid experimenteel onderzocht en heeft daarmee een sterke empirische grondslag (Torneke, 2010; Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001). RFT haakt aan op het radicaal behaviorisme en het operante conditioneren van Skinner, maar breidt deze theorie sterk uit. Eenvoudig gezegd, de theorie focust op de rol van taal en denken bij het vormen van relaties tussen stimuli. De menselijke geest kan dankzij de taal en het denken razendsnel

en virtueel relaties aanbrengen tussen allerlei stimuli – dus zonder dat er een feitelijk contact heeft plaatsgevonden. Zo ontstaan grote netwerken van stimuli (woorden, voorwerpen, situaties, gedrag) die allemaal dezelfde – vaak bedreigende – functie krijgen voor een persoon. De feitelijke relaties binnen *relational frames* kunnen nauwelijks uitgewist worden. Het is daarom zinvoller om de context van functies te veranderen. Een bekend voorbeeld is leren om gedachten niet langer letterlijk te nemen, niet meer als realiteit waar te nemen. Door gedachten als mentale gebeurtenissen te beschouwen ontstaat afstand en val je niet langer samen met die gedachten en verliezen gedachten hun negatieve impact. Ook negatieve emoties zijn vaak onderdeel van *relational frames* waarbij automatische reacties ontstaan om situaties te vermijden die deze negatieve emoties oproepen. Het vermogen om deze emoties te aanvaarden en te ervaren is onderdeel van de behandeling. Omdat gedrag altijd is gekoppeld aan een functionele context, is de vraag wat de context voor ons handelen kan zijn om een bevredigend leven te leiden en daarmee mogelijk eudaimonia te ervaren. Binnen ACT wordt deze context gevonden in waarden of gekozen levensrichtingen. Het is de articulatie van wat iemand wezenlijk van belang acht in domeinen als bijvoorbeeld werk, relaties, vriendschappen of vrije tijd. Er is sprake van psychologische flexibiliteit wanneer iemand ervaringen in het hier en nu kan onderkennen en aanvaarden en keuzes kan maken op basis van voor hem of haar relevante waarden. In essentie is ACT dus gebaseerd op een gezondheidsmodel en niet op een ziektemodel (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) en past daarmee goed bij het model van zorg voor geestelijke gezondheid dat hiervoor is gepresenteerd. In 2010 heeft ACT van de *American Psychiatry Association* (APA) het label gekregen: bewezen effectief. Meta-analyses laten gunstige effecten zien van ACT ten opzichte van vooral wachtlijstgroepen (Powers, Zum Vorde Sive Vording, Emmelkamp, 2009). *Voluit Leven* is gemaakt om ACT toegankelijk te maken voor de preventie en publieke geestelijke gezondheid te bevorderen. De cursus wordt inmiddels door de meeste GGZ-instellingen aangeboden. De cursus is in de groepsuitvoering en

ook als zelfhulp effectief gebleken in het bevorderen van positieve geestelijke gezondheid en de reductie van psychische klachten (Bohlmeijer, Fledderus, Rokx & Pieterse, 2010; Fledderus Bohlmeijer, Pieterse & Schreurs, 2011a; Fledderus Bohlmeijer & Westerhof, 2011b). Eerste analyses laten zien dat de cursus ook als internetbehandeling effectief is.

2. Life-review: *Op verhaal komen*

Een tweede voorbeeld is de cursus *Op verhaal komen* die aansluit bij de narratieve psychologie en bij de uitdaging om moeilijke levensgebeurtenissen te integreren in het eigen levensverhaal en daarmee actorschap te behouden. Autobiografisch schrijven en autobiografische reflectie (life-review) zijn de centrale elementen in de cursus. Life-review-interventies zijn inmiddels niet alleen gebaseerd op levenslooptheorieën (Butler, 1963), maar ook op een groot aantal empirische studies (voor recente reviews zie: Bohlmeijer, Steunenbergh, & Westerhof, 2011; Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010). Ze behoren tot de meeste effectieve behandelingen van depressie bij ouderen (Pinquart, Duberstein, Lyness, 2007; Bohlmeijer Smit & Cuijpers, 2003). Ook *Op verhaal komen* is ontwikkeld in het kader van bevordering van publieke gezondheid. Een recent onderzoek met ruim 200 55-plussers met depressieve klachten laat significante effecten zien op depressieve klachten en positieve geestelijke gezondheid (Korte, Bohlmeijer, Westerhof, Smit & Cappeliez, in druk). De effecten bleven behouden tot negen maanden na afloop van de cursus. De cursus blijkt ook effectief als begeleide zelfhulp. In dit onderzoek worden de effecten van de cursus op geestelijke gezondheid en depressie gemedieerd door een toename van ego-integriteit. In het begin van 2012 start een onderzoek naar de effecten van een online-programma. In samenwerking met het Helen Dowling instituut wordt een aangepaste versie getest bij mensen met kanker. Specifieke life-review-interventies zijn ontwikkeld en onderzocht voor mensen in verzorgingshuizen, zoals *Dierbare Herinneringen* (Westerhof, Steunenbergh, Cuijpers & Bohlmeijer, in revisie).

3. Acceptance and Commitment Therapy: *Leven met pijn*

Een belangrijke doelgroep zijn mensen met chronische lichamelijke aandoeningen. In samenwerking met de bijzondere leerstoel vanwege het Roessingh Revalidatiecentrum van Karlein Schreurs is een onderzoekslijn voor mensen met chronische pijn in ontwikkeling. ACT is een veelbelovende vernieuwing in pijnrevalidatie, omdat ACT een uitkomst biedt uit de inherente paradox van pijnrevalidatie. Deze paradox maakt dat de kans op terugval groot is na een pijnbehandeling. Revalidanten hebben een geschiedenis achter de rug van behandelingen in het medische circuit die niet of niet afdoende hebben geholpen. Pijnrevalidatie is daarom in eerste instantie ook niet gericht op het verhelpen van pijnklachten, maar op het herstel van functioneren. Dit behandelperspectief wordt echter ondergraven door de aard van de behandeling zelf. De behandeling bestaat grotendeels uit handvatten en adviezen tot gedragsverandering gericht op *controle* over pijnklachten. Impliciet wordt herstel van functioneren daarmee gelijkgesteld aan vermindering van pijnklachten. Dit leidt ertoe dat revalidanten bij toename van pijnklachten concluderen dat het nieuwgeleerde gedrag niet helpt. Ze vallen terug in oud gedrag, zoals het zoeken naar een medische oplossing van de pijnklachten. ACT biedt een uitweg uit deze paradox omdat ACT-interventies niet gericht zijn op pijncontrole maar op *aanvaarding* van pijnklachten. De cursus *Voluit Leven* is inmiddels aangepast voor mensen met chronische pijn. Met subsidie van het Innovatiefonds Zorgverzekeraars wordt een onderzoek gedaan naar de effecten van de online-versie. Onder leiding van Karlein Schreurs is met subsidie van ZonMw een groot project gestart om ACT bij revalidatie-instellingen in Nederland te implementeren. Diverse onderzoeken worden op dit moment uitgevoerd of zijn in voorbereiding. Op korte termijn wordt de cursus ook voor mensen met diverse lichamelijke aandoeningen aangepast. Recente meta-analyses laten zien dat de combinatie van mindfulness en gedragstherapie potentieel een effectieve behandeling is van psychische klachten bij men-

sen met chronische ziekten en chronische pijn (Bohlmeijer Prenger, Taal, & Cuijpers, 2010; Veehof, Oskam, Schreurs & Bohlmeijer, 2011).

DIVERSE INTERVENTIES

Onderzoek naar diverse andere interventies is in voorbereiding of afgerond, zoals naar welbevindentherapie (Fava, 1999). Dit is een preventieve versie van *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (Teasdale, Segal, Williams, Soulsby & Lau, 2000). Bolier e.a. (ingediend) vonden in een meta-analyse dat interventies die specifiek vanuit de positieve psychologie zijn ontwikkeld kleine, maar significante effecten laat zien op psychische klachten en welbevinden. De effecten worden significant groter wanneer de interventie een langere duur hebben. Zij ontwikkelden ook een online-zelfhulpprogramma (*Psy-Fit*). De eerste analyses van een groot effectonderzoek laten significante effecten zien op psychische klachten en welbevinden. Ook is een promotie-onderzoek gestart naar de professionele identiteit in een zorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking. Dit onderzoek gebruikt vooral (team)verhalen, interviews en video-opnames om te onderzoeken in hoeverre professionals zich de methode van oplossingsgericht werken hebben eigen gemaakt en in hoeverre oplossingsgericht werken de effectiviteit van professionals en teams bevordert.

Samenvattend kan worden gesteld dat inmiddels diverse interventies vanuit een positief gezondheidsmodel zijn ontwikkeld en effectief zijn gebleken. Op de agenda staat de uitdaging om beter te monitoren hoe de interventies werken, waarbij ook gebruik wordt gemaakt van (therapie)verhalen van deelnemers. Een ander belangrijk agendapunt van de leerstoel is onderzoek naar toepassingen bij mensen met diverse lichamelijke ziekten en een systematische implementatie in de GGZ en (eerstelijns)gezondheidszorg. Technologie zal daar een steeds belangrijker plaats innemen. Dat is het onderwerp van het volgende hoofdstuk.

HET ONTWIKKELEN VAN GOEDE PROCESMATEN

Een andere lijn is het doen van onderzoek naar werkzame processen van interventies gericht op geestelijke gezondheidsbevordering. Hieronder beschrijf ik een aantal werkzame processen waarnaar onze vakgroep onderzoek doet.

1. Psychologische flexibiliteit

De interventies die gebaseerd zijn op *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) richten zich primair op het vergroten van psychologische flexibiliteit. Psychologische flexibiliteit is het vermogen om in contact te blijven met negatieve ervaringen (emoties, gevoelens, gedachten) in plaats van te proberen deze ervaringen te controleren, te vermijden of te onderdrukken. Het omvat aanvaarding van ervaringen en het vermogen om het eigen gedrag te baseren op persoonlijke waarden. Lage psychologische flexibiliteit wordt ook aangeduid als experiëntiële vermijding. Onderzoek laat zien dat psychologische flexibiliteit sterk is gerelateerd aan diverse psychische klachten en stoornissen (Hayes e.a., 2006). Psychologische flexibiliteit wordt gemeten met de *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ). Recent is een tweede versie van deze AAQ, de AAQ-II, getest en gevalideerd in diverse populaties (Bond e.a., 2011; McCracken & Zhao-O'Brien, 2010). Met behulp van item-response-theorie hebben we de AAQ-II gevalideerd in een populatie met klinisch relevante depressieve en angstklachten (Fledderus e.a., in revisie). De validiteit, betrouwbaarheid en het eendimensionale karakter van de AAQ-II werden bevestigd. Ook werd gevonden dat de items op dezelfde wijze werken voor vrouwen en mannen en voor mensen van verschillende leeftijden. Interventiestudies laten verder zien dat veranderingen in psychische klachten op lange termijn gerelateerd zijn aan veranderingen in psychologische flexibiliteit (bijvoorbeeld Dalrymple & Herbert, 2007; Kocovski, Fleming, & Rector, 2009). Dit betekent onder meer dat bij mensen bij wie na afloop van een training de flexibiliteit opnieuw afnam, de psychische klachten

weer toenamen. Bij mensen van wie na afloop de psychologische flexibiliteit verder toeneemt, nemen de psychische klachten verder af.

2. Mindfulness

Ook behandelingen die zijn gebaseerd op mindfulness worden steeds vaker ingezet in de GGZ en in de zorg voor mensen met ernstige lichamelijke ziektes. Mindfulness is het vermogen om ervaringen in het hier en nu op te merken, op een accepterende wijze (Kabatt-Zinn, 1990). Enkele jaren geleden kwamen Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney (2006) tot de conclusie dat mindfulness een overkoepelend construct is dat vijf facetten omvat: observeren, beschrijven, handelen met bewustzijn, niet-oordelen, niet-reageren. Op basis van dit onderzoek werd de *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) ontwikkeld. In samenwerking met Ruth Baer werd een Nederlandse versie van de vragen gevalideerd in een steekproef van volwassenen met psychische klachten (Bohlmeijer, Ten Klooster, Fledderus, Veehof, Baer, 2011). In interventie-onderzoek bleek de FFMQ gevoelig voor verandering. Ook werd een verkorte versie van de FFMQ ontwikkeld.

3. Narrative foreclosure

Ook in deze onderzoekslijn komt de narratieve psychologie om de hoek kijken. Ik heb eerder betoogd dat zelfredzaamheid mede gestimuleerd wordt door een actieve identiteit gebaseerd op bewustzijn van intenties, gewenste leefscenari'o's en actorschap. Dit vraagt om het vermogen om het eigen levensverhaal te blijven ontwikkelen, het vermogen om te reflecteren op de levensloop en moeilijke gebeurtenissen te integreren. De ontwikkeling van het levensverhaal kan ook stagneren. Een interessant nieuw concept is *narrative foreclosure* (Freeman, 2000). Freeman definieerde *narrative foreclosure* als de voorbarige overtuiging dat het eigen levensverhaal af is. Bohlmeijer, Westerhof, Randall, Tromp en Kenyon (2011) concluderen dat *narrative foreclosure* zowel het verleden als de toekomst betreft. Het is de overtuiging dat geen nieuwe interpretaties van het verleden mogelijk zijn, evenals de over-

tuiging dat er geen nieuwe projecten of activiteiten zijn die het levensverhaal kunnen veranderen of een zinvolle wending kunnen geven. De auteurs geven ook een overzicht van sociale, structurele en ideologische factoren die *narrative foreclosure* in de hand kunnen werken. Bohlmeijer & Westerhof (in voorbereiding) ontwikkelden de *Narrative Foreclosure Scale* (NFS). Het is een schaal met twee dimensies: verleden (5 items) en toekomst (5 items). De schaal heeft een hoge interne consistentie. NFS-verleden hangt samen met depressie en deze samenhang blijft significant wanneer persoonlijkheid wordt meegewogen. Al met al lijkt de NFS weinig gevoelig voor verandering en daarmee niet geschikt om werkzame processen van life-review te meten.

4. Diverse andere procesmaten

Op vergelijkbare wijze ontwikkelen en valideren we vragenlijsten voor concepten als waardengericht leven, motivatie om te groeien, ego-integriteit, wijsheid (Webster, 2007). Ook is een start gemaakt met onderzoek naar de prevalentie van existentiële thema's bij cliënten in de GGZ.

Samenvattend werken we aan het ontwikkelen en/of valideren van vragenlijsten die potentieel werkzame processen van interventies binnen het gezondheidsmodel meten. De werkzame processen willen we ook op het niveau van identiteit en levensverhalen vaststellen. Dit maakt het mogelijk om vast te stellen of effecten op geestelijke gezondheid worden gemedieerd door de veronderstelde processen. Het is een belangrijke uitdaging om een causale relatie tussen werkzame processen en uitkomsten vast te stellen.

KENNISCENTRUM: HET LEVENSVERHALENLAB

Hiervoor heb ik besproken dat zelfredzaamheid vanuit de narratieve psychologie wordt opgevat als actorschap. Actorschap hangt nauw samen met de identiteit van mensen (Polkinghorne, 1996). Identiteit

is een samenhangend zelfconcept dat tijdens de adolescentie tot ontwikkeling komt. De ontwikkeling van een identiteit gebaseerd op actorschap maakt het mogelijk om keuzes te maken en richting te geven aan het leven. Onder invloed van de opkomst van het verhaal of narratief als metafoor in de sociale wetenschappen wordt identiteit als een narratief opgevat (McAdams, 2008). Deze narratieve identiteit valt samen met het verhaal dat we over onze ervaringen en onze levensloop vertellen. Levensverhalen en herinneringen zijn dus een zeer belangrijk onderzoekdomein om kenmerken van identiteit te bestuderen (zelfredzaamheid, actorschap, intenties, openheid versus geslotenheid), evenals de factoren die van invloed zijn op onze identiteit en de consequenties voor onze geestelijke gezondheid. Om deze reden hebben we het levensverhalenlab ontwikkeld (zie www.levensverhalenlab.nl). Het is een kenniscentrum op het gebied van narratieve psychologie en geestelijke gezondheid. Doelstellingen zijn onder andere het verkrijgen van kennis en inzicht in de invloed van levensverhalen en narratieve identiteit op geestelijke gezondheid en het ontwikkelen van effectieve interventies gebaseerd op levensverhalen. Zo zijn we recent gestart met een onderzoek naar de relatie tussen toekomstverhalen en geestelijke gezondheid. Ook is een longitudinale panelstudie in voorbereiding naar de relatie tussen identiteitsherinneringen (Singer, Rexhaj, & Baddely, 2007) en geestelijke gezondheid.

5. DE ROL VAN TECHNOLOGIE

MEER TECHNOLOGIE

Er resteert nog één onderwerp dat verweven is met de al besproken thema's, maar dermate belangrijk is dat ik het op deze plaats wil uitlechten: de rol van de technologie. In zijn oratie uitgesproken op 7 april 2011 concludeert Van Montfort dat er nog vaak sprake is van een ambivalente verhouding tussen zorg en technologie. Zowel de cliënt als de professional staan argwanend tegenover sommige toepassingen van nieuwe technologie. Omdat het onduidelijk is of sommige technologie tot echte verbetering van kwaliteit en efficiency leidt, opereren overheid en zorgverzekeraars voorzichtig (zie ook het rapport *De GGZ-sector in 2020* van Atos Consulting). Hoe dan ook zal de technologie langzaam maar zeker een grotere rol gaan spelen in de zorg voor geestelijke gezondheid. Zo is voor het eerst e-health als thema opgenomen in de miljoenennota van 2011. De technologie biedt zowel kansen voor toename en vernieuwing van kennis over geestelijke gezondheid als voor het vergroten van de zelfredzaamheid van cliënten en het beschikbaar stellen van deze kennis voor grote groepen van de bevolking. De leerstoel *Mental Health Promotion* wil bijdragen aan een betere aansluiting van technologische innovaties en ontwikkelingen in de zorgbehoeften en zorgvraag. De leerstoel werkt hierbij nauw samen met het *Center for e-health Research en Disease Management* van de Universiteit Twente. Onlangs hebben collega's op basis van een uitgebreide review en empirisch onderzoek een holistisch framework voor de ontwikkeling en implementatie van e-health technologie ontwikkeld (Nijland e.a., in revisie; Van Gemert e.a., in druk). Belangrijke componenten van dit model zijn multidisciplinariteit, projectmanagement, participatie van patiënten en andere stakeholders, *contextual inquiry*, waardenspecificatie, ontwerpen, operationaliseren van toepassingsvoorwaarden en summatieve evaluatie. Conse-

quente toepassing van dit model garandeert technologische innovaties die daadwerkelijk aansluiten bij de praktijk. Ik onderscheid en bespreek kort vier functies van technologie die relevant zijn voor de zorg voor geestelijke gezondheid: fundering, transparantie en continuïteit, kwaliteit en efficiency, empowerment. Het doel is om enige ordening aan te brengen. Andere functies en ordeningen zijn mogelijk en er bestaat overlap tussen de functies (zie ook Eysenbach, 2001).

FUNDERING

Technologie draagt bij aan de fundering van geestelijke gezondheidsbevordering. Zo kan technologie effecten op biologische en neurologische processen zichtbaar maken die zonder technologie ondenkbaar zijn. Een voorbeeld is het onderzoek dat we in samenwerking met de vakgroep Cognitieve Psychologie en Ergonomie uitvoeren naar de effecten van aandachtstraining op neurologische processen die mogelijk een rol spelen bij chronificatie van pijn. Een ander voorbeeld is het gebruik van smartphones voor het dagelijks monitoren van pijnbeleving en pijninterferentie bij mensen met chronische pijn, waardoor een beter inzicht ontstaat in de effecten van ACT bij deze doelgroep. In samenwerking met GGNet en Roesingh Research & Development starten we een project waarbij cliënten sensoren dragen die lichamelijke *arousal* meten, waardoor we beter zicht krijgen op de fluctuatie van emoties gedurende de dag.

TRANSPARANTIE EN CONTINUÏTEIT

Technologie draagt bij aan de transparantie van de zorg. Dossiers en ontwikkelingen in het zorgproces worden direct toegankelijk voor zorggebruikers en zorgverleners. Het faciliteert de communicatie tussen zorgverlener en zorggebruiker. Een voorbeeld is een door professor van

der Laar en collega's ontwikkelde online-monitor-applicatie voor reumapatiënten. Met deze applicatie kunnen zorgverleners en patiënten het verloop van hun ziekte monitoren. Ook kunnen in korte tijd relevante onderzoeksdata worden verzameld van grote groepen reumapatiënten. Deze gegevens dragen direct bij aan de kwaliteit van de reumazorg. In het kader van deze zorgprocessen kunnen ook het welbevinden en psychische klachten worden gemonitord en kan de technologie een transparante stepped-care-benadering faciliteren. Portals en dashboards kunnen op overzichtelijke en toegankelijke wijze toegang bieden tot diverse functies. Binnen de opdracht van de leerstoel willen we onderzoeken of deze veelbelovende aanpak ook in de GGZ kan worden opgezet.

KWALITEIT EN EFFICIENCY

De inzet van technologie kan mogelijk de effectiviteit en efficiency van bestaande behandelingen verhogen. In toenemende mate worden zelfhulpprogramma's online aangeboden en worden behandeling via internet uitgevoerd. In 2010 werd de eerder besproken cursus *Voluit Leven* omgebouwd tot een online-programma. Eerste analyses laten vergelijkbare effecten zien als de bibliotherapie (Fledderus e.a., 2011). Door de inzet van persuasieve technologie (Fogg, 2009) in de online-versie van *Voluit Leven* kunnen mogelijk de adherentie en de effectiviteit behouden blijven, ook als deelnemers niet wekelijks contact hebben met een begeleider. Kelders (in voorbereiding) vond inderdaad geen significante verschillen tussen een groep gebruikers met wekelijkse begeleiding en een groep zonder wekelijkse begeleiding. Hoewel het hier geen non-equivalentie trial betrof, is dit een van de eerste studies die laat zien dat het gebruik van persuasieve technologie een goed alternatief is voor online-begeleiding door professionals. Ook de inzet van *empathic agents* en artificiële intelligentie zullen de mogelijkheden in de toekomst sterk vergroten. Een ander onderzoek is in voorbereiding waarbij de effecten van een online-life-review-cursus worden vergele-

ken voor twee groepen. De ene groep doorloopt de cursus individueel met email-begeleiding. De andere groep doorloopt de cursus in een virtuele community van vier personen zonder email-begeleiding.

EMPOWERMENT

Tot slot is een belangrijke functie van de technologie dat zij de zelfredzaamheid en empowerment van cliënten versterkt. Uitbreiding van hiervoor besproken online-programma's met mobiele coaching via smartphones kan de effectiviteit mogelijk verder vergroten en geeft cliënten meer instrumenten in handen om hun zelfredzaamheid in het dagelijks leven te vergroten. Een ander voorbeeld is het hiervoor besproken project over emotieregulatie dat we met GGNet en Roessingh R&D uitvoeren. Het idee is dat sensoren vroegtijdig veranderingen in fysiologische parameters (hyperactiviteit) van emoties registreren, bijvoorbeeld ademhalingsritmes, huidgeleidingsresponsen, bloeddruk of spierspanning. Deze worden afgezet tegen drempelwaarden van de cliënt. Relevante overschrijdingen worden gerapporteerd aan cliënt via een smartphone. Er treedt een emotieregulatieprogramma in werking via de smartphone. Zo nodig is er coaching op afstand mogelijk door een therapeut. Via de sensoren wordt de effectiviteit van de toegepaste strategie teruggekoppeld aan de cliënt. Deze zogenoemde *telemedicine* geeft zo cliënten een instrument in handen dat hun zelfredzaamheid in het reguleren van emoties vergroot. Dit zou kunnen leiden tot het verkorten van de klinische behandeling en tot het voorkomen van opnames. Cliënten kunnen in hun dagelijkse leefomgeving gecoacht worden door professionals ter ondersteuning van hun zelfsturend vermogen. Dit kan mogelijk ook bijdragen aan de efficiency van de zorg. Ook zou telemedicine de adherentie aan de behandeling kunnen versterken en het aantal voortijdige afhakers verminderen. In toenemende mate experimenteren zorginstellingen met sociale media (*Social Media Monitor Zorg*, 2011). De verwachting is dat

de uitwisseling van ervaringen en kennis via sociale media in gezondheidszorg snel verder toeneemt en kan bijdragen aan de empowerment van zorggebruikers (Eysenbach, 2008). We oriënteren ons op dit moment op mogelijkheden voor onderzoek naar de effecten van sociale media in de geestelijke gezondheidszorg.

6. SLOTBESCHOUWING

Deze oratie pleit voor een heroriëntatie van de zorg voor geestelijke gezondheid. Er is de laatste decennia voldoende kennis opgebouwd die een brede geestelijke gezondheidszorg met een goede balans tussen een klacht- en een persoonsgerichte benadering kan rechtvaardigen en onderbouwen. De persoonsgerichte benadering is geen vorm van antipsychiatrie of anti-medicalisering. Integendeel. Wanneer het mogelijk is om met elektrische stimulatie van hersenen ernstige dwangklachten substantieel te verminderen, dan is dat grote winst. Hetzelfde geldt voor medicatie, *exposure*, gedragsactivatie om een paar effectieve klachtgerichte behandelingen te noemen. Het cliënten onthouden van deze behandelingen, is het onthouden van kwalitatief goede zorg aan deze cliënten. Er is veel aan gelegen om, waar mogelijk, disfunctioneren van biologische, sociale en psychische functies op te heffen. Experimenteel onderzoek zorgt voor een goed onderscheid tussen wat werkt en niet werkt. Aan de andere kant doet een eenzijdig focus op klachten geen recht aan het mens-zijn. Het leidt tot een cosmetische psychologie waarbij de afwezigheid van lijden de norm wordt. Die norm gaat tegen het leven zelf in en leidt in veel gevallen tot afhankelijkheid, onzelfredzaamheid en een zeer beperkt functioneren. Er is veel onderzoek dat laat zien dat pogingen om negatieve ervaringen te onderdrukken en te vermijden averechts werken. Vanuit een visie op wat het betekent om mens te zijn in de context van de levensloop (eudaimonia), ontstaat een nieuwe, positieve opvatting van (geestelijke) gezondheid: optimaal functioneren in de zin van leven volgens zinvolle intenties en waarden. De persoon worden en zijn die je graag wilt zijn, met alle beperkingen die aanwezig zijn. Het bevorderen van praktische wijsheid is in deze zin het bevorderen van weten wat je te doen staat in het licht van een oriëntatie op het goede leven. Het onthouden van zorg die mensen hierin ondersteunt, is in mijn ogen

net zo schadelijk als het onthouden van effectieve klachtgerichte behandeling. In veel gevallen kan een persoonsgerichte behandeling kort zijn. Een persoonsgerichte benadering is ook niet slechts preventie of nazorg. Het dient een integraal onderdeel te zijn van de gehele gezondheidszorg.

Hoewel er al wetenschappelijke steun is voor een brede gezondheidszorg en een persoonsgerichte benadering is er een inhaalslag te maken ten opzichte van de klachtgerichte zorg en is er een uitgebreide wetenschappelijke agenda. Voorbeelden van vragen zijn:

- Hoe kan persoonsgerichte diagnostiek een plaats krijgen in intake- en onderzoeksgesprekken?
- Hoe kunnen we positieve geestelijke gezondheid economisch valideren?
- Wat is *evidence-based* bij behandelingen en interventies die zich moeilijker laten protocolleren?
- Hoe kunnen we persoonsgerichte interventies optimaal implementeren in de geestelijke gezondheidszorg?
- Wat is tot op heden bekend over persoonsgerichte interventies, voor welke doelgroepen en welke settings? Waar is de grootste behoefte aan nieuwe interventies?
- Wat betekent dit voor opleiding van psychologen en andere zorgverleners?
- Wat wordt de plaats van idiosyncratisch (kwalitatief onderzoek)?
Kunnen we korte verhalen van cliënten opnemen in de *Routine Outcome Monitoring* (ROM)?

De zorg voor geestelijke gezondheid zou te allen tijde ook erop gericht moeten zijn mensen de ruimte te bieden een nieuw verhaal over het eigen leven te creëren, de verbeelding aan te wakkeren en daarmee mogelijkheden om een zinvol leven te leiden op basis van gekozen waarden, intenties en idealen. Een goede balans in de zorg voor geestelijke gezondheid vraagt om een goede balans tussen wat ik heb genoemd bottom-up- en top-down-benaderingen in de psychologie als wetenschap.

Het is een mooie ambitie voor een leerstoel om met alle goede wetenschappelijke methoden die ter beschikking staan te werken aan het zichtbaar en toegankelijk maken wat werkt voor mensen. En daarmee hopelijk bij te dragen aan het welbevinden van velen. Daarmee ben ik toegekomen aan een woord van dank.

DANKWOORD

De wortels van deze leerstoel en mijn wetenschappelijke loopbaan liggen in de periode dat ik bij het Trimbos-instituut werkte. Daar werkte ik nauw samen met mensen als Judith Blekman, Els Bransen, Pim Cuijpers, Marja Depla, Jeannet Kramer, Anne Margriet Pot, Heleen Ripper en Filip Smit, Bernadette Willemse en Godelief Willemse. Het was een dynamische tijd waarin ik veel heb geleerd en waar ik met plezier aan terugdenk. De feitelijke route naar deze oratie en de leerstoel is gestart met het attenderen op de vacature bij de Universiteit Twente door Pim Cuijpers. Het was mijn toenmalige kamergenoot bij het Trimbos-instituut, Lex Lemmers, die me overhaalde daadwerkelijk te solliciteren. 'En die narratieve psychologie maak je toch gewoon onderdeel van je onderzoek', zei hij erbij. Beiden ben ik daarvoor erkentelijk. Ook Hubert Coonen en Erwin Seydel wil ik graag bedanken voor hun vertrouwen en hun royale steun bij het opbouwen van de leerstoel. In het bijzonder wil ik Gerben Westerhof en Karlein Schreurs bedanken. Het was een grote uitdaging de afgelopen jaren om een nieuwe master en een nieuw onderzoeksprogramma te ontwikkelen. We hebben daar gezamenlijk leiding aan gegeven en zonder jullie bijdrage en onze prettige samenwerking was dat niet gelukt. Ik mag me ook gelukkig prijzen met de promovendi met wie ik de afgelopen jaren heb samengewerkt en dat nog steeds doe: Linda Bolier, Vincent van Bruggen, Martine Fledderus, Saskia Kelders, Jojanneke Korte, Sanne Lamers, Anne Marie Lohuis, Wendy Pots en Hester Trompetter. Zij zijn het vooral die met mooi onderzoek invulling geven aan de onderzoekslijnen die ik in de oratie presenteerde. Verder ben ik erg blij met en trots op het team van mensen dat betrokken is bij de leerstoel en het onderwijs dat we verzorgen: Marjolein Blomesath, Zwenny Bosch, Vincent van Bruggen, Lieke Christenhusz, Otto Dellemann, Peter Meulenbeek, Michael Milo, Marloes Postel, Wendy Pots, Jenny Pouls, Anneke Sools en Martine Veehof. En dat geldt ook voor de andere collega's van de vakgroep Psychologie, Gezondheid & Technologie: Christina Bode, Annemarie Braakman, Stans Drossaert, Lisette van

Gemert, Peter ten Klooster, Mart van der Laar, Nicol Nijland, Marcel Pieterse en Erik Taal. Ik ervaar een zeer collegiale sfeer waarin iedereen zich met hart en ziel inzet voor onderwijs en onderzoek. De interactie en samenwerking met mijn collega vakgroepvoorzitters bij psychologie: Ton de Jong, Willem Verwey, Ellen Giebels, Cees Glas ervaar ik als plezierig en ik hoop dat we op deze wijze nog lang kunnen samenwerken. In bredere zin ervaar ik de Universiteit Twente als een zeer prettige en dynamische werkomgeving. Twente is misschien een uithoek van Nederland, maar dan wel een aangename uithoek. Erwin Seydel en Oscar Peters wil ik danken voor hun waardevolle ondersteuning vanuit het IBR. Ons onderzoek zal verder worden voortgezet binnen het IGS. Ik wil Kees Aarts graag danken voor de hartelijke ontvangst en verheug me op verdere samenwerking. Marieke Kleisman, Carla van de Ven, Ria Stegehuis en Marion Reinderink wil ik danken voor hun grote rol in het reilen en zeilen van de vakgroep. Het is aan jullie te danken dat er toch nog enige orde heerst in de dagelijkse hectiek die het wetenschappelijk bedrijf soms kenmerkt. Ook de plezierige samenwerking met Henk Boer als opleidingsdirecteur en Laura Holsbeeke als studieadviseur in de afgelopen jaren mag niet onvermeld blijven. Jullie bijdrage aan een volwaardige leerstoel en aan de master geestelijke gezondheidsbevordering was cruciaal. In het bijzonder wil ik ook graag de samenwerking met de (regionale) zorg- en ICTinstellingen noemen: Avelijn, Breburg, Dimence, GGNet, Mediant, Ippportunities en Roessingh Revalidatiecentrum. De samenwerking op het terrein van zowel het onderzoek als het onderwijs is voor ons en onze studenten van grote waarde. Paul Anzion, Lisette van Gemert, Monique Hulsbergen, Emmy Keizers, Marion Reinderink, Anneke Sools, Karlein Schreurs, Carlie van der Valk, Gerben Westerhof: veel dank voor jullie inhoudelijke, redactionele, praktische of organisatorische bijdrage aan deze oratie en aan de organisatie van vandaag.

Graag wil ik mijn ouders hartelijk danken voor hun enthousiaste stimulering van en belangstelling voor mijn studie en werk. Zij hebben me een eerste perspectief op levenskunst bijgebracht. Mijn dank gaat ook uit naar Lenie en Martin Hulsbergen voor hun altijd aanwezige belangstelling en grote morele en praktische support. Promoveren en hoogleraar worden doe je niet alleen. Ik ben erg dankbaar voor de liefdevolle en opbouwende samenspraak met Monique Hulsbergen door de jaren heen. Ik voel me enorm geïnspireerd en gesteund door het co-auteurschap van ons leven.

Ik kijk uit naar het vervolg.

Ik heb gezegd.

REFERENTIES

- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*: 27-45.
- Barry, M., & Jenkins, R. (2007). *Implementing mental health promotion*. Oxford: Elsevier.
- Bauer, J.J., McAdams, D.P., Pals, J.L. (2008). Narrative identity and eudaimonic well-being. *Journal of Happiness Studies, 9*: 81-104.
- Bohlmeijer, E.T., Klooster, P. ten, Fledderus, M., Veehof, M.M., Baer (2011). Psychometric Properties of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Depressed Adults and development of a Short Form. *Assessment, 18*: 308–320.
- Bohlmeijer ET, Fledderus M, Rokx A, Pieterse M. (2011). The effects of ACT as an early intervention for adults with psychological distress, results of a randomized controlled trial. *Behaviour Research Therapy, 49*: 62-67.
- Bohlmeijer E.T., Smit, F., Cuijpers, P. (2003) Effects of reminiscence and life-review on late-life depression: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Studies, 18*: 1088 – 1094.
- Bohlmeijer ET, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. (2010). The effects of Mindfulness-based Stress Reduction therapy on the mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 68*: 539–544.
- Bohlmeijer, E.T, Westerhof, G.J., Randall, W., Tromp, T., Kenyon, G. (2011). Narrative foreclosure in later life, preliminary considerations of a new sensitizing concept. *Journal of Aging Studies. 25*: 364 – 370.
- Bohlmeijer, E.T., Steunenbergh, B., Westerhof, G.J., (2011). Reminiscentie en geestelijke gezondheid: empirische onderbouwing van interventies. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 42*: 7-16.
- Bolier, L., Haverman, M, Walburg, J., Riper, H., Smit, F & Bohlmeijer, E.T. (ingediend) Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies.
- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.C., Guenole, N., Orcutt, H.K., Waltz, T., & Zettle, R.D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Behavior Therapy, 42*, 676-688.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Brandtstädter, J., & Rothermund, K. (2002). The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review, 22*, 117-150.

- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Butler, R. N. (1963). The life-review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry, 26*: 65-76.
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Russell Sage.
- Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and Commitment Therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior Modification, 31*, 543-568.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*: 276-302.
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research, 3*: e20.
- Fava, G. A. (1999). Well-being therapy: conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics, 68*: 171-179.
- Fledderus M, Bohlmeijer ET, Westerhof GJ. (2011a). The effects of acceptance based behavioural therapy on positive mental health, results of a pragmatic RCT. *American Journal of Public Health, 100*: 2372-2378
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E.T., Pieterse, M.E., Schreurs, K.G.M. (2011b). The efficacy of guided self help based on acceptance and commitment therapy. *Psychological Medicine, in press*.
- Freeman, M. (2010). *Hindsight, the promise and peril of looking back*. New York: Oxford University Press.
- Freeman, M. (2000). When the story's over: Narrative foreclosure and the possibility of self-renewal. In M. Andrews, S. D. Sclater & C. Squire (Eds.), *Lines of narrative: Psychosocial perspectives* (pp. 81-91). New York, NY: Routledge.
- Gemert, J.E.W.C., Nijland, N., Ossebaard, H.C., van Limburt, M.A.H., Kelders, S.M., Eysenbach, G., Seydel, E.R. A holistic framework to improve the uptake and impact of eHealth technologies. *Journal of Medical Internet Research*. In druk.
- Giddens, A. (1994). *Modernity and self-identity: self and society in the late modern age*. Cambridge: Polity Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (Eds). (2001). *Relational Frame Theory: a post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum.

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*: 1-25.
- Jane-Lopis E., Barry M. M., Hosman C., & Patel V. (2005). Mental health promotion works: A review. *Promotion and Education: 61*: 9–25.
- Kabat-Zin J. *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte, 1990.
- Keyes, C. L. M. (1998). *Social well-being*. *Social Psychology Quarterly, 61*: 121–140.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*: 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry, 76*: 395-402.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist, 62*: 95-108.
- Korte, J., Bohlmeijer, E.T., Westerhof, G.J., Cappeliez, P., Smit, F. Life-review therapy for older adults with depressive symptomatology. Evaluation in a pragmatic Randomized Controlled Trial. *Psychological Medicine*
- Kocovski, N.L., Fleming, J., & Rector, N.A. (2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice, 16* : 276-289.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., Ten Klooster, P. M., & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric Properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in the Dutch Population. *Journal of Clinical Psychology 67*: 99-110
- Lamers, S. M. A., Bolier, L., Westerhof, G.J., Smit, F., Bohlmeijer, E.T. (in druk). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*.
- Lamers, S. M. A., Glas, C. A. W., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (in druk). Longitudinal evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF): Measurement invariance across demographics, physical illness and mental illness. *European Journal of Psychological Assessment*.

- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Kovács V., & Bohlmeijer E.T. (under review). Differential relationships in the association of the Big Five personality traits with positive mental health and psychopathology
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology, 9*: 111-131.
- McAdams, D. (2006). *The redemptive self: Stories Americans live by*. New York, NY: Oxford University Press.
- Maddux, J. (2009). Stopping the 'madness': Positive psychology and deconstructing the illness ideology and the DSM. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology (2nd ed.)* (pp. 61-69). New York, NY: Oxford University Press.
- McCracken, L.M., & Zhao-O'Brien, J. (2010). General psychological acceptance and chronic pain: there is more to accept than the pain itself. *European Journal of Pain, 14*: 170-175.
- Markus, H. & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist, 41*: 954-969.
- McAdams, D. (2008). Personal narratives and the life story. In O. P. John, R. W. Robins & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality psychology: Theory and research (3rd ed.)* (pp. 242-262). New York, NY: Guilford Press.
- McAdams, D. (2009). *The person* (5th ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Nijland, N., van Gemert-Pijnen, J.E.W.C., van Limburg, M.A.H., Kelders, S.M., Brandenburg, B.J., Eysenbach, G., Seydel, E.R. (in review). Practical instruments to support the holistic development of eHealth technologies. *Journal of Medical Internet Research*.
- Nussbaum, M. C., & Sen A. (Eds.). (1993). *The quality of life*. Oxford: Clarendon Press.
- Oostzee, F. van (2011). *Levensverhalen en Geestelijke Gezondheid bij Reumatische Patiënten*. Masterthese. Universiteit Twente.
- Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Polkinghorne, D. E. (1996). Narrative knowing and the study of lives. In J. E. Birren, G. M. Kenyon, J. E. Ruth, J. J. F. Schroots & T. Svensson (Eds.), *Aging and biography: Explorations in adult development* (pp. 77-99). New York, NY: Springer.
- Powers, M.B., Zum Vörde Sive Vörding, M.B., Emmelkamp, P.M.G. (2009) Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics, 78*: 73-80.

- Randall, W., & McKim, E. (2008). *Reading our lives: The poetics of growing old*. New York: Oxford
- Rapp, F.G., & Goscha, R.J. (2006). *The strengths model case management with people with psychiatric disabilities*. New York: Oxford University Press.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57: 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9: 1-28.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9: 13-39.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69: 719-727.
- Singer, J., Rexhaj, B., & Baddeley, J. (2007). Older, wiser, and happier? Comparing older adults' and college students' self-defining memories. *Memory*, 15: 886-898.
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10: 26.
- Snyder, C., & Lopez, S. (2002). *Handbook of positive psychology*. New York, NY US: Oxford University Press.
- Sools, A. (2010). *De ontwikkeling van narratieve competentie, bijdrage aan een onderzoeksmethodologie voor de bestudering van gezond leven* (proefschrift). Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., Williams, J. R., Soulsby, J., & Lau, M. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68: 615-623.
- Tiberius, V. (2008). *The reflective life, living wisely with our limits*. New York: Oxford University Press.
- Torneke, N. (2010). *Learning RFT, an introduction to Relational Frame Theory and its Clinical Application*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C., & Emmelkamp, P. (2000). *Handboek psychopathologie, deel 1 basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van Wezep, M. & Michon, H. (2011). *Op kracht komen Evaluatie van de implementatie van de strengths aanpak bij GGZ Noord-Holland Noord*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Veehof MM, Oskam MJ, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET. (2011). The effects of acceptance-based therapies on mental and physical health in chronic pain patients: results of a meta-analysis. *Pain*, 152: 533–542.
- Verduin, P. (2007). *Chronisch ziek en toch gezond. Theorie en praktijk van de integratieve gezondheidszorg*. Den Haag: Uitgeverij Lemma.
- Walburg, J. (2009). *Mentaal vermogen: Investeren in geluk*. Nieuw Amsterdam.
- Webster, J. (2007). Measuring the character strength of wisdom. *International Journal of Aging and Human Development*, 65: 163-183.
- Weehuizen, R. (2006). *Mentaal Kapitaal: Een verkennende studie naar de psychologische dimensie van economische ontwikkeling*. Den Haag: Commissie van Overleg Sectorraden voor Onderzoek en Ontwikkeling.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 63: 808-820.
- Westerhof, G. & Bohlmeijer, E. (2011). *Psychologie van de levenskunst*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T. & Webster, J. (2010). Reminiscence: Recent progress in conceptual understanding, empirical study and implications for practice. *Ageing & Society*. 30: 697–721.
- Westerhof, G.J., Steunenbergh, B., Cuijpers, P., Bohlmeijer, E.T. The Effectiveness of Life Review Therapy Using Autobiographical Memory Retrieval in a Depressed Residential Home Population: Results of a quasi-experimental study. *European Journal of Aging Studies*, in revisie.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: Norton W.W.&Company.
- Wink, P., Schiff, B. (2002). To review or not to review? The role of personality and life events in life review and adaptation to older age. In: J.D. Webster & B.K. Haight (Eds), *Critical advances in reminiscence work: from theory to application*. New York: Springer Publishing & Co (p 44 – 60).
- World Health Organization (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice* (Summary report). Geneva: WHO.

