

TEKST 4

IS TRAJECTBEGELEIDING EEN WERKZAAM MEDICIJN VOOR WERKLOZEN MET DEPRESSIEVE GEVOELENS?

Eric Ramaekers¹

Hoe zinvol is het om iemand die depressief is met werk te rehabiliteren?

Personen met psychische problemen zijn vaak zo grondig arbeidsongeschikt geraakt dat begeleidingscentra slechts met moeite iets kunnen aanvangen met deze groep.

Bij een echte psychiatrische problematiek, kunnen psychiatrische patiënten zich nauwelijks op de arbeidsmarkt handhaven. Voor hen moet activering sociale uitsluiting voorkomen. Door bepaalde kwaliteiten van deze mensen om te zetten in zinvolle, maatschappelijke activiteiten, proberen begeleidingscentra hen opnieuw een plaats in de samenleving te geven en te zorgen dat ze weer mee gaan doen.

Werklozen met minder zware psychische problemen zijn een andere categorie, maar hebben evenzeer veel problemen die samenhangen met een geringe maatschappelijke participatie. Men kan daarbij denken aan werklozen die in staat zijn om te werken en ook willen werken, maar hun behoefte om te werken zo voorzichtig en conditioneel formuleren, dat het lijkt of de wil tot werken geheel verdampt is.

Ze voelen zich waardeloos en apathisch, slapen slecht en hebben een gebrek aan eetlust. In hun hoofd spoken continu negatieve gedachten rond. Wat bij hen opvalt is dat langdurige activiteit zeer remmend werkt op het dagelijks functioneren. Inactiviteit bevestigt en versterkt de negatieve ideeën over zichzelf en de wereld om hen heen.

Het is een spiraal van inactiviteit en gevoelens van waardeloosheid.

De vraag die we ons in dit artikel stellen is hoe trajectbegeleiding door deze mensen wordt beleefd. Is trajectbegeleiding een medicijn voor werklozen met sterk negatieve gedachten die uitlopen op depressiviteit? Het gaat ons niet om de vraag of trajectbegeleiding er in slaagt om deze mensen een zinvolle werkplek te bieden en concreet op een arbeidsplaats te zetten, maar hoe de trajectbenadering op hen psychologisch overkomt. Het is dus een vraag naar de psychische beleving van de trajectaanpak op werklozen met depressieve gedachten.

Om deze vraag te beantwoorden hebben we een onderzoek gedaan onder werklozen die trajectbegeleiding volgen en van wie we weten dat zij kampen met ernstig negatieve gevoelens. Dit onderzoek is uitgevoerd in Belgisch Limburg onder 624 werkzoekenden die trajectbegeleiding volgen. Voor gedetailleerde informatie over de reikwijdte van het onderzoek en de onderzoeksopzet verwijzen we naar Ramaekers (2003). Hetzelfde onderzoek werd opnieuw bevestigd in 2016 voor 138 werknemers (Ramaekers, 2016).

¹ Niet gepubliceerd artikel. Eric Ramaekers is Doctor in de arbeidspsychologie, afgevaardigd bestuurder van Arbeidskansen vzw, voorzitter van GTB-Vlaanderen en zaakvoerder van Bias bvba.

In dit artikel geven we eerst een korte schets van de problematiek van werklozen met sterk negatieve gedachten en bespreken we het begrip trajectbegeleiding.

Daarna gaan we kort in op beide onderzoeken.

Het artikel sluiten we af met de belangrijkste resultaten en we noemen enkele aandachtspunten bij de uitvoering van trajectbegeleiding voor deze specifieke doelgroep.

- **Psychische gezondheid en arbeidsrehabilitatie**

Rehabilitatie, een breed begrip

Rehabilitatie streeft, in de context van trajectbegeleiding, naar het zoveel mogelijk vergroten van de activiteiten en participatie. Rehabilitatie richt zich, in tegenstelling tot behandeling, niet op het terugdringen van stoornissen maar op het vergroten van de activiteiten en participatie van cliënten. Rehabilitatie richt zich op het zo goed mogelijk gebruiken van aanwezige capaciteiten. Rehabilitatie streeft naar een zo normaal mogelijk sociaal kader.

Werklozen met negatieve gedachten

Bij iemand die langdurig werkloos is, is van het realistisch beeld van de eigen arbeidsmogelijkheden doorgaans niet veel over.

De psychische bagage die nodig is om te werken, wordt opgebouwd in een langdurig proces van arbeidssocialisatie. Deze bagage kan in een periode van werkloosheid in korte tijd verloren gaan. Al na een korte periode van werkloosheid zakt bij velen de moed om werk te zoeken in de schoenen.

Men solliciteert wel, maar kan zich moeilijk presenteren als een proactief denkende en flexibel inzetbare arbeidskracht. Men kampt met eigen angsten voor de mogelijke stereotypen over werklozen.

Dit beeld wordt veelal bekrachtigd door begeleiders en hulpverleners. Meestal storen we ons blind op iemands symptomen en wordt er weinig gekeken naar de mogelijkheden (cfr. Rachel Perkins –www.suem.be).

Voor mensen met negatieve gedachten geldt dat des te sterker. Het zijn juist de sociale eisen van het werk die zwaar drukken. Men moet zich in sociale zin kunnen profileren omdat met name de zogenoemde sociaal-normatieve kwalificaties, bijvoorbeeld het in team kunnen functioneren, belangrijk zijn. Bij deze mensen is hun leven vaak over de hele linie in het honderd gelopen. Het werkactiveren moet daarom wachten tot andere zaken in orde zijn gebracht zoals het innemen van medicatie, het herstellen van de contacten, het zorgen voor woonruimte en het opzetten van schuldsanering.

Dat laat al zien dat arbeidsrehabilitatie niet kan beschouwd worden als een medicijn dat het ganse leven op orde brengt. Deze vorm van rehabilitatie is beperkt, het is in feite een uitingsvondst van het arbeidsethos. Werken maakt deel uit van veel definities van normaliteit. Wie werkt is normaal. Met wie niet werkt is er iets aan de hand. Deze persoon moet zo snel mogelijk weer tot normaliteit worden gebracht. Het verrichten van betaalde arbeid vormt een dominante waarde voor velen in onze samenleving. Dit is zichtbaar in de materiële en psychische

aspecten die aan werk verbonden zijn: loon, een hoger activiteitsniveau, afwisseling tijdsstructuur, sociale contacten en persoonlijke identiteit.

Werk is in onze samenleving een belangrijke indicator van gezondheid en sociale integratie. Elke morgen een dosis van dit medicijn zou mensen in het gareel van een reeks gezonde activiteiten houden.

De samenleving is zo sterk van dit ethos doordrongen dat zelfs mensen met psychiatrische problemen niet met rust worden gelaten en nauwelijks op adem kunnen komen (cfr. werkschrift 3: Arbeidsrehabilitatie – www.GTB-vlaanderen.be)

Arbeidsrehabilitatie kan soms uitlopen op gedwongen tewerkstelling. Daarmee loopt zij het gevaar dat ontkennd wordt dat werken, onder humane omstandigheden en niet gedwongen, zeker kan bijdragen aan de psychische gezondheid.

Bij tijd en wijle komt het arbeidsethos en daarmee ook de arbeidsrehabilitatie onder vuur te liggen en de kritiek erop doet ons steeds weer zoeken naar de positieve betekenis van werk voor mensen met psychische problemen.

Werklozen met depressieve gevoelens worden in hun zoektocht naar werk nogal eens geconfronteerd met barrières die onoverbrugbaar lijken. Hun zoektocht wordt dan een dwaaltocht.

De laatste jaren is men onder meer ook deze groep van werklozen op een nieuwe wijze gaan benaderen om hen opnieuw op het spoor te krijgen. Het doel is om hun kansen op inzetbaarheid op de arbeidsmarkt te verhogen. Uit onderzoek blijkt dat cliënten die deelnemen aan aangepaste trainingsprogramma's, een lager depressief niveau hebben na de deelname, vergeleken met cliënten die niet aan een dergelijk programma deelnemen (Vinokur, Price en Caplan, 1991; Knaeps J., 2015)).

De verwachtingen van aangepaste programma's zijn dus hoog. Het oorspronkelijke van de benadering zit in de individualiserende en gedragssturende aanpak. Deze aanpak op maat wordt doorgaans "trajectbegeleiding" genoemd.

- **Psychologische beïnvloeding door trajectbegeleiding**

Interventiemodel

Trajectbegeleiding is een op de persoon van de werkloze gericht activeringsbeleid om tot re-integratie te komen. Trajectbegeleiding is een overkoepelend concept dat het geheel van activiteiten omvat die gebaseerd zijn op een gedragsanalyse van de factoren die dit gedrag aansturen. Het gaat bij dit concept om gedrag, gedachten en gevoelens van de cliënt die uiteindelijk er toe moeten bijdragen dat hij of zij de eigen positie op de arbeidsmarkt verbetert. De activiteiten waaruit trajectbegeleiding bestaat, bestaan uit voorlichtingsactiviteiten, het leveren van voorzieningen (arbeidszorg, opleiding, stage, screening, werk), het uitvoeren van opvolgingsgesprekken en het doorgeven, bij geen correcte uitvoering, aan de mogelijks

sanctionerende overheid en dit vaak als basis voor (zelf)inzicht of stap richting aangepast statuut, maar toch vooral om (aangepast) gedrag af te dwingen.

Trajectbegeleiding bestaat echter ook uit een psychologische diagnose van de cliënt en uit gesprekken en opdrachten om de cliënt uit een psychisch vastgelopen situatie te halen. We definiëren trajectbegeleiding daarom als een combinatie van voorlichting en omgevings- en gedragsveranderingen die samen moeten bijdragen aan de uitvoering van specifiek gedrag van de cliënt om de eigen positie op de arbeidsmarkt te verbeteren.

Trajectbegeleiding is een werkwijze die een planmatige activiteit omvat welke een sociaal-psychologisch interventiemodel volgt.

Dit model bestaat uit een aantal stappen, beginnend bij de probleemanalyse, een analyse van het gedrag van de cliënt en een analyse van zijn/haar omgeving, vervolgens een determinantenanalyse (persoonlijke en externe determinanten) en tenslotte een interventie en evaluatie van de voorlichtingsactiviteiten, de geleverde voorzieningen (sollicitatietraining, stages, opleiding, werk, ...) en de opvolging (controle) en eventuele doorverwijzing naar de controlerende overheid (zie voor dat model Green & Kreuter, 1999).

De stappen tot de interventie worden gezien als de opbouw van een soort besluitvormingsproces. Globaal genomen kunnen bij de probleem-, de gedrags- en de determinantenanalyse vragen aan de orde komen als "Wat is er aan de hand met de cliënt?" en "Waarom is dit juist bij deze cliënt het geval?". De veronderstelling is dat de interventie één-op-één volgt uit de analyse (diagnose) en er dus direct uit voortkomt, maar dit is bij gedragsverandering zelden het geval, hetgeen ook blijkt uit klinisch psychologisch onderzoek (de Ridder, 1991).

Dit komt onder meer omdat de persoon van de trajectbegeleider in de interactie tussen cliënt – trajectbegeleider – werkgever een belangrijke rol speelt bij het resultaat van de interventie.

Daar komt bij dat de interventie, zoals bij trajectbegeleiding, niet alleen gericht is op het gedrag, maar ook op de gedachten, gevoelens en capaciteiten van de cliënt die zelf weer op een ingewikkelde wijze verweven zijn met het gedrag.

Diagnosefase

Van degenen die de cliënt begeleiden, de trajectbegeleiders, wordt dus een goede diagnose van de persoonskenmerken verwacht.

Deze diagnose bestaat uit het beantwoorden van minstens vier algemene vragen.

Ten eerste: Wat kan de werkloze, en wat is zijn of haar vermogen?

Dit deel van de diagnose moet rekening houden met de opleidingsachtergrond, het opleidingsvermogen, het mobiliteitsvermogen en het vermogen zich breed in te zetten. Daarbij kan gedacht worden aan het al of niet accepteren van onregelmatige werktijden, parttime of fulltime werk, en dergelijke. Ook moet in deze diagnostische fase de periode van inactiviteit in beeld worden gebracht. Een periode van langdurige werkloosheid bemoeilijkt het zicht op wat een cliënt kan, meer dan een korte periode.

Een tweede vraag is: Wat wil de cliënt?

Het gaat hier om “het willen”. In hoeverre is er bereidheid om een andersoortige functie dan in het verleden te vervullen, om geografisch mobiel te zijn, om opleidingen te volgen en om qua werktijden breed inzetbaar te zijn.

Bij het willen gaat het mogelijk meer om het “niet-willen” en het aftasten van de grenzen die de cliënt zichzelf heeft gesteld en die hij of zij mentaal niet wil of kan overschrijden. Het probleem bij cliënten met sterk negatieve gedachten is, dat zij een aura om zich heen hebben waarbij niet willen en/of niet-kunnen ongreepbaar vermengd werken. Vaak wordt het probleem gewoon ontkend door de kant.

Ten derde moet nagegaan worden wat de cliënt feitelijk doet om aan werk te komen (“is hij/zij actief op zoek naar werk?”) en welke ten vierde de persoonlijke belemmeringen zijn die het kunnen en willen in bedwang houden.

Voor niet-werkenden situeren deze belemmeringen zich nogal eens bij een mogelijke handicap, de leeftijd of de gezinssituatie.

Bij cliënten met sterk negatieve gedachten komt daar de psychische toestand bij, die hen in een apathische en afwachtende greep houdt. De redenen zijn niet altijd intra persoonlijk maar gaan soms over relationele contextgebonden elementen.

Wederzijdse afhankelijkheid

Trajectbegeleiding voor cliënten met depressieve gevoelens is dus gebaseerd op een psychologisch beïnvloedings- en bemiddelingsmodel dat simpel is in theorie, maar gecompliceerd is in de uitvoering. Zij vraagt niet alleen leeroriëntering van (langdurig) werklozen, een acceptatie van een gezamenlijke zoektocht, een persoonlijke gerichtheid op het wegwerken van deficiënties, maar ook van een analyse van de eigen veelal irreële gedachten over dit opzet.

Steeds in het licht van het dwingende doel, passend bij het vigerende arbeidsethos, om zo spoedig mogelijk weer een betaalde baan te krijgen. Met steeds de achtergrond van het wegvallen van de bescheiden en wankelende financiële basis.

Trajectbegeleiding is gecompliceerd omdat er steeds een dreiging bestaat van het verlies van de financiële uitkering wanneer de cliënt, naar het oordeel van de begeleiding, niet gemotiveerd aan deze zoektocht meedoet of mee kan doen. Het gecompliceerde zit ook in de acceptatie van de eigen deficiënties en de relatief zwakkere positie die de cliënt ervaart ten opzichte van de deskundigheden en mogelijkheden van de trajectbegeleider en de trajectorganisatie (zie ook Bundervoet, 1997; von Grumbkow & Ramaekers, 1999 en 2002).

Dwingend aan het concept is ook dat niemand onbegeleidbaar of onbemiddelbaar wordt geacht. Vrijwel iedereen wordt in traject genomen, ongeacht de cumulatie van risicofactoren of de mogelijke afstand tot de arbeidsmarkt. Van de trajectbegeleider wordt een “bepaalde productie” gevraagd omdat de afgesproken ambitie scherp is.

Begeleiders moeten resultaat- en klantgericht zijn. Zijn ze dat niet, dan lopen hun eigen werkzekerheid en loopbaanverwachtingen gevaar.

Zo houdt iedereen elkaar vast en is de ene afhankelijk van de andere. Begeleiders voelen dat ze hun oude en vertrouwde werkwijze, zoals deze ingeslopen zijn door ervaring en historie, dienen

te vernieuwen. De eis is om zich communicatief op te stellen. Men moet bereid en in staat zijn samen te werken met de werkloze. Men streeft er zelfs naar de klant aan het stuur te krijgen (empowerment), wat de professionaliteit van de begeleiders soms in de schaduw zet (zie ook Adams, 2008).

Juist door die productiedruk kunnen werklozen met depressieve verschijnselen uit de boot vallen. Niet alleen doordat de eisen te hoog gegrepen zijn voor de betreffende cliënt, maar mogelijk ook doordat de trajectbegeleider zelf moedeloos raakt en voelt dat er geen greep op de cliënt mogelijk is.

Door de prikkels op de begeleider en op de cliënt ontstaat een wederzijdse afhankelijkheid. De cliënt voelt de druk om in te gaan op de trajectvoorstellen die door de begeleiders zijn opgesteld. De begeleider voelt de druk van boven om cliënten te helpen waarover hij of zij mogelijk de grootste twijfels heeft.

Deze verandering in het beleidsdenken in de sociale zekerheid, en waarom de trajectbegeleiding slechts één van de operationalisaties is, toont de overgang van bescherming naar activering en de gevolgen die dit heeft voor alle betrokkenen (Deleeck, 2000).

- **Werkloze met negatieve gevoelens (depressies)**

Theorie van depressie

Er zijn een heleboel theorieën over depressie, maar geen van deze theorieën wordt als “de beste” gezien. Waar men het wel over eens is, is dat een depressie zich op verschillende manieren kan ontwikkelen, waarbij zowel biologische, psychische als sociale factoren een rol (kunnen) spelen. De cognitieve theorieën van depressie pogen een antwoord te bieden op de vraag naar causaliteit bij depressie. Binnen de psychische ontwikkelingstrajecten vormen deze de basis van huidig onderzoek.

Beck's cognitieve diathese-stress model (1967, 1987) postuleert dat maladaptieve zelf-schema's, bestaande uit dysfunctionele attitudes met betrekking tot thema's als verlies, inadequaatheid, falen en waardeloosheid, de cognitieve kwetsbaarheid voor depressie vormen. Deze schema's ontwikkelen zich op basis van interacties tijdens de vroege kindertijd (Beck, 1967,1987; Kovaes & Beck, 1978).

Bovendien hebben de depressogene schema's een rigide en onrealistisch pessimistisch karakter.

Beck (1967, 1987) stelt dat enkel de combinatie van deze negatieve cognitieve schema's (de diathese of kwetsbaarheid) met een negatieve levensgebeurtenis (de stress) leidt tot depressie (Abramson et al., 2002). Beck (1967) stelt reeds in zijn originele theorie dat depressieve en niet-depressieve cognities niet enkel in inhoud (negatieve automatische gedachten) verschillen, maar ook in proces.

Cognitieve producten vormen het eindresultaat van de informatieverwerkingsoperaties van het cognitief systeem en bestaan uit de cognities en gedachten die het individu ervaart. Met

cognitieve processen worden de operaties van het cognitief systeem bedoeld, zoals het encoderen van informatie, het oproepen van informatie en de verdeling van de aandacht. Beck veronderstelt de aanwezigheid van distorsies en kent deze een mediërende rol toe. Een distorsie is "een oordeel of een conclusie dewelke een algemeen aanvaarde maat van objectieve realiteit tegensprekt of er inconsistent mee is" (Alloy & Abramson, 1988, p. 226.)

Haaga et al (1991) vinden in hun review veel evidentie naar de door Beck (1967, 1987) geformuleerde descriptieve hypothesen. De evidentie met betrekking tot de causaliteit is echter beperkt (Haaga et al, 199).

Een andere belangrijke cognitieve theorie over depressie is de theorie van Teasdale (1983). Deze poneert een Differentiële Activatie Hypothese. Teasdale (1983) stelt dat eenzelfde depressieve stemming kan escaleren tot een depressie bij sommige individuen en bij anderen niet, wat hij beschouwt als een belangrijke cognitieve kwetsbaarheidsfactor van depressie.

Indien de activatie van de depressogene schema's gepaard gaat met een stressfactor uit de omgeving, zal dat leiden tot meer negatieve zelfevaluaties en een versterking van de depressie. Dit heeft op zijn beurt een sterkere activatie van de negatieve schema's tot gevolg, waardoor er een vicieuze cirkel ontstaat (Teasdale & Dent, 1987).

Een initiële milde dysforie zal in een neerwaartse spiraal terecht komen en zo evolueren tot een klinische depressie (Teasdale, 1988).

Op basis van tal van onderzoeksresultaten veronderstelt Teasdale (1983) een reciproke relatie tussen cognitie en depressie: negatieve gedachten kunnen depressie veroorzaken en in stand houden en depressie kan leiden tot een negatieve bias in het denken. Deze reciproke relatie vormt de basis van bovengenoemde vicieuze cirkel.

Veel studies faalden in het bevestigen van de causaliteit verondersteld door de cognitieve diathese-stress modellen.

Miranda en Persons (1988) formuleren een alternatieve verklaring voor een stabiele cognitieve kwetsbaarheid voor depressie, die niet in tegenspraak is met de cognitieve theorieën: de mood-state hypothese.

Volgens de mood-state hypothese worden ook dysfunctionele attitudes door de stemmingstoestand beïnvloed.

Dysfunctionele attitudes zijn stabiele kwetsbaarheidsfactoren, maar de toegankelijkheid van deze attitudes en de mogelijkheid ze te rapporteren is afhankelijk van de stemmingstoestand van het individu. Hoe negatiever de stemming, hoe meer waarschijnlijk dat het kwetsbare individu ertoe in staat is negatieve cognities te rapporteren (Personen & Miranda, 1992).

De dysfunctionele attitudes zijn stemmingstoestandsafhankelijke trekken. De toegankelijkheid van deze attitude varieert in functie van de stemming.

Onderzoek bood sterke evidentie voor de mood-state hypothese (bv. Miranda, Gross, Persons & Holm, 1998; Gemar, Segal, Sagrati & Kennedy, 2001; Roberts & Kassel, 1996).

Vaststelling van negatieve gevoelens

Depressie moet niet worden verward met de “gewone neerslachtigheid” die velen wel eens hebben. De neerslachtigheid bij depressie is heviger en klaart na een paar dagen niet vanzelf op. Bovendien tast de depressie het dagelijks functioneren aan.

Een burnout is iets heel anders dan een depressie. Hoewel er overlappings zijn in de symptomen, zijn ze niet met elkaar te vergelijken en is de behandeling ook geheel anders. Burnout is een verstoring in je energiebalans. Een depressie is een stemmingsstoornis (zie ook Schaufeli et al, 1010).

Voor de diagnostiek van depressie kunnen verschillende methoden worden gebruikt (Kroenke et al., 2000). Zo kennen we het gebruik van beoordelingsinstrumenten, bijvoorbeeld Hamiltons Rating Scale for Depression (HRS) Zitman et al., 1989). Verder zijn er vragenlijsten ontwikkeld die door de bevraagde zelf moeten ingevuld worden, zoals Zungs Selfrating Depression Scale (SDS) (Mook et al., 1990) en Becks Depression Inventory (BDI). Deze laatste zelfbeoordelvragenlijst voor depressie hebben we gebruikt om in ons onderzoek die groep van werklozen te identificeren die sterk negatieve gedachten hebben. We hebben de verkorte versie gebruikt (Beck en Beck, 1972).

Becks Depression Inventory is een lijst met symptomen, die niet echt gebruikt kan worden voor classificatie, maar eerder voor het identificeren van “high risk” personen. De psychometrische eigenschappen van de BDI zijn goed. De wijze van instructie impliceert een toestandmeting voor depressie.

Depressie wordt gekarakteriseerd door allerlei symptomen zoals een depressieve stemming, gevoelens van waardeloosheid, apathie, slaapstoornissen en gebrek aan eetlust. De oorspronkelijke meetpretentie van de BDI is het bepalen van de ernst van de depressie.

De BDI vindt haar oorsprong in de cognitieve theorie van de Amerikaanse psychiater Beck. In zijn theorie staan cognitieve of denkactiviteiten centraal.

Volgens Beck komen interpretaties tot stand door cognitieve structuren of schema's die de binnenkomende informatie behandelen (zie ook Williams et al., 1994).

Schema's zijn mentale plannen die dienen als richtlijnen voor het handelen, interpreteren en oplossen van problemen.

Kenmerkend voor schema's is dat ze automatisch worden opgeroepen en dat ze evengoed functioneel als disfunctioneel kunnen zijn. Eenmaal ontstaan, kunnen schema's moeilijk veranderd worden. Schema's zijn noodzakelijk om greep te krijgen op de werkelijkheid, maar sommige schema's zijn daarin contraproductief.

Een voorbeeld van een contraproductief schema is een depressief schema.

Subjectieve reïntegreerbaarheid

In ons onderzoek hebben we de vraag gesteld welke gedachten opgeroepen worden door trajectbegeleiding. Daarbij hebben we ons specifiek gericht op de kansen die de cliënt door trajectbegeleiding construeert als hij of zij denkt aan trajectbegeleiding.

Bij deze kansen gaat het bijvoorbeeld om het krijgen van werk, een betere opleiding, een hoger zelfvertrouwen, meer contacten en dergelijke.

Deze kansen zijn inschattingen die de cliënt maakt in welke mate de eigen positie verbetert door het volgen van het trajectplan, zoals dit gepercipieerd wordt door de begeleiding. Het gaat dus primair om de zogenaamde “subjectieve reïntegreerbaarheid”.

Wanneer trajectbegeleiding opgezet wordt als een vorm van sociale beïnvloeding, dan is het succes van trajectbegeleiding mede afhankelijk van de wijze waarop deze beïnvloeding in psychologische zin vorm krijgt.

In essentie is het de bedoeling dat de cliënt door het volgen van trajectbegeleiding zijn of haar kansen om aan de arbeidsmarkt te participeren hoger inschat dan zonder trajectbegeleiding het geval zou zijn geweest.

Sociale beïnvloeding heeft als eerste insteek om de houding (attitudes) en de kwalificaties van de cliënt te verbeteren.

Dit hebben we gedaan specifiek voor een groep werkloze cliënten met depressieve gevoelens (sterke negatieve gevoelens). De vergelijkingsgroep bestaat uit cliënten met gemiddeld zeer weinig depressieve klachten (oftewel zeer weinig negatieve gevoelens).

- **Basismateriaal van het onderzoek**

Geen positieve effecten van cliënten met negatieve gevoelens in trajectbegeleiding

Ons onderzoek is uitgevoerd in periode juni 1999 – december 1999 en juli 2000 tot juli 2001. We hebben ruim 600 werkzoekenden in trajectbegeleiding bevraagd, geënquêteerd of geïnterviewd, voornamelijk in de provincie Limburg (589) en West-Vlaanderen. In de periode juni 2015 – juli 2016 hebben we opnieuw een doelgroep werkzoekenden in trajectbegeleiding met dezelfde vragenlijst bevraagd en dit enkel in de provincie Limburg (138).

Zowel in 2000 als in 2015 blijkt daarvan volgens de BDI-zelfbeoordelvingsvragenlijst zo’n 6% in 2000 (40 werklozen) en een 15% in 2015 (19 werklozen) sterke tot zeer sterke negatieve gevoelens te hebben. Onze gegevens kunnen niet gegeneerd worden naar de hele populatie van Vlaamse werklozen die trajectbegeleiding volgen, omdat ons onderzoek in te beperkt gebied is gehouden en dit bij een vrij nauw omschreven toestand. Toch vinden we het een verontrustend percentage omdat het in de praktijk zal gaan om een vrij groot aantal werklozen.

We beperken de onderzoeksgroep voor ons onderzoek 2015-2016 tot die 19 cliënten die conform hun totaalscore op de BDI (Becks Depression Inventory) aangeven de hoogst negatieve gevoelens te ervaren. Deze groep hebben we vergeleken met een gematchte vergelijkingsgroep (N = 19). In ons onderzoek van 2000 beperken we de onderzoeksgroep tot die 20 werkloze cliënten uit de groep van 40 die conform hun totaalscore op de BDI (Becks Depression Inventory) aangaven de hoogst negatieve gevoelens te ervaren. We hadden dus uit de 6% (40 werklozen) opnieuw degenen met de hoogste scores gehaald. Deze groep hebben we vergeleken met een gematchte vergelijkingsgroep (N = 80).

Gematcht (zowel voor ons onderzoek in 2000 als ons onderzoek in 2015-2016) wil zeggen dat de vergelijkingsgroep op zoveel mogelijk punten dezelfde kenmerken bevat als de onderzoeksgroep. Deze gematchte vergelijkingsgroep telt dan verhoudingsgewijs evenveel cliënten die dezelfde risicofactoren cumuleren (geslacht, scholingsgraad, nationaliteit, opleidingsduur, werkloosheidsduur), de trajectorganisaties (VDAB, GTB, andere, ...) zijn pro rato vertegenwoordigd en de cliënten volgen soortgelijke trajecten (directe bemiddeling – intensievere trajecten).

Ons onderzoek bevestigt de verschillen tussen beide groepen. In ons onderzoek van 2000 levert de moderator negatieve gevoelens als persoonskenmerk een significante correlatie op ($r = -0,33$, $N = 100$; $P < .01$). Als we naar de gemiddelde kans gingen zien, dan had de groep met de hoogste negatieve gevoelens ($M = 42,15$; $SD = 9,87$) een gemiddeld lagere kans op positieverbetering door trajectbegeleiding en dit ten opzichte van de vergelijkingsgroep ($M = 47,15$; $SD = 6,28$) (Ramaekers, 2003).

Ons (her)onderzoek in 2015-2016 leverde voor hetzelfde persoonskenmerk eveneens een significante correlatie op ($r = -0,42$; $N = 38$; $P < .01$). De groep met de hoogste negatieve gevoelens ($M = 34,16$; $SD = 9,53$) had ook hier een gemiddeld lagere kans op positieverbetering door trajectbegeleiding en dit ten opzichte van de vergelijkingsgroep ($M = 49,98$; $SD = 3,669$) (Ramaekers, 2016).

Ons (her)onderzoek bevestigt de verschillen tussen beide groepen. We stellen vier factoren vast waarin de cliënten in trajectbegeleiding met psychische klachten (de onderzoeksgroep) zich duidelijk onderscheiden van de groep werklozen zonder depressies (de gematchte vergelijkingsgroep).

Deze zijn als volgt te benoemen: geringe motivatie en meer somatische klachten, groter schuldgevoel en negatiever zelfbeeld, meer remmingen, meer mislukkingen en wisselende stemmingen.

We constateren ook dat trajectbegeleiding veel minder effect heeft op de onderzoeksgroep dan op de gematchte vergelijkingsgroep.

Depressieve cliënten zien minder kansen op aangepast werk, op een verbetering van zijn (haar) situatie, op het leren van beroepsvaardigheden, op het feit of voldoende rekening wordt gehouden met de persoonlijke wensen of voorkeuren, of voldoende rekening wordt gehouden met zijn (haar) persoonlijke omstandigheden.

We moeten dus op grond van onze cijfers concluderen dat trajectbegeleiding, zoals deze thans wordt uitgevoerd, veel minder goed werkt bij cliënten met depressieve klachten, dan bij vergelijkbare anderen zonder deze klachten.

Men zou dus gemakkelijk de conclusie kunnen trekken dat trajectbegeleiding niet werkt bij werklozen met depressieve klachten en dus niet zinvol is.

Op zich lijkt deze conclusie juist en daarmee zou ook het antwoord op de vraag uit de titel van dit artikel "of trajectbegeleiding een werkzaam medicijn is?" negatief moeten beantwoord worden, ware het niet dat we tegelijkertijd hebben geconstateerd dat binnen de groep van deze depressieve werklozen eveneens verschillen zijn.

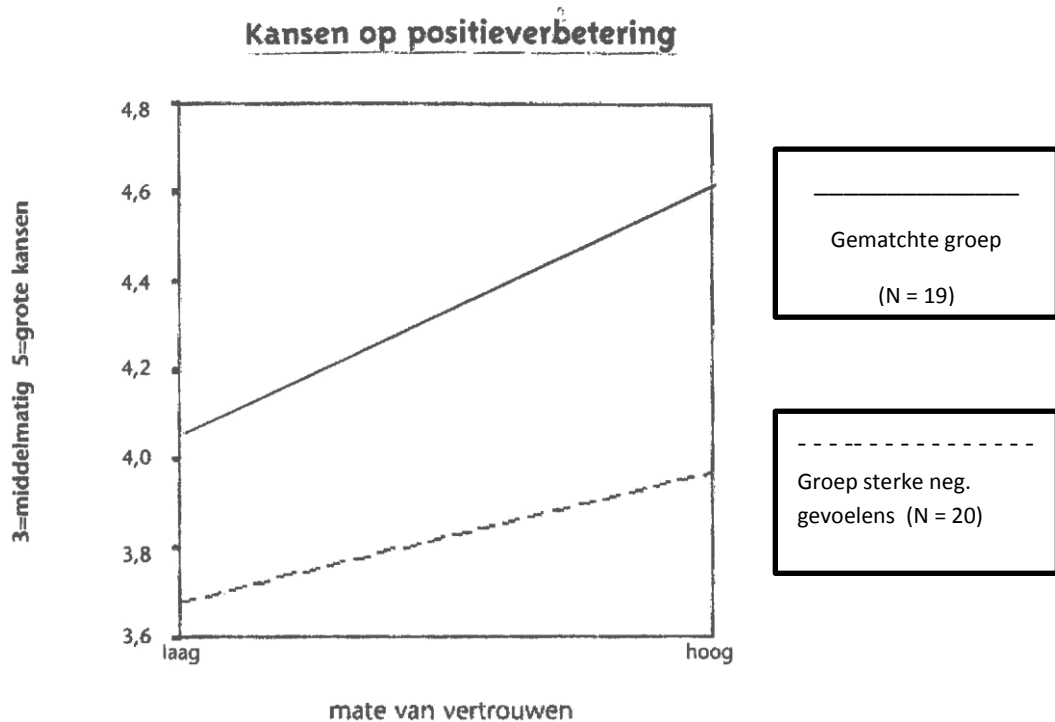
Bij sommigen werkt de trajectbegeleiding beter dan bij anderen. Waardoor dat komt, hebben we nader onderzocht, en de resultaten van dit deel van ons onderzoek geven enkele voorzichtige aanknopingspunten voor beleid. Deze aandachtspunten hebben betrekking op de relatie tussen werkloze en trajectbegeleiding en op de relatie tussen werkloze en trajectorganisatie.

- **Relatie werkloze - trajectbegeleider**

Vertrouwensbasis en inspraak

Werklozen met depressieve klachten hebben over het geheel genomen minder vertrouwen in trajectbegeleiding dan de vergelijkgroep. Er zijn echter depressieve werklozen in de onderzoeksgroep die dit vertrouwen wel hebben.

Uit ons onderzoek blijkt dit juist bij die werklozen uit de onderzoeksgroep die dit vertrouwen hebben, trajectbegeleiding een even positief effect heeft als bij de werklozen uit de vergelijkgroep. Meer vertrouwen in trajectbegeleiding doet kennelijk de positieve kansen op positieverbetering toenemen.



Figuur 1: De relatie tussen de mate van vertrouwen (laag – hoog) en de waargenomen kansen op positieverbetering voor cliënten met sterke negatieve gevoelens (N = 20) en de gematchte groep (N = 19)

Vertrouwen zien we als een verwachting dat de werkloze niet bezorgd hoeft te zijn dat de begeleider een opportunistische houding aanneemt.

Vertrouwen is het aanvaarden van kwetsbaarheid op grond van verwachtingen die de werkloze heeft over de intenties of het gedrag van de trajectbegeleider. Waar vertrouwen is, verwacht de werkloze dat de ander geen voordeel zal proberen te halen uit mogelijke zwakheden.

Met name de werkloze met depressieve gevoelens is uiterst kwetsbaar en vindt in veel gebeurtenissen redenen om af te haken.

Alleen als er wederzijds vertrouwen, geloof in wederzijds talent is, ontstaat de mogelijkheid om een actieve medewerking van betrokkene aan trajectbegeleidingsactiviteiten te verkrijgen. Een sanctiebeleid kan afbreuk doen aan het scheppen van vertrouwen.

De wijze waarop het gesprek tussen werkloze en trajectbegeleider plaatsvindt is steeds cruciaal. Vertrouwen wordt mee opgebouwd uit verbale en niet-verbale communicatie-episodes.

In ons onderzoek blijkt dat op de persoon gerichte inspraak in het trajectplan of bij de trajectbegeleiding de subjectieve kansen op positieverbetering aanmerkelijk verhoogt. Inspraak verwijst naar de geboden gelegenheid om, los van het uitoefenen van invloed, aanhoord te worden, en bijvoorbeeld gevoelens te kunnen uiten in een omgeving die vertrouwen biedt. Deze vorm van interactie vraagt veel energie, tijd en geduld van de begeleider, omdat juist werklozen met negatieve gedachten steeds weer geleid moeten worden naar het lage realiteitsgehalte van de eigen gedachten en steeds gemotiveerd moeten blijven om deze gedachten te toetsen aan de realiteit.

Zelfcompetentie

Werklozen met depressieve klachten hebben een beduidend lagere waargenomen zelfcompetentie ten opzichte van onze vergelijkingsgroep.

Zelfcompetentie is een concept uit de sociale cognitieve theorie.

Waargenomen zelfcompetentie (Bandura, 1977) gaat over het oordeel dat iemand heeft over de eigen capaciteiten en betreft dus niet de werkelijke (objectieve) capaciteiten. Het oordeel over de eigen competentie is situatieafhankelijk en wordt doorgaans niet gezien als een vaststaand persoonlijkheidskenmerk.

Cliënten met een lage zelfcompetentie moeten primair een haalbaar traject aangeboden krijgen waarbij regelmatig de voortgang geëvalueerd wordt, zodat voortgebouwd kan worden op kleine successen. Voor de trajectbegeleider is het niet gemakkelijk om zich te richten op de onderliggende dimensies van zelfcompetentie, en met name om cliënten met depressieve gevoelens steeds kleine inspanningen te laten leveren, initiatief te leren nemen, te volharden en door te zetten. Vervolgens moet hij of zij het gedrag versterken.

Belangrijk is een stapsgewijze aanpak. Goede voorbeelden vinden we in de werkschriftjes van GTB (gespecialiseerde trajectbegeleiding) (zie ook www.gtb-vlaanderen.be).

De waargenomen kansen nemen sterk af als de werkloze de eigen relatieve positie als ongunstig inschat en dus als een achterstandspositie ervaart.

Veel cliënten met depressieve klachten, zeker als ze hun positie vergelijken met andere werklozen of met wat ze zelf willen, zullen voor zichzelf inschatten dat ze minder welzijn hebben, minder gezondheid tonen, hun maatschappelijke positie ontoereikend vinden en meer sociale en persoonlijke beperkingen zien.

Uit een onderzoek van Brenninkmeyer & Buunk (1998) blijkt dat de negatieve gevoelens van depressieve mensen sterker werden, wanneer de persoon waarmee ze zich vergeleken, zich had ingespannen om beter te worden. Het is dus ook van belang dat de trajectbegeleider voorzichtig is met de sociale vergelijkingsinformatie die hij of zij van de werkloze geeft.

Vergelijking met anderen, die het beter doen, dragen bij aan self-defeating attributie. Deze attributies zijn het tegengestelde van de zogenaamde self-serving attributies die betrekking hebben op de geneigdheid om de positieve resultaten aan interne oorzaken (zichzelf) toe te schrijven en de negatieve resultaten aan externe oorzaken (anderen en toeval). Bij de self-defeating attributies schrijven mensen negatieve resultaten toe aan stabiele interne oorzaken zoals de eigen (on)bekwaamheid of persoonlijkheidstrekken en schrijven ze positieve resultaten toe aan tijdelijke, externe oorzaken zoals toeval. Het gevolg is dat zulke mensen het gevoel hebben weinig of geen controle te hebben over wat hen overkomt. Het is dus weinig verrassend wanneer zij negatieve gevoelens ontwikkelen en geen gedrag stellen of kansen zien die leiden tot constructieve voorstellen om de eigen arbeidsmarktpositie te verbeteren.

Ook de zelfregulering (Higgins, 1997) geeft zeker als concept een ondersteuning d.m.v. de "theorie van reguleringsfocus" waarin we twee fundamenteel verschillende vormen van zelfregulering onderkennen.

Onze motivatie en de manier waarop we ons gedrag sturen varieert, afhankelijk van de behoeften waarin we willen voorzien.

De eerste set behoeften zijn veiligheid en risicovermindering. De tweede bestaat uit onze behoefte aan groei en ontwikkeling. Higgins (1997) stelde dat elke groep behoeften op een andere manier wordt gereguleerd: hij sprak van respectievelijk preventiefocus en promotiefocus. Bij preventiefocus draait het om het vermijden van negatieve effecten en bij promotiefocus draait het om het bereiken van positieve effecten – het streven naar doelen die van belang zijn voor ons.

In een meta-analyse werd het verband bevestigd tussen de reguleringsfocus en prestaties (Lanaj e.a., 2012). Sommige cliënten met negatieve gevoelens kunnen misschien in ons onderzoek, eerder voor risicovermindering kiezen (continuering van hun huidige toestand met behoud van vervangingsinkomen) en daardoor minder kansen percipiëren en dit in tegenstelling tot degene die eerder behoefte hebben aan de promotiefocus en daardoor eerder opportuniteiten naar werk zien.

De theorie van Beck gaat ervan uit dat de kwetsbaarheid ontstaat door een probleem in het denken.

Mensen met negatieve gevoelens misinterpreteren bepaalde gebeurtenissen of plaatsen gebeurtenissen onbewust in voor hen nadelige schema's. Zij worden daardoor pessimistisch over hun toekomst en daarmee over hun kansen. De begeleiding is er onder meer om te zorgen dat deze mensen hun attributies leren kennen en zo mogelijk veranderen, dat zij zichzelf verantwoordelijk voelen voor succesvolle resultaten, dat ze stoppen om zichzelf de schuld te geven van negatieve resultaten en om bepaalde mislukkingen te zien als het resultaat van externe factoren (Bandura, 1997) en om eerder te werken aan zelfvertrouwen om specifieke prestaties te kunnen leveren.

Trajectbegeleiding voor depressieve werklozen zou elementen moeten bevatten die ontleend zijn aan de begeleiding.

Uitgebreide trajecten

Trajectbegeleiding boekt bij cliënten met depressieve klachten het meeste vooruitgang als men een uitgebreid traject aanbiedt waarbij een combinatie van hulpverlening en begeleiding de voorkeur verdient. Beperkte trajecten zijn af te raden. Bij de begeleiding van depressieve werklozen dient men extra aandacht te besteden aan de intake. Er dient bij voorkeur aangeboden te worden vooraleer men direct in contact komt met het “harde werk”. Mogelijkheden zijn leerwerkprojecten, stages in het bedrijf of op een interne werkvloer, basisvorming, zelfredzaamheidstrainingen en dergelijke.

- **Relatie werkloze – trajectorganisatie**

In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat de waargenomen arbeidsmarktkansen afnemen als de werkloze zich niet fair behandeld voelt. Dit is een hard gegeven uit ons onderzoek. Werklozen met depressieve klachten blijken hun behandeling doorgaans als minder fair te beschouwen ten opzichte van de vergelijkingsgroep.

Waar procedures als niet fair worden beleefd, zal de werkloze niet in staat zijn om zijn (of haar) situatie te beheersen.

Hij (of zij) weet dan niet welke houding tegenover de trajectgebeurtenissen moet worden aangenomen. Door te handelen verandert de relatie tussen de werkloze en de omgeving.

Als de werkloze informatie ontvangt die niet verwacht wordt of als hij niet fair wordt beoordeeld, kan hij zijn (of zij haar) positie niet bepalen en is hij (of zij) onzeker over de effectiviteit van het eigen gedrag en de gevolgen ervan.

Dit geldt zeker voor depressieve werklozen. Bij deze groep moet extra gelet worden op de zorgvuldigheid van de benadering en de rechtvaardigheid van de procedures. Rechtvaardige procedures (cfr. model Leventhal, 1980) worden gedefinieerd als consistent (gelijke kansen voor iedereen), accuraat (de informatie is zorgvuldig en juist), corrigeerbaarheid (klachten worden zorgvuldig behandeld), representatief (rekening houden met de levenshouding). Lind en Tyler (1988) brengen in dit verband naar voren dat faire procedures negatieve uitkomsten beter verteerbaar maken.

Het advies ligt hier voor de hand, maar kan in de praktijk van de trajectorganisatie stuiten op talloze problemen, die te maken hebben met interne procedures en ingesloten werkwijzen. Van belang is dat trajectprocedures steeds worden bekeken op de juistheid en eerlijkheid van de procedures. Sommige trajectorganisaties zijn hierin verder gevorderd dan andere (Ramaekers, 2003).

- **Conclusie**

We constateren dat trajectbegeleiding in zijn algemeenheid niet goed werkt bij de groep werklozen met sterk negatieve gedachten.

Tegelijk constateren we dat binnen de groep variatie zit. Bij sommigen helpt deze begeleiding wat beter dan bij anderen en zijn er meer positieve resultaten te behalen.

Trajectbegeleiding geeft het relatief beste resultaat als zowel van de kant van de trajectbegeleider als van de kant van de trajectorganisatie bepaalde weldoordachte acties worden ondernomen. De zwaarste last ligt op de schouder van de trajectbegeleider.

Van hem of van haar wordt verwacht dat er een blijvende vertrouwensbasis tot stand komt, dat het beeld van de zelfcompetentie van de werkloze wordt verbeterd (door hem of haar de eigen attributies te laten zien en te leren deze te problematiseren en te veranderen) en dat voorzichtig moet omgegaan worden met sociale vergelijkingsinformatie.

Van de trajectorganisatie wordt verwacht dat deze haar administratieve en operationele procedures doorlicht op ervaren consistentie, accuraatheid, corrigeerbaarheid, representativiteit en eerlijkheid.

We komen nu terug op de vraag die in de titel is gesteld: Is trajectbegeleiding een werkzaam medicijn voor werklozen met depressieve gevoelens?

Het antwoord luidt dat dit het geval kan zijn, mits dit medicijn in een specifieke vorm wordt toegediend. Dit wil zeggen rekening houdend met de psychologische ingewikkelde relatie tussen werkloze, trajectbegeleider en trajectorganisatie.

Bibliografie

- Abramson, L.Y., Alloy, L.B., Hankin, B.L., Haefel, G.J., MacCoon, D.G., & Gibb, B.E. (2002). In Gotlib, I.H., & Hammen, C.L. (Ed.), *Handboek of depression* (pp. 268-294). New York: Guilford Press.
- Adams, R. (2008). *Empowerment, participation and social work*. New York. Palgrave Macmillan, 2008.
- Alloy, L.B., & Abramson, L.Y. (1988). Depressive realism: Four theoretical perspectives. In L.B. Alloy (Ed.), *Cognitive processes in depression* (pp. 223-265). New York: Guilford Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercises of control*. USA: Freeman and Company.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Quarterly*, 1, 5-37.
- Beck, A.T., & Beck, R.W. (1972). A rapid technique for screening depressed patients in general practice. In: *Postgraduate Medicine*, 52, 81-85.
- Brenninkmeyer, V., & Buunk, B.P. (1998). Opwaartse sociale vergelijking en depressie. In: W. Otten, R.M. Meertens, R. Vermunt, J.B.F. de Wit (Red.). *Sociale psychologie en haar toepassingen. Deel 12*. Delft: Eburon.
- Bundervoet, J. (1997). Trajectbegeleiding: Het debat wordt vervolgd, de praktijk op de proef gesteld. In: *Trajectbegeleiding*, 71-80. ESF.
- Deleeck, H. (2000). *De (nieuwe) architectuur van de welvaartsstaat*. Leuven: Acco.
- Dooley, D., & Prause, J.A. (1995). 'Effect of unemployment on school leavers' self-system. In: *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 68, 177-192.
- Gemar, M.C., Segal, Z.V., Sagrati, S., & Kennedy, S.J. (2001). Mood-induced changes on the Implicit Association Test in recovered depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 282-289.
- Green, L.W., & Kreuter, M.W. (1999). *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. Mayfiel: Mountain View, CA.
- Grumbkow, J. von, & Ramaekers, E. (1993). Trajectbegeleiding: faire procedures en kansen op positieverbetering. In: *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, 24, 229, 23-34.
- Grumbkow, J. von, & Ramaekers, E. (2002). Verbeterd arbeidstrajectbegeleiding de kansen van werklozen? De invloed van fairness, inspraak en vertrouwen op kanspercepties. In: *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 737-770.
- Haaga, D.A.F., Ernst, D., & Dyck, M.J. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, 110, 215-236.
- Higgins, E.T. (1997). 'Beyond Pleasure and Pain'. *American Psychologist* 52, nr. 12 (december 1997), 1280-1300.
- Knaeps, J. (2015). *Arbeidsreïntegratie. Personen met psychische problemen, arbeidstrajectbegeleiders en hulpverleners*. Niet gepubliceerd doctoraat. KUL-Leuven.
- Kovacs M., & Beck, A.T. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *American Journal of Psychiatry*, 135, 525-533.
- Kroenke, Y., Taylor-Vaisey, A., Dietrich, A.J., & Owman, T.E. (2000). Interventions to improve provider diagnosis and treatment of mental disorders in primary care. A critical review of the literature. In: *National Monitor Geestelijke Gezondheid*, 83-115.
- Lanoj, K., Chang, C.H., & Johnson, R.E. (2012). 'Regulatory Focus and Work-Related Outcomes: A review and meta-analysis', *Psychological Bulletin* 138, nr. 5 (september 2012), 998-1034.

- Leventhal, G.S. (1980). What should be done with equity theory? New approaches to the study of fairness in social relationships. In: K. Gergen, M. Greenberg, & R. Willis (eds.). *Social exchange: advances in theory and research*, 27-55. New York: Plenum.
- Lind, E.A., & Tyler, T.R. (1988). *The social psychology of procedural justice*. New York: Plenum.
- Luteijn, F. (1983). Diagnostiek van depressie. In: R. Beer, & H.S.F. Mulders (red.). *Psychologische benaderingswijzen van depressie*. Lisse: NIP en Swets & Zeitlinger.
- Miranda, J., & Persons, J.B. (1988). Dysfunctional attitudes are mood-state dependent. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 76-79.
- Miranda, J., Gross, J.J., Persons, J.B., & Hohn, J. (1998). Mood matters: Negative mood induction activates dysfunctional attitudes in women vulnerable to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 363-376.
- Mook, J., Kleijn, Wehr, & Ploeg, H.M. van der (1990). Een herziene Nederlandse versie van de Zung-schaal als maat voor dispositionele depressie. In: *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 32 (4), 253-263.
- Persons, J.B., & Miranda, J. (1992). Cognitive theories of vulnerability to depression: Reconciling negative evidence. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 458-502.
- Ramaekers, E. (2003). Trajectbegeleiding: waargenomen kansen. Een onderzoek onder werklozen, werkgevers en begeleiders in Belgisch-Limburg. *Doctoraatsthesis*. Heerlen: Open Universiteit Nederland.
- Ridder, D. de (1991). *De klinische rationaliteit*. Utrecht NCGV.
- Roberts, J.E., & Kassel, J.D. (1996). Mood state dependence in cognitive vulnerability to depression: The roles of positive and negative affect. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 1-12.
- Schaufeli, W. & Bakker, A. (2013). Burn-out en bevlogenheid. In W. Schaufeli & A. Bakker (red.), *De psychologie van arbeid en gezondheid* (3^{de} herziene druk)(pp. 305-322). Houten: Bohn, Stafleu en Van Laghum.
- Teasdale, J.D. (1983). Negative thinking in depression: Cause, effect, or reciprocal relationship? *Advances in Behavior Research and Therapy*, 5, 3-25.
- Teasdale, J.D. (1988). Cognitive vulnerability to depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274.
- Teasdale, J.D., & Dent, J. (1987). Cognitive vulnerability to depression: An investigation of two hypotheses. *Journal of Clinical Psychology*, 26, 113-126.
- Vinokur, A.D., Price, R.H., & Caplan, R.D. (1991). From field experiments to program implementation: Assessing the potential outcomes of an experimental intervention program for unemployed persons. In: *American Journal of Community Psychology*, 19, 543-562.
- Williams, J.M.G., Watts, F.N., MacLeod, C. & Mathews, A. (1994). *Cognitive psychology and emotional disorders*. Chichester: Wiley.
- Zitman, F.G., Griez, E.J.L., Hooijer, C. (1989). Standaardisering depressievragenlijsten: In: *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 31, 114-123.