

Mentaliseren in de kindertherapie

Leidraad voor de praktijk

Derde, geheel herziene editie

Annelies Verheugt-Pleiter
Jolien Zevalkink



UITGEVERIJ NIEUWEZIJD'S

Oorspronkelijke titel: *Mentalizing in Child Therapy. Guidelines for Clinical Practitioners. 2nd edition*. Routledge, een imprint van Taylor & Francis Group, Londen, 2021.

De Nederlandstalige eerste (2005) en tweede editie (2010) zijn verschenen bij Koninklijke Van Gorcum.

Uitgegeven door: Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam

Zetwerk: Holland Graphics, Amsterdam

Omslag: Buro Blikgoed, Haarlem

© Annelies Verheugt-Pleiter en Jolien Zevalkink, 2022

All rights reserved. Authorised translation from the English language edition published by Routledge, a member of the Taylor & Francis Group

© Nederlandse vertaling, Uitgeverij Nieuwezijds, 2022

ISBN 978 90 5712 578 2

NUR 777

www.nieuwezijds.nl



Bij de productie van dit boek is gebruikgemaakt van papier dat het keurmerk van de Forest Stewardship Council (FSC) mag dragen. Bij dit papier is het zeker dat de productie niet tot bosvernietiging heeft geleid.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, geluidsband, elektronisch of op welke andere wijze ook en evenmin in een retrieval system worden opgeslagen zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Hoewel dit boek met veel zorg is samengesteld, aanvaarden schrijver(s) noch uitgever enige aansprakelijkheid voor schade ontstaan door eventuele fouten en/of onvolkomenheden in dit boek.

Inhoudsopgave

DANKWOORD	11
1 EEN INLEIDING TOT DE DERDE EDITIE <i>Annelies Verheugt-Pleiter & Jolien Zevalkink</i>	13
2 THEORETISCHE ACHTERGROND <i>Jolien Zevalkink</i>	21
Inleiding	21
De ontwikkeling van mentaliseren bij kinderen	21
<i>Ontwikkelingsfasen</i>	22
<i>Het ontwikkelen van herkenbare, mentale modellen van zelf-anderrelaties</i>	27
<i>Zelforganisatie en coherentie</i>	30
<i>Het concept mentaliseren</i>	31
Het gebruik van gemarkeerdheid door ouders: aandachtsregulatie als een ontwikkelingsproces	33
Problemen met mentaliseren: verschillende ontwikkelingspaden naar integratie?	36
<i>Problemen met mentaliseren bij kinderen</i>	38
<i>Problemen met mentaliseren bij opvoeders</i>	40
<i>Mentaliseren bij therapeuten</i>	41
Tot besluit	42
3 DOELGROEP EN DIAGNOSTIEK <i>Jolien Zevalkink</i>	43
Doelgroep	43
<i>Inleiding</i>	43
<i>Theoretische beschrijving van de doelgroep</i>	43
<i>Psychiatrische beschrijving van de doelgroep</i>	48

Diagnostische fase	51
Inleiding	51
Ongestructureerde diagnostiek van problemen met mentaliseren	52
Gestructureerde diagnostiek van problemen met mentaliseren	56
Tot besluit	65
 4 BEHANDELSTRATEGIE	
Annelies Verheugt-Pleiter	67
Doelen van op mentaliseren gebaseerde kindtherapie	67
Achtergronden	70
Behandeling met een open einde: waarom?	73
Kader van de behandeling	75
Structuur van de therapie	75
Integratie van de perspectieven van de volwassenen rond het kind	78
Mentaliseren van de therapeut	79
De therapeut als ontwikkelingsobject	82
De therapeutische houding	83
Tot besluit	96
 5 OBSERVATIEMETHODE	
Jolien Zevalkink	99
Inleiding	99
Lessen over observatievaardigheden tijdens de behandeling	100
Identificeren van interventietechnieken: een korte voorgeschiedenis	102
Procedures voor de observatie van interventies in MBTK	103
Kiezen van de eenheid van observatie	103
Selectie van geschikte kandidaten voor de behandeling	104
Afspraken tussen therapeuten voorafgaand aan de dataverzameling	105
Reacties van kinderen op de observator en het maken van video-opnames	106
Systematisch verzamelen van de observaties	109
Tot besluit	115
 6 INTERVENTIETECHNIEKEN: AANDACHTSREGULATIE	
Annelies Verheugt-Pleiter	117
Inleiding	117
Technieken om de aandachtsregulatie te verbeteren	120
1. Het regulatieprofiel van het kind accepteren en afstemmen op hetzelfde niveau	122
Aandacht voor de inhoud van spel of bezigheid/aanbrengen van structuur in spel of verhaal	124
Benoemen/beschrijven van lichamelijke toestanden	125

<i>Benoemen/beschrijven van gedrag gericht op het benoemen van mentale inhoud (cognities en gevoelens)</i>	127
<i>Benoemen/beschrijven van angst en je bedreigd voelen</i>	128
<i>Benoemen/beschrijven van een toestand van vijandigheid</i>	128
2. Werken aan het maken van contact	130
<i>Contact onderhouden en continuïteit aanbrengen in het contact</i>	131
<i>Creëren van een veilige omgeving</i>	132
<i>Benoemen/beschrijven van interacties</i>	133
3. Werken aan de basis voor intentioneel gedrag	134
<i>Visueel en/of in gebaren meebewegen met activiteiten van het kind</i>	135
4. Valideren van preverbaal interacties door de eigen stijl van het kind serieus te nemen	137
<i>Aandacht richten op het beschrijven van gedrag</i>	138
<i>Focussen op de kwaliteiten van het kind</i>	139
Tot besluit	140
 7 INTERVENTIETECHNIEKEN: AFFECTREGULATIE	
<i>Annelies Verheugt-Pleiter</i>	141
Inleiding	141
1. Spelen binnen grenzen	143
<i>Introductie van fantasie om spelen te faciliteren</i>	144
<i>Grenzen stellen</i>	145
<i>Zich invoegen in het alsof-spel</i>	147
2. Realiteitswaarde geven aan affecttoestanden door impliciet en expliciet valideren	148
<i>Realiteitswaarde geven aan de affecttoestand van een speelfiguur</i>	148
<i>De affecttoestand van het kind verhelderen en contextualiseren</i>	150
Tot besluit	154
 8 INTERVENTIETECHNIEKEN: MENTALISEREN	
<i>Annelies Verheugt-Pleiter</i>	157
Inleiding	157
1. Exploreren van mentale inhoud	158
<i>Becommentariëren van mentale inhouden tijdens het spel</i>	159
<i>Bespreken van gedachten en gevoelens met betrekking tot gehechtheidsfiguren</i>	160
<i>Exploreren van mentale inhoud van het kind</i>	161
<i>Actief toevoegen van een alternatief perspectief</i>	162
2. Exploreren van mentale processen achter het gedrag	164
<i>Becommentariëren van mentale processen van het kind</i>	164
<i>Verbalisatie van wens en/of intentie op een alsof-manier</i>	166
<i>Verbalisatie van wens en/of intentie van het kind</i>	167
<i>Verbalisatie van gedachten over het mentale leven van anderen</i>	169

<i>Benadrukken van de eigenheid van de binnenwereld van het kind</i>	169
3. Exploreren van interactieve mentale processen	170
<i>Mentaliseren van de overdracht</i>	171
Tot besluit	173
 9 OP MENTALISEREN GEBASEERDE OUDERTHERAPIE	
<i>Marja J. Rexwinkel & Annelies Verheugt-Pleiter</i>	175
Inleiding	175
Doelgroep	175
<i>Algemene aspecten</i>	177
<i>Ouders met persoonlijkheidsproblemen</i>	180
Het kader voor ouderbehandeling	183
<i>Het creëren van een werkrelatie</i>	184
<i>Het contract</i>	186
<i>Therapeutische houding bij MBTO</i>	190
<i>Een, twee of meer ouders</i>	195
<i>Samenwerking met andere behandelaars</i>	198
<i>Werken in oudergroepen</i>	200
Technieken om ouders te helpen meer te mentaliseren	202
<i>Flexibiliteit</i>	202
<i>Playing with reality</i>	203
<i>Aandachts- en affectregulatietechnieken</i>	204
<i>Mentaliseren</i>	207
Tot besluit	209
 10 BEHANDELPRAKTIJK	
<i>Annelies Verheugt-Pleiter</i>	211
Inleiding	211
De eerste gesprekken	211
<i>Gesprekken met kind en ouders apart</i>	214
<i>De feedback- en contractfase: beslissingen over het behandelplan</i>	216
De setting	219
<i>Frequentie</i>	219
<i>Therapiekamer, speelgoed</i>	219
<i>Spelen</i>	220
<i>De eerste therapiesessie</i>	220
De beginfase	222
De middenfase	223
<i>Onderbrekingen</i>	225
<i>Evaluatiebijeenkomsten</i>	225
De eindfase	226
Tot besluit	228

11 ONDERZOEKSSTRATEGIE	
<i>Jolien Zevalkink</i>	229
Empirisch onderzoek in de kindertherapie	229
Mogelijke mediators of veranderingsmechanismen in behandelstudies	232
<i>Mediators of veranderingsmechanismen in relatie tot het kind in de behandeling</i>	233
<i>Mediators of veranderingsmechanismen in relatie tot de opvoeder van het kind in behandeling</i>	237
<i>Mediators of veranderingsmechanismen in relatie tot de behandeling en de therapeut</i>	239
Tot besluit	241
 BIJLAGE A VOORBEELDEN VAN PREMENTALISTISCHE MODI IN SPEL	243
BIJLAGE B TECHNIEKEN EN THERAPEUTISCHE HOUDING	247
BIJLAGE C VERKLARENDE WOORDENLIJST	249
LITERATUUR	259
INDEX	279
OVER DE AUTEURS	287

1 Een inleiding tot de derde editie

Annelies Verheugt-Pleiter & Jolien Zevalkink

In dit boek richten we ons op kinderen met complexe psychische problemen en gehechtheidsproblemen, zoals gedesorganiseerde gehechtheid. De natuurlijke ontwikkeling van hun vermogen tot mentaliseren (de *mind* van anderen en zichzelf kunnen lezen en interpreteren) is onderontwikkeld of geremd. Deze remming op het mentaliseren is een manier om de pijn te hanteren van het niet gezien, begrepen of gehoord zijn door belangrijke anderen. Op mentaliseren gebaseerde kindertherapie, afgekort tot MBTK, is een snelgroeiend gebied binnen de kinderpsychotherapie, waarvan de principes ook in andere kortdurende behandelingen van brede psychologische problemen en externaliserend gedrag voor kinderen te vinden zijn (Midgley e.a., 2017; Hoffman e.a., 2016). In Nederland en in Vlaanderen is bijvoorbeeld het kortdurende programma Slappende Honden geïntroduceerd, gebaseerd op The Fairy Tale, ontwikkeld door Greenwald, voor de behandeling van vroegkinderlijk chronisch getraumatiseerde kinderen en adolescenten (Struik, 2020). Wat betreft externaliserende problematiek is een kortdurende training in emotieregulatie ontwikkeld voor kinderen vanaf tien jaar: EuREKA (Verbeken e.a., 2020).

Zoals Fonagy (2017, p. x) in zijn voorwoord bij het boek van Midgley en collega's aangeeft: 'Als leren in het algemeen wordt ondermijnd door diepgaande problemen bij het mentaliseren omdat de bron van kennis niet vanzelfsprekend betrouwbaar is, dan kan een op mentaliseren gebaseerde benadering het meest nuttige en belangrijke zijn dat we kunnen bieden.'

De doelgroep van deze behandeling betreft kinderen die problemen onderkennen met het intuïtief zien van wat zij en anderen met hun acties uitdrukken: kinderen die worden geremd of verstoord in de ontwikkeling van hun vermogen tot mentaliseren en in hun vertrouwen op sociale informatie van relevante anderen. De ouders zijn er niet in geslaagd om het gedrag van hun kinderen betekenis te geven, door het te interpreteren als gemotiveerd door gedachten, gevoelens en intenties. De normale ontwikkeling van het vermogen

tot mentaliseren wordt geremd wanneer kinderen zich niet herkennen in de manier waarop ouders hen zien (*in mind*). Traumatische of onveilige gehechtheid ondermijnt de sociaal-cognitieve ontwikkeling en maakt deze kinderen achterdochtig ten aanzien van sociale kennis die van anderen komt. Omdat er niet op sensitieve wijze aan hun behoeften wordt voldaan, ontwikkelen ze geen goed gevoel van eigenwaarde en staan ze niet open voor het ontvangen van nieuwe informatie. Soms verzetten ze zich actief tegen nieuwe informatie en kunnen ze overkomen als rigide en koppig, wat door therapeuten kan worden omschreven als ‘moeilijk te bereiken’ (Bateman & Fonagy, 2019).

Voor deze kinderen zal een kortdurende behandeling vaak niet genoeg zijn, omdat ze zeer verstoorde gehechtheidsrelaties hebben ervaren. Deze relaties hebben er vaak voor gezorgd dat ze verstrikt zijn geraakt in hun eigen *mind* en anderen zijn gaan wantrouwen, inclusief empathische therapeuten. De ontwikkeling van een nieuwe en veilige gehechtheidsrelatie met de therapeut duurt lang, maar is noodzakelijk voor het kind om open te gaan staan voor ‘leren’ van andere mensen. Wij stellen (zie hoofdstuk 4) dat flexibiliteit in frequentie en duur van de behandeling belangrijk is, vanwege het risico op oververhitting van een verstoord gehechtheidssysteem. Wanneer kinderen het gevoel krijgen dat de therapeut oprecht in hen geïnteresseerd is en echt probeert hun perspectief te begrijpen – wat lang kan duren – zijn ze in staat om epistemisch vertrouwen te ontwikkelen (Fonagy & Allison, 2014). Wanneer kinderen in staat zijn om te vertrouwen op de sociale informatie die door de therapeut wordt gegeven, verbeteren hun communicatieve vaardigheden in relatie tot hun ouders en andere relevante mensen in hun leven. Deze ontwikkeling kan alleen plaatsvinden wanneer de mensen rondom het kind, met name de ouders, eveneens hun mentaliserend potentieel ontwikkelen.

Tijdens het werken met kinderen in MBTK hebben we ervaren dat de ouderbegeleiding (nu aangeduid als oudertherapie) intensiever en anders van aard is vergeleken met bijvoorbeeld reguliere psychodynamische kindtherapie. Dit heeft te maken met de problemen van de ouders. Vaak betreft het mensen wier denken zeer concreet is en die niet goed in staat zijn na te denken over de bedoelingen van hun kinderen. Als het ouders beter lukt om ingewikkelde gezinsinteracties te ontwarren, met de hulp van de oudertherapeut, dan is dit van grote therapeutische waarde. Ze gaan zich competentier voelen en de band met hun kinderen zal verbeteren. Deze ontwikkelingen bij de ouders zijn dan ook van groot belang voor de behandeling van het kind. Als ouders een beter beeld krijgen van de gedachten of bedoelingen van hun kinderen – niet alleen die van het kind dat in therapie is, maar ook van hun andere kinderen en de vrienden van hun kinderen – kunnen ze hun kinderen beter hanteren en coachen. Als de ouders reflectiever worden, is er een grotere kans dat het vermogen tot mentaliseren van hun kinderen verbetert en de communicatie thuis soepeler verloopt.

In dit soort therapie is ‘integratie van therapeuten’ essentieel, waarmee we bedoelen dat het nodig is dat de oudertherapeut, kinderpsychotherapeut en alle andere betrokken hulpverleners samenwerken, zodat ze zich allemaal kunnen richten op een mentaliserend kader. Er ontstaat gemakkelijk wrijving tussen therapeuten die in deze complexe systemen werken. Daarom hebben ze wederzijdse afstemming nodig. Hoe beter de therapeuten geïntegreerd zijn, hoe veiliger het klimaat voor ouders en kinderen.

Er is veel te zeggen voor het gebruik van een gezinsgerichte vorm van een op mentaliseren gebaseerde behandeling (Asen & Midgley, 2019), waarbij ouders en kinderen samenwerken om een beeld te krijgen van elkaars mentale situatie en perspectief krijgen op wat je over een ander te weten kunt komen. Vooral als er nog geen eerdere behandeling geweest is, geniet een gezinsgerichte vorm de voorkeur en kan hiermee soms voldoende resultaat behaald worden. Echter, als al verschillende behandelingen geprobeerd zijn en er veel lijden is in het gezin, is het beter om afzonderlijk met kinderen en ouders te werken, omdat dit de therapeuten in staat stelt om zich te concentreren op het opbouwen van het zelfgevoel van beide partijen. Vaak zijn dit kinderen en ouders met een negatief zelfbeeld, die een exclusieve relatie met een therapeut nodig hebben om zich echt begrepen te voelen. Alleen dan zal het veilig genoeg worden om te mentaliseren over de relatie tussen henzelf en anderen.

Het eigen niveau van stress of spanning (*arousal*) medieert – zowel voor kinderen als ouders – het vermogen tot mentaliseren, wat betekent dat hun vermogen tot mentaliseren vermindert zodra hun spanningsniveau gehechtheidsgedrag activeert. Gehechtheid en mentaliseren kunnen in feite antagonistisch functioneren (Fonagy & Target, 2008). Het gehechtheidstrauma in het bijzonder hyperactiveert het gehechtheidssysteem, omdat de persoon bij wie het kind geruststelling en bescherming zoekt degene is die angst en spanning veroorzaakt (Main & Hesse, 1990). Van gehechtheidstrauma is bewezen dat het leidt tot een snelle afbraak van het vermogen tot mentaliseren (Fonagy & Target, 2008, p. 39) en tot epistemische waakzaamheid (Fonagy & Bateman, 2019, p. 17). Het is daarom belangrijk dat de therapeut in een therapie waarin zich een gehechtheidsrelatie ontwikkelt, aandacht heeft voor de mate waarin het gehechtheidssysteem geactiveerd is. Wanneer het activatieniveau te laag is, is er geen beweging of verandering; wanneer het te hoog is, remt de bijbehorende stress het vermogen tot mentaliseren. In het laatste geval is het verminderen van de stress noodzakelijk om mentaliseren weer mogelijk te maken. Het is niet verwonderlijk dat ensceneringen van relationele patronen van misbruik uit het verleden slechts geleidelijk verschuiven naar mentaliserende interacties en gevoelens van controle over de eigen reacties (Knox, 2016).

We hebben deze handleiding ontwikkeld voor de behandeling van kinderen tussen vier en twaalf jaar en hun ouders. We richten ons voornamelijk op deze

leeftijdsgroep om twee belangrijke redenen. Ten eerste is het een periode waarin intensieve behandeling de ontwikkeling van nog ernstigere psychopathologie in de adolescentie of levensloopstoornissen zou kunnen voorkomen (bijv. Costello & Maughan, 2015; Sharp & Tackett, 2014). Onderzoek laat onder andere zien dat langer durende behandelingen effectief zijn voor kinderen onder de twaalf jaar met ernstige psychopathologie in vergelijking met oudere kinderen (Midgley & Kennedy, 2011) en dat preventieve interventies gericht op kinderen met een verhoogd risico op psychopathologie de ontwikkeling van gedesorganiseerde gehechtheid kunnen voorkomen (Facompré e.a., 2018).

Ten tweede vindt vanaf ongeveer vierjarige leeftijd een grote verandering plaats in gehechtheidsrelaties, in combinatie met de psychologische ontwikkeling van jonge kinderen. Vanaf deze leeftijd ontwikkelen kinderen een basaal vermogen om hun eigen *mind* en die van anderen te lezen, dat wil zeggen om te mentaliseren, tenzij deze ontwikkeling wordt verstoord door ernstige sociale tegenspoed. Allen (2013, p. 26) beschrijft dit als volgt: 'Zo wordt de psychologische verbinding van het grootste belang, en deze verbinding hangt af van open communicatielijnen, die vervolgens gedurende het hele leven van cruciaal belang blijven voor gehechtheidsveiligheid.' Kinderen zijn dan in principe in staat om de doelen en intenties van hun ouders te begrijpen, hun eigen doelen en intenties over te brengen en de verschillen tussen hen te herkennen. Het succes waarmee kinderen in deze periode nieuwe sociale vaardigheden ontwikkelen, hangt tot op zekere hoogte af van de mate waarin zij ondersteuning krijgen om zich enigszins los te maken van de sterke gerichtheid op hun ouders. Dit losmaken stelt hen in staat om de sociale wereld die zich voor hen begint te openen vrij en creatief te verkennen, en speels en met overgave bezig te zijn met het leren van nieuwe vaardigheden en het verzamelen van informatie.

In een veilige gehechtheidsrelatie verloopt de ontwikkeling van het mentaliseren soepel. Maar voor kinderen die seksueel overprikkeld zijn, of onder constante fysieke of emotionele dreiging staan, kan deze verruiming van de sociale wereld beladen zijn met intense angsten die het vrijelijk ontwikkelen van mentaliseren bemoeilijken. Om hun angsten onder controle te krijgen kunnen deze kinderen gebruikmaken van voor hen kenmerkende rigide verdedigingspatronen, waardoor ze bijvoorbeeld schuchter of obsessief lijken (Waddell, 1998). Op deze manier wordt de ontwikkeling van het vermogen tot mentaliseren geremd.

Kinderen die beter begrijpen wat anderen zou kunnen motiveren en die wat empathie kunnen tonen voor hun drijfveren, ontwikkelen meer flexibiliteit in hun denken en zijn beter in staat om te leren van onjuiste beoordelingen. Dit geeft hun een fantastische hulpbron in het sociale leven, in het omgaan met stress en in het opbouwen van een gevoel van eigenwaarde dat kan dienen als richtlijn voor hun handelen. Dit proces kan op bepaalde gebie-

den tot stilstand komen indien kinderen zich niet gezien, gehoord of begrepen voelen in hun primaire gehechtheidsrelatie. In dergelijke situaties wordt de opbouw van een innerlijke wereld beperkt en ontwikkelen kinderen weinig epistemisch vertrouwen, of internaliseren ze een chaotische innerlijke wereld, bijvoorbeeld van een overweldigende agressieve persoon of een afwijzende depressieve persoon. Dit kan leiden tot rigide, controlerend gedrag of tot terugtrekkend, vermijdend gedrag, en tot grote problemen in de communicatie met anderen. Voor kinderen tussen de vier en twaalf jaar en hun ouders is dit een cruciale periode waarin belangrijke veranderingen in de richting van een veiliger ontwikkelingspad nog steeds relatief eenvoudig te bewerkstelligen zijn. Dit om het slopende levenslange traject van psychopathologie te vermijden dat hun wacht als ernstige gehechtheids- en mentaliserings-problemen onbehandeld blijven.

Voordat we een kort overzicht geven van ons project en de structuur van het boek, willen we graag enkele wijzigingen in deze nieuwe druk onder de aandacht brengen. Ook in deze editie streven we ernaar te beantwoorden aan de behoefte aan een gepersonaliseerde en geïntegreerde behandeling die 'stevig van structuur is en flexibel in haar focus' (Fonagy, 2008, p. xxii), om complexe problemen van kinderen en betrokken familieleden op maat aan te pakken. Het gebruik van technieken die het mentaliseren beogen te verbeteren, voegt een extra dimensie toe aan de klinische praktijk en kan de meer relatiegerichte met de competentiegerichte behandelingen van kinderen met complexe problemen integreren. Ons boek volgt tevens de nieuwe, wetenschappelijk onderbouwde trend om transdiagnostische benaderingen gericht op de onderliggende pathologische processen in te zetten bij de aanpak van geestelijke gezondheidsproblemen bij kinderen (Bodden e.a., 2020; Chu e.a., 2016; Fonagy e.a., 2017a).

In deze herziene editie zijn de ontwikkelingen verwerkt die sinds 2008 hebben plaatsgevonden op het gebied van de theorie over mentaliseren, evenals de resultaten uit ontwikkelings- en neurowetenschappelijk onderzoek en onze eigen (klinische) ervaringen met de behandeling en het trainen van therapeuten in deze methode.

Wat zijn de belangrijkste veranderingen ten opzichte van de tweede editie? Allereerst gaan we dieper in op het thema 'aandachtsregulatie' dat nog relevanter is geworden voor het werken met deze leeftijdsgroep. Daniel Siegels (2012) concept van het 'tolerantievenster' (*window of tolerance*) heeft ons klinische werk met kinderen die of erg hoog of erg laag in hun spanning zitten aangescherpt. Aandachtsregulatie vereist dat de therapeut op een speciale manier communiceert, namelijk met *ostensive cues*. Dit is een methode om de aandacht van het kind te richten op het gezamenlijk communiceren over een ander object, een ding of persoon. Bij het werken met kinderen van wie