

*Tijdschrift voor gedragstherapie
en cognitieve therapie*

3

2025

GEDRAGSTHERAPIE

Het tijdschrift *Gedragstherapie* wordt uitgegeven door Uitgeverij Boom in opdracht van Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie, waarin participeren de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie en de Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie. Het tijdschrift verschijnt viermaal per jaar: in maart, juni, september & december

Doelstelling

Tijdschrift *Gedragstherapie* heeft als doelstelling het publiceren van wetenschappelijk onderzoek (inclusief psychometrisch onderzoek), theoretische artikelen, literatuuroverzichten, case-studies en boekbesprekingen op het gebied van cognitieve gedragstherapie.

Redactie

Elske Salemink — *hoofredacteur*

Miriam Lommen — *adjunct-hoofredacteur*

Hermien Elgersma

Arnold van Emmerik

Kristof Hoorelbeke

Margreet Oorschot

Sara Scheveneels

Anouk Vanden Bogaerde

Bart Verkuil

Leentje Vervoort

Janna Vrijssen

Janneke Wolters — *redactiesecretaris*

Redactieraad

dr. Anika Bexkens, prof. dr. Claudi Bockting, prof. dr. Paul Boelen,
prof. dr. Theo K. Bouman, prof. dr. Caroline Braet, dr. Suzanne van Bronswijk,
dr. Vincent van Bruggen, prof. dr. Iris Engelhard, dr. Klaske Glashouwer,
prof. dr. Dirk Hermans, prof. dr. Jan de Houwer, prof. dr. Jos de Keijser,
dr. Rianne de Kleine, em. prof. dr. Kees Korrelboom, prof. dr. Ernst Koster,
prof. dr. Marije van der Lee, prof. dr. Sandra Mulkens, prof. dr. Saskia van der Oord,
dr. Kaya Peerdeman, prof. dr. Rudi De Raedt, prof. dr. Filip Raes, dr. Jeffrey Roelofs,
prof. dr. Agnes Scholing, prof. dr. Christiaan Schotte, prof. dr. Anne Speckens,
prof. dr. Philip Spinhoven, prof. dr. Johan Vlaeyen, dr. Marisol Voncken,
prof. dr. Reinout Wiers, dr. Lidewij Wolters

Redactieadres

Weltevreden 61, 3811 NR Amersfoort
redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl

Website

www.tijdschriftgedragstherapie.nl
tvg.boomtijdschriften.nl

Aanwijzingen voor auteurs

De auteursrichtlijnen vindt u op
www.tijdschriftgedragstherapie.nl.

Lezen

De vakantie is voorbij en het werk is weer begonnen. Mogelijk heb je de afgelopen weken veel gelezen, mogelijk ook niet. Bij mij waren er wel leesplannen (zoals het boek van Jacinda Adern, *De nieuwe macht*, over empathisch leiderschap), maar ik ben er niet aan toegekomen. Wie weet de komende periode, en hopelijk geldt dat ook voor jullie met dit nieuwe nummer van het tijdschrift.

De eerste bijdrage gaat over het beter begrijpen van rumineren, waarbij concepten uit zelfregulatie-, cognitieve en metacognitieve modellen onderzocht worden vanuit een netwerkbenadering door auteurs Kristof Hoorelbeke, Gerly Tamm en Ernst Koster. De tweede bijdrage is een kritische evaluatie van de rol van associaties in betekenisanalyses door Jan De Houwer en Yannick Boddez, waarbij ook alternatieven vanuit de *relational frame theory* worden aangeboden. Mocht je een zetje nodig hebben om dit artikel te gaan lezen, kijk dan in het *VGCT magazine*, waarin een interview met de auteurs staat. En indien angstbehandeling bij een jeugdige met een licht verstandelijke beperking je interesse heeft, lees dan zeker de derde bijdrage waarin Gina Hofman en Roel Kooijmans een studie met een *N=1 single case experimental design* beschrijven.

In een Forumbijdrage bespreekt Martijn Stöfseel verschillende modellen om een holistische theorie of een casusconceptualisatie op te stellen én stelt hij dat een combinatie van efficiëntie, volledigheid en cliëntvriendelijkheid de keuze voor een specifiek model zou moeten bepalen. In een boekbespreking geeft Joop Bosch een weloverwogen reflectie op het boek *Verdragen: Over de hulp helpt-mythe* (2025) van Flip Jan van Oenen, dat eerder stof deed opwaaien. Tot slot komt in de rubriek Voor u gelezen de vraag aan bod of een digitale detox een positief effect heeft. Wat denk je?

En mocht je meer willen lezen en interesse hebben in zingeving bij eetstoornissen, kijk dan online (www.tijdschriftgedragstherapie.nl), waar al een artikel voor het volgende nummer te vinden is. Genoeg te lezen dus, en ik ga dat ook doen.



ELSKE SALEMINK
Hoofdreducteur

Richting een integratief (meta)cognitief perspectief op ruminatie

Een netwerkbenadering

► KRISTOF HOORELBEKE, GERLY TAMM & ERNST H.W. KOSTER

Samenvatting De afgelopen jaren heeft onderzoek naar ruminatie zich gericht op het in kaart brengen van de bijdrage van specifieke psychologische variabelen. Hieruit voortvloeiende behandelingen hanteren vanuit hun theoretische achtergrond doorgaans een eerder enge focus op één of enkele processen. Ons onderzoek probeert tot perspectiefverbreding te komen. Studie 1 (N = 498) combineert hiertoe centrale concepten uit zelfregulatie- en (meta)cognitieve modellen van ruminatie en maakt gebruik van netwerkanalyse, een datagedreven benadering, om tot een meer integratief perspectief op ruminatie te komen. Aan de hand van een replicatiestudie (studie 2) gaan we vervolgens de robuustheid van deze bevindingen na. Onze resultaten wijzen op de bijdrage van onder meer problemen met executieve controle, perfectionisme, verhoogd zelfbewustzijn en zelfmonitoring, verminderde promotiedoelfocus en niet-helpende opvattingen over ruminatie. Samen verklaren deze factoren meer dan 50% van de variantie in ruminatie. We bespreken de implicaties voor theorievorming rond ruminatie, het proces van casusconceptualisatie en de gedragstherapeutische behandeling van ruminatie.

TREFWOORDEN — *ruminatie, netwerkanalyse, metacognitie, cognitie, depressie*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Het is belangrijk om binnen de klinische casusconceptualisatie stil te staan bij de aanwezigheid en ernst van ruminatie en andere vormen van repetitief negatief denken.
- Centrale concepten uit zelfregulatie-, cognitieve en metacognitieve modellen leveren een unieke bijdrage aan ruminatie en verklaren samen meer dan 50% van de variantie.
- Positieve opvattingen over ruminatie, verhoogd zelfbewustzijn en (verminderde) executieve controle dragen direct bij aan ruminatie. Negatieve opvattingen over de oncontroleerbaarheid ervan dragen vervolgens bij aan depressieve klachten.
- We raden klinici aan om aandacht te hebben voor deze factoren binnen de casusconceptualisatie, en ze waar mogelijk te includeren binnen een integratieve behandeling van ruminatie.

Inleiding

Bij de behandeling van stemmingsstoornissen stoten hulpverleners vaak op patronen van repetitief negatief denken zoals ruminatie ('depressief gepieker'), die specifieke uitdagingen met zich meebrengen. Ruminatie wordt gekenmerkt door een aanhoudende focus op negatieve gevoelens, problemen en de oorzaken hiervan. Daarbij lopen cliënten vast in vragen als 'Waarom voel ik mij zo slecht?', 'Wat heb ik gedaan om dit te verdienen?' en 'Zal dit ooit nog beter worden?' (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Treynor et al., 2003). Deze vorm van repetitief negatief denken heeft een voorspellende waarde voor het ontstaan en de instandhouding van depressieve klachten (Nolen-Hoeksema et al., 2008) en wordt in de literatuur beschouwd als een belangrijke transdiagnostische risicofactor (Kertz et al., 2015; Nolen-Hoeksema et al., 2008).

Onderzoek toont aan dat repetitief negatief denken voorspellend is voor een moeizamer behandelverloop en verminderde effectiviteit van cognitief-gedragstherapeutische interventies (bijvoorbeeld Jones et al., 2008; Kertz et al., 2015). Daartegenover staat dat wanneer hulpverleners erin slaan om ruminatie te reduceren binnen een cognitief-gedragstherapeutische behandeling, dit doorgaans gepaard gaat met gunstiger ontwikkelingen in ervaren depressieve klachten (Krzikalla et al., 2024; Patel et al., 2023). Binnen de klinische casusconceptualisatie is het daarom belangrijk om [1] voldoende stil te staan bij de aanwezigheid en ernst van ruminatie, en [2] zicht te krijgen op welke mechanismen hiertoe bijdragen bij de individuele cliënt. Dit vereist een goed begrip van aan ruminatie gerelateerde processen.

Ruminatie: een complex samenspel van (meta)cognitieve factoren In de afgelopen jaren hebben theoretische modellen van ruminatie gewezen op de betrokkenheid van diverse (meta)cognitieve factoren en processen. Zo gaan zelfregulatiemodellen ervan uit dat ruminatie getriggerd wordt door *doelgerelateerde discrepanties* met als functie het reguleren daarvan (Martin & Tesser, 1996; Watkins & Roberts, 2020). Denk bijvoorbeeld aan een ervaren discrepantie tussen een gewenste of ideale toestand en iemands actuele toestand, inclusief de aanwezigheid van depressieve gedachten en gevoelens. Door de eerder abstracte en passieve aard van ruminatie en de aangetoonde link met een beperkt probleemoplossend vermogen (Lyubomirsky et al., 1999; O'Mahen et al., 2015), draagt dit proces echter vaak bij aan de verdere ervaring van interne discrepanties. Daarnaast wijst onderzoek op de rol van factoren zoals *perfectionisme* (bijvoorbeeld het stellen van bijzonder hoge eisen en verwachtingen; Olson & Kwon, 2008) en het hanteren van een *beperkte focus op promotiedoelen* (Higgins, 1997). Daarbij richt men zich in mindere mate op vooruitgang en groei, en is men mogelijk meer gepreoccupeerd met het voorkomen van negatieve uitkomsten (zogenoemde preventiedoelen). Het hanteren van zeer hoge standaarden in com-

binatie met een verminderde promotiefocus verhoogt de kans op confrontatie met interne discrepanties en leidt aldus tot meer ruminatie (bijvoorbeeld Jones et al., 2009, 2013).

Andere theorieën wijzen op het belang van niet-helpende overtuigingen over ruminatie. Zo suggereert de Self-Regulatory Executive Function (S-REF)-theorie dat *metacognities* een centrale rol spelen bij ruminatie (Wells, 2019; Wells & Matthews, 1996). Denk aan overtuigingen die een cliënt kan hebben over de voor- en nadelen van ruminatie. Positieve overtuigingen over ruminatie (bijvoorbeeld ‘Dit zal me helpen om tot een oplossing te komen’) kunnen bijdragen aan het initiëren van ruminatie. Dit betekent echter ook dat cognitieve inhouden gerelateerd aan stressoren uit het verleden (zoals gedachten over een nare ervaring die gisteren op de werkvloer plaatsvond) via ruminatie geactiveerd blijven en in het hier-en-nu invloed uitoefenen op ons voelen. De ervaring dat ruminatie gepaard gaat met negatieve gevoelens en eventuele moeilijkheden met het onderbreken van deze gedachten, kan vervolgens overtuigingen activeren over onwenselijke effecten van ruminatie (negatieve overtuigingen, bijvoorbeeld ‘Ik word gek, dit zal nooit ophouden’). Samen met andere niet-helpende overtuigingen – zoals de overtuiging dat het belangrijk is om altijd controle uit te oefenen over je denken en dat een hoog zelfbewustzijn of zelfmonitoring belangrijk is, en beperkt vertrouwen in het eigen cognitief functioneren – kan dit bijdragen tot de continuering van ruminatie.

Het zal op basis van deze voorbeelden duidelijk zijn dat ruminatie ook niet los te zien is van verstoorde informatieverwerkingsprocessen, zoals *beperkte aandachts- of executieve controle*. Daarbij ervaren individuen moeilijkheden om de aandacht los te koppelen van de negatieve gedachte-inhouden en deze te heroriënteren naar meer taakrelevante informatie. Dergelijke informatieverwerkingsprocessen spelen een centrale rol binnen cognitieve modellen van ruminatie zoals de Impaired Disengagement Hypothesis (Koster et al., 2011) en werken disfunctionele cognitieve inhouden in de hand.

Inmiddels is er veel empirische evidentie voor de betrokkenheid van (meta)cognitieve factoren bij ruminatie (bijvoorbeeld Hoorelbeke & Koster, 2017; Pe et al., 2012; Salguero et al., 2021; Solem et al., 2016). Een aantal van deze processen is dan ook opgenomen in recente integratieve cognitieve modellen van ruminatie, zoals het H-EX-A-GO-N-model (acroniem voor Habit development, Executive control, Abstract processing, Goal discrepancies, Negative bias; Watkins & Roberts, 2020). Dit model heeft een focus op meer abstract denken en negatieve informatieverwerkingsvoorkeuren, maar voorziet bijvoorbeeld ook een rol voor beperkte executieve controle en interne discrepanties bij de totstandkoming van ruminatie als gewoontegedrag.

Tegelijkertijd is evidentie voor dergelijke modellen doorgaans verkregen uit studies die focusten op een selecte set van (meta)cognitieve factoren (zoals een exclusieve focus op executieve controle of metacognitieve variabelen). Hierdoor is het tot op heden nog onduidelijk hoe deze (meta)cognitieve processen in interactie bijdragen aan ruminatie. Toch is

het cruciaal om deze factoren niet in isolatie, maar in samenhang te bestuderen. Voor complexe processen als ruminatie is het namelijk weinig informatief om enkel geïsoleerde effecten te beschouwen, aangezien zulke effecten zelden losstaan van andere (meta)-cognitieve processen. Door verschillende factoren samen op te nemen in een model, kan men niet alleen hun unieke bijdragen kwantificeren, maar ook inzicht verwerven in hun onderlinge interacties en relatieve belang.

Dit artikel probeert een antwoord te bieden op deze vraag, waarbij we gebruikmaken van de netwerkbenadering voor psychopathologie om zicht te krijgen op de unieke associaties tussen centrale variabelen uit dominante (meta)cognitieve theorieën van ruminatie.

Huidige studie De netwerkbenadering van psychopathologie laat toe om op datagedreven wijze onderlinge verbanden tussen variabelen te visualiseren als een netwerk, een complex systeem van interagerende componenten (Borsboom et al., 2021). Dergelijke modellen zijn opgebouwd uit zogenoemde 'knooppunten' en verbindingen. Verbindingen binnen een netwerk geven de mate van associatie weer tussen twee variabelen in het model (knooppunten), waarbij gecontroleerd wordt voor de invloed van alle andere variabelen in het model. Hierdoor kan de unieke bijdrage van diverse variabelen op ruminatie gevisualiseerd worden.

In het bijzonder focussen we op basis van theoretische modellen van ruminatie op de rol van: [1] executieve controle (Koster et al., 2011), [2] diverse metacognitieve factoren (Wells & Matthews, 1996), [3] gerichtheid op en ervaren discrepanties in promotiedoelen (Jones et al., 2013), [4] perfectionisme (Olson & Kwon, 2008), en [5] mate van depressieve symptomatologie (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991).

Door gebruik te maken van geregulariseerde partiële correlatienetwerken kunnen we zicht krijgen op de unieke associaties tussen de diverse variabelen en de mate van verklaarde variantie in ruminatie. Daarnaast maken we gebruik van gerichte (bayesiaanse) netwerkmodellen om potentieel causale paden binnen het netwerk te identificeren (voor meer duiding van deze modellen verwijzen we naar de paragraaf 'Statistische analyses'). Bij het uitvoeren van deze analyses maken we gebruik van twee onafhankelijke steekproeven, wat toelaat om de robuustheid van onze bevindingen na te gaan aan de hand van een crossvalidatieprocedure.

Door verschillende factoren samen op te nemen in een model, kan men niet alleen hun unieke bijdragen kwantificeren, maar ook inzicht verwerven in hun onderlinge interacties en relatieve belang

Methode

Deelnemers Dit onderzoek maakt gebruik van twee onafhankelijke steekproeven (verder naar verwezen als steekproef 1 of studie 1, en steekproef 2 of studie 2). Beide steekproeven werden gerekruteerd in het Verenigd Koninkrijk via Academic Prolific (www.prolific.com), een online platform waarop participanten gerekruteerd kunnen worden voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek tegen betaling. Dit laat toe om participanten uit te nodigen voor deelname aan een studie op basis van demografische variabelen. Zo kan een representatieve steekproef verkregen worden (op basis van geslacht, leeftijd en etniciteit). Voor de eerste steekproef werden 504 volwassenen (leeftijd 18-85 jaar) gerekruteerd, waarvan zes participanten geëxcludeerd werden vanwege twijfelachtige kwaliteit van hun data. Daardoor bestond steekproef 1 uit 498 participanten.

Op basis van de bevindingen van deze eerste studie werd een tweede (replicatie)studie opgezet (pre-registratie: <https://osf.io/8t9qj>). Daarbij maakten we gebruik van een statistische simulatieprocedure op basis van de resultaten uit steekproef 1 om de vereiste steekproefgrootte in kaart te brengen. Deze simulatie gaf aan dat een steekproef van $N = 500$ volstaat (voor een gedetailleerde beschrijving van deze procedure verwijzen we naar <https://osf.io/8t9qj>). In totaal werden 510 participanten gerekruteerd via Prolific Academic, aangezien er voor 10 participanten sprake was van twijfelachtige kwaliteit van hun data (op basis van check-items), om aan $N = 500$ te komen voor steekproef 2. Voor beide studies werd toestemming verkregen van de ethische commissie van de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van UGent. Alle participanten gaven geïnformeerde toestemming voor deelname aan de studie en werden financieel vergoed via Prolific Academic naar rato van £ 9 per uur.

Meetinstrumenten

Voor beide studies selecteerden we de volgende set vragenlijsten:¹

- 1 *Ruminatie* werd in kaart gebracht aan de hand van de Ruminative Response Scale (RRS; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; Treynor et al., 2003). Deze bestaat uit 22 items (bijvoorbeeld 'Ik denk "Wat doe ik toch om dit te verdienen"?') die beoordeeld worden op een vierpuntsschaal
- 1 Gegeven de Engelstalige steekproeven werd gebruikgemaakt van Engelstalige versies van de vragenlijsten. Niet alle vragenlijsten zijn al in het Nederlands gevalideerd of beschikbaar. Voorbeelditems in deze paragraaf zijn bijgevolg een vertaling van Engelstalige items en categorieën, in functie van dit artikel, en worden louter ter illustratie ingevoegd. Deze zijn niet representatief voor een eventuele Nederlandstalige versie van deze vragenlijsten.

- (1 = 'Bijna nooit' tot 4 = 'Bijna altijd'). We maakten daarbij gebruik van de totaalscore. Hogere scores zijn indicatief voor meer ruminatie.
- 2 De mate van *depressieve klachten* werd in kaart gebracht aan de hand van de Depression Anxiety and Stress Scales (Lovibond & Lovibond, 1995). Deze vragenlijst bestaat uit 21 items (bijvoorbeeld 'Ik voelde me somber en zwaarmoedig') die beoordeeld worden op een vierpunts-schaal (0 = 'Helemaal niet of nooit van toepassing' tot 3 = 'Zeer zeker of meestal van toepassing'). Voor het doel van deze studie maakten we gebruik van de subschaal Depressieve symptomatologie (zeven items). De som van de overeenkomstige items werd vermenigvuldigd met 2 om vergelijking met de uitgebreide versie van de DASS toe te laten. Hogere scores zijn indicatief voor meer depressieve klachten.
 - 3 We brachten verschillende centrale concepten uit *zelfregulatiemodellen* voor ruminatie in kaart. Om de mate van *focus op promotiedoelen* te meten, maakten we gebruik van de subschaal Promotion Focus van de Regulatory Focus Questionnaire (RFQ; Higgins et al., 2001). De RFQ bestaat uit 11 items die beoordeeld worden op een vijfpuntsschaal (1 = 'Zelden of nooit' tot 5 = 'Zeer vaak'), waarvan zes items gericht zijn op promotiedoelen (bijvoorbeeld 'Hoe vaak heb je dingen bereikt die je zo enthousiast maakten dat je nog harder wilde werken?'). Voor deze maat wordt gebruikgemaakt van de gemiddelde score van de items. Hogere scores zijn indicatief voor een sterkere focus op promotiedoelen. Daarnaast brachten we de mate van *promotiedoeldiscrepantie* in kaart aan de hand van de Computerized Selves Task (CS; Shah & Higgins, 2001). Tijdens deze taak dienen participanten zes adjectieven te geven die persoonlijke idealen of doelen representeren. Vervolgens beoordeelt de participant hoe ver ze momenteel verwijderd zijn van deze idealen op een zevenpunts likert-schaal (1 = 'Helemaal niet' tot 7 = 'Heel erg veel'). Voor deze maat wordt tevens gebruikgemaakt van de gemiddelde score van de items. Hogere scores voor deze maat zijn indicatief voor een sterkere discrepantie tussen persoonlijke idealen of doelen en hun actuele toestand (promotiedoeldiscrepantie). *Perfectionisme* werd in kaart gebracht aan de hand van de Frost Multidimensional Perfectionism Scale – Brief (F-MPS-Brief; Burgess et al., 2016). Deze vragenlijst bestaat uit acht items (bijvoorbeeld 'Als ik faal op het werk/op school, ben ik een mislukking als persoon') die beoordeeld worden aan de hand van een vijfpuntsschaal (1 = 'Helemaal niet akkoord' tot 5 = 'Helemaal akkoord'). Als totaalscore maakten we gebruik van de som van de items. Een hogere score voor deze maat is indicatief voor een hogere mate van perfectionisme.
 - 4 We maakten gebruik van verschillende vragenlijsten om *metacognitie(s)* in kaart te brengen: de Positive Beliefs about Rumination Scale (PBRs; Papageorgiou & Wells, 2001b) en de Negative Beliefs about Rumination Scale (NBRs; Papageorgiou & Wells, 2001a), die respectievelijk de mate van *positieve* en *negatieve overtuigingen over ruminatie* in kaart brengen. De PBRs bestaat uit negen items (bijvoorbeeld 'Rumineren over mijn problemen helpt me om oplossingen te vinden voor mijn depressie') die

- beoordeeld worden op een vierpuntsschaal (1 = ‘Helemaal niet akkoord’ tot 4 = ‘Helemaal akkoord’). De NBRS hanteert een gelijkaardige benadering, waarbij via 13 items onderscheid gemaakt kan worden tussen overtuigingen over: [1] de oncontroleerbaarheid en schadelijke aard van ruminatie (bijvoorbeeld ‘In welke mate ga je akkoord dat ruminatie oncontroleerbaar is?’), en [2] negatieve sociale en interpersoonlijke gevolgen van ruminatie (bijvoorbeeld ‘In welke mate ga je akkoord dat ruminatie ertoe leidt dat je afgewezen wordt door anderen?’). De items van de PBRS en NBRS werden afzonderlijk opgeteld om tot de respectieve totaalscores te komen. Hogere scores op de PBRS en NBRS zijn indicatief voor sterkere overtuigingen over de potentieel gunstige of ongunstige effecten van ruminatie. Daarnaast namen we de Metacognitions Questionnaire (MCQ-30; Cartwright-Hatton & Wells, 1997) af om zicht te krijgen op de ervaren *nood om controle uit te oefenen* over het denken en gedachte-inhouden (bijvoorbeeld ‘Ik zou altijd de baas moeten kunnen zijn over mijn gedachten’), ervaren belang van een (*hoog*) *zelfbewustzijn* of zelfmonitoring (bijvoorbeeld ‘Ik houd mijn gedachten in de gaten’) en *beperkt vertrouwen in de eigen cognitieve processen* (bijvoorbeeld ‘Mijn geheugen kan mij weleens misleiden’). Om tot de subschaalscores te komen, werden de overeenkomstige items voor elke subschaal afzonderlijk opgeteld. Deze vragenlijst bestaat uit 30 items die beoordeeld worden op een vierpuntsschaal (1 = ‘Niet mee eens’ tot 4 = ‘Heel erg mee eens’).
- 5 Het niveau van *executieve controle* werd bevraagd aan de hand van de subschaal Effortful Control van de Adult Temperament Questionnaire (ATQ-EC; Evans & Rothbart, 2007). Deze subschaal bestaat uit 19 items (bijvoorbeeld ‘Als ik onderbroken of afgeleid word, kan ik daarna meestal mijn aandacht gemakkelijk weer richten op datgene waar ik mee bezig was’) die beoordeeld worden op een zevenpuntsschaal (1 = ‘Helemaal niet van toepassing’ tot 7 = ‘Volledig van toepassing’). We maakten gebruik van de gemiddelde score van de items. Een hogere score is indicatief voor meer executieve controle.

Voor alle variabelen geldt dat een hogere score indicatief is voor de aanwezigheid van meer maladaptieve processen of psychopathologie, behalve bij de *executieve controle* (ATQ) en *focus op promotiedoelen* (RFQ). Gegeven de gebruikte steekproeven maakten we steeds gebruik van de Engelstalige versie van de vragenlijsten. De genoemde vragenlijsten werden in voorgaand onderzoek reeds gevalideerd en worden veelvuldig gebruikt (voor een gedetailleerd overzicht verwijzen we naar Tamm, Koster & Hoorelbeke, 2024, 2025). De gebruikte maten vertoonden ook in beide studies goede interne consistentie (studie 1: alle Cronbachs $\alpha \geq 0,70$; studie 2: alle Cronbachs $\alpha \geq 0,76$), met uitzondering van *focus op promotiedoelen* waarvoor een matige interne consistentie gevonden werd in studie 2 (Cronbachs $\alpha = 0,61$).

Procedure Individuen die zich registreerden op Academic Prolific werden op basis van demografische variabelen uitgenodigd voor deelname aan de

studie(s). Individuen konden enkel deelnemen aan studie 2 als ze voorafgaand niet deelgenomen hadden aan studie 1. Na het ontvangen van uitgebreide geschreven uitleg over de studie gaven deelnemers geïnformeerde toestemming. Na het beantwoorden van vragen met betrekking tot demografische variabelen vulden zij vervolgens de genoemde vragenlijsten in. De volgorde van de vragenlijsten werd gerandomiseerd om eventuele volgorde-effecten te voorkomen.² Binnen het vragenlijstonderzoek werden check-items geïncorporeerd om de kwaliteit van responsen te kunnen beoordelen (bijvoorbeeld ‘Selecteer de tweede respons optie’). Alle vragenlijsten werden beantwoord via LimeSurvey, een online surveyplatform (www.limesurvey.org). Na voltooiing van de vragenlijsten ontvingen participanten een vergoeding via Academic Prolific.

Beschikbaarheid van onderzoeksmateriaal De analyses die gerapporteerd worden in dit artikel kunnen gereproduceerd worden aan de hand van data en R-scripts die online beschikbaar zijn via <http://osf.io/6zqmd> (studie 1) en <http://osf.io/7gsxu> (studie 2).

Statistische analyses De data werd geanalyseerd met behulp van RStudio (www.posit.co). Voor gedetailleerde informatie over de preprocessing van de data, de gebruikte analyses en R-packages verwijzen we naar Tamm, Koster en Hoorelbeke (2024, 2025). Hierna bieden we een beknopt overzicht van de gevolgde procedure:

- 1 We schatten een geregulariseerd partieel correlatienetwerk, ook wel een Gaussian Graphical Model genoemd (Epskamp, Waldorp et al., 2018), om zicht te krijgen op [a] de unieke associaties tussen de diverse variabelen, en [b] de mate van verklaarde variantie in ruminatie. Selectie van het optimale model is daarbij gebaseerd op het Extended Bayesian Information Criterion (EBIC), waarbij gebruikgemaakt wordt van een hyperparameter gamma om te bepalen in welke mate ‘eenvoudigere’ modellen verkozen worden. We maakten gebruik van gamma = 0,5, wat een eerder conservatieve benadering vormt. Omdat zelfs bij afwezigheid van een verband tussen twee variabelen correlaties niet exact nul zullen zijn, gebruikten we een regularisatieprocedure (graphical Least Absolute Shrinkage and Selection Operator, gLASSO) en bijkomende *thresholding*, waardoor kleine associaties uit het model worden verwijderd. Deze combinatie wordt in de literatuur vaak gebruikt voor de schatting van geregulariseerde partiële correlatienetwerken in steekproeven met een vergelijkbare grootte als in onze studie(s). Voor een uitgebreide bespreking van deze procedures verwijzen we naar Epskamp en Fried (2018).
- 2 De participanten voltooiden vervolgens tevens een tweede groep vragenlijsten die deel uitmaken van een breder project en hier niet gerapporteerd worden (voor een overzicht, zie <https://osf.io/8t9qj>).

Verbanden die opgenomen zijn in het overblijvende model kunnen bijgevolg als relevant beschouwd worden voor de bestudeerde processen.

- 2 We visualiseerden de bevindingen in een geregulariseerd partieel correlatienetwerk waarbij de positionering van de knooppunten gebaseerd is op de mate van connectiviteit van de variabele binnen het model. Meer invloedrijke variabelen verkrijgen hierbij een meer centrale positie binnen het model, terwijl minder verbonden variabelen meer in de periferie geplaatst worden. Lijnen tussen de knooppunten reflecteren unieke connecties tussen twee variabelen. Daarbij zijn dikkere lijnen indicatief voor sterkere associaties. Blauwe/volle lijnen geven positieve verbanden weer, terwijl negatieve verbanden weergegeven worden door rode/onderbroken lijnen. We gaven de mate van verklaarde variantie voor elk van de variabelen weer in het model. Dit wordt weergegeven als een taartdiagram in de rand van elk knooppunt binnen het model (het donkere deel geeft daarbij de mate van variantie in de variabele weer die verklaard wordt door alle variabelen uit het model die direct aan deze variabele verbonden zijn).
- 3 We evalueerden de accuraatheid van de verkregen modelparameters voor het geregulariseerd partieel correlatienetwerk aan de hand van bootstrapprocedures zoals beschreven door Epskamp, Borsboom en Fried (2018), waarbij gebruikgemaakt werd van $N = 1000$ -iteraties. Dit laat toe om 95% betrouwbaarheidsintervallen te verkrijgen voor de paden in het model.
- 4 Vervolgens maakten we gebruik van gerichte (bayesiaanse) netwerkmodellen (ook Directed Acyclic Graphs genoemd; Briganti et al., 2023) om potentieel causale paden binnen het netwerk te identificeren. Deze benadering doet een beroep op diverse mathematische principes, waaronder probabiliteit, om zicht te krijgen op potentieel causale structuren binnen het model, wat verdere hypothesevorming toelaat. We schatten in totaal 1000 modellen. In lijn met Briganti en collega's (2023) werden in het uiteindelijke gerichte netwerkmodel enkel verbindingen opgenomen met een waarde van 0,85 of hoger, die in minstens 50% van alle gerunde modellen in dezelfde richting geïdentificeerd werden. Om interpretatie van deze verbindingen mogelijk te maken (dat wil zeggen om te bepalen of het om een positief of negatief verband gaat), werd vervolgens gebruikgemaakt van paarsgewijze regressieanalyse.

Deze analyses werden voor elke steekproef afzonderlijk uitgevoerd, waarbij studie 2 een replicatiestudie vormt. Om de mate van gelijkenis tussen de geregulariseerde partiële correlatienetwerken te evalueren (wat betreft geïdentificeerde associaties), maakten we gebruik van Pearson-correlaties. Daarnaast voerden we een permutatietest uit om na te gaan of de netwerkstructuur en algemene mate van connectiviteit significant verschillen tussen beide studies ($p < 0,05$). Voor uitgebreidere statistische vergelijking verwijzen we naar Tamm, Koster en Hoorelbeke (2025). Vergelijking van het gerichte netwerk vindt louter descriptief plaats.

Resultaten

Steekproefkarakteristieken Tabellen 1 en 2 beschrijven de steekproeven van beide studies. De gemiddelde (M) leeftijd is 46 jaar (standaarddeviatie (SD) = 16) voor zowel studie 1 als studie 2. De gemiddelde waarden voor depressieve klachten corresponderen voor beide steekproeven met een milde symptoomernst. Daarbij observeren we aanzienlijke variatie in ernst van depressieve klachten in beide steekproeven (tabel 2). Beide steekproeven verschillen niet wat betreft demografische variabelen (alle p -waarden > 0,05). Met uitzondering van ervaren *nood om controle uit te oefenen over het denken en gedachte-inhouden* en *focus op promotiedoelen*, die beide iets hoger zijn in de eerste steekproef ($ps < 0,05$), verschillen de steekproeven ook niet wat betreft gemiddelde scores op de variabelen die de input vormen voor de netwerkmodellen (de zogenoemde knooppunten; alle $ps > 0,05$).

Tabel 1 Demografische informatie

Variabelen	Studie 1 (N = 498)	Studie 2 (N = 500)
Geslacht (man : vrouw : andere : wenst niet te delen)	237 : 255 : 5 : 1	241 : 257 : 1 : 1
Etniciteit (blank : zwart : Aziatisch : gemengd : overige)	431 : 18 : 35 : 11 : 3	424 : 17 : 37 : 13 : 9
Opleidingsniveau (master : bachelor : beroepsgerichte opleiding : voortgezet of lager onderwijs)	85 : 196 : 82 : 135	87 : 214 : 81 : 118
Tewerkstellingsgraad (tewerkgesteld : student : gepensioneerd of verlofstelsel : wenst niet te delen)	340 : 29 : 106 : 23	347 : 24 : 105 : 24

Geregulariseerd partieel correlatienetwerk Figuur 1 geeft het geregulariseerd partieel correlatienetwerk weer voor studie 1. De dikte van de opgenomen lijnen reflecteert de mate van unieke bijdrage van elk van de variabelen aan elkaar. *Overtuigingen over de oncontroleerbaarheid van ruminatie* (7) en hieraan gerelateerde *interpersoonlijke gevolgen* (8) vertoonden de sterkste positieve associatie binnen het model. Het sterkste negatieve verband werd geobserveerd tussen *focus op promotiedoelen* (9) en mate van *depressieve klachten* (11), in lijn met zelfregulatiemodellen van depressie.

Zeven variabelen zijn rechtstreeks verbonden met *ruminatie* (10): [a] *executieve controle* (2), [b] *positieve overtuigingen over ruminatie* (4), [c] *overtuigingen over de oncontroleerbaarheid van ruminatie* (7), [d] *depressieve klachten* (11), [e] *perfectionisme* (12), [f] *verhoogd zelfbewustzijn* (5), en [g] *beperkt vertrouwen in de eigen cognitieve processen* (3). Met uitzondering van *executieve*

Overtuigingen over de oncontroleerbaarheid van ruminatie en hieraan gerelateerde interpersoonlijke gevolgen vertoonden de sterkste positieve associatie binnen het model

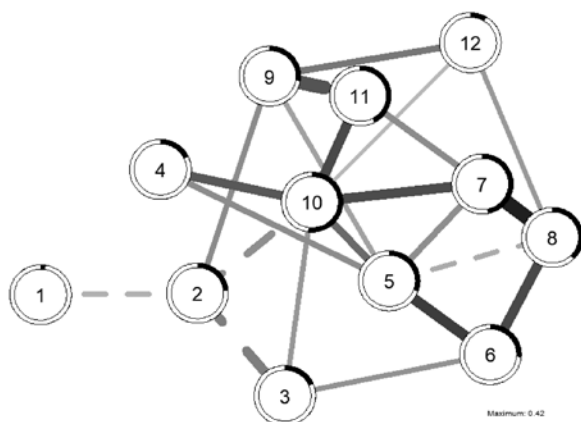
Tabel 2 *Descriptieve waarden knooppunten*

Variabelen	Studie 1 (N = 498)		Studie 2 (N = 500)		Mogelijke range
	M	SD	M	SD	
Ruminatie (RRS)	44,25	14,62	44,14	15,14	22-88
Depressieve klachten (DASS)	11,72	11,46	11,04	10,94	0-42
Focus op promotiedoelen (RFQ)	3,27	0,69	3,18	0,60	1-5
Promotiedoeldiscrepantie (CS)	3,17	1,69	3,17	1,58	0-7
Perfectionisme (F-MPS-Brief)	22,84	6,53	22,58	6,31	4-20
Positieve overtuigingen (PBRs)	18,14	6,61	18,05	6,45	9-36
Overtuigingen over oncontroleerbaarheid (NBRs)	13,97	5,41	13,50	4,84	8-32
Overtuigingen over interpersoonlijke gevolgen (NBRs)	6,79	2,79	6,50	2,51	5-20
Nood om controle uit te oefenen (MCQ-30)	11,10	3,67	10,57	3,51	6-24
Verhoogd zelfbewustzijn (MCQ-30)	14,33	4,41	14,05	4,31	6-24
Beperkt vertrouwen in cognitieve processen (MCQ-30)	10,64	4,47	10,73	4,52	6-24
Executieve controle (ATQ)	4,57	0,89	4,53	0,85	1-7

Noot. ATQ = Adult Temperament Questionnaire; CS = Computerized Selves Task; DASS = Depression Anxiety and Stress Scales; F-MPS-Brief = Frost Multidimensional Perfectionism Scale – Brief; MCQ-30 = Metacognitions Questionnaire; NBRs = Negative Beliefs about Rumination Scale; PBRs = Positive Beliefs about Rumination Scale; RFQ = Regulatory Focus Questionnaire; RRS = Ruminative Response Scale.

controle (2), waarvoor betere executieve controle gerelateerd is aan minder ruminatie, dragen de overige verbindingen binnen het model bij tot een hogere mate van *ruminatie* (10). De resterende variabelen in het model (*focus op promotiedoelen* (9), *promotiedoeldiscrepantie* (1), *overtuigingen over de negatieve interpersoonlijke gevolgen van ruminatie* (8), *ervaren nood om controle uit te oefenen over het denken en gedachte-inhouden* (6)) dragen bijgevolg enkel indirect bij tot *ruminatie* (10), of worden enkel indirect door ruminatie beïnvloed, via bovenstaande variabelen. Deze variabelen verklaren samen 52% van de variantie in ruminatie, wat wijst op de relevantie van deze processen voor de klinische casusconceptualisatie.

Gericht netwerkmodel Om zicht te krijgen op potentieel causale paden schatten we binnen studie 1 vervolgens een gericht netwerkmodel of bayesiaans netwerkmodel. Dergelijke modellen gaan ervan uit dat patronen van



Figuur 1 Geregulariseerde partieel correlatienetwerk studie 1

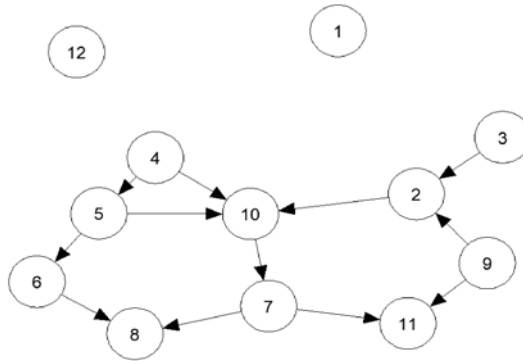
Noot. 1 = Promotiedoeldiscrepantie; 2 = Executieve controle; 3 = Beperkt vertrouwen in eigen cognitieve processen; 4 = Positieve overtuigingen over ruminatie; 5 = Verhoogd zelfbewustzijn; 6 = Nood om controle uit te oefenen over het denken en gedachte-inhouden; 7 = Overtuigingen over de oncontroleerbaarheid van ruminatie; 8 = Overtuigingen over negatieve interpersoonlijke gevolgen van ruminatie; 9 = Focus op promotiedoelen; 10 = Ruminatie; 11 = Depressieve klachten; 12 = Perfectionisme.

activatie binnen een netwerk unidirectioneel zijn. Deze laten dus geen wederkerige paden toe (ze zijn acyclisch). Hiertoe schatten we achtereenvolgens 1000 modellen. Figuur 2 geeft weer welke paden voldoende sterk zijn en in minstens 50% van alle gerunde modellen in eenzelfde richting geïdentificeerd werden. Het finaal bekomen model suggereert dat drie variabelen rechtstreeks bijdragen tot *ruminatie* (10): [a] *executieve controle* (2), [b] *positieve overtuigingen over ruminatie* (4), en [c] *verhoogd zelfbewustzijn* (5). Een aantal van deze processen wordt verder beïnvloed door andere variabelen en oefenen – al dan niet via *ruminatie* – vervolgens een invloed uit op de overige variabelen binnen het model.

Twee processen leiden tot meer *ruminatie* (10): *positieve overtuigingen over ruminatie* (4) zijn direct gelinkt aan meer *ruminatie* (10), ook indirect via activatie van knooppunt *verhoogd zelfbewustzijn* (5). Hogere niveaus van *executieve controle* (2) zijn daarentegen rechtstreeks gelinkt aan minder *ruminatie* (10). Individuen die in meer mate focussen op *promotiedoelen* (9) en meer *vertrouwen hebben in de eigen cognitieve processen* (3) hebben via *executieve controle* (2) ook indirect minder kans op *ruminatie* (10). *Promotiedoelfocus* (9) vertoont daarnaast een inhibitorisch pad naar *depressieve klachten* (11). Binnen het model verhoogt activatie van *rumi-*

Het uiteindelijke model suggereert dat drie variabelen rechtstreeks bijdragen tot ruminatie): executieve controle, positieve overtuigingen over ruminatie en verhoogd zelfbewustzijn

natie (10) vervolgens de kans op activatie van *overtuigingen over de oncontroleerbaarheid van ruminatie* (7). Deze laatste factor (7) draagt bij tot de verdere activatie van *overtuigingen over schadelijke interpersoonlijke gevolgen* (8) en *depressieve klachten* (11).



Figuur 2 Gericht netwerkmodel studie 1

Noot. 1 = Promotiedoeldiscrepantie; 2 = Executieve controle; 3 = Beperkt vertrouwen in eigen cognitieve processen; 4 = Positieve overtuigingen over ruminatie; 5 = Verhoogd zelfbewustzijn; 6 = Nood om controle uit te oefenen over het denken en gedachte-inhoud; 7 = Overtuigingen over de oncontroleerbaarheid van ruminatie; 8 = Overtuigingen over negatieve interpersoonlijke gevolgen van ruminatie; 9 = Focus op promotiedoelen; 10 = Ruminatie; 11 = Depressieve klachten; 12 = Perfectionisme.

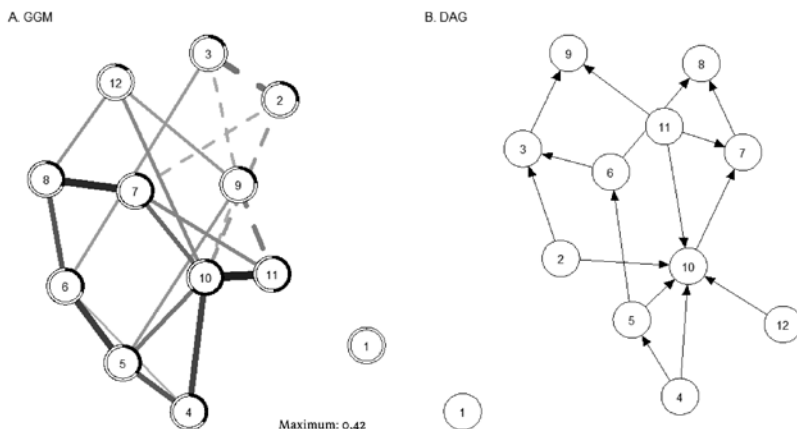
*Op beperkt vertrouwen
in de eigen cognitieve
processen na repliceert
het model in studie 2
alle directe verbanden
met ruminatie uit
studie 1*

Studie 2: replicatie Het geregulariseerd partieel correlatienetwerk voor studie 2 (figuur 3A) lijkt heel veel op het model uit studie 1. Op *beperkt vertrouwen in de eigen cognitieve processen* (3) na repliceert dit model alle directe verbanden met *ruminatie* (10) uit studie 1. Een bijkomend negatief verband wordt verder geobserveerd tussen *focus op promotiedoelen* (9) en *ruminatie* (10). Op groepsniveau verklaren deze variabelen samen 63% van de variantie in ruminatie. Statistische vergelijking van beide modellen bevestigt de sterke gelijkenis.

Zo bedraagt de correlatie tussen de associaties voor beide studies 0,87, wat indicatief is voor een sterke samenhang. De geregulariseerde partiële correlatienetwerken uit studie 1 en studie 2 verschillen verder niet significant van elkaar wat betreft globale netwerkstructuur ($p = 0,96$) of mate van connectiviteit ($p = 0,69$).

Het gerichte netwerkmodel uit studie 2 (figuur 3B) sluit ook aan bij de resultaten van studie 1. Zo observeren we een directe bijdrage van *positieve overtuigingen over ruminatie* (4), die ook een indirect effect genereert op *ruminatie* (10) via *verhoogd zelfbewustzijn* (5). Daarnaast repliceren we het eerder gerapporteerde inhibitorische pad van *executieve controle* (2) naar

ruminatie (10). We identificeren verder twee bijkomende excitatorische paden die wijzen op de rol van *depressieve klachten* (11) en *perfectionisme* (12) voor de activatie van *ruminatie* (10). Activatie van *ruminatie* (10) gaat vervolgens opnieuw gepaard met activatie van *overtuigingen over de oncontroleerbaarheid van ruminatie* (7).³



Figuur 3 (A) Geregulariseerd partieel correlatienetwerk studie 2 (links); (B) Gericht netwerkmodel studie 2 (rechts)

Noot. 1 = Promotiedoeldiscrepantie; 2 = Executieve controle; 3 = Beperkt vertrouwen in eigen cognitieve processen; 4 = Positieve overtuigingen over ruminatie; 5 = Verhoogd zelfbewustzijn; 6 = Nood om controle uit te oefenen over het denken en gedachte-inhouden; 7 = Overtuigingen over de oncontroleerbaarheid van ruminatie; 8 = Overtuigingen over negatieve interpersoonlijke gevolgen van ruminatie; 9 = Focus op promotiedoelen; 10 = Ruminatie; 11 = Depressieve klachten; 12 = Perfectionisme.

Discussie

De bevindingen van dit onderzoek wijzen op het belang van centrale concepten uit zowel zelfregulatie- als (meta)cognitieve modellen van ruminatie. Zo vonden we in beide studies binnen de geregulariseerde partiële correlatienetwerken evidentie voor de rol van: [1] informatieverwerkingsprocessen (executieve controle; Koster et al., 2011), [2] metacognitie (Wells, 2019; Wells & Matthews, 1996), [3] perfectionisme (Olson & Kwon, 2008), en [4] mate van depressieve klachten (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991). Studie 2 wees daarnaast op de rol van focus op promotiedoelen (Jones et al., 2009, 2013).

De gerichte netwerkmodellen bieden een meer diepgaand inzicht in hoe verschillende factoren kunnen bijdragen aan ruminatie en mogelijke con-

3 Voor specifieke netwerkparameters uit studies 1 en 2 en uitgebreide evaluatie van de robuustheid van deze bevindingen verwijzen we de geïnteresseerde lezer naar Tamm, Koster en Hoorelbeke (2024, 2025).

sequenties hiervan. Over beide studies heen vonden we evidentie voor een beschermend effect van executieve controle. Hogere executieve controle gaat gepaard met minder ruminatie. Daartegenover staat dat niet-helpende opvattingen over de bruikbaarheid van ruminatie en een sterk intern gerichte focus de kans op ruminatie vergroten. Als dit proces eenmaal geïnitieerd is, stijgt de kans op activatie van niet-helpende opvattingen over de negatieve consequenties van ruminatie, waaronder controleverlies. Dit komt overeen met de klinische observatie van zogenoemd meta-gepieker (Wells, 1997). Het gaat gepaard met een verdere blootstelling aan triggers voor ruminatie en achteruitgang van de gemoedstoestand. In lijn hiermee zien we in studie 1 vervolgens activatie van depressieve klachten. Studie 2 wees daarnaast op het belang van depressieve klachten en perfectionisme. De sterke gelijkenis tussen de verkregen geregulariseerde partiële correlatienetwerken en gerichte netwerkmodellen in beide studies biedt evidentie voor de robuustheid van onze bevindingen.

Theoretische implicaties De genoemde (meta)cognitieve factoren verklaren in beide studies een aanzienlijk deel van de variantie in ruminatie. Deze bevindingen sluiten naadloos aan bij zelfregulatie- (bijvoorbeeld Martin & Tesser, 1996; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991), cognitieve (bijvoorbeeld Koster et al., 2011; Watkins & Roberts, 2020) en metacognitieve modellen van ruminatie (Wells, 2019), en breiden deze uit. De gerichte netwerkmodellen waren daarbij beperkt tot unidirectionele verbanden, waardoor enkel de meest voorkomende gerichte effecten binnen de modellen opgenomen werden. Aanvullende analyses wijzen echter op de potentieel wederkerige aard van deze relaties (Tamm, Koster & Hoorelbeke, 2024). Voor een aantal van de gevonden verbanden is er inmiddels ook evidentie dat er bidirectionele relaties zijn, die tot een cyclus van toenemende ruminatie kunnen leiden (bijvoorbeeld Tamm, Koster, Henry & Hoorelbeke, 2025). Zo wijst recent prospectief onderzoek op de rol van cognitieve klachten (bijvoorbeeld verstoorde executieve controle) in de initiatie van ruminatie in het dagelijks leven (Tamm, Koster, Henry & Hoorelbeke, 2025), maar werd het omgekeerde verband ook gerapporteerd in de literatuur (Hoorelbeke et al., 2024).

De potentiële wederkerige relatie tussen verschillende processen en ruminatie stemt overeen met de mogelijkheid dat cognitieve klachten binnen de functieanalyse kunnen fungeren als trigger (discriminatieve stimulus; Sd) én als consequentie (Sr) van ruminatie (gedrag, R) (bijvoorbeeld -Sr+: minder executieve controle, verminderde aandachtfocus voor taakrelevante informatie). Hetzelfde geldt voor een negatieve gemoedstoestand of depressieve klachten en niet-helpende opvattingen over ruminatie. Deze factoren vertonen ook bidirectionele verbanden met ruminatie in recent onderzoek (Tamm, Koster, Henry & Hoorelbeke, 2025). Dergelijke gedachten en gevoelens kunnen als trigger (Sd) én als consequent (+S-) optreden binnen de functieanalyse.

Klinische Implicaties

Aandacht voor ruminatie en (meta)cognitieve factoren binnen de casusconceptualisatie — Onze bevindingen wijzen op het belang van (meta)cognitieve factoren voor ruminatie. Daarom is het belangrijk om binnen de casusconceptualisatie aandacht te hebben voor de aanwezigheid van ruminatie en hiermee gepaard gaande (meta)cognitieve factoren. Verschillende meetinstrumenten laten toe om de aanwezigheid en ernst van deze factoren te kwantificeren. We geven alvast enkele aanknopingspunten. Zo kan men gebruikmaken van de Ruminative Response Scale (RRS; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; voor een Nederlandse vertaling verwijzen we naar Raes et al., 2009) om ruminatie in kaart te brengen. Vragenlijsten die peilen naar perfectionisme of promotiefocus zijn onder andere de Frost Multidimensional Perfectionism Scale (F-MPS, perfectionisme; Frost et al., 1990; vertaald in het Nederlands door Soenens et al., 2005) en de Regulatory Focus Questionnaire (RFQ, focus op promotiedoelen; Higgins et al., 2001; Nederlandstalige instrumenten die gelijkaardige constructen in kaart brengen, werden onder meer gebruikt door Brenninkmeijer et al., 2010 en Zacher & de Lange, 2011). Voor het in kaart brengen van relevante metacognitieve factoren, zoals overtuigingen over repetitief negatief denken, kan men onder andere gebruikmaken van de Metacognities Vragenlijst (Cartwright-Hatton & Wells, 1997; Nederlandse vertaling: Hermans et al., 1998). In onderzoek wordt verder vaak gebruikgemaakt van cognitieve taken om moeilijkheden met aandachts- of executieve controle in kaart te brengen (voor overzichtsartikelen verwijzen we naar Joormann & Stanton, 2016; Quigley et al., 2022; Zetsche et al., 2018). Binnen de klinische casusconceptualisatie kan echter ook gebruikgemaakt worden van zelfrapportagematen, zoals de subschaal Effortful Control van de Adult Temperament Questionnaire (ATQ; Rothbart et al., 2000; vertaald door Hartman & Rothbart, 2001). Wanneer het gaat om meer uitgesproken problemen met executieve functies en zelfregulatie kan men gebruikmaken van de Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF; beschikbaar in aangepaste versies voor zowel kinderen, adolescenten als volwassenen; Roth et al., 2005; vertaald door Scholte & Noens, 2011).

Naast het gebruik van dergelijke instrumenten voor onderkende vragen lijkt het ook raadzaam om gebruik te maken van geëigende gedragstherapeutische technieken, zoals registratieopdrachten of topografische analyses binnen de verklarende diagnostiek, inclusief betekenis- en functieanalyse. Zo kan zicht verkregen worden op individuspecifieke piekermechanismen.

Het is belangrijk om binnen de casusconceptualisatie aandacht te hebben voor de aanwezigheid van ruminatie en hiermee gepaard gaande (meta)cognitieve factoren

***Recent meta-analytisch
onderzoek toont aan
dat interventies die
zich specifiek richten
op (aspecten van)
repetitief negatief
denken betere effecten
hebben dan minder
specifieke
benaderingen***

Implicaties voor de behandeling van stemmingsstoornissen — Gegeven de voorspellende waarde van ruminatie voor stemmingsstoornissen (Nolen-Hoeksema et al., 2008) en cognitief-gedragstherapeutische behandeluitkomsten (Kertz et al., 2015; Krzikalla et al., 2024; Patel et al., 2023), dringt de vraag zich op hoe ruminatie optimaal aangepakt kan worden. Recent

meta-analytisch onderzoek toont aan dat interventies die zich specifiek richten op (aspecten van) repetitief negatief denken betere effecten hebben dan minder specifieke benaderingen (Stenzel et al., 2025). In de context van depressie lijkt *ruminational-focused* cognitieve gedragstherapie (RF-CBT; Watkins, 2018) in het bijzonder beloftevol (Hvenegaard et al., 2020; Watkins et al., 2011). Deze behandeling maakt gebruik van diverse gedragstherapeutische technieken en interventies, waaronder functionele analyses, gedragsactivatie en cognitieve technieken, en helpt cliënten om tot een meer concrete (eerder dan abstracte) denkstijl te komen. Deze behandeling kan een-op-een met een cliënt doorlopen worden. In het Nederlandse taalgebied werden ook groepsprotocollen voor RF-CBT uitgewerkt en op hun effectiviteit getoetst (Rogiers, Baeken, Van den Abbeele et al., 2022). Deze groepsbenade-

ring bevat onder andere elementen van mindfulness en zelfcompassie. Voor een uitgebreide beschrijving van de opbouw van deze behandeling verwijzen we de geïnteresseerde lezer naar Rogiers, Baeken, Watkins en collega's (2022). Voor een kwalitatieve analyse van cliëntervaringen, zie Rogiers, Van Parys en collega's (2022).

De bevindingen van de huidige studie (studies 1-2) suggereren dat het zinvol is om in de behandeling expliciet aandacht te hebben voor (niet-helpende) opvattingen over (de effecten van) ruminatie en de rol van cognitieve processen (verstoorde executieve controle). Een therapie die zich zeer expliciet richt op het aanpakken van metacognities is metacognitieve therapie (MCT; Wells, 2009; Wells et al., 2012). Deze behandeling richt zich in het bijzonder op het identificeren en bijsturen van niet-helpende overtuigingen over (de effecten van) repetitief negatief denken en maakt daarbij ook gebruik van cognitief-gedragstherapeutische technieken zoals gedragsexperimenten, stimuluscontrole, aandachtstraining en mindfulness. Daarin zijn gelijkenissen te vinden met RF-CBT.

Een interventie die zich meer specifiek richt op het aanpakken van problemen met executieve controle is cognitieve-controletraining (Siegle et al., 2007). Daarbij wordt gebruikgemaakt van gerichte computertaken om cognitieve functies te trainen, wat in behandelonderzoek gunstige effecten genereerde op ruminatie en depressieve klachten (bijvoorbeeld Hoorelbeke & Koster, 2017) en gepaard ging met een verminderd risico op het heroptreden van depressie (Hoorelbeke et al., 2021). Voor een recente meta-analyse van de effecten van cognitieve-controletraining op ruminatie

verwijzen we de geïnteresseerde lezer naar de publicatie van Vander Zwalmen en collega's (2024) in dit tijdschrift.

Daarnaast is het goed om weten dat tal van andere interventies ontwikkeld zijn op basis van theoretische modellen van ruminatie, waaronder – vanuit zelfregulatiemodellen – *self-system therapy* (SST). Deze behandeling richt zich op een betere balans tussen het nastreven van preventie- en promotiedoelen, het gebruik van meer helpende standaarden en het ontwikkelen van meer effectieve manieren om doelen na te streven in het dagelijks leven (Strauman & Eddington, 2017; Vieth et al., 2003; voor behandelonderzoek, zie onder meer Eddington et al., 2017; Strauman et al., 2006). Gegeven de link tussen focus op promotiedoelen en ruminatie of depressieve klachten in het huidige onderzoek (studies 1-2), en de rol van perfectionisme bij initiatie van ruminatie (studie 2), lijkt SST tevens een waardevolle insteek te bieden voor een meer integratieve behandeling van ruminatie.

Besluit De gepresenteerde studies brengen als eerste de complexe samenhang in kaart tussen ruminatie en een brede selectie van (meta)cognitieve factoren. De toepassing van netwerkanalyse op centrale concepten uit zelfregulatie-, cognitieve en metacognitieve modellen van ruminatie vormt een belangrijke eerste stap richting een meer integratief perspectief. Het gebruik van twee onafhankelijke steekproeven ter crossvalidatie, de mate van diversiteit binnen deze steekproeven (representatief voor de volwassen populatie van het Verenigd Koninkrijk) en de inclusie van uitgebreide robuustheidsanalyses (Tamm, Koster & Hoorelbeke, 2024, 2025) vormen een belangrijke sterkte van dit onderzoek.

Onze bevindingen wijzen op de unieke bijdrage van concepten uit (meta)cognitieve en zelfregulatiemodellen van ruminatie, en illustreren dat het belangrijk is om rekening te houden met deze factoren binnen de klinische casusconceptualisatie. In het bijzonder lijkt daarbij een rol weggelegd te zijn voor problemen met executieve controle, perfectionisme, verhoogd zelfbewustzijn en zelfmonitoring, promotiedoelfocus en niet-helpende opvattingen over (de gevolgen van) ruminatie. We bespraken daarbij de implicaties voor klinische casusconceptualisatie en de gedragstherapeutische behandeling van ruminatie.

Wel dient gelet te worden op de crossectionele aard van deze studies, al bevestigt recent prospectief onderzoek het belang van verschillende van bovengenoemde variabelen voor ruminatie (Tamm, Koster, Henry & Hoorelbeke, 2025). Toekomstig behandelonderzoek moet echter nog uitwijzen of een expliciete focus op dergelijke factoren bij kan dragen tot een verhoogde behandel-effectiviteit.

Dankwoord

Dit onderzoek werd gefinancierd door het Fonds Wetenschappelijk Onderzoek Vlaanderen (projecten: 12J9722N en GoA2425N), toegekend aan Kristof Hoorelbeke.

Belangenconflicten

De auteurs melden geen belangenconflicten en/of concurrerende belangen.

Disclaimer

Dit manuscript biedt een integratieve bespreking van de bevindingen van Tamm, Koster en Hoorelbeke (2024, 2025) en de relevantie hiervan voor de klinische casusconceptualisatie.

Kristof Hoorelbeke, Gerly Tamm en Ernst H.W. Koster zijn allen verbonden aan de Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Universiteit Gent.

Correspondentieadres: Kristof Hoorelbeke, Universiteit Gent, Henri-Dunantlaan 2, 9000 Gent, België. E-mail: kristof.hoorelbeke@ugent.be

Summary

Towards an integrative (meta)cognitive model of rumination: a network approach

In recent years, research on rumination has primarily focused on modeling the contribution of specific psychological variables. Treatments derived from these models typically adopt a rather narrow focus on a set of specific processes. Our research aims to broaden this perspective. Study 1 (N = 498) combines central concepts from major self-regulatory, metacognitive and cognitive models of rumination and relies on network analysis, a data-driven analytical approach, to gain a more integrative view on rumination. The inclusion of a replication study (Study 2; N = 500) allows to evaluate the robustness of our findings. Our results highlight the unique contribution of (lack of) executive control, perfectionism, self-consciousness, (lack of) promotion goal focus, and positive and negative beliefs about rumination. Together, these variables explain more than 50% of variance in rumination. Implications for theory on rumination, clinical case conceptualization, and treatment of rumination are discussed.

Keywords *rumination, network analysis, cognition, metacognition, depression*

Referenties

Borsboom, D., Deserno, M. K., Rhemtulla, M., Epskamp, S., Fried, E. I., McNally, R. J., Robinaugh, D., Perugini, M., Dalege, J.,

Costantini, G., Isvoranu, A. M., Wysocki, A. C., van Borkulo, C. D., van Bork, R., & Waldorp, L. J. (2021). Network analysis of multivariate data in psychological science. *Nature Reviews Methods Prim-*

- ers, 1, 58. <https://doi.org/10.1038/s43586-021-00055-w>
- Brenninkmeijer, V., Demerouti, E., le Blanc, P. M., & van Emmerik, I. J. H. (2010). Regulatory focus at work: The moderating role of regulatory focus in the job demands-resources model. *Career Development International*, 15, 708-728. <https://doi.org/10.1038/s43586-021-00055-w> 10.1108/13620431011094096
- Briganti, G., Scutari, M., & McNally, R. J. (2023). A tutorial on Bayesian networks for psychopathology researchers. *Psychological Methods*, 28, 947-961. <https://doi.org/10.1037/met0000479>
- Burgess, A. M., Frost, R. O., & DiBartolo, P. M. (2016). Development and validation of the frost multidimensional perfectionism scale: Brief. *Journal of Psychoeducation Assessment*, 34, 620-633. <https://doi.org/10.1177/0734282916651359>
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The meta-cognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-296. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(97\)00011-X](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(97)00011-X)
- Edgington, K. M., Burgin, C. J., Silvia, P. J., Fallah, N., Majestic, C., & Kwapi, T. R. (2017). The effects of psychotherapy for major depressive disorder on daily mood and functioning: A longitudinal experience sampling study. *Cognitive Therapy and Research*, 41, 266-277. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9816-7>
- Epskamp, S., Borsboom, D., & Fried, E. I. (2018). Estimating psychological networks and their accuracy: A tutorial paper. *Behavior Research Methods*, 50, 195-212. <https://doi.org/10.3758/s13428-017-0862-1>
- Epskamp, S., & Fried, E. I. (2018). A tutorial on regularized partial correlation networks. *Psychological Methods*, 23, 617-634. <https://doi.org/10.1037/met0000167>
- Epskamp, S., Waldorp, L. J., Möttus, R., & Borsboom, D. (2018). The Gaussian Graphical Model in cross-sectional and time-series data. *Multivariate Behavioral Research*, 53, 453-480. <https://doi.org/10.1080/00273171.2018.1454823>
- Evans, D. E., & Rothbart, M. K. (2007). Developing a model for adult temperament. *Journal of Research in Personality*, 41, 868-888. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.11.002>
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. M., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
- Hartman, C. A., & Rothbart, M. K. (2001). *Dutch translation of the adult temperament questionnaire*. Department of Psychiatry Internal publication ARIADNE research group.
- Hermans, D., Crombez, G., van Rijsoort, S., & Laeremans, I. (1998). *Metacognities Vragenlijst* [ongepubliceerde, geautoriseerde vertaling van de Meta-Cognitions Questionnaire].
- Higgins, E. T. (1997). Beyond pleasure and pain. *American Psychologist*, 52, 1280-1300. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.12.1280>
- Higgins, E. T., Friedman, R. S., Harlow, R. E., Idson, L. C., Ayduk, O. N., & Taylor, A. (2001). Achievement orientations from subjective histories of success: Promotion pride versus prevention pride. *European Journal of Social Psychology*, 31, 3-23. <https://doi.org/10.1002/ejsp.27>
- Hoebeke, Y., Blanchard, M. A., Bernstein, E. E., McNally, R. J., & Heeren, A. (2024). Negativity is key for understanding the interplay between rumination's features, attention control, and their dynamic nature: A temporal network approach. *Cognitive Therapy and Research*, 48, 774-780. <https://doi.org/10.1007/s10608-023-10432-2>
- Hoorelbeke, K., & Koster, E. H. W. (2017). Internet-delivered cognitive control training as a preventive intervention for remitted depressed patients: Evidence from a double-blind randomized controlled trial study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85, 135-146. <https://doi.org/10.1037/ccp0000128>
- Hoorelbeke, K., Van den Bergh, N. De Raedt, R., Wichers, M., & Koster, E. H. W. (2021). Preventing recurrence of depression: Long-term effects of a randomized controlled trial on cognitive control training for remitted depressed patients. *Clinical Psychological Science*, 9, 615-633. <https://doi.org/10.1177/2167702620979775>
- Hvenegaard, M., Moeller, S. B., Poulsen, S., Gondan, M., Grafton, B., Austin, S. F.,

- Kistrup, M., Rosenberg, N. G. K., Howard, H., & Watkins, E. R. (2020). Group rumination-focused cognitive-behavioural therapy (CBT) v. group CBT for depression: phase II trial. *Psychological Medicine*, 50, 11-19. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003835>
- Jones, N. P., Papadakis, A. A., Hogan, C. M., & Strauman, T. J. (2009). Over and over again: Rumination, reflection, and promotion goal failure and their interactive effects on depressive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 254-259. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.12.007>
- Jones, N. P., Papadakis, A. A., Orr, C. A., & Strauman, T. J. (2013). Cognitive processes in response to goal failure: A study of ruminative thought and its affective consequences. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32, 482-503. <https://doi.org/10.1521/jscp.2013.32.5.482>
- Jones, N. P., Siegle, G. J., & Thase, M. E. (2008). Effects of rumination and initial severity on remission to cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 591-604. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9191-0>
- Joormann, J., & Stanton, C. H. (2016). Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 35-49. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.07.007>
- Kertz, S. J., Koran, J., Stevens, K. T., & Björgvinsson, T. (2015). Repetitive negative thinking predicts depression and anxiety symptom improvement during brief cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 68, 54-63. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.03.006>
- Koster, E. H. W., De Lissnyder, E., Derakshan, N., & De Raedt, R. (2011). Understanding depressive rumination from a cognitive science perspective: The impaired disengagement hypothesis. *Clinical Psychology Review*, 31, 138-145. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.08.005>
- Krzikalla, C., Buhlmann, U., Andor, T., & Morina N. (2024). Repetitive negative thinking as a predictor of cognitive behavioral therapy outcomes in a naturalistic outpatient treatment. *Cognitive Therapy and Research*. <https://doi.org/10.1007/s10608-024-10545-2>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Lyubomirsky, S., Tucker, K. L., Caldwell, N. D., & Berg, K. (1999). Why ruminators are poor problem solvers: Clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1041-1060. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.5.1041>
- Nolen, L. L., & Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. In *Ruminative thoughts* (pp. 1-47). Psychology Press.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.115>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Olson, M. L., & Kwon, P. (2008). Brooding perfectionism: Refining the roles of rumination and perfectionism in the etiology of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 788-802. <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9173-7>
- O'Mahen, H. A., Boyd, A., & Gashe, C. (2015). Rumination decreases parental problem-solving effectiveness in dysphoric postnatal mothers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 47, 18-25. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.09.007>
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001a). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 160-164. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(01\)80021-3](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(01)80021-3)
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001b). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy*, 32, 13-26. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80041-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80041-1)

- Patel, A., Daros, A. R., Irwin, S. H., Lau, P., Hope, I. M., Perkovic, S. J. M., Laposa, J. M., Husain, M. I., Levitan, R. D., Klobber, S., & Quilty, L. C. (2023). Associations between rumination, depression, and distress tolerance during CBT treatment for depression in a tertiary care setting. *Journal of Affective Disorders*, 339, 74-81. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.06.063>
- Pe, M. L., Raes, F., Koval, P., Brans, K., Verduyn, P., & Kuppens, P. (2012). Interference resolution moderates the impact of rumination and reappraisal on affective experiences in daily life. *Cognition and Emotion*, 27, 492-501. <https://doi.org/10.1080/02699931.2012.719489>
- Quigley, L., Thiruchselvam, T., & Quilty, L. C. (2022). Cognitive control biases in depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 148, 662-709. <https://doi.org/10.1037/bul0000372>
- Raes, F., Schoofs, H., Hoes, D., Hermans, D., Van Den Eede, F., & Franck, E. (2009). 'Reflection' en 'brooding' als subtypes van rumineren: een herziening van de Ruminative Response Scale. *Gedragstherapie*, 42, 205-214.
- Rogiers, R., Baeken, C., Van den Abbeele, D., Watkins, E. R., Remue, J., Colman, R., De Raedt, R., & Lemmens, G. (2022). Group intervention 'Drop it!' decreases repetitive negative thinking in major depressive disorder and/or generalized anxiety disorder: A randomised controlled study. *Cognitive Therapy and Research*, 46, 182-196. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10240-6>
- Rogiers, R., Baeken, C., Watkins, E. R., Van den Abbeele, D., Remue, J., De Raedt, R., & Lemmens, G. (2022). A psychoeducational CBT-based group intervention ('Drop it') for repetitive negative thinking: Theoretical concepts and treatment processes. *International Journal of Group Psychotherapy*, 72, 257-292. <https://doi.org/10.1080/00207284.2022.2066535>
- Rogiers, R., Van Parys, H., Baeken, C., Van den Abbeele, D., Remue, J., De Raedt, R., & Lemmens, G. (2022). Treatment experiences during a cognitive behaviour therapy group intervention targeting repetitive negative thinking: A qualitative study. *Psychology and Psychotherapy – Theory, Research and Practice*, 95, 447-466. <https://doi.org/10.1111/papt.12378>
- Roth, R. M., Isquith, P. K., & Gioia, G. A. (2005). *BRIEF-A: Behavior Rating Inventory of Executive Function – Adult Version*. Psychological Assessment Resources, Lutz, FL.
- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., & Evans, D. E. (2000). Temperament and personality: Origins and outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 78, 122-135. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.1.122>
- Salguero, J. M., Ramos-Cejudo, J., Garcia-Sancho, E., Arbulu, I., Zaccagnini, J. L., Bjureberg, J., & Gross, J. J. (2021). Testing the impaired disengagement hypothesis: The role of attentional control and positive metacognitive beliefs in depression. *Behaviour Research & Therapy*, 146, 103961. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103961>
- Scholte, E., & Noens, I. (2011). *BRIEF-A: Vragenlijst executieve functies voor volwassenen: Handleiding*. Hogrefe.
- Shah, J., & Higgins, E. T. (2001). Regulatory concerns and appraisal efficiency: The general impact of promotion and prevention. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 693-705. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.80.5.693>
- Siegle, G. J., Ghinassi, F., & Thase, M. E. (2007). Neurobehavioral therapies in the 21st century: Summary of an emerging field and an extended example of cognitive control training for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 235-262. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9118-6>
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Luyten, P., Duriez, B., & Goossens, L. (2005). Maladaptive perfectionistic self-representations: The mediational link between psychological control and adjustment. *Personality and Individual Differences*, 38, 487-498. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.05.008>
- Solem, S., Hagen, R., Hoksnes, J. J., & Hjemdal, O. (2016). The metacognitive model of depression: An empirical test in a large Norwegian sample. *Psychiatry Research*, 242, 171-173. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.056>
- Stenzel, K., Keller, J., Kirchner, L., Rief, W., & Berg, M. (2024). Efficacy of cognitive

- behavioral therapy in treating repetitive negative thinking, rumination, and worry – a transdiagnostic meta-analysis. *Psychological Medicine*, 55, e31. <https://doi.org/10.1017/S0033291725000017>
- Strauman, T. J., & Eddington, K. M. (2017). Treatment of depression from a self-regulation perspective: Basic concepts and applied strategies in Self-System Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 41, 1-15. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9801-1>
- Strauman, T. J., Vieth, A. Z., Merrill, K. A., Kolden, G. G., Woods, T. E., Klein, M. H., Papadakis, A. A., Schneider, K. L., & Kwapil, L. (2006). Self-system therapy as an intervention for self-regulatory dysfunction in depression: A randomized comparison with cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 367-376. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.2.367>
- Tamm, G., Koster, E. H. W., Henry, T., & Hoorelbeke, K. (2025). Stuck in thought: Temporal interplay between cognitive building blocks of rumination. *Behaviour Research and Therapy*, 192, 104788. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2025.104788>
- Tamm, G., Koster, E. H. W., & Hoorelbeke, K. (2024). Multiple paths to rumination within a network analytical framework. *Scientific Reports*, 14, 10874. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-61469-6>
- Tamm, G., Koster, E. H. W., & Hoorelbeke, K. (2025). Evaluating theories of repetitive negative thinking: Replication and extension. *Cognitive Therapy and Research*, 49, 18-33. <https://doi.org/10.1007/s10608-024-10546-1>
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 247-259. <https://doi.org/10.1023/A:1023910315561>
- Vander Zwalmen, Y., Demeester, D., Hoorelbeke, K., & Koster, E. H. W. (2024). Effectiviteit van een adaptieve cognitieve training bij depressieve klachten: Een systematische review en meta-analyse. *Gedragstherapie*, 57, 118-146.
- Vieth, A. Z., Strauman, T. J., Kolden, G. G., Woods, T. E., Michels, J. L., & Klein, M. H. (2003). Self-System Therapy (SST): A theory-based psychotherapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 245-268. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg023>
- Watkins, E. R. (2018). *Rumination-focused cognitive-behavioral therapy for depression*. Guilford Press.
- Watkins, E. R., Mullan, E., Wingrove, J., Rimes, K., Steiner, H., Bathurst, N., Eastman, R., & Scott, J. (2011). Rumination-focused cognitive-behavioural therapy for residual depression: phase II randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 199, 317-322. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.090282>
- Watkins, E. R., & Roberts, H. (2020). Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour Research and Therapy*, 127, 103573. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103573>
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press: New York.
- Wells, A. (2019). Breaking the cybernetic code: Understanding and treating the human metacognitive control system to enhance mental health. *Frontiers in Psychology*, 10, 2621. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02621>
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 367-373. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.02.004>
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881-888. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00050-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00050-2)
- Zacher, H., & de Lange, A.H. (2011). Relations between chronic regulatory focus and future time perspective: Results of a cross-lagged structural equation model. *Personality and Individual Differences*, 50, 1255-1260. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.02.020>
- Zetsche, U., Bürkner, P. -C., & Schulze, L. (2018). Shedding light on the association between repetitive negative thinking and deficits in cognitive control – A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 63, 56-65. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.001>

Over de rol van associaties in betekenisanalyses

Een kritische evaluatie en mogelijke alternatieven

► JAN DE HOUWER & YANNICK BODDEZ

Samenvatting Terwijl binnen de traditionele gedragstherapie leerprincipes centraal staan, ligt binnen cognitieve therapie de focus vaak op betekenis. Binnen de cognitieve gedragstherapie heeft men geprobeerd om deze twee benaderingen te verzoenen door betekenis te analyseren in termen van leerprincipes, meer bepaald klassieke conditionering. Hierbij wordt klassieke conditionering vaak opgevat als het vormen van associaties in het semantisch geheugen. Wij beargumenteren dat een dergelijke conceptualisatie zowel problematisch als onnodig is. We stellen twee alternatieve manieren voor om leerprincipes te verzoenen met betekenisanalyses: [1] door leerprincipes zoals klassieke conditionering op te vatten als effecten in plaats van mentale processen, en [2] door betekenisanalyses te conceptualiseren in termen van *relational frame theory*. Ook vanuit deze alternatieve visies blijft onderzoek naar klassieke conditionering een belangrijke inspiratiebron voor de therapeutische praktijk.

TREFWOORDEN — *betekenisanalyse, cognitieve gedragstherapie, klassieke conditionering, relational frame theory*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Betekenisanalyses in termen van associaties werden voorgesteld als een manier om cognitieve therapie en traditionele gedragstherapie met elkaar te verzoenen, maar hebben als nadeel onder meer dat ze geen informatie bevatten over de aard van de relatie tussen stimuli (bijvoorbeeld: 'A voorspelt B' versus 'A veroorzaakt B').
- Als alternatief kunnen betekenisanalyses geformuleerd worden in termen van proposities (overtuigingen) of *relational frame theory*, zonder veel afbreuk te doen aan de rol van leerprincipes in de cognitieve gedragstherapie.
- Deze alternatieve betekenisanalyses laten ruimte voor een grote verscheidenheid aan therapeutische interventies die gericht zijn op het wijzigen van betekenis of op het wijzigen van de impact van betekenis op gedrag.

Inleiding

Aanvankelijk werd gedragstherapie vaak gezien als een klinische toepassing van leerprincipes, zoals klassieke en operante conditionering (Wolpe, 1976). Psychopathologie wordt hierbij beschouwd als een instantie van geleerd gedrag. Het oorspronkelijk doel van de gedragstherapie was om pathologisch gedrag te wijzigen op basis van leerpsychologische principes (bijvoorbeeld exposure als analoog van uitdoving). Traditioneel is gedragstherapeutisch handelen gericht op het identificeren van de prikkels en contingenties in de omgeving van de patiënt waar diens problematische gedrag een functie van is (dit is een functieanalyse), met als uiteindelijk doel om het gedrag te veranderen door deze elementen in de omgeving van de patiënt te veranderen.

Cognitieve psychologen hebben echter beargumenteerd dat het gedrag van een individu niet zozeer afhankelijk is van de omgeving op zich, maar van de *betekenis* die de omgeving heeft voor het individu. Binnen de cognitieve benadering wordt betekenis meestal gezien als een verzameling van propositionele overtuigingen (*beliefs*). Zo zullen honden een negatieve betekenis hebben voor personen die geloven dat honden hen zullen aanvalen. Een dergelijke negatieve betekenis kan leiden tot vermijdingsgedrag en gevoelens van angst. Om gedrag en gevoelens te veranderen, ligt binnen de cognitieve therapie daarom de nadruk op het identificeren en veranderen van de betekenis die prikkels in de omgeving hebben voor de patiënt.

Sommige wetenschappers hebben geprobeerd de traditionele gedragstherapie en de cognitieve therapie met elkaar te verzoenen door betekenisgeving te benaderen vanuit leerprincipes (bijvoorbeeld: Korrelboom & ten Broeke, 2013; Vanden Bogaerde et al., 2022). Zo werd beargumenteerd dat cognitieve gedragstherapeuten een betekenisanalyse van gedrag kunnen uitvoeren in termen van klassieke conditionering (KC). Dit voorstel vertrekt vanuit het idee dat KC een proces is waarbij prikkels een nieuwe betekenis verwerven via het vormen van associaties tussen representaties in het geheugen (bijvoorbeeld: Eelen et al., 2018, p. 178). Hierbij worden meestal twee typen geconditioneerde betekenis naar voren geschoven: [1] een prikkel als signaal voor de komst van een gebeurtenis, en [2] een prikkel als louter referent naar een gebeurtenis, zonder verwachting dat die gebeurtenis daadwerkelijk zal plaatsvinden (zie bijvoorbeeld: Korrelboom & ten Broeke, 2013; Vanden Bogaerde et al., 2022). Vanuit dit perspectief is het doel van een betekenisanalyse om te bepalen wat een prikkel signaleert of waarnaar deze refereert voor een patiënt en hoe de patiënt reageert op basis van deze betekenis. Gebruikmakend van de traditionele terminologie binnen onderzoek naar KC worden de drie afkortingen CS, US en CR gehanteerd om te verwijzen naar: [1] de prikkel zelf (CS), [2] wat de CS signaleert of waarnaar deze refereert (US), en [3] het gedrag dat de CS uitlokt vanwege zijn betekenis (CR). Bijvoorbeeld, voor een bepaalde patiënt kan een hond (CS) een bedreigende betekenis hebben, omdat een hond een aanval (US) signaleert. In dit scenario kan de patiënt angst ervaren (CR) als

reactie op het zien van een hond. Voor een andere patiënt kan een schouderklopje (CS) refereren naar eerder misbruik door haar vader, zonder dat zij gelooft dat dit schouderklopje ook hier en nu misbruik signaleert. In dit geval kan de patiënt terugdenken aan het eerdere misbruik (CR) als reactie op het schouderklopje (voor meer voorbeelden, zie: Korrelboom & ten Broeke, 2013; Vanden Bogaerde et al., 2022).

Dergelijke betekenisanalyses in termen van associaties vinden we terug in verschillende hedendaagse handboeken over (cognitieve) gedragstherapie (bijvoorbeeld: Korrelboom & ten Broeke, 2013; Vanden Bogaerde et al., 2022). Hierbij wordt soms opgemerkt dat het niet noodzakelijk correct is om KC gelijk te stellen aan het proces van de vorming van CS-US-associaties (bijvoorbeeld: Hermans et al., 2018, p. 61; Vanden Bogaerde et al., 2022, p. 164). Ook zijn er twijfels over de mate waarin dergelijke betekenisanalyses daadwerkelijk gebruikt worden in de praktijk (bijvoorbeeld: Hafkenscheid, 2018, p. 303). Hoog tijd dus om betekenisanalyses in termen van CS-US-associaties eens kritisch tegen het licht te houden.

In dit artikel wijzen we eerst op een aantal problemen die eigen zijn aan het denken over betekenis in termen van associaties tussen CS- en US-representaties. In tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt, is het niet evident om betekenis te vatten in termen van associaties. Het idee dat we gedragstherapie kunnen verzoenen met cognitieve therapie door over betekenis te denken in termen van associaties berust volgens ons op los zand. In het tweede deel van dit artikel bespreken we twee alternatieve manieren om cognitieve betekenisanalyses te verzoenen met leerprincipes en dus met traditionele gedragstherapie. Het eerste alternatief is om leerprincipes te zien als louter effecten (meer bepaald KC als de impact van CS-US-aanbiedingen op gedrag) die niet noodzakelijkerwijs berusten op het vormen van associaties. Dit maakt het mogelijk om cognitieve betekenisanalyses te formuleren in termen van propositionele overtuigingen zonder hierbij KC als effect los te laten. Het tweede alternatief is om betekenis te vatten in termen van relationeel reageren zoals voorgesteld binnen de *relational frame theory* (RFT; Hayes et al., 2001). Maar voor we deze alternatieven uit de doeken doen en bespreken welke implicaties ze hebben voor de klinische praktijk, zullen we eerst onderbouwen waarom er überhaupt alternatieven nodig zijn.

Het idee dat we gedragstherapie kunnen verzoenen met cognitieve therapie door over betekenis te denken in termen van associaties berust volgens ons op los zand

Waarom is het problematisch om over betekenis te denken in termen van associaties?

Zoals Eelen (1988) beargumenteerde, kan KC beschouwd worden als een procedure, een effect of een (mentaal) proces: als *procedure* verwijst KC naar een spatiotemporele regelmatigheid, meer specifiek naar het op een

bepaalde wijze samen voorkomen van prikkels in de omgeving; als *effect* verwijst KC naar een verandering in de reactie op een prikkel ten gevolge van een dergelijk samen voorkomen van prikkels; als (mentaal) *proces* verwijst KC naar een mechanisme dat verantwoordelijk is voor het effect, met andere woorden: dat verantwoordelijk is voor de impact van het samen voorkomen van prikkels op het gedrag.

Stel nu dat we betekenisanalyses formuleren in termen van KC, en KC zien als een specifiek cognitief mechanisme, meer bepaald de vorming van associaties tussen CS- en US-representaties. De betekenis van een prikkel zou dan liggen in de mentale associaties tussen de representatie van die prikkel en de representatie van andere prikkels. Om de beperkingen van deze visie te begrijpen, moeten we eerst meer duidelijkheid verschaffen over wat ze precies veronderstelt. Vanaf halverwege de jaren zestig groeide een consensus rond het idee dat KC als effect vaak te wijten is aan het vormen van associaties tussen stimulusrepresentaties in een semantisch netwerk (bijvoorbeeld: Rescorla, 1966; Rescorla & Wagner, 1972). Meer bepaald bestond dit idee erin dat, onder de juiste voorwaarden (bijvoorbeeld wanneer de betrokkene aandacht besteedt aan CS en/of US), het samen voorkomen van CS en US resulteert in het vormen van een associatie tussen de representaties van de CS en de US. Wanneer de associatie eenmaal sterk genoeg is, kan de aanbidding van de CS via deze associatie leiden tot activatie van de US-representatie, wat zou resulteren in een geconditioneerde respons (CR) ten opzichte van de CS. Binnen deze modellen is een associatie dus niet meer dan een structuur die toelaat dat activatie zich verspreidt in een semantisch netwerk. Men zou echter kunnen veronderstellen dat de betekenis van de CS bepaald wordt door het geheel van representaties dat in het semantisch netwerk geactiveerd wordt als gevolg van de aanbidding van de CS. Op die manier zou men dus kunnen besluiten dat KC als effect te wijten is aan een mentaal proces van betekenisgeving via het vormen van associaties. Hierna geven we verschillende redenen waarom het problematisch is om over betekenisgeving te denken in termen van associaties.

Associaties zijn geen proposities Zoals eerder aangegeven gaan cognitieve psychologen ervan uit dat betekenis vervat zit in propositionele overtuigingen of kortweg proposities (bijvoorbeeld: 'Honden zullen me aanvalen'). Hun keuze voor proposities als de basis van betekenis volgt uit het feit dat er fundamentele verschillen zijn tussen proposities en associaties als mentale representaties (De Houwer, 2018; Hummel, 2010). Een eerste cruciaal verschil is dat enkel proposities informatie bevatten over de aard van de relatie tussen stimuli (bijvoorbeeld: CS *voorspelt* US, CS *veroorzaakt* US, CS *is een effect van* US, CS *komt samen voor met* US). Dit is verre van triviaal. Allereerst volgt daaruit dat voor het vormen van proposities – in tegenstelling tot het vormen van associaties – meestal meer nodig is dan spatiotemporele informatie (dat wil zeggen: informatie over wanneer en waar stimuli voorkomen; Lagnado et al., 2007). Wanneer bijvoorbeeld een CS en een US samen voorkomen in tijd en ruimte, kan dit erop wijzen dat

de CS een *oorzaak* is van de US, dat de CS een *effect* is van de US of dat de CS de US *voorspelt* vanwege een derde factor. Om onderscheid te maken tussen deze mogelijkheden, moet spatiotemporele informatie gecombineerd worden met andere informatie, zoals bestaande kennis over bepaalde stimuli (bijvoorbeeld welke stimuli potentiële oorzaken zijn) of relaties (bijvoorbeeld dat het verwijderen van oorzaken een impact heeft op effecten, maar omgekeerd niet). Deze andere informatie kan komen uit observaties, uit instructies of uit kennis die al redenerend wordt afgeleid uit reeds bestaande kennis. Ten tweede hebben proposities vanwege hun relationele inhoud een waarheidsgehalte: de informatie die ze bevatten over de aard van de relatie tussen CS en US kan beoordeeld worden als waar of onwaar. Associaties daarentegen zijn louter structuren die dienen om activatie te verspreiden. Men kan bepalen of structuren bestaan of niet, maar het is zinloos om te bepalen of een structuur waar of onwaar is. Associaties en proposities zijn dus fundamenteel verschillend.

Dit fundamentele verschil wordt vaak miskend, omdat het middels kunstgrepen verdoezeld kan zijn. Hierna bespreken we een aantal van die kunstgrepen, zowel met betrekking tot het integreren van relationele informatie in associaties, als met betrekking tot de rol van instructies en observaties in het tot stand komen van associaties. We zullen beargumenteren dat ook deze kunstgrepen niet volstaan om te komen tot een bevredigende conceptualisatie van betekenis in termen van associaties.

Het fundamentele verschil tussen associaties en proposities wordt vaak miskend, omdat het middels kunstgrepen verdoezeld kan zijn

Is het mogelijk om relationele informatie te integreren in associatieve netwerken? Een eerste mogelijke manier om relationele informatie binnen te smokkelen in associatieve netwerken is door te veronderstellen dat er verschillende soorten associaties zijn voor verschillende soorten relaties. Dit idee zien we terugkomen in het voorstel om betekenisanalyses uit te voeren in termen van KC (bijvoorbeeld: Korrelboom & ten Broeke, 2013; Vanden Bogaerde et al., 2022). Zoals eerder gezegd worden in dat voorstel minstens twee typen van geconditioneerde betekenis naar voor geschoven: [1] een prikkel als een signaal voor de komst van gebeurtenissen, en [2] een prikkel als louter referent naar een gebeurtenis, zonder verwachting dat de gebeurtenis daadwerkelijk zal plaatsvinden (bijvoorbeeld: Korrelboom & ten Broeke, 2013; Vanden Bogaerde et al., 2022). Korrelboom en ten Broeke (2013) bespreken in hun hoofdstuk over betekenisanalyse ook causale relaties (bijvoorbeeld dwanggedrag als veronderstelde oorzaak van het uitblijven van iets negatiefs – p. 339) en identiteitsrelaties (bijvoorbeeld ruziemaak staat gelijk aan een slecht mens zijn – p. 331). In principe kan voor elk van deze typen relaties een ander type associatie verondersteld worden, bijvoorbeeld door elk type associatie van een ander label te voorzien.

Deze oplossing is volgens ons niet afdoend. Allereerst is er de vraag hoeveel typen associaties we dan uiteindelijk nodig zullen hebben. Stimuli

kunnen immers op tal van manieren gerelateerd zijn. Naast de relaties die we boven al vermeld hebben, kan een stimulus verschillen van iets anders (bijvoorbeeld: ‘Je gedraagt je zo *anders* dan toen we net een koppel waren’), groter of kleiner zijn dan iets anders (bijvoorbeeld: ‘Die hond is nog *groter* dan de hond die me beet’), deel uitmaken van iets anders of iets anders omvatten (bijvoorbeeld: ‘Hij *maakt deel uit* van de afdeling waarmee we in conflict zijn’), enzovoort (Hayes et al., 2001). Voorts is er de vraag hoe een geheugen met verschillende typen associaties zou functioneren. De primaire rol van een associatie is het verspreiden van activatie (en/of inhibitië) tussen representaties. Verloopt dit proces dan verschillend voor verschillende typen associaties? Het is zelfs niet duidelijk hoe het onderscheid tussen een signaalrelatie en een referentiële relatie geïmplementeerd kan worden in een associatief semantisch netwerk. Zo kan de mate van activatie van een US-representatie misschien bepalen in welke mate een US verwacht wordt (signaalrelatie) of in welke mate men denkt aan de US (referentiële relatie), maar het is niet duidelijk wat bepaalt of activatie van een representatie leidt tot een verwachting of een louter denken aan (Jozefowicz, 2018). Ten slotte zullen de verschillende typen associaties nog steeds niet alle informatie kunnen vatten die in proposities vervat zit. Neem de propositie: ‘Jan houdt van Mieke.’ Deze uitspraak omvat niet enkel dat Jan en Mieke verbonden zijn door de relatie ‘houden van’, maar ook welke rol Jan en Mieke hebben: Jan is degene die liefheeft en Mieke is degene van wie gehouden wordt. Het is onduidelijk hoe deze cruciale relationele informatie vervat kan worden in een simpele associatie tussen twee representaties, zelfs als die associatie op de een of andere manier wel informatie bevat over het type relatie (voor een bespreking, zie: Hummel, 2010).

Een tweede manier om informatie over relaties binnen te smokkelen in een associatief semantisch netwerk is om die complexe betekenis te steken in de representaties zelf. Vanden Bogaerde en collega’s (2022, p. 159) geven het voorbeeld van een patiënt (‘Marc’) die op zijn werk of thuis bij zijn gezin veel spanning ervaart. Ze bieden een betekenisanalyse waarin Marcs werk- of thuissituatie gezien wordt als de CS, de gedachte: ‘Ik ben een teleurstelling als ik niet zorg voor stabiliteit en veiligheid’ als US, en de spanning als CR. Dit zou gebaseerd zijn op een leergeschiedenis waarin Marcs vader al op jonge leeftijd is overleden, waardoor Marc al van jongs af aan veel verantwoordelijkheden heeft moeten opnemen in zijn gezin. Ook deze oplossing lijkt ons problematisch. Ten eerste blijft het de vraag welk associatief mechanisme toelaat om complexe proposities, die immers bestaan uit een veelheid van begrippen met een veelheid aan relaties, te leren en te representeren. Neem bijvoorbeeld een complexe propositie als: ‘Ik ben een teleurstelling als ik niet zorg voor stabiliteit en veiligheid.’ Daarin staan ‘ik’, ‘teleurstelling’, nogmaals ‘ik’, ‘stabiliteit’ en ‘veiligheid’ voor begrippen, terwijl ‘ben’, ‘als’ en ‘zorgen voor’ relaties uitdrukken.

Ten tweede blijft de vraag wat de relatie is tussen enerzijds Marcs werk- en thuissituatie (CS), en anderzijds zijn gedachte: ‘Ik ben een teleurstelling als ik niet zorg voor stabiliteit en veiligheid’ (US). Wellicht ontstaat de

spanning vanwege een veronderstelde *causale* relatie: slecht presteren in de werk- en thuissituatie is een *oorzaak* van instabiliteit en onveiligheid, en dus van falen als gezinshoofd. Deze relationele informatie zit niet vervat in een (referentiële) CS-US-associatie. Dus zelfs wanneer een complexe betekenis geïncorporeerd wordt in (US-)representaties, blijft het vaak lastig om de aard van de relatie tussen (CS- en US-)representaties te vatten in termen van associaties.

Ten slotte willen we erop wijzen dat het begrip ‘US’ heel breed geïnterpreteerd wordt wanneer ermee verwezen wordt naar complexe gedachten of mentale schema’s. In welke zin kunnen dergelijke gedachten nog beschouwd worden als ‘stimuli’ die *unconditional* zijn? Samenvattend kunnen we stellen dat een netwerk van associaties tussen representaties niet volstaat om relationele informatie te vatten en dat er ook geen evidente oplossingen zijn voor dit probleem.¹

Associaties op basis van instructies en observaties? Binnen de leerpsychologie wordt traditioneel verondersteld dat associaties in het geheugen het resultaat zijn van het spatiotemporeel samen voorkomen van gebeurtenissen. Meer bepaald wordt ervan uitgegaan dat het spatiotemporeel samen voorkomen van prikkels aanleiding geeft tot het vormen van associaties en dat dit op zijn beurt aanleiding geeft tot een verandering in gedrag (De Houwer & Hughes, 2020, pp. 20-21 en 96-98). Dit mechanisme wint aan geloofwaardigheid omdat het plausibel lijkt dat representaties die samen actief zijn, verbonden worden door een associatie (*what fires together, wires together*; Hebb, 1949).

We hebben echter gezien dat het spatiotemporeel samengaan van prikkels vaak onvoldoende is om tot proposities te komen. Hiervoor zijn ook instructies, observaties en inferenties cruciaal. Maar misschien zijn er manieren om instructies, observaties en inferenties ook relevant te maken voor het vormen van associaties? Stel dat iemands vliegangst het gevolg is van het zien van een film waarin een reiziger tijdens een vlucht zware turbulentie ervaart (een voorbeeld van KC via observatie) of het gevolg is van het lezen van de zin: ‘In een vliegtuig kunnen reizigers zware turbulentie ervaren’ (een voorbeeld van KC via instructies; Rachman, 1977). Het zien van de film of het lezen van de zin zou kunnen resulteren in een mentale coactivatie van de representatie

1 Hierbij willen we opmerken dat we enkel spreken over netwerken die bestaan uit associaties tussen lokale representaties (bijvoorbeeld een representatie van de CS en een US) zoals die typisch voorgesteld worden binnen de leerpsychologie en gedragstherapie. We spreken ons niet uit over netwerken met gedistribueerde representaties (bijvoorbeeld *parallel distributed networks*) waarin knooppunten (*nodes*) geassocieerd zijn die elk op zich geen concept representeren (bijvoorbeeld: McClelland & Rumelhart, 1981). Het is best mogelijk dat proposities gerepresenteerd kunnen worden binnen dergelijke gedistribueerde netwerken, maar deze netwerken bieden een model voor de ‘hardware’ van cognitie (wat Marr (1982) het ‘implementatieniveau’ noemt), terwijl klassieke netwerken met lokale representaties uitspraken doen over de ‘software’ van cognitie (wat Marr (1982) het ‘algoritmische niveau’ noemt).

‘vliegtuig’ en de representatie ‘turbulentie’, wat aanleiding zou geven tot het vormen van een associatie tussen deze twee representaties, zodat de betekenis van ‘vliegtuig’ zou veranderen.

Er zijn echter verschillende redenen die pleiten tegen deze kunstgreep. Ten eerste houdt het uitgangspunt *what fires together, wires together* geen rekening met de syntax en grammatica van verbale instructies. Neem bijvoorbeeld de zin: ‘In dit vliegtuig zul je zware turbulentie ervaren’ en de zin: ‘In dit vliegtuig zul je geen turbulentie ervaren.’ Beide zouden moeten resulteren in coactivatie van de representaties ‘vliegtuig’ en ‘turbulentie’, en dus in het vormen van een associatie tussen deze representaties. Het is echter onwaarschijnlijk dat beide zinnen zullen resulteren in dezelfde mate van angst om het vliegtuig te nemen. Men zou kunnen veronderstellen dat de twee zinnen aanleiding geven tot andere soorten associaties (bijvoorbeeld excitatorische versus inhibitorische associaties; Wagner, 1981), maar dan blijft de vraag welk associatief mechanisme deze verschillende associaties zou kunnen produceren op basis van dergelijke zinnen.

Ten tweede is het idee van een associatie tussen twee representaties te beperkt om de rijkdom van leren via instructie, observatie en inferentie te vatten. Stel dat Karel een film ziet van een personage Anna, dat in een vliegtuig zit en angst vertoont. Dit zou kunnen leiden tot coactivatie van de representaties ‘vliegtuig’ en ‘angst’ in het semantisch geheugen van Karel, en dus ook tot een associatie tussen deze representaties. Maar wat Karel wellicht leert op basis van de film is dat het nemen van een vliegtuig gevaarlijk kan zijn. Deze conclusie berust op redeneren: Karel infereert dat Anna angstig is omdat zij zich in een gevaarlijke situatie bevindt (omdat het vliegtuig kan neerstorten) en dat vliegen dus ook voor hemzelf gevaarlijk kan zijn. Hij ontwikkelt met andere woorden een angst voor vliegtuigen niet door vliegtuigen te associëren met angst, maar door de hypothese te vormen dat het nemen van een vliegtuig gevaarlijk kan zijn (Kasran et al., 2023). Het is moeilijk voor te stellen hoe een dergelijke actieve constructie van betekenis gevat kan worden in termen van associatievorming.

Kortom, het is op theoretisch vlak helemaal niet zo simpel om een plausibele verklaring te geven voor de effecten van observaties en instructies op basis van het idee van het vormen van associaties tussen representaties in een semantisch netwerk. Dit is natuurlijk een cruciale beperking van betekenisanalyses in termen van associaties, want het is niet simpel om de effecten van observaties en instructies te verklaren op basis van associaties tussen representaties (bijvoorbeeld: Poulton & Menzies, 2002).

Het is niet simpel om de effecten van observaties en instructies te verklaren op basis van associaties tussen representaties

Alternatieven

Betekenisanalyses in termen van CS-US-associaties zijn volgens ons niet alleen problematisch, maar ook niet nodig binnen de cognitieve gedragstherapie. Zoals eerder aangehaald zou men kunnen beweren dat dergelijke betekenisanalyses een brug vormen tussen de leerprincipes die dominant waren in enerzijds de traditionele gedragstherapie en anderzijds de cognitieve therapie. Hoewel we ervan overtuigd zijn dat een dergelijke brug nuttig is, zijn er volgens ons andere, meer coherente manieren om die brug tot stand te brengen. Hierna bespreken we twee manieren, één in termen van KC als effect en één in termen van (arbitrair toepasbaar) relationeel gedrag.

Cognitieve betekenisanalyses aangevuld met een functionele visie op KC Eerder in dit artikel hebben we al verwezen naar het bestaan van verschillende niveaus van analyse. Meer bepaald merkten we op dat we KC kunnen zien als een procedure (het samen aanbieden van prikkels en nagaan of dit gedrag verandert), een effect (een verandering in gedrag die te wijten is aan het samen aanbieden van prikkels) of een mentaal proces (bijvoorbeeld het vormen van associaties). Uitspraken over procedures, effecten en mentale processen zijn gesitueerd op – respectievelijk – het descriptieve, functionele en cognitieve niveau van analyse (De Houwer & Hughes, 2020). Hiervoor hebben we beargumenteerd dat het gelijkstellen van KC aan het proces van de vorming van CS-US-associaties niet voldoende is om de betekenis van prikkels te vatten. Een bijkomend probleem van deze gelijkstelling is dat KC als effect te wijten kan zijn aan verschillende processen. Zo werd beargumenteerd dat KC-effecten in bepaalde situaties te wijten zijn aan het vormen van proposities en werd betwijfeld of CS-US-associaties überhaupt nuttig zijn om KC-effecten bij mensen te verklaren (bijvoorbeeld: De Houwer, 2009; Mitchell et al., 2009). Waarom zou men dan KC gelijkstellen aan het vormen van CS-US-associaties als andere processen misschien belangrijker zijn bij het tot stand komen van KC-effecten? Het lijkt logischer om de term ‘KC’ voor te behouden voor het effect zelf en die niet vast te koppelen aan één mogelijke verklaring van het effect.

Een belangrijk voordeel van deze aanpak is dat betekenisanalyses en KC daarmee op verschillende niveaus van analyse worden geplaatst (De Houwer & Hughes, 2020; Hughes et al., 2016). Betekenisanalyses richten zich op het cognitieve niveau, meer bepaald op het identificeren van de proposities (*beliefs*) over prikkels en gebeurtenissen in de voorbije en huidige omgeving van de patiënt. Een therapeut gaat dus nog steeds op zoek naar welke prikkels onder welke voorwaarden welke reacties ontlokken, maar tracht dit te begrijpen op basis van proposities (*beliefs*) in plaats van associaties. Elk van deze proposities relateert de prikkel op een bepaalde wijze aan andere prikkels of gebeurtenissen (bijvoorbeeld: ‘Tijdens de vlucht van een vliegtuig kan hevige turbulentie optreden’, ‘Anna was bang toen ze in

het vliegtuig zat', 'Het nemen van een vliegtuig is gevaarlijk'). Een betekenisanalyse van een patiënt die lijdt onder schouderklopjes (ook al wordt er nu niet langer geanticipeerd op misbruik) zou bijvoorbeeld kunnen wijzen op de volgende betekenissen: 'Schouderklopjes *zijn* slecht', 'Schouderklopjes *zijn* fysieke aanrakingen, en fysieke aanrakingen *maakten deel uit van* het misbruik door vader' of: 'Schouderklopjes *kwamen samen voor* met misbruik.' Dergelijke propositionele betekenisanalyses zijn bevrijd van het keurslijf van KC in termen van het vormen van associaties, en bieden daarvoor ruimte voor allerlei soorten relaties en voor een impact van instructies, observaties en inferenties.

De term 'KC' en bijbehorende termen als 'CS', 'US' en 'CR' worden binnen deze alternatieve visie enkel gebruikt op het descriptieve of functionele niveau, namelijk om te verwijzen naar een procedure of effect. Op deze manier blijft KC relevant voor de therapeutische praktijk. Allereerst zal psychopathologie (bijvoorbeeld vliegangst) in sommige gevallen het gevolg zijn van het spatiotemporeel samengaan van prikkels (het ervaren van turbulentie tijdens een vlucht). In deze gevallen kan men zeggen dat psychopathologie een voorbeeld is van KC als effect. Onderzoek naar KC blijft dus potentieel nuttig om een van de mogelijke oorzaken voor het ontstaan van psychopathologie te bestuderen (namelijk het spatiotemporeel samen voorkomen van prikkels). In dergelijke situaties kan men termen als

*Deze aanpak laat
ruimte voor het
uitvoeren van
betekenisanalyses in
termen van proposities*

'CS', 'US' en 'CR' blijven gebruiken in hun oorspronkelijke functionele betekenis, namelijk om te verwijzen naar de spatiotemporele stimuli die samengaan en naar het gedrag dat daardoor tot stand komt. Deze aanpak laat ruimte voor het uitvoeren van betekenisanalyses in termen van proposities. Het is immers best mogelijk dat effecten van het samen voorkomen van prikkels (bijvoorbeeld vliegangst als resultaat van het ervaren van turbulentie tijdens een vlucht) tot stand komen omdat deze ervaringen een bron zijn van de

betekenis die aan de prikkels gegeven wordt (bijvoorbeeld de overtuiging dat het nemen van een vliegtuig gevaarlijk is) en de verwachtingen die hieruit voortkomen (bijvoorbeeld de verwachting dat men zal sterven als gevolg van het nemen van een vliegtuig). Dit idee is volkomen in lijn met propositionele modellen die KC als effect (bijvoorbeeld angst voor een bel omdat de bel voorafgaat aan een onaangename elektrische prikkel) toeschrijven aan het vormen van proposities in het geheugen (het vormen van de propositie: 'De bel voorspelt de schok'; De Houwer, 2009, 2018; Mitchell et al., 2009). Door KC als effect los te koppelen van het proces van associatievorming wordt het mogelijk om KC te verzoenen met het proces van het vormen van proposities. Het heeft echter geen zin om KC gelijk te stellen met het vormen van proposities. Naast het samengaan van prikkels zijn er immers nog tal van andere bronnen van proposities (namelijk instructies, observaties en inferenties). Daarom is het logisch om KC en bijbehorende termen voor te behouden aan het descriptieve en functionele niveau.

Merk echter op dat vanuit dit perspectief KC *als bron van psychopathologie* wel aan belang inboet. De effecten van instructies, observaties en inferenties worden immers niet meer gezien als voorbeelden van KC. Onderzoek naar KC informeert ons enkel over het samen voorkomen van prikkels als oorzaak van veranderingen in gedrag en als bron voor het vormen van de betekenis van die prikkels. Natuurlijk kan onderzoek naar KC wel inspiratie bieden voor onderzoek naar de effecten van instructies, observaties en inferenties. Zo zijn er veel gelijkenissen tussen de effecten van het samen aanbieden van prikkels en de effecten van instructies over het samen aanbieden van prikkels (bijvoorbeeld de instructie dat een CS steeds gevolgd zal worden door een US; voor een overzicht, zie: Mertens et al., 2018). Instructies, observaties en inferenties hebben echter niet enkel betrekking op spatiotemporele informatie (over wanneer en waar prikkels aanwezig zijn), en bieden informatie ook op een andere manier aan. Het is daarom goed om KC als effect te onderscheiden van effecten van instructies, observaties en inferenties.

Er is echter nog een tweede manier waarop KC relevant blijft voor de therapeutische praktijk. Experimenten over KC bieden immers een handige manier om te bestuderen hoe bestaand gedrag veranderd kan worden. Onderzoek naar KC focust niet alleen op het tot stand brengen van gedrag (via het spatiotemporeel samen aanbieden van prikkels), maar ook op het tenietdoen van geconditioneerde veranderingen in gedrag. In strikte zin leert dit laatste soort onderzoek ons enkel iets over de procedures (bijvoorbeeld uitdovingsprocedures) die effectief zijn in het tenietdoen van gedrag dat vanwege spatiotemporele contingenties tot stand is gekomen. Het is echter best mogelijk dat deze procedures (bijvoorbeeld exposure) ook effectief zijn om gedrag te veranderen dat op andere manieren tot stand is gekomen (bijvoorbeeld als gevolg van instructies, observaties of inferenties). Vanuit propositionele modellen is dit zelfs te verwachten, omdat (een verandering in) betekenis grotendeels onafhankelijk is van welke ervaringen aan de bron lagen van deze (verandering in) betekenis. Vreemd genoeg bestaat hierover nog maar weinig empirisch onderzoek (zie evenwel: Mertens et al., 2018, en Lovibond, 2003), maar indien deze veronderstelling correct is, blijft KC-onderzoek naar het veranderen van geconditioneerd gedrag relevant voor het veranderen van betekenis en gedrag, ongeacht wat de bron is van de betekenis of van het gedrag.

Samenvattend kan men de relevantie van leerprincipes als KC voor de cognitieve gedragstherapie grotendeels behouden door deze principes los te koppelen van specifieke mentale processen en louter te situeren op het descriptieve of functionele niveau. Vanuit dit perspectief kunnen betekenisanalyses geformuleerd worden op het cognitieve niveau in termen van proposities en biedt leerpsychologisch onderzoek naar KC informatie over de impact van spatiotemporele gebeurtenissen op het tot stand komen en veranderen van gedrag.

Betekenisanalyses in termen van relational frame theory (RFT) Een tweede alternatief voor betekenisanalyses in termen van CS-US-associaties is om niet enkel leerprincipes als KC te situeren op het functionele niveau, maar ook de betekenisanalyses zelf. Dit kan op basis van *relational frame theory* (RFT; Hayes et al., 2001; voor een inleiding, zie: Hughes & Barnes-Holmes, 2016, en Törneke, 2010). Centraal in RFT staat het concept ‘relatief reageren’ (*relational responding*). Deze term verwijst naar gedrag waarbij de respons op een stimulus gebaseerd is op de relatie van die stimulus met een andere stimulus. Stel dat Karel vertederd glimlacht bij het zien van een foto van zijn geliefde. Karels glimlach is dan te beschouwen als een relationele respons, omdat hij onder controle staat van de relatie tussen de kenmerken van de foto en de kenmerken van Karels geliefde.

Laat ons dit voorbeeld in meer detail analyseren met de conceptuele toolbox die RFT ons aanreikt. Hierin onderscheiden we vier kernbegrippen: [1] Crels, [2] relaties, [3] Cfuncs, en [4] functietransfer of -transformatie. Crels [1] zijn een of meerdere contextuele cue(s) die aangeven dat er een bepaalde relatie [2] bestaat tussen stimuli. In ons voorbeeld zou de fysieke gelijkenis tussen de persoon op de foto en Karels geliefde een contextuele cue kunnen zijn die een equivalentierelatie aangeeft: de gefotografeerde persoon is de geliefde persoon. Cfuncs [3] zijn contextuele cues die aangeven welke reacties (in RFT-termen noemt men deze reacties ‘functies’, vandaar de term ‘Cfuncs’) beïnvloed worden [4]. Karel zal bijvoorbeeld in sommige opzichten reageren alsof de foto equivalent is aan zijn geliefde (glimlachen bij het zien van de foto), maar niet in alle opzichten. Zo is het onwaarschijnlijk dat Karel aan de foto zal vragen of hij straks nog wat inkopen moet gaan doen. Welke reacties beïnvloed worden, is afhankelijk van contextuele cues, waaronder cues die duidelijk maken dat de foto niet de echte geliefde van Karel is (zoals het tweedimensionale karakter van de foto of het feit dat de foto in een lijst zit). De rol van dergelijke Cfuncs wordt snel duidelijk als je kijkt naar situaties waarin ze geen impact hebben op het gedrag. Denk hierbij aan jonge kinderen die afgebeeld speelgoed uit een reclamefolder proberen ‘op te rapen’ (DeLoache, 1991). Zulke pogingen blijven (zeer tot frustratie van de kinderen) uiteraard onbevestigd.

De conceptuele toolbox van RFT laat ons toe om betekenisanalyses op te stellen. Neem het voorbeeld van de patiënt die vanwege misbruik tijdens haar kinderjaren verschrikt reageert op een liefdevol schouderklopje van haar partner. Bij deze patiënt zou de fysieke gelijkenis tussen het schouderklopje en de handelingen tijdens het misbruik (Crel) ertoe kunnen leiden dat het schouderklopje wordt behandeld als equivalent aan het misbruik (relatie), waarbij een deel van de reacties wordt overgedragen, inclusief de schrikreactie (partiële

functietransfer op basis van Cfuncs). Een betekenisanalyse in termen van RFT is dus een analyse in termen van hoe een stimulus gerelateerd wordt aan andere stimuli (zie ook: De Houwer & Boddez, 2023). Het is een zoek-

*De conceptuele toolbox
van RFT laat ons toe
om betekenisanalyses
op te stellen*

tocht naar welke stimuli, op basis van welke cues, op welke manier gerelateerd worden. Vanuit dit standpunt zit de betekenis van een stimulus vervat in het patroon van relationele reacties ten opzichte van de stimulus.

Dergelijke betekenisanalyses bieden een oplossing voor de complicaties die eigen zijn aan huidige betekenisanalyses in termen van CS-US-associaties. Ten eerste is er geen vermenging tussen het niveau van effecten (het functionele niveau) en het niveau van mentale processen (het cognitieve niveau). Relationeel gedrag ten opzichte van een stimulus is een effect: wat iemand doet, is een functie van een stimulus en van contextuele cues in de omgeving. Vanuit cognitief perspectief wordt dit effect ongetwijfeld gemedieerd door mentale processen (voor een bespreking, zie: De Houwer & Hughes, 2020, hoofdstuk 4), maar relationeel reageren als effect verwijst niet naar deze processen, net zoals KC als effect enkel verwijst naar de impact van CS-US-aanbiedingen op gedrag, zonder een uitspraak te doen over de mentale processen waardoor dit effect optreedt. Betekenisanalyse in termen van RFT gaat dus enkel over de relatie tussen omgeving en gedrag, en is volledig gesitueerd op het functionele niveau.

Ten tweede biedt RFT ruimte voor verschillende bronnen van betekenisgeving, omdat verschillende gebeurtenissen de rol van contextuele cue kunnen opnemen. Wie bijvoorbeeld in een park een grommende dobermann samen met een andere hond tegemoetloopt, gaat die andere hond misschien als equivalent aan de dobermann beschouwen en ook hem als gevaarlijk beschouwen. De aandachtige lezer zal opmerken dat klassieke conditionering als effect (samengaan van dobermann met andere hond leidt tot angst voor andere hond) hier wordt beschouwd als één specifiek geval van relationeel reageren, waarbij het spatiotemporeel samen voorkomen van stimuli functioneert als een Crel voor equivalentie (De Houwer & Hughes, 2020, hoofdstuk 4; De Houwer et al., 2023). Maar ook verbale instructies en observaties kunnen functioneren als Crels. Denk aan verbale informatie als: 'Dit is de urn met de as van jullie doodgeboren kindje', die zo goed als onmiddellijk aanleiding kan geven tot intens verdriet bij het zien van de urn. Ook dit is relationeel gedrag waarbij, op basis van verbale informatie, de urn gerelateerd wordt aan de dood van het kindje. Of denk aan het observeren van iemand die angstig reageert op een spin, waarbij deze observatie kan functioneren als Crel voor relationele responsen waarbij men op de spin reageert zoals men op andere gevaarlijke dieren zou reageren.

Ten slotte bieden betekenisanalyses in termen van RFT ruimte voor alle mogelijke typen van betekenis, omdat er verschillende patronen zijn van relationeel reageren (zogenaamde 'relationele kaders', *relational frames*) die verwijzen naar verschillende typen van relaties (bijvoorbeeld equivalentie, oppositie en hiërarchie). We zouden bijvoorbeeld niet bang zijn voor een hond als ons verteld wordt dat het betreffende ras 'in schril contrast staat met dobermanns'. Deze verbale informatie is een Crel voor een relatie van oppositie tussen de hond en dobermanns, waardoor men op de hond reageert zoals men zou reageren op andere ongevaarlijke dieren.

Hoewel we in het bestek van dit artikel slechts een korte schets kunnen bieden van betekenisanalyses op basis van RFT, hopen we te hebben verduidelijkt dat dergelijke analyses in principe mogelijk en nuttig zijn.

Mogelijke implicaties voor therapeutisch handelen

Binnen de cognitieve gedragstherapie zijn betekenisanalyses slechts een eerste stap in het behandelproces. Na het analyseren van de betekenis die ten grondslag ligt aan het psychisch lijden van een patiënt, zal de therapeut interventies uitvoeren om dat psychisch lijden te reduceren. Vaak zal het therapeutisch handelen zich richten op de betekenissen die volgens de betekenisanalyses centraal staan in het psychisch lijden. In dit laatste deel van het artikel zullen we kort ingaan op de implicaties die onze ideeën over betekenisanalyses hebben voor het therapeutisch handelen.

Zoals we aan het begin van dit artikel opmerkten, kunnen betekenisanalyses in termen van associaties geduid worden als een poging om het belang van leerprincipes te behouden binnen de cognitieve gedragstherapie. Dergelijke betekenisanalyses kunnen echter het therapeutisch handelen inperken. Het gevaar bestaat immers dat therapeuten zich hierdoor te beperkt richten op het veranderen van associaties. Zo wordt exposure vaak geïnterpreteerd in termen van het verzwakken van associaties of het vormen van nieuwe, contextafhankelijke inhibitorische associaties (Craske et al., 2014). Het onbetwistbare succes van associatief-geïnspireerde interventies als exposure is noch een argument voor de adequaatheid van betekenisanalyses in termen van associaties (het succes kan immers het resultaat zijn van

hun impact op proposities of relationeel gedrag), noch een argument om andere werkzame therapeutische interventies te weren. Wanneer betekenisanalyses bevrijd zijn van het keurslijf van associatief denken, kan ook het therapeutisch handelen ervan bevrijd worden. Vanuit deze alternatieve visie hoeft men geen rekening te houden met de vraag of en hoe therapeutische interventies kunnen resulteren in het wijzigen van associaties. Wanneer betekenisanalyses bevrijd zijn van het keurslijf van associatief denken, kan ook het therapeutisch handelen ervan bevrijd worden, in tegenstelling tot wat soms beweerd wordt vanuit een associatief perspectief (voor een empirisch voorbeeld, zie: Scheveneels et al., 2019). Deze brede aanpak zien

we vaak binnen de cognitieve therapie. Cognitieve gedragstherapeuten hoeven hier niet van af te wijken vanwege bezorgdheid over het tanend belang van leerprincipes. De rol van leerprincipes blijft immers grotendeels behouden indien betekenis wordt losgekoppeld van associaties.

Het loslaten van betekenisanalyses in termen van associaties creëert ook meer ruimte voor therapeutisch handelen dat niet gericht is op het wijzigen

Wanneer betekenisanalyses bevrijd zijn van het keurslijf van associatief denken, kan ook het therapeutisch handelen ervan bevrijd worden

van betekenis, maar op het wijzigen van de impact van betekenis op gedrag. Omdat associaties (mentale) structuren zijn (meer bepaald verbindingen tussen associaties) en omdat gedrag gezien wordt als het gevolg van activatie die zich verspreidt via deze associaties, zijn associatief-geïnspireerde therapeutische interventies inherent gericht op structurele verandering: de associaties zelf moeten aangepakt worden, ofwel via het verzwakken van bestaande associaties, ofwel via het vormen van nieuwe associaties (bijvoorbeeld: Craske et al., 2014). Het is daarom belangrijk erop te wijzen dat betekenisanalyses op basis van RFT uitgaan van een contextuele in plaats van een structurele manier van denken. Vanuit dit perspectief wordt betekenis immers gezien als relationeel gedrag dat een functie is van elementen in de omgeving, eerder dan van latente (mentale) structuren. Daarom zullen therapeuten die handelen op basis van een betekenisanalyse in termen van RFT vaak de nadruk leggen op het fluïde karakter en contextafhankelijkheid van betekenis, wat patiënten kan helpen om afstand te nemen van bepaalde betekenissen en zo te komen tot verandering in gedrag en afname van psychisch lijden. Dergelijke defusietechnieken zien we dan ook vaak binnen *acceptance and commitment therapy*, die (deels) geïnspireerd werd door RFT (Hayes et al., 1999).

Ook betekenisanalyses in termen van proposities zijn minder sterk geënt op een structurele manier van denken. Ten eerste kunnen proposities gezien worden als informationele inhouden (meer bepaald kennis over relaties) in plaats van specifieke mentale structuren (De Houwer, 2018, p. 4). Ten tweede is de relatie tussen propositionele representaties en gedrag complex. Als men denkt over betekenis in termen van proposities is er zeker ruimte voor therapeutische interventies die gericht zijn op het wijzigen van overtuigingen (zoals gesprekstechnieken), maar is er ook ruimte voor interventies die trachten te beïnvloeden of en hoe bepaalde overtuigingen vertaald worden in gedrag. Voor zulke interventies kan men bijvoorbeeld inspiratie zoeken in theorieën van doelgericht gedrag (Moors, 2022) die verduidelijken welke overtuigingen (zoals verwachtingen en waardeoordelen) onder welke voorwaarden leiden tot welk gedrag. Ook schijnbaar irrationeel gedrag (bijvoorbeeld verslaving) kan vanuit dergelijke theorieën begrepen worden als het resultaat van irrationele overtuigingen of van rationele overtuigingen die op irrationele wijze het gedrag beïnvloeden. Binnen het kader van dit artikel kunnen we momenteel enkel ons geloof belijden in het potentieel van deze modellen voor de klinische praktijk, maar we hopen in de toekomst dit potentieel te ontvouwen en te onderbouwen, zodat betekenisanalyses in termen van proposities, samen met interventies op basis van theorieën over doelgericht gedrag, een werkzaam tandem zullen vormen in het bestrijden van psychisch lijden. In deze evolutie zullen leerprincipes een belangrijke rol blijven spelen binnen een strikt functionele analyse van gedrag.

Slotbeschouwingen

Het lijkt geen twijfel dat het gedrag van mensen afhankelijk is van de betekenis die ze geven aan elementen in hun omgeving. Het voorstel om betekenis te analyseren in termen van associaties kan gezien worden als een poging om dit belangrijke inzicht te verzoenen met de traditionele gedrags-therapie, die gebaseerd was op leerprincipes als klassieke en operante conditionering. In dit artikel hebben we vragen gesteld bij het idee dat het vormen van associaties tussen representaties een goede basis biedt om over betekenisgeving te denken. We hebben kort twee alternatieven voorgesteld die volgens ons beter passen bij het idee dat gedrag afhankelijk is van betekenisgeving, zonder dat leerprincipes als KC volledig overboord gooid moeten worden. Natuurlijk zullen deze alternatieve manieren van betekenisanalyse nog uitgewerkt moeten worden, vooral in termen van concrete voorbeelden uit de klinische praktijk. We hopen dat dit artikel de motivatie voor dit toekomstig werk zal verhogen, enerzijds door de complicaties van de huidige praktijk van betekenisanalyses expliciet te maken, anderzijds door aan te geven hoe de twee alternatieven deze complicaties omzeilen en kunnen leiden tot een andere aanpak van psychisch lijden.

De voorbereiding van dit artikel werd mogelijk gemaakt door de steun van het Methusalemproject BOF22/MET_V/002 met code 01M00209 van de Universiteit Gent aan Jan De Houwer. De auteurs bedanken Kristof Hoorelbeke, Ernst Koster, Anouk Vanden Bogaerde en twee anonieme reviewers voor hun opmerkingen bij een eerdere versie van dit artikel.

Jan De Houwer is verbonden aan de Universiteit Gent.

Yannick Boddez is verbonden aan de Universiteit Gent.

Correspondentieadres: Jan De Houwer, Universiteit Gent, Henri Dunantlaan 2, B-9000 Gent, België. E-mail: jan.dehouwer@ugent.be

Summary

On the role of associations in meaning analyses: A critical evaluation and possible alternatives

Whereas traditional behavior therapy is grounded in learning principles, cognitive therapy often focusses on meaning. Within cognitive behavioral therapy, attempts were made to reconcile these two approaches by analyzing meaning in terms of learning principles, more specifically classical conditioning. In doing so, classical conditioning has often been conceptualized as the process of the formation of associations in semantic memory. We argue that this conceptualization is not only problematic, but also unnecessary. We propose two alternative ways of reconciling learning principles with a focus on meaning: [1] by treating learning principles like classical conditioning as effects rather than mental processes, and [2] by conceptualizing meaning analyses in terms of relational frame theory. Research on classical conditioning remains an important source of inspiration from these alternative perspectives.

Keywords *meaning analyses, cognitive behavioral therapy, classical conditioning, relational frame theory*

Referenties

- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10-23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- De Houwer, J. (2009). The propositional approach to associative learning as an alternative for association formation models. *Learning & Behavior*, 37, 1-20. <https://doi.org/10.3758/LB.37.1.1>
- De Houwer, J. (2018). Propositional models of evaluative conditioning. *Social Psychological Bulletin*, 13, article e28046. <https://doi.org/10.5964/spb.v13i3.28046>
- De Houwer, J., & Boddez, Y. (2023). Over Skinner, regelgeleid gedrag en relational frame theory: Denken als gedrag. *Gedragstherapie*, 56, 402-415.
- De Houwer, J., Finn, M., Raemaekers, M., Cummins, J., & Boddez, Y. (2023). Thinking of learning phenomena as instances of relational behavior. *Learning & Behavior*, 51, 219-227. <https://doi.org/10.3758/s13420-022-00567-9>
- De Houwer, J., & Hughes, S. (2020). *The psychology of learning: A functional-cognitive introduction*. The MIT Press.
- DeLoache, J. S. (1991). Symbolic functioning in very young children: Understanding of pictures and models. *Child Development*, 62, 736-752. <https://doi.org/10.2307/1131174>
- Eelen, P. (1988). Leerpsychologie en gedragstherapie. In J. W. G. Orlemans, P. Eelen, & W. P. Haaijman (red.), *Handboek voor gedragstherapie*. Van Loghum Slaterus.
- Eelen, P., Depreeuw, E., & Van den Bergh, O. (2018). The therapist as conditioned stimulus. *Psychologica Belgica*, 58, 172-183. <https://doi.org/10.5334/pb.454>
- Hafkenscheid, A. (2018). Een halve eeuw kennismaken met gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 51, 297-304.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Kluwer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hebb, D. O. (1949). *The organization of behavior*. Wiley.
- Hermans, D., Raes, F., & Orlemans, H. (2018). *Inleiding tot de gedragstherapie* (7de, herziene druk). Bohn Stafleu van Loghum.
- Hughes, S., & Barnes-Holmes, D. (2016). Relational frame theory: The basic account. In S. Hayes, D. Barnes-Holmes, R. Zettle, & T. Biglan (Eds.), *Handbook of contextual behavioral science* (pp. 129-178). Wiley.
- Hughes, S., De Houwer, J., & Perugini, M. (2016). The functional-cognitive framework for psychological research: Controversies and resolutions. *International Journal of Psychology*, 51, 4-14. <https://doi.org/10.1002/ijop.12239>
- Hummel, J. E. (2010). Symbolic vs. associative learning. *Cognitive Science*, 34, 958-965. <https://doi.org/10.1111/j.1551-6709.2010.01096.x>
- Jozefowicz, J. (2018). Associative versus predictive processes in Pavlovian conditioning. *Behavioural Processes*, 154, 21-26. <https://doi.org/10.1016/j.beproc.2017.12.016>
- Kasran, S., Hughes, S., De Houwer, J., & Beckers, T. (2023). The role of causal attributions in observational conditioning. *Collabra: Psychology*, 9, 68050. <https://doi.org/10.1525/collabra.68050>
- Korrelboom, K., & ten Broeke, E. (2013). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie*. Coutinho.
- Lagnado, D. A., Waldmann, M. R., Hagmayer, Y., & Sloman, S. A. (2007). Beyond covariation: Cues to causal structure. In A. Gopnik & L. Schulz (Eds.), *Causal learning: Psychology, philosophy, and computation* (pp. 154-72). Oxford University Press.

- Lovibond, P. F. (2003). Causal beliefs and conditioned responses: Retrospective reevaluation induced by experience and by instruction. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, & Cognition*, 29, 97-106. <https://doi.org/10.1037/0278-7393.29.1.97>
- Marr, D. (1982). *Vision*. W. H. Freeman.
- McClelland, J. L., & Rumelhart, D. E. (1981). An interactive activation model of context effects in letter perception: Part 1: An account of basic findings. *Psychological Review*, 88, 375-407. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.88.5.375>
- Mertens, G., Boddez, Y., Sevenster, D., Engelhard, I. M., & De Houwer, J. (2018). A review on the effects of verbal instructions in human fear conditioning: Empirical findings, theoretical considerations, and future directions. *Biological Psychology*, 137, 49-64. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2018.07.002>
- Mitchell, C. J., De Houwer, J., & Lovibond, P. F. (2009). The propositional nature of human associative learning. *Behavioral and Brain Sciences*, 32, 183-198. <https://doi.org/10.1017/S0140525X09000855>
- Moors, A. (2022). *Demystifying emotions: A typology of theories in psychology and philosophy*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781107588882>
- Poulton, R., & Menzies, R. G. (2002). Non-associative fear acquisition: A review of the evidence from retrospective and longitudinal research. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 127-149. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00045-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00045-6)
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 375-387. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(77\)90041-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90041-9)
- Rescorla, R. A. (1966). Predictability and number of pairings in Pavlovian fear conditioning. *Psychonomic Science*, 4, 383-384.
- Rescorla, R. A., & Wagner, A. R. (1972). A theory of Pavlovian conditioning: Variations in the effectiveness of reinforcement and nonreinforcement. *Classical Conditioning II: Current Research and Theory*, 2, 64-99.
- Scheveneels, S., Boddez, Y., De Ceulaer, T., & Hermans, D. (2019). Ruining the surprise: The effect of safety information before extinction on return of fear. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 63, 73-78. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.11.001>
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical application*. New Harbinger.
- Vanden Bogaerde, A., Stas, P., Hoorelbeke, K., & Koster, E. (2022). *Cognitive gedragstherapie in de praktijk: Verandering op maat*. Acco.
- Wagner, A. R. (1981). SOP: A model of automatic memory processing in animal behavior. In N. E. Spears & R. R. Miller (Eds.), *Information processing in animals: Memory mechanisms* (pp. 5-47). Erlbaum.
- Wolpe, J. (1976). Behavior therapy and its malcontents: I: Denials of its bases and psychodynamic fusionism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7, 1-5. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(76\)90032-X](https://doi.org/10.1016/0005-7916(76)90032-X)

Behandeling van angstklachten bij een jeugdige met een licht verstandelijke beperking

Een N=1-studie

► GINA HOFMAN & ROEL KOOIJMANS

Samenvatting Cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt als behandeling minder vaak toegepast bij mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB). Ook is er weinig gepubliceerd onderzoek naar de effectiviteit ervan. In het huidige onderzoek keken we of een exposurebehandeling aantoonbaar effectief was bij het behandelen van angstklachten bij een 14-jarige jongen met een LVb. We deden dit middels een *N=1 single case experimental design*. In dit artikel beschrijven we hoe de behandeling werd aangepast aan de LVb en hoe een N=1-onderzoek als geïntegreerd onderdeel van de behandeling werd uitgevoerd. De resultaten lieten zien dat de behandeling uitvoerbaar en effectief was tot 3 maanden na einde van de behandeling.

TREFWOORDEN — *exposure, angst, licht verstandelijke beperking, effectiviteit, N=1-onderzoek, single case experimental design*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Het hier besproken onderzoek laat zien dat een N=1-aanpak van angstklachten bij een jeugdige met een licht verstandelijke beperking een haalbare kaart is en veel inzicht oplevert
- Het volgen van een exposurebehandeling met eenvoudige herhaalde metingen geeft inzicht in de effectiviteit van de behandeling op casusniveau.

Inleiding

Bij specifieke angstklachten is exposure in vivo als effectieve vorm van cognitieve gedragstherapie (CGT) volgens GGZ Standaarden (2024) de voorkeursbehandeling. Cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB) komen vaak niet in aanmerking voor zulke geprotocolleerde behandelingsvormen.

gen, omdat het hebben van een LVB in veel behandelprotocollen een contra-indicatie is. De redenering is dat cliënten met een LVB over onvoldoende cognitieve capaciteiten beschikken om binnen deze behandelvorm tot leren en groei te kunnen komen. Kajak (2020) schreef een handreiking waarin per cognitief domein wordt omschreven welke aanpassingen er gedaan kunnen worden in de therapie om beter aan te sluiten op de mogelijkheden en beperkingen van cliënten met een LVB. Deze aanpassingen in de vormgeving van de therapie (op vlak van tijdsduur, structuur, visuele ondersteuning, taalgebruik, enzovoort) zijn erop gericht om beter aan te slui-

ten bij de cognitieve capaciteiten van mensen met een LVB, terwijl de werkzame principes en technieken van CGT gehandhaafd blijven.

De verwachting is dat een aan de LVB aangepaste vorm van exposuretherapie voor angstklachten ook bij een jeugdige met een LVB effectief zal zijn. Dit is aannemelijk, omdat het werkingsmechanisme van exposuretherapie – inhibitorisch leren – vooral een beroep doet op de cognitieve structuren van lagere orde (hippocampus, amygdala en bed nucleus van de stria terminalis). Met betrekking tot de hogere cognitieve structuren wordt om emoties te reguleren ‘slechts’ een beroep gedaan op de ventromediale prefrontale cortex (Lebois et al., 2019). Exposuretherapie zou in die zin in

mindere mate een beroep doen op de cognitieve functies die bij een verstandelijke beperking minder sterk ontwikkeld zijn.

Onderzoek naar de effectiviteit van CGT bij de cliënten met een

LVB Dagnan en collega's (2018) voerden een systematische review uit naar de effectiviteit van de behandeling van angstklachten bij cliënten met een LVB. Hoewel de geïnccludeerde onderzoeken vooral beschrijvend van aard waren, was hun conclusie dat de meeste behandelingen tot positieve resultaten leidden. Een voorbeeld van experimenteel onderzoek dat deze conclusie onderschrijft is een experimentele gevalsbeschrijving van Paul Wright (2013), waarin de positieve behandel-effecten en vermindering van angstklachten van een de cliënt met een autismespectrumstoornis en een verstandelijke beperking werden beschreven. Cooney en collega's (2017) vonden vergelijkbare positieve effecten in een *randomized controlled trial* (RCT) waarbij CGT via een computer werd aangeboden aan volwassenen met een verstandelijke beperking.

Bewijzen voor de werkzaamheid van CGT bij mensen met een LVB komen met name uit gevalsbeschrijvingen en uit onderzoek van twijfelachtige methodologische kwaliteit. Meer en kwalitatief beter onderzoek is nodig, bij voorkeur onderzoek waarbij cliënten willekeurig worden toegewezen aan een experimentele (CGT-)groep of aan een controleconditie. RCT's zijn bij deze doelgroep echter moeilijk uit te voeren vanwege de hoge mate van heterogeniteit onder de leden ervan (Maric, 2018). De comorbidi-

De verwachting is dat een aan de LVB aangepaste vorm van exposuretherapie voor angstklachten ook bij een jeugdige met een LVB effectief zal zijn

teit met andere ontwikkelingsstoornissen, psychiatrische problemen en gedragsmoeilijkheden is hoog in deze populatie (Buckley et al., 2020). Bij effectonderzoek onder doelgroepen waarvoor een RCT-design niet passend is, wordt in toenemende mate gebruikgemaakt van *single case* of N=1-onderzoeksdiseins. Hierbij worden er bij één cliënt op systematische wijze herhaaldelijk en hoogfrequent metingen verricht voorafgaand aan en gedurende diens behandeling. Door het functioneren van de cliënt in de baselinefase (de fase voorafgaand aan de behandeling [A] te vergelijken met het functioneren in de behandel fase [B] vormt de cliënt zijn eigen controle (Delsing & van Yperen, 2017). In het huidige onderzoek willen we door het uitvoeren van een kwalitatief hoogwaardig N=1-onderzoek bijdragen aan de *evidence base* voor de effectiviteit van CGT voor jeugdigen met een LVB. We voerden een CGT-behandeling uit gericht op specifieke angstklachten bij een 14-jarige jongen met een LVB, en monitorden doelrealisatie en angstklachten regelmatig vóór, tijdens en na de behandeling.

Methode

Beschrijving van de cliënt De cliënt die we behandelden was een jongen van 14 jaar met een licht verstandelijke beperking en een autismespectrumstoornis (ASS). Deze jongen was op het moment van behandeling vanwege ernstige gedragsproblematiek klinisch opgenomen in een orthopedisch behandelcentrum dat gespecialiseerd was in de behandeling van jeugdigen met een verstandelijke beperking. Tijdens de opname is het problematische gedrag verbeterd, en wel door het geven van psycho-educatie aan de ouders en de jongen zelf, in combinatie met vaardigheidstraining. De ouders zijn aan de slag gegaan met oudertraining om hun pedagogische vaardigheden verder te versterken en om goed aan te kunnen sluiten op het ontwikkelingsniveau van de jongen en zijn ontwikkelopgaven. Na een periode van stabilisatie en groei kwam er meer aandacht voor de angstklachten die de cliënt al langere tijd ervoer.

De ouders vertelden dat de cliënt als kind altijd al angstig aangelegd was en dat hij ook veel last had van kinderlijke angsten, zoals bang zijn voor weerwolven, spoken en monsters. De angsten wisselden van onderwerp en intensiteit, en werden vaak aangewakkerd door het zien van een filmpje of het horen van een verhaal. Dit was destijds passend bij de ontwikkelingsfase. Naarmate de jongen ouder werd, ervoer hij echter steeds meer hinder van deze kinderlijke angsten. Ten tijde van de aanmelding voor behandeling was de situatie als volgt: wanneer de cliënt alleen was in het donker (CS), had hij de verwachting dat er een eng gezicht of eng monster (US/UR) tevoorschijn zou komen, wat zorgde voor gevoelens van angst (CR). De geloofwaardigheid van deze verwachting schatte de cliënt hoog in. Bij aanvang van de behandeling scoorde hij een 9 op een schaal van 0 ('de verwachting is helemaal niet waar') tot 10 ('de verwachting is helemaal waar'). Als gevolg hiervan liet de cliënt verschillende vormen van vermijdings- en veiligheidsgedrag zien, zoals het vermijden van donkere ruimten, overal het

licht aandoen en slapen in een verlichte slaapkamer. Er was sprake van een sequentieel en referentieel verband. De cliënt had niet alleen een angstige verwachting, maar dacht bovendien geregeld terug aan het enge monster dat hij ooit in een filmpje gezien had.

Behandeling Om de angst- en vermijdingsklachten van de cliënt te behandelen, hebben we gebruikgemaakt van exposure in vivo, de voorkeursbehandeling volgens de zorgstandaard *Angstklachten en angststoornissen* (GGZ Standaarden, 2024). Exposure in vivo is een vorm van cognitieve gedragstherapie waarbij de cliënt systematisch wordt blootgesteld aan zijn of haar angst. Er wordt stilgestaan bij de mismatch tussen de angstige verwachting en de feitelijke uitkomst van de exposureoefening (VGCT, 2018). Als na blootstelling aan de situatie die de angst oproept de gevreesde gevolgen herhaaldelijk niet optreden, treedt extinctie op en neemt de angst af. Er treedt een zogenaamd *inhibitorisch-leereffect* op (Craske et al., 2014), waarbij de oude negatieve associatie met de eerder gevreesde situatie ('Het gaat mis!') ondergeschikt raakt aan de nieuwe en meer positieve associatie ('Er is niks aan de hand').

Centraal bij de vormgeving van de exposurebehandeling stonden concepten als vertragen, herhalen, vereenvoudigen en ondersteunen

Om tijdens de behandeling rekening te kunnen houden met de cognitieve beperkingen van de cliënt en voldoende af te stemmen op zijn ontwikkelingsniveau, hebben we gebruikgemaakt van de *Handreiking cognitieve gedragstherapie bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en een psychische stoornis* (Kajak, 2020). Centraal bij de vormgeving van de exposurebehandeling stonden concepten als vertragen, herhalen, vereenvoudigen en ondersteunen. Het aantal sessies dat bij de huidige behandeling werd besteed aan het behandelen van de fobische angst was hoger dan wat gebruikelijk is bij behandeling van fobische angstklachten (de Jongh et al., 2008). Ook de behandelduur was om die reden langer dan gewoonlijk. De

communicatie sloot aan op de ontwikkelingsleeftijd van de cliënt en verbale instructies werden visueel ondersteund. Moeilijke termen ('cognities', 'geloofwaardigheid', 'exposure', enzovoort) werden vereenvoudigd. Omdat structuur en herhaling belangrijk zijn bij het aanleren van nieuwe vaardigheden en cognities bij jeugdigen met een LVB, hanteerden we een vaste structuur in de behandeling. De opbouw van de behandelsessie was steeds hetzelfde – bespreken van huiswerk, exposure uitvoeren en huiswerk voor de komende week – en de exposureoefeningen werden via een vast format uitgevoerd, zowel tijdens als na de sessie (huiswerkopdrachten). Alle aangeboden informatie werd meermaals herhaald en we checkten regelmatig of de cliënt de informatie en opdrachten begrepen had. Huiswerk voor de cliënt werd beperkt tot één oefenopdracht. Steunfiguren van de cliënt werden meer betrokken bij de behandeling, zodat zij de cliënt konden herinneren aan de opdracht en hem konden ondersteunen bij de uitvoering ervan.

Steunfiguren konden bijvoorbeeld een vertrouwde groepsbehandelaar of een ouder zijn.

Wat betreft de opbouw van de exposurebehandeling heeft de cliënt voorafgaand aan de start van de exposuretherapie samen met de therapeut de verschillende angstuitlokkende situaties en scenario's gedefinieerd. Die hadden alle betrekking op blootstelling aan alleen zijn in het donker, maar in verschillende contexten. Er werd geen hiërarchie opgesteld op basis van geloofwaardigheid, omdat de cliënt aangaf dat de verwachting voor hem in alle situaties gelijkwaardig was. Er was één exposureoefening die werd uitgevoerd binnen verschillende contexten (onder andere de slaapkamer op de behandelgroep, de kelder, vuilnis buitenzetten, alleen naar scouting fietsen, en op zolder van vader). Met de cliënt is afgesproken om iedere dag de oefening binnen een andere context uit te voeren. De cliënt mocht zelf kiezen met welke oefening hij begon.

De behandeling bestond uit acht therapiesessies van elk 45 minuten, verspreid over 12 weken. De therapiesessies vonden hoofdzakelijk plaats binnen de polikliniek en op de leefgroep van de cliënt, maar vonden incidenteel ook plaats in de thuisomgeving. Naast de wekelijkse sessies voerde de cliënt eenmaal per dag de exposureoefening zelfstandig uit. De steunfiguur bewaakte dat de cliënt de oefeningen daadwerkelijk uitvoerde en herinnerde hem hier zo nodig aan of begeleidde hem bij het uitvoeren (zonder het over te nemen).

Zowel in de therapie als tijdens de huiswerkopdrachten werd gebruik gemaakt van een registratieformulier (zie figuur 1). Op dit formulier registreerde de cliënt welke situatie hij had geoefend, wat zijn angstige verwachting was ten aanzien van de situatie, hoe geloofwaardig hij deze verwachting vond (op een schaal van 0-10), of de oefening gelukt was, of de angstige verwachting was uitgekomen (ja/nee) en als laatste hoe hij de geloofwaardigheid scoorde na de exposureoefening (op een schaal van 0-10). Het formulier is samen met de cliënt opgesteld en op meerdere momenten tijdens de behandeling is gecheckt of de cliënt de bedoeling ervan begreep. Hoewel over het algemeen wordt aangeraden ondersteunende visualisaties te gebruiken bij dit soort schalen, vonden we samen met de cliënt geen geschikt plaatje om de 'angstige verwachting' weer te geven. Bovendien had de cliënt wat dit betreft voldoende cognitieve mogelijkheden om op basis van taal en uitleg de schaal te begrijpen. De formulieren zijn steeds door de cliënt, vaak met ondersteuning van groepsbegeleiders of zijn ouders, ingevuld en werden tijdens de wekelijkse sessies nabesproken.

Metingen Vanuit het inhibitorisch-leermodel is een exposuretherapie geslaagd wanneer de oorspronkelijke angstige verwachting volkomen ongeloofwaardig wordt geacht, en wanneer vermijding van eerder gevreesde situaties en daarbij horende veiligheidsgedragingen zodanig zijn afgenomen dat er geen sprake meer is van lijdenslast of beperking van functioneren. In het huidige N=1-onderzoek zijn 'angstige verwachting' en 'vermijding/veiligheidsgedrag' daarom gekozen als uitkomstmaat.

Doen waar je bang voor bent!										
INVULLEN VÓÓR HET OEFENEN										
Dit heb ik geoefend ...										
Wat denk je dat er gaat gebeuren (bange gedachte)?										
Hoe sterk geloof je dat dit gaat gebeuren?	012345678910									
INVULLEN NA HET OEFENEN										
Is de oefening gelukt?	Ja / Nee									
Is de bange gedachte uitgekomen?	Ja / Nee									
Hoe sterk geloof je nu dat de bange gedachte de volgende keer uitkomt?	012345678910									

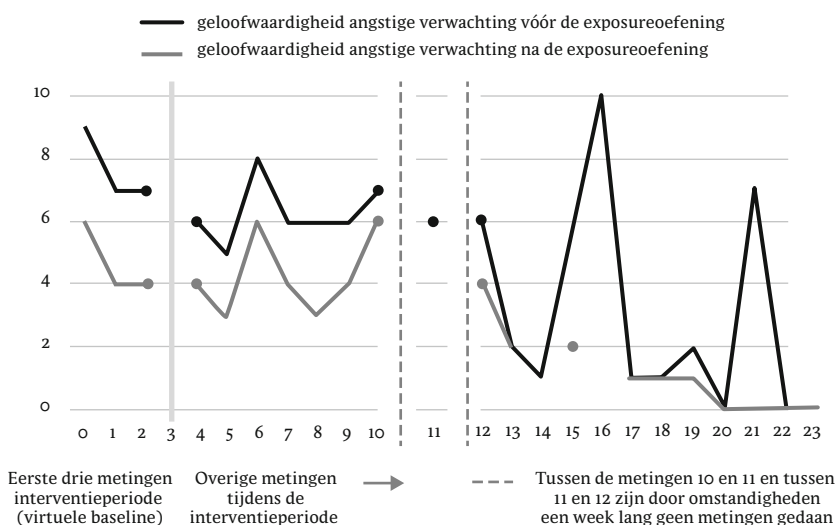
Figuur 1 Registratieformulier

Geloofwaardigheid van de angstige verwachting — Om de geloofwaardigheid van de angstige verwachting te toetsen, is gebruikgemaakt van een visueel-analoge schaal (VAS). De VAS-schaal werd in 1921 voor het eerst gebruikt door Hayes en Patterson om de subjectieve beleving van pijn te meten. De VAS-schaal is sindsdien op tal van manieren aangepast om verschillende psychologische constructen te meten, zoals pijn, kwaliteit van leven en affectieve staten (de Boer et al., 2004; Delgado et al., 2018; Facco et al., 2011). De VAS-schaal die we gebruikten bestond uit één vraag: 'Hoe sterk geloof je dat jouw bange gedachte uit gaat komen?' Hierbij moest de cliënt op een lijn met cijfers van 0 tot 10 aangeven hoe sterk hij dit geloofde, waarbij de scores opliepen van 0 ('Ik geloof mijn angstige verwachting helemaal niet') tot 10 ('Mijn angstige verwachting is helemaal waar'). De cliënt heeft iedere sessie de geloofwaardigheid van zijn angstige verwachting tweemaal gescoord: één keer voor en één keer na het uitvoeren van de exposureoefening. Omdat het toetsen van de geloofwaardigheid van de angstige verwachting een werkzaam element is van interventies zoals de

huidige, was het niet mogelijk om de angstige verwachting als zuivere nulmeting te registreren tijdens de baselineperiode. Op basis van visuele inspectie van de grafiek (zie figuur 2) werd vastgesteld dat de angstige verwachtingen voorafgaand aan de eerste drie sessies voldoende hoog en stabiel waren om te dienen als virtuele nulmeting, waartegen de metingen gedurende overige metingen in de interventiefase zijn afgezet.

Het was op voorhand de verwachting dat de cliënt de angstige verwachting direct na de exposure binnen de veilige omgeving van de behandelkamer als minder geloofwaardig zou scoren. Deze afname in geloofwaardigheid moet echter generaliseren naar situaties *buiten* de behandelsetting. De mate waarin de angstige verwachting vóór iedere sessie als geloofwaardig werd beoordeeld leek daarom een betere benadering van het angstniveau van de cliënt 'in het echte leven' en is om die reden gekozen als de uitkomstmaat.

Alleen zijn in het donker



Figuur 2 Grafiek angstige verwachting

Afname van vermijding — Een tweede maat om het behandel effect te meten is de afname van vermijdingsgedrag. Om dagelijkse metingen te kunnen uitvoeren, kozen we een specifiek vermijdingsgedrag dat elke dag aanwezig was. Voor de cliënt was dit 'slapen met licht aan' en daarmee vermijden van duisternis. De cliënt beantwoordde dagelijks twee vragen die verwerkt waren in het eerdergenoemde registratieformulier. De cliënt gaf aan of het gelukt was om de voorafgaande nacht zonder licht te slapen (ja/nee) en gaf op een VAS-schaal aan hoe moeilijk dat was, van 0 ('helemaal niet moeilijk') tot 10 ('super moeilijk'). Voor deze uitkomstmaat voerden we 1 week voor de start van de behandeling een voormeting uit, waarbij da-

gelijks geregistreerd werd. Tijdens de daaropvolgende interventiefase zijn opnieuw dagelijkse metingen uitgevoerd voor de duur van 8 weken. De follow-upmeting bestond opnieuw uit dagelijkse metingen voor een periode van 6 weken na afronding van de behandeling.

N=1-onderzoeksdesign en analyse In het huidige onderzoek is gebruikgemaakt van een ABA-design met meervoudige metingen. De A staat voor de controleconditie, waarbij geen interventie wordt uitgevoerd, maar in dit geval zijn de nulmeting of baseline- en follow-upperiode controleconditie. De B staat voor de experimentele conditie, oftewel de interventiefase. Alle data werden als onderdeel van het behandelproces verzameld en verwerkt door de behandelaar (auteur GH).

Om te toetsen of de exposurebehandeling effectief is geweest in het verminderen van de angstige verwachting en het vermijdingsgedrag, is gebruikgemaakt van de *nonoverlap of all pairs*-methode (NAP; Parker & Vannest, 2009). Met deze analysemethode wordt ieder meetpunt uit fase A vergeleken met ieder meetpunt uit fase B. Om het effect van de behandeling te berekenen, wordt het aantal paren waarvoor geldt dat de interventiescore positiever is dan de baselinescore ('niet-overlappende paren') gedeeld door het totaal aantal paren. Deze verhouding geeft een indicatie van klinisch relevante verandering en het effect van de behandeling. Door Parker en Vannest (2009) worden de volgende richtlijnen gegeven voor de interpretatie van het gevonden effect: zwak effect 0,0-0,65, mediumeffect 0,66-0,92 en groot of sterk effect 0,93-1,0.

Om het effect van de exposure op de angstige verwachting *binnen* iedere behandelssessie te bepalen, is een herhaalde meting *t*-toets uitgevoerd op het verschil tussen de gemiddelde score aan het begin van de sessie en de score aan het einde van de sessie. Voor de uitkomstmaat 'geloofwaardigheid van de angstige verwachting' zijn in totaal 56 metingen uitgevoerd, waarvan 23 meetpunten ten minste één meting van de geloofwaardige verwachting (voor of na de exposureoefening) bevatten. De overige metingen zijn als *missing values* behandeld en niet meegenomen in de analyses. In figuur 2 zijn de metingen van de angstige verwachting weergegeven. Tussen meetpunt 10 en 11, en tussen meetpunt 11 en 12, is vanwege omstandigheden gedurende ongeveer een week niet gemeten. Dit is in figuur 2 weergegeven als een 'break' in de grafiek.

Met betrekking tot de uitkomstmaat 'afname van vermijding' zijn er in totaal 72 metingen uitgevoerd. De metingen die onvolledig zijn ingevuld zijn buiten beschouwing gelaten, waarna 24 volledige metingen overbleven. Hieronder waren 7 voormetingen, 11 metingen tijdens de interventiefase en 6 nametingen. Voor de analyse van klinisch relevante verandering is de verhouding tussen het aantal nachten dat de cliënt met het licht aan sliep en het aantal nachten dat hij met het licht uit sliep voor iedere fase vergeleken door middel van een McNemar-proporietoets voor herhaalde metingen. Voor de volgende combinatie van fasen werd een toets uitgevoerd: baseline versus interventiefase, en baseline versus follow-up.

Om een uitspraak te kunnen doen over het effect van een behandeling met een N=1-onderzoeksopzet is een minimum aantal van vijf metingen per fase nodig (Manolov & Moeyaert, 2017). Hoewel er veel missing values zijn in het huidige onderzoek, zijn er voldoende metingen overgebleven om de analyse uit te voeren en een uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit van de behandeling. Alle analyses werden uitgevoerd onder supervisie van een onderzoeker die niet bij de behandeling betrokken was (auteur RK).

Resultaten

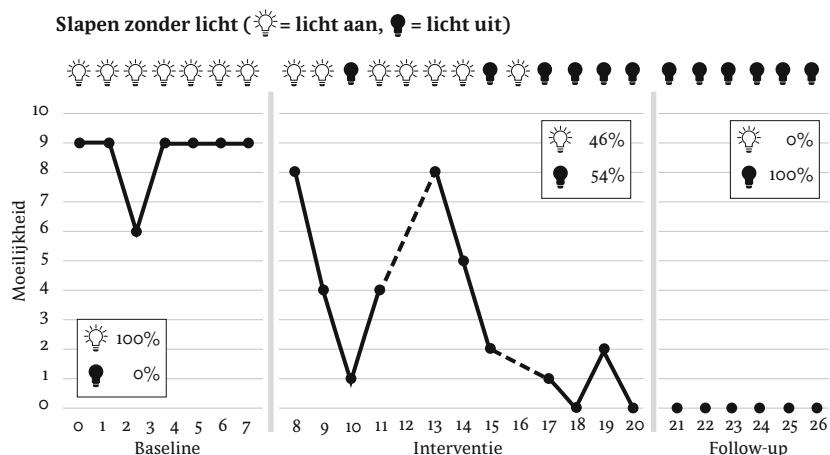
Geloofwaardigheid van de angstige verwachting Visuele inspectie van de grafiek (figuur 2) laat een afname zien van de geloofwaardigheid van de angstige verwachting en daarmee een positief effect van de behandeling. Wanneer de analyse volgens de NAP-methode wordt uitgevoerd, resulteert dit in 92% non-overlap tussen alle datapunten ($NAP = 47/51 = 0,92$). Dit wijst op een medium- tot sterk effect van de exposurebehandeling.

De angstige verwachting nam tussen begin en einde van iedere sessie consequent af, $t(19) = 4,723, p < 0,001$. De effectmaat, weergegeven met Cohens d , was $d = 1,056$. Dit wordt geduid als een groot effect. Over de tijd nam de angstige verwachting zowel vóór als na exposure af, waarbij de angstige verwachting gedurende laatste twee sessies zowel vóór als na de exposureoefening als volkomen ongeloofwaardig (score 0) werd beoordeeld door de cliënt.

Over de tijd nam de angstige verwachting zowel vóór als na exposure af

Afname van vermijding De eerste McNemar-toets voor proporties liet zien dat er een significant verschil was tussen het aantal nachten dat de cliënt met het licht aan sliep voor de behandeling in vergelijking met de periode tijdens de behandeling, $p = 0,016$. De bijbehorende effectmaat Cramér's V was $V = 0,48$, een gemiddeld tot sterk effect. Omdat de proportie van het aantal keren dat de cliënt met licht aan sliep 100% was tijdens de baseline en 0% tijdens de follow-upperiode, kon de McNemar-test niet worden uitgevoerd; de sterkte van de samenhang uitgedrukt in de effectmaat was $V = 1,00$ en dus 'perfect'. Het is de cliënt in de loop van de behandeling steeds vaker gelukt om zonder het licht aan te slapen. Bij follow-up lukte het de cliënt om zonder uitzondering en tot 6 weken na beëindiging van de behandeling met het licht uit te slapen.

Met betrekking tot de moeilijkheid van het aangaan van het gevreesde, laat de grafiek (figuur 3) zien dat de cliënt het in de loop van de behandeling steeds minder moeilijk vond om zonder licht te slapen. Tijdens de follow-upperiode scoorde de cliënt consequent een 0 op de vraag: 'Hoe moeilijk vond je het om zonder licht te slapen?' Wanneer de analyse volgens de NAP-methode wordt uitgevoerd, resulteert dit in 98% non-overlap tussen alle datapunten ($NAP = 117/119 = 0,98$). Dit wijst op een sterk effect van de exposurebehandeling.



Figuur 3 Grafiek slapen zonder licht

Discussie en besluit

We voerden een CGT-behandeling uit bij een 14-jarige jongen met een LVB plus angstklachten en complexe (gedrags)problematiek. Zodra de gedragsproblemen in een orthopedagogische context minder op de voorgrond stonden, startten we op vraag van de cliënt zelf met de behandeling van de angstklachten en volgden de resultaten met een N=1-onderzoek.

De resultaten lieten zien dat het mogelijk was om de angstklachten met een gedragstherapeutische interventie succesvol te behandelen volgens de algemene richtlijnen voor de behandeling van angstklachten (GGZ Standdaarden, 2024). Enkele aanpassingen waren nodig om ervoor te zorgen dat de cliënt zich kon houden aan de opdrachten tijdens de sessies en bij de huiswerkopdrachten. We gebruikten de *Handreiking cognitieve gedragstherapie bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en een psychische stoornis* van de academische werkplaats Kajak (2020) om de interventie aan te passen aan zijn cognitieve mogelijkheden en beperkingen. We gebruikten onder andere eenvoudige taal, korte en concrete opdrachten, en kortere sessies, en herhaalden tussendoor steeds de instructies. Voor een uitgebreid overzicht van de praktische wijzigingen die nodig kunnen zijn bij het aanpassen van een CGT-behandeling aan de (on)mogelijkheden van een jeugdige met een LVB verwijzen we naar het overzicht op pagina 23 van bovengenoemde Handreiking (Kajak, 2020).

Ondanks zijn cognitieve beperkingen bleek het voor de cliënt mogelijk om niet-helpende gedachten te herkennen en te formuleren, en om ze met gerichte opdrachten te vervangen door helpende, neutrale gedachten. Doordat we op exposure gerichte oefeningen inzetten, konden we de cliënt vooral laten leren door ervaren en hoefden we in mindere mate een beroep te doen op cognitieve functies van hogere orde.

Ondanks zijn cognitieve beperkingen beschikte de client over voldoende cognitieve vaardigheden om de geloofwaardigheid van de angstige verwachting te kunnen duiden op een schaal van 0 tot 10. Voor jeugdigen die in grotere mate cognitief beperkt zijn en voor wie de schaalvragen te moeilijk zijn, zou een aantal alternatieven overwogen kunnen worden. Men zou ten eerste de schalen verder kunnen versimpelen, bijvoorbeeld door de schaal te verkleinen naar een vijfpuntsschaal en gebruik te maken van kleur en plaatjes. Wanneer een schaalvraag niet passend wordt bevonden, zou een gesloten vraagstelling – waarbij ja of nee omcirkeld dient te worden – een alternatief kunnen zijn: ‘Denk je dat de bange gedachte een volgende keer wel gaat gebeuren?’ Hoewel de daling in geloofwaardigheid minder sterk wordt weergegeven, wordt ook met deze dichotome vraagstelling de verwachting getoetst en zal het inhibitorisch leren in gang gezet worden. Om wat meer nuancering aan te brengen, zou men er natuurlijk ook voor kunnen kiezen om meerdere antwoordmogelijkheden te bieden.

Een factor die in onze ogen in belangrijke mate bijgedragen heeft aan het succes van de behandeling was de betrokkenheid van de begeleiders en de ouders. Zij hielpen de cliënt om zich aan de huiswerkopdrachten te houden en stimuleerden hem om zijn angsten te confronteren. Het bleek hierbij essentieel om de steunfiguren goed uit te leggen hoe en waarom de behandeling werkt en hoe belangrijk het is om ervoor te zorgen dat de opdrachten worden uitgevoerd. We merkten dat het aantal gemiste opdrachten (en dus het aantal missing values voor ons onderzoek) sterk toenam op het moment dat de volwassen steunfiguren rond de cliënt het even lieten afweten. Dit benadrukt het belang van het betrekken van steunfiguren van jeugdigen met een LVB bij het behandeltraject.

Tegelijkertijd is het goed om stil te staan bij het actief betrekken van steunfiguren bij de exposurebehandeling en het onvermijdelijke risico dat zij tijdens de oefeningen gaan fungeren als veiligheidssignaal. De resultaten van het huidige onderzoek suggereren dat de cliënt bij de mogelijkheid om alleen in het donker te zijn niet afhankelijk is geworden van de aanwezigheid van een steunfiguur. De cliënt slaapt immers alleen op zijn kamer en fietst 's avonds alleen naar huis. Het is waarschijnlijk dat de aanwezigheid van steunfiguren door de cliënt als prettig en veilig is ervaren, en dat dit hem geholpen heeft om – zeker in het begin van de behandeling – de opdrachten uit te voeren. Door de cliënt ook opdrachten uit te laten voeren zonder aanwezigheid van de steunfiguur is deze aanwezigheid niet voorwaardelijk geworden voor het kunnen uitvoeren ervan. Het is goed om er in toekomstige onderzoeken en behandelingen alert op te zijn dat de steunfiguur niet een voorwaardelijke rol als veiligheidssignaal krijgt.

Voor ons als behandelaars was het de eerste keer dat we een CGT-behandeling volgden met onderzoek volgens een single case design. Onze motiva-

*Een factor die in onze
ogen in belangrijke
mate bijgedragen heeft
aan het succes van de
behandeling was de
betrokkenheid van de
begeleiders en de
ouders*

tie was vooral om de effectiviteit en haalbaarheid van CGT bij jeugdigen met een LVB aan te tonen, om zo de motivatie voor behandelaars te vergroten om CGT in hun eigen praktijk in te zetten. In de loop van dit onderzoek ervoeren we daarnaast dat het systematisch verzamelen van data over de uitkomst van de behandeling ons hielp om onze behandeling tussentijds te evalueren en waar nodig bij te sturen. Wellicht belangrijker nog was dat het regelmatig samen kijken naar de grafieken de cliënt en ook diens ouders hielp om gemotiveerd te blijven, en dat dit zelfs bijdroeg aan een gevoel van trots dat het hun samen gelukt was.

Dit N=1-onderzoek draagt bij aan de wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van de behandeling van exposure voor angst bij jeugdigen met een LVB. Zowel wat betreft de haalbaarheid en het effect van CGT bij jeugdigen met LVB als wat betreft de haalbaarheid en toepasbaarheid van dit soort single case onderzoek vonden we positieve resultaten. Het laat zien dat een N=1-aanpak met statistische onderbouwing door de NAP-methode een haalbare kaart is en veel inzicht oplevert. In het vervolg willen we naast kwantitatieve informatie ook de meer subjectieve beleving van de cliënt en zijn systeem bevragen, om de cijfermatige data te kunnen illustreren met uitspraken over het beleefde effect en de betekenisgeving van de resultaten in het dagelijks leven van de cliënt.

Dit onderzoek was slechts één Legoblokje in een groter bouwwerk; replicatie over meerdere casussen is nodig om betere uitspraken te kunnen doen over effectiviteit. Bovendien zou een herhaald N=1-design, waarbij meerdere casussen met vergelijkbare problematiek en interventies volgens een N=1-design worden gevolgd, kunnen helpen om te identificeren wat algemeen werkzame factoren zijn en op welke punten individuele aanpassingen nodig zijn. Deze N=1 was een eerste stap en het resultaat is wat ons betreft veelbelovend.

Gina Hofman is gz-psycholoog in opleiding bij de polikliniek van Gastenhof, onderdeel van Koraal.

Roel Kooijmans is psycholoog bij De Hondsborg, onderdeel van Koraal, en senior onderzoeker bij Koraal Strategie en Kennisontwikkeling.

Correspondentieadres: Gina Hofman, Stichting Koraal, Poststraat 1, 6135 KR Sittard.
E-mail: ghofman@koraal.nl

Summary

Treatment of anxiety symptoms in an adolescent with mild intellectual disability: A single case experimental study

Cognitive behavioural therapy (CBT) is less commonly used as a treatment for people with mild intellectual disability and borderline intellectual functioning (MBID). There is little published research on its effectiveness. In the current study, we examined whether an exposure treatment was demonstrably effective in treating anxiety symptoms in a 14-year-old boy with MBID. We used an N=1 single case experimental design. In this article, we describe how the treatment was adapted to the client's cognitive impairments and how an N=1 study was conducted as an

integrated part of the treatment. The results showed that the treatment was feasible and effective up to 3 months after the end of treatment.

Keywords *exposure, phobia, mild intellectual disability, effectiveness, single case experimental design*

Referenties

- Buckley, N., Glasson, E. J., Chen, W., Epstein, A., Leonard, H., Skoss, R., Jacoby, P., Blackmore, A. M., Srinivasjois, R., Bourke, J., Sanders, R. J., & Downs, J. (2020). Prevalence estimates of mental health problems in children and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 54, 970-984. <https://doi.org/10.1177/0004867420924101>
- Cooney, P., Jackman, C., Coyle, D., & O'Reilly, G. (2017). Computerised cognitive-behavioural therapy for adults with intellectual disability: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 211, 95-102. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.198630>
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10-23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- Dagnan, D., Jackson, I., & Eastlake, L. (2018). A systematic review of cognitive behavioural therapy for anxiety in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62, 974-991. <https://doi.org/10.1111/jir.12548>
- de Boer, A., van Lanschot, J., Stalmeier, P., van Sandick, J., Hulscher, J., de Haes, J., & Sprangers, M. (2004). Is a single-item visual analogue scale as valid, reliable and responsive as multi-item scales in measuring quality of life? *Quality of Life Research*, 13, 311-320. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018499.64574.1f>
- de Jongh, A., Korrelboom, K., & ten Broeke, E. (2009). Specifieke fobieën. In E. ten Broeke, K. Korrelboom, & M. Verbraak (red.), *Praktijkboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Protocolaire behandelingen op maat* (pp. 221-250). Coutinho.
- Delgado, D. A., Lambert, B. S., Boutris, N., McCulloch, P. C., Robbins, A. B., Moreno, M. R., & Harris, J. D. (2018). Validation of digital visual analog scale pain scoring with a traditional paper-based visual analog scale in adults. *JAAOS: Global Research and Reviews*, 2, 1-6. <https://doi.org/10.5435/JAAOSGlobal-D-17-00088>
- Delsing, M., & van Yperen, T. (2017). Wat werkt voor wie? De kracht van N=1 onderzoek. In T. van Yperen (red.), *Zicht op effectiviteit: Handboek resultaat-gerichte ontwikkeling interventies in de jeugdsector* (pp. 331-356). Lemniscaat.
- Facco, E., Zanette, G., Favero, L., Bacci, C., Sivoletta, S., Cavallin, F., & Manani, G. (2011). Toward the validation of Visual Analogue Scale for anxiety. *Anesthesia Progress*, 58, 8-13. <https://doi.org/10.2344/0003-3006-58.1.8>
- GGZ Standaarden. (2024). *Angstklachten en angststoornissen* [Zorgstandaard]. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/angstklachten-en-angststoornissen/introductie
- Kajak (Academische Werkplaats). (2020). *Handreiking cognitieve gedragstherapie bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en een psychische stoornis*. www.kenniscentrumlvb.nl/product/handreiking-cognitieve-gedragstherapie-bij-jeugdigen-met-een-licht-verstandelijke-beperking-en-een-psychische-stoornis-2
- Lebois, L. A., Seligowski, A. V., Wolff, J. D., Hill, S. B., & Ressler, K. J. (2019). Augmentation of extinction and inhibitory learning in anxiety and trauma-related disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 257-284. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095634>
- Manolov, R., & Moeyaert, M. (2017). How can single-case data be analyzed? Software resources, tutorial, and reflections on analysis. *Behavior Modification*, 41,

- 179-228. <https://doi.org/10.1177/0145445516664307>
- Maric, M. (2018). Single-case experimentele designs in cognitieve gedragstherapie. *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 51, 158-170.
- Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: Nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy*, 40, 357-367. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.10.006>
- VGct. (2018). *Factsheet: Exposure*. <https://kennisnet.vgct.nl/factsheet-exposure>
- Wright, K. P. (2013). Cognitive behavioural therapy for anxiety in a man with autism spectrum disorder, intellectual disability, and social phobia. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 7, 284-292. <https://doi.org/10.1108/AMHID-06-2013-0040>

Een geïntegreerd model van een holistische theorie

► MARTIJN STÖFSEL

Samenvatting De holistische theorie (HT) is een model om overzicht te krijgen over de klachten, coping en voorgeschiedenis van de cliënt. In het cognitief-gedragstherapeutisch proces speelt de holistische theorie of casusconceptualisatie een centrale rol. Vanuit een HT wordt de CGT-behandeling opgezet. In dit artikel wordt besproken waarom het zinvol en noodzakelijk is om bij complexere casuïstiek de behandeling te beginnen met het opstellen van een HT. Een geïntegreerd model, met aspecten van verschillende andere modellen, wordt uitgebreid beschreven. Dit model is vanwege zijn eenvoudige basisstructuur goed en makkelijk toepasbaar in de praktijk. Verder worden mogelijke valkuilen beschreven bij het opstellen van een HT, conform dit geïntegreerde model. Een HT heeft een schuld-reducerend effect: het maakt voor de cliënt begrijpelijk dat zijn huidige klachten voor een deel verklaard kunnen worden uit gebeurtenissen in de jeugd. Ten slotte wordt beschreven dat een HT tevens handvatten biedt om tot een beredeneerde keuze voor behandeldoelen te komen.

TREFWOORDEN — *holistische theorie, probleemsamenhang, casusconceptualisatie, cognitieve gedragstherapie, probleemkeuze, behandeldoelen*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Aan het begin van een behandeling, zeker bij complexe problematiek, is een holistische theorie (of casusconceptualisatie) een noodzakelijk middel om overzicht te krijgen over de samenhang van de klachten, de copingstijl en de leergeschiedenis van de cliënt.
- Er zijn tal van verschillende modellen voor een holistische theorie of een casusconceptualisatie. Er is geen onderzoek waaruit blijkt welk model het beste werkbaar en bruikbaar is.
- Om in de praktijk bruikbaar te zijn, moet een holistische theorie of casusconceptualisatie op een eenvoudige, beknopte en zinvolle manier zijn opgesteld.

Casus Bij Saar, een vrouw van 43 jaar, is er sprake van borderlineproblematiek. In het gesprek na de intake stelt de behandelaar samen met haar op een flap-over een holistische theorie (HT) op volgens het geïntegreerde model. Aanvankelijk weet Saar niet goed wat er van haar verwacht wordt, maar na enige aarzeling begrijpt ze het en kan ze goed meedenken met de behandelaar. Ze geeft aan dat ze tijdens dit proces een soort opluchting opmerkt, omdat er alle ruimte is voor wat er in haar leven is gebeurd. Ook verwondert ze zich op een positieve manier over sommige verbanden die de behandelaar legt. Als Saar een aantal keren begint uit te weiden, begrenst de behandelaar haar. Ze kan dat goed verdragen, omdat ze begrijpt dat het nu om de grote lijnen gaat. Als de HT klaar is, legt de behandelaar Saar aan de hand daarvan uit hoe de nare omstandigheden uit haar jeugd haar negatieve kerncognities hebben veroorzaakt en van daaruit haar coping. Daardoor worden Saars huidige klachten verklaarbaar vanuit haar levensloop. Saar voelt zich hierdoor gezien in wie ze is. Het heeft op haar een prettig ‘ontschuldiging’ effect. Aan veel van de omstandigheden die haar hebben gevormd, kon zij immers niet zoveel doen: die zijn haar overkomen. Ook begrijpt ze op basis van de HT goed welke keuzes de behandelaar haar voorlegt om de behandeling vorm te geven. Saar krijgt de flap met de HT mee naar huis. Volgens afspraak besteedt ze er veel aandacht aan om alle informatie van de flap op een mooie manier op een A4'tje te zetten. De volgende keer bespreekt ze op basis van deze HT en de eruit voortvloeiende behandeldoelen met de behandelaar haar behandelplan.

Holistische theorie en casusconceptualisatie

De holistische theorie is een essentieel onderdeel van het cognitief-gedragstherapeutisch proces

Zowel de holistische theorie als de casusconceptualisatie is een model om de samenhang van klachten, problemen, leergeschiedenis en luxerende factoren van de problematiek van de cliënt in kaart te brengen. Het is een essentieel onderdeel van het cognitief-gedragstherapeutisch proces (zie figuur 1). Bij eenvoudige psychologische problematiek is het eenvoudig om overzicht te krijgen, maar bij complexere psychologische problematiek is het lastiger. Er speelt dan immers veel tegelijkertijd: meerdere psychologische klachten van soms heel verschillende aard, praktische problemen en problemen in de leefomgeving. Bovendien worden al deze klachten en problemen beïnvloed door de betekenis die de cliënt er vanuit de leergeschiedenis aan geeft. Bij complexe problematiek is het daarom belangrijk om aan het begin van de behandeling de verworven informatie in een overzichtelijk model onder te brengen. Van daaruit kunnen dan weloverwogen keuzes voor behandelinterventies worden gemaakt (Korrelboom & ten Broeke, 2014). Zo'n overzicht is ook nuttig bij tussentijdse evaluaties. Op die manier kan worden vastgesteld welke andere problemen er nog spelen en aan-

gepakt moeten worden. Bij het vastlopen van een behandeling kan een HT eveneens duidelijkheid geven over welke factoren dat veroorzaakt hebben. Een laatste, wellicht belangrijkste, reden is dat zo'n overzicht een goed middel is om de cliënt een verklaring te bieden over het ontstaan van zijn of haar problematiek. Hierdoor zal de behandelmotivatie toenemen. Uitgangspunt is dat een dergelijk overzicht samen met de cliënt wordt opgesteld of besproken. Dit vereist enige mate van inzicht, vertrouwen en coöperatie van de cliënt.

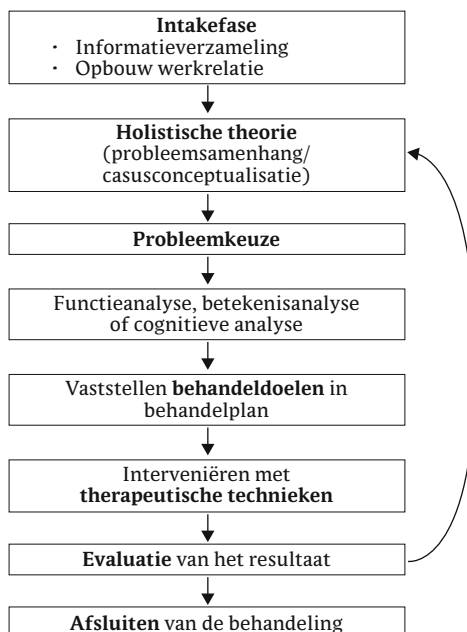
In de gedragstherapie wordt van oudsher de term 'holistische theorie' gebruikt (Hermans et al., 2017; Korrelboom & ten Broeke, 2014), terwijl in de cognitieve stromingen, de schematherapie en bij EMDR de term 'casusconceptualisatie' wordt gebruikt (ten Broeke et al., 2022). Soms wordt de casusconceptualisatie gezien als de combinatie van enerzijds de holistische theorie, en anderzijds de betekenisanalyse en functieanalyse (Hermans et al., 2017). In dit artikel worden de termen 'holistische theorie' en 'casusconceptualisatie' beschouwd als synoniemen van elkaar. Omwille van de leesbaarheid wordt de term 'holistische theorie' gebruikt, afgekort 'HT'.

Positie van de holistische theorie in het cognitief-gedragstherapeutisch proces

Na de klachten- of probleeminventarisatie wordt de HT opgesteld. Op basis daarvan wordt in overleg met de cliënt het als eerste te bewerken probleem of problemen bepaald. Vervolgens wordt daar een relevante betekenisanalyse, functieanalyse of cognitieve analyse over opgesteld (in het vervolg BA, FA en CA). Op basis daarvan worden behandeldoelen vastgesteld en interventies uitgevoerd. Na evaluatie van de bereikte behandelresultaten wordt opnieuw vanuit de HT gekeken naar eventuele andere behandeldoelen. Een HT is een dynamisch model, dat gedurende een behandeling kan worden aangepast wanneer er nieuwe inzichten ontstaan of nieuwe feiten op tafel komen.

Een holistische theorie is het resultaat van een proces tussen cliënt en behandelaar

Een HT opstellen is niet uitsluitend het invullen van de intakegegevens in een sjabloon, maar het resultaat van een proces tussen behandelaar en cliënt. Het is de neerslag van een door behandelaar en cliënt gedeelde visie op de klachten en problemen van de cliënt, en vormt daarmee de basis van diens behandeling. Door een HT begrijpt de cliënt beter waar de klachten en problemen vandaan komen en welke veranderingen er noodzakelijk zijn. Daarnaast kan de cliënt ervaren dat de behandelaar zijn of haar verhaal goed begrepen heeft, wat de werkrelatie zal versterken. Vaak heeft een HT ook een schuldreducerend effect, omdat cliënten erdoor leren inzien dat hun problemen zijn ontstaan door hun levensloop en meegemaakte ervaringen.



Figuur 1 Het cognitief-gedragstherapeutisch proces volgens Hermans en collega's (2017)

Verschillende modellen

Er zijn verschillende modellen om een holistische theorie of een casusconceptualisatie op te stellen. Een HT over complexere problematiek kent meestal een indeling in vroegproblematiek, middenproblematiek en staartproblematiek. *Vroegproblematiek* staat voor vroege jeugdervaringen en psychologische ontwikkelingsaspecten in de eerste 18 tot 20 jaar van het leven. *Middenproblematiek* staat voor de opgedane en aangeleerde copingstijl, de gevormde persoonskenmerken en instrumentele overtuigingen. *Staartproblematiek* staat voor recente klachten en problemen. Hierna worden kort een aantal modellen besproken. Stöfseel en Mooren (2017) hebben op basis van één casus de meeste van deze modellen uitgewerkt, waardoor de verschillen ertussen duidelijk worden.

'Vakjesmodel' Dit is het oudste en bekendste model, onder andere beschreven door Orlemans (1987) en door Hermans en collega's (2017). In dit model worden de verschillende klachten en probleemgebieden beschreven in vakjes. De verbanden tussen de vakjes worden aangegeven met pijlen. Het vakjesmodel wordt veel gebruikt in N=1-onderzoeken, en is een overzichtelijk en eenvoudig te begrijpen model. Het nadeel ervan is dat het voor complexere problematiek niet toereikend is. Er moeten dan zoveel vakjes en pijlen worden ingetekend dat het model onoverzichtelijk wordt. Ook kent het vakjesmodel geen inhoudelijke ordening of hiërarchie.

SORC-model Dit model is als holistische theorie uitgebreid beschreven door Sprey (2017) en is gemodelleerd op twee principes. Het eerste principe is een indeling volgens het SORC-principe, waarbij de ‘S’ staat voor de stimulus (de uitlokkende gebeurtenis), de ‘O’ voor de interne processen (met name de cognities), de ‘R’ voor het gedrag (met name het kerngedrag van de persoonlijkheidsproblematiek) en de ‘C’ voor de consequenties (de zowel positieve als negatieve gevolgen van het gedrag). Het tweede principe is een indeling in tijd, waarbij ‘vroeg’ staat voor de leergeschiedenis, ‘midden’ voor de uitgekristalliseerde kerncognities, de coping en het kerngedrag (zoals dat is aangeleerd of bepaald in de leergeschiedenis), en ‘staart’ voor hoe de problemen zich in het hier-en-nu voordoen.

Casusconceptualisatie volgens Beck Vanuit de cognitieve stromingen is het model van de *cognitieve casusconceptualisatie* ontwikkeld, met name door Aaron Beck en voortgezet door zijn dochter Judith (Beck, 2022). Dit model gaat uit van levensgebeurtenissen die hebben geleid tot kerngedachten of kerncognities. Deze beïnvloeden instrumentele cognities, die op hun beurt in bepaalde situaties automatische gedachten oproepen. Dat leidt dan weer tot problematische gevoelens. Dit model wordt ook in EMDR-kringen gebruikt.

Casusconceptualisatie in de schematherapie In de schematherapie wordt een model gebruikt dat gebaseerd is op de cognitieve casusconceptualisatie van Beck. Met name de schemata en de modi hebben er een plek in gekregen (Vreeswijk et al., 2008). Er zijn diverse verfijningen van dit model ontwikkeld, die echter door een streven naar volledigheid zo uitgebreid zijn geworden dat ze qua overzicht aan waarde hebben ingeboet.

Factsheet VGCT Door de VGCT (2018) is een factsheet uitgegeven met een model voor een HT. Omdat dit factsheet door de VGCT is uitgegeven, lijkt aan het model een zekere status te kleven. Er is echter geen enkele consensus dat dit het beste model is. Ook is er de nodige kritiek op: het zou te veel een ‘invuloefening’ zijn geworden en er zitten allerlei dubbelheden in – wat is bijvoorbeeld het onderscheid tussen ‘zelfbeeld’ en ‘kernovertuigingen’? De vermeende status die dit factsheetmodel ten onrechte heeft is een van de redenen om dit artikel te schrijven.

Model van van Heycop ten Ham Het model van van Heycop ten Ham en collega’s (2017) doet zeker recht aan de cliënt, maar kent ook een bepaalde ingewikkeldheid. In de praktijk is het daardoor minder goed bruikbaar om de cliënt overzicht te bieden.

ACT-model Binnen ACT wordt een model gebruikt dat vanzelfsprekend leunt op de onderliggende ACT-theorie, en dan met name op de zes ACT-basisprocessen (Hayes et al., 2011). Het is daarom niet goed bruikbaar voor ‘gewone’ cognitief-gedragstherapeutische behandelingen. Wel biedt het zeker goede aanknopingspunten voor het opzetten van een ACT-behandeling.

Verklarende analyse Door Tempel en collega's (2022) is gedetailleerd beschreven hoe een degelijke en verantwoorde verklarende analyse kan worden opgesteld. Hun model is echter speciaal bedoeld voor de jeugdzorg. Ondanks de gedegenheid ervan zitten er in dit model ook lastige dubbelheden. Wat is bijvoorbeeld het verschil tussen 'klachten' en 'gevolgen'? Of tussen 'vaardigheden' en 'krachten'?

Model van Wispelwey Wispelwey (2011) heeft een bruikbaar model beschreven voor adolescenten. Het model blinkt uit door een combinatie van compactheid en overzichtelijkheid. Het in dit artikel gepresenteerde geïntegreerde model is een doorontwikkeling van het model van Wispelwey.

Welk model?

Er is geen wetenschappelijke evidentie voor welk model beter of effectiever is dan de andere. Sterker nog, de empirische fundering van al deze modellen is niet erg doortimmerd. Zo blijkt de mate waarin verschillende behandelaars bij een en dezelfde cliënt tot dezelfde casusconceptualisatie komen betrekkelijk gering (Eells, 2009). Wel zijn er aanwijzingen dat het succes van een behandeling mede afhankelijk is van de mate waarin de behandelaar

overzicht over de behandeling heeft (Hermans et al., 2017; Korrelboom & ten Broeke, 2014). De keuze voor een interventie kan dan weloverwogen worden gemaakt, gebaseerd op gepersonaliseerde kennis en inzicht in de problematiek van de cliënt. Belangrijk is daarom dat een behandelaar in elk geval een van de genoemde modellen gebruikt. Bij eenvoudige en eenduidige problematiek heeft een HT overigens weinig toegevoegde waarde (Korrelboom & ten Broeke, 2014).

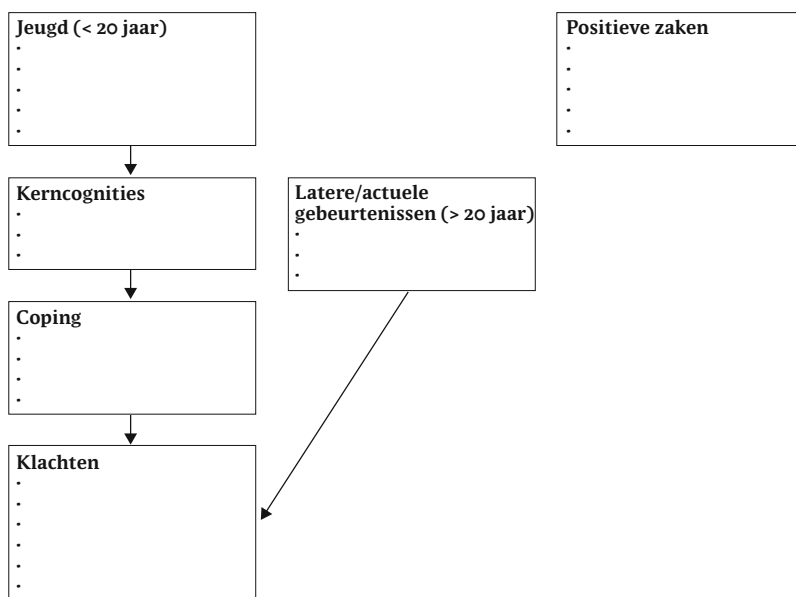
Gezien het belang van de HT in het cognitief-gedragstherapeutisch proces, is het belangrijk om een zo eenvoudig mogelijk, maar wel zinvol en effectief model te gebruiken. In een HT moet ook complexe problematiek op een overzichtelijke manier kunnen worden beschreven. Een belangrijke voorwaarde is dat de samenhang in heldere en begrijpelijke taal aan de cliënt kan worden uitgelegd. In een HT moeten ook positieve factoren, krachtfactoren of beschermende factoren worden opgenomen.

Belangrijk is dat een behandelaar in elk geval een van de genoemde modellen gebruikt

Holistische theorie volgens het geïntegreerde model

Aangezien er geen *evidence* of consensus is om wel of niet voor een bepaald model te kiezen, lijkt het goed om die keuze te laten bepalen door een combinatie van efficiëntie, volledigheid en cliëntvriendelijkheid. Op basis van deze factoren pleit ik voor het gebruik van een model met een beperkt aantal basale rubrieken. Deze rubrieken hebben dan geen verwarrende moge-

lijke dubbelheden, zoals in sommige andere modellen. Aangezien wel alle aspecten van de hier genoemde modellen erin beschreven kunnen worden, is het daarmee een soort integratie van al deze modellen. Vandaar dat gekozen is voor de term 'geïntegreerd model'. Dit model is vooral schatplichtig aan het model dat Wispelwey (2011) beschreef. Het is echter doorontwikkeld, zodat het breder toepasbaar is. Het is goed te gebruiken bij eenvoudige problematiek, maar zeker en juist ook bij complexe problematiek. In het laatste geval dwingt het model de behandelaar om de kern van de problematiek en het ontstaan daarvan te beschrijven. Figuur 2 toont een weergave van de essentie van het geïntegreerde model.



Figuur 2 Sjabloon van de holistische theorie volgens het geïntegreerde model

Werkwijze

Een belangrijk kenmerk van een HT is dat het een gezamenlijk proces is van behandelaar en cliënt. Daarom vindt het opstellen ervan ook gezamenlijk plaats. Ideaal is om een flap-over of whiteboard te gebruiken, waarop de behandelaar schrijft terwijl deze voortdurend overlegt met de cliënt. Omdat de cliënt de HT groot op het whiteboard of de flap-over ziet verschijnen, komt de HT indringender binnen en stimuleert het tot meedenken. De HT hoort bij de diagnostische fase, maar is eigenlijk ook een psycho-educatieve interventie. Omdat de cliënt erdoor leert dat de klachten logisch voortvloeien uit zijn of haar voorgeschiedenis, biedt de HT een soort 'ontschuldiging'. Het beste moment om de HT op te stellen, is tijdens de sessie na de intake. Vaak heeft de behandelaar dan al een rudimentaire HT in het hoofd.

Bij het invullen van de HT is het goed om zoveel mogelijk de woorden van de cliënt te gebruiken. Soms is het handig om er een hypothese van de behandelaar in op te nemen, ook al herkent de cliënt die (nog) niet, maar dan wel met een aanduiding dat de hypothese van de behandelaar komt, bijvoorbeeld door er haakjes omheen te zetten. Daarmee benadrukt de behandelaar dat de HT een gezamenlijk document is. Belangrijk is dat de behandelaar niet te diep ingaat op wat de cliënt noemt. Het gaat bij de HT om een ‘helikopterview’. Als de cliënt te veel gaat uitweiden, is het de taak van de behandelaar om te begrenzen. Het hier gepresenteerde model van een geïntegreerde HT kan goed in één sessie opgesteld worden. Een HT kan natuurlijk veranderen als er later meer informatie naar boven komt. Na voltooiing ervan is het handig om te controleren of de HT compleet is en of alle rubrieken – van boven naar beneden – logisch uit elkaar voortvloeien.

Vervolgens kan de HT gebruikt worden om samen met de cliënt vast te stellen waar in de behandeling aan gewerkt gaat worden: de behandelspeerpunten. Conform het cognitief-gedragstherapeutisch proces (zie figuur 1) worden van de gekozen behandelspeerpunten een BA, een FA of een CA opgesteld en vervolgens de eerste interventies bepaald. Op basis daarvan wordt een behandelplan opgesteld.

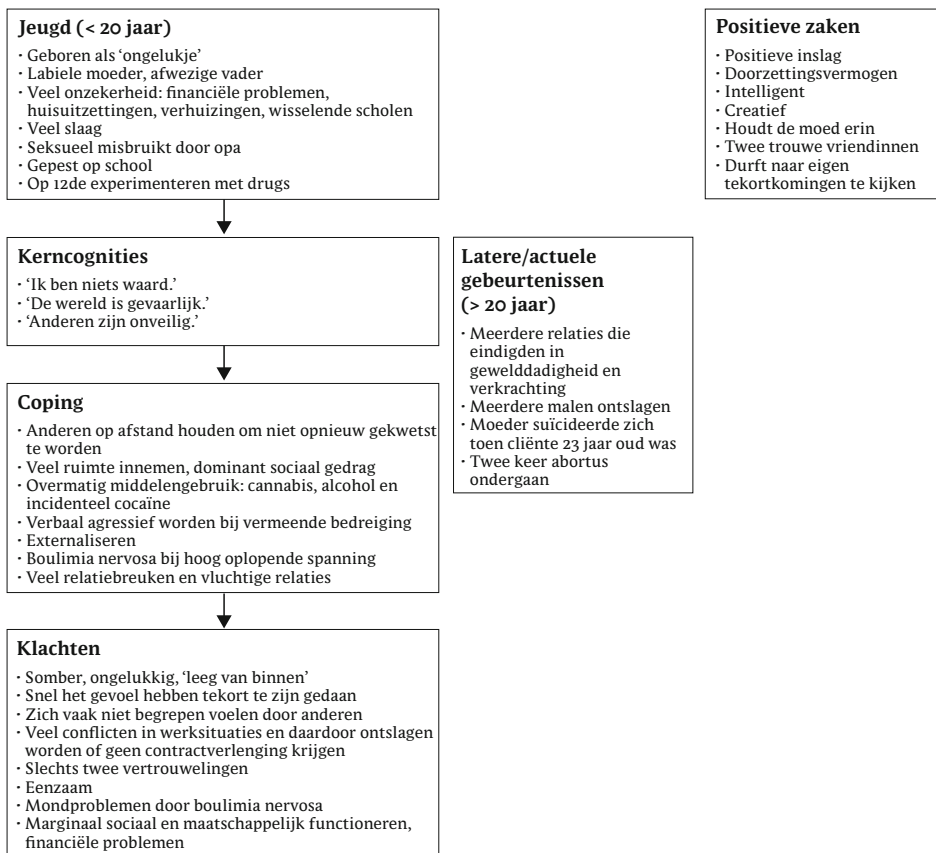
De voltooide HT is een mooi overzichtelijk document over het leven van de cliënt en zijn of haar problemen. De HT kan vervolgens gebruikt worden om behandeldoelen op te stellen, maar ook om de behandeling te evalueren. Daartoe moet de HT als document beschikbaar zijn. Een handige manier is om de cliënt te vragen of deze de HT op papier wil uitwerken. De cliënt krijgt de flap-over van de HT dan mee naar huis of maakt er een foto van. Door de cliënt de HT te laten uitwerken, wordt tevens duidelijk gemaakt dat er in de behandeling een actieve rol verwacht wordt. Figuur 3 toont een uitgewerkte HT van een vrouw met borderlineproblematiek.

*Invullen van de
holistische theorie in
geïntegreerde vorm is
een vloeiend proces en
juist niet een
invuloefening*

De zes rubrieken

De HT in geïntegreerde vorm bestaat uit zes rubrieken, waarvan de eerste vier rubrieken elkaar logisch opvolgen. Dit maakt invullen ervan tot een vloeiend proces en juist niet tot een invuloefening. De logica begint bij de invloeden vanuit de jeugd. Cliënten komen echter niet daarvoor in behandeling, maar vanwege de klachten die ze momenteel hebben. We beginnen het invullen dan ook bij de rubriek ‘klachten’ en redeneren van

daar, samen met de cliënt, toe naar de rubriek ‘jeugd’. Het mooist is om telkens van een rubriek naar een hogere rubriek te gaan. Het is echter geen enkel probleem om al eerder zaken bij andere rubrieken te beschrijven. Ook kunnen sommige zaken in twee rubrieken beschreven worden. Dit wordt hierna toegelicht.



Figuur 3 Holistische theorie van een vrouw van 43 jaar met borderlinepersoonlijkheidsproblematiek

Klachten In deze rubriek worden in het kort alle klachten beschreven die de cliënt noemt. Een simpele vraag hierbij is: 'Van welke klachten heb je op dit moment last?' De behandelaar vult aan op basis van wat deze al weet uit de intakegesprekken. De klachten zoals ze hier beschreven worden zijn de gevolgen van de coping die in de volgende rubriek beschreven wordt.

Een voor de hand liggende vraag is of er niet ook een rubriek 'gevolgen' moet worden toegevoegd. Een dergelijke rubriek zou echter juist tot overlap en onduidelijkheid leiden. Het verband tussen coping en klachten kan beter later specifiek onderzocht worden in een BA, FA of CA. Ook is er geen aparte rubriek 'in stand houdende factoren'. Enerzijds omdat ook die tot verwarring en dubbelheden zou kunnen leiden (er is namelijk allerlei overlap tussen klachten, coping en in stand houdende factoren), anderzijds omdat de in stand houdende factoren meestal wel duidelijk worden uit de samenhang tussen levensloop, coping en klachten. Ook hier geldt dat het

omwille van het overzicht beter is om dit later in een BA, FA of CA te onderzoeken.

Coping Om de stap van de rubriek ‘klachten’ naar ‘coping’ te maken, kan de behandelaar bijvoorbeeld vragen: ‘Hoe ga jij met jezelf en de wereld om, zodat je deze klachten hebt gekregen?’ Het woord ‘coping’ is voor cliënten vaak lastig te begrijpen. Er kan natuurlijk ook een andere term gebruikt worden, bijvoorbeeld ‘patronen’ of ‘hoe je met jezelf en de wereld omgaat’.

Er kan sprake zijn van overlap tussen de rubrieken ‘klachten’ en ‘coping’. Verslaving bijvoorbeeld heeft aspecten zowel van coping als van klachten. Verslaving als coping betekent dat de verslaving wordt ingezet om iets te bewerkstelligen, meestal verdoving of vermindering van nare gevoelens, terwijl verslaving als klacht betrekking heeft op de negatieve gevolgen ervan. Verder kan coping zowel disfunctionele als functionele kanten hebben. Perfectionisme bijvoorbeeld is zowel coping als iets positiefs, omdat perfectionisten erg gewaardeerd worden vanwege hun zorgvuldige werk.

Kerngedachten of kerncognities Om de stap van de rubriek ‘coping’ naar ‘kerngedachten’ te maken, kan de behandelaar de vraag stellen: ‘Hoe denk je in de kern over jezelf, over anderen en over de wereld, waardoor het nodig was om deze coping te ontwikkelen?’ Deze stap is vaak het lastigst. Het kan helpen om de cliënt te vragen een zinnetje te formuleren dat begint met: ‘Ik ben ...’ dat kernachtig iets uitdrukt over hoe de cliënt over zichzelf denkt en voelt. Het mag ook een zinnetje zijn dat begint met: ‘De wereld is ...’ of: ‘Anderen zijn ...’. Maar uiteindelijk moet de cliënt ook een zinnetje formuleren dat begint met: ‘Ik ben ...’, want dat zegt het meeste over zijn of haar kerngedachten.

Er kan zich hierbij een aantal problemen voordoen. Het kan zijn dat de cliënt wel erkent dat hij of zij denkt: ‘Ik ben niet goed genoeg’, maar dat het lastig is om dat op te schrijven, omdat er ook perioden zijn waarin hij of zij het idee heeft: ‘Ik ben goed zoals ik ben.’ In dat geval worden beide zelfbeelduitspraken – die elkaar zelfs kunnen tegenspreken! – opgeschreven: de negatieve uitspraak bij de ‘kerngedachten’ en de positieve bij de ‘positieve zaken’. Door juist beide relevante zelfbeelduitspraken op te schrijven, voelen cliënten zich veel beter gezien. Het kan verhelderend zijn om de cliënt te vragen naar de mate van geloofwaardigheid van de kerngedachten. In geval van zowel een positieve als een negatieve variant van een kerngedachte (bijvoorbeeld: ‘Ik ben een slecht mens’ en: ‘Ik ben een goed mens’) hoeven de geloofwaardigheidspercentages bij elkaar opgeteld niet per se op 100% uit te komen.

Een ander probleem is dat men in de rubriek ‘kerngedachten’ soms zelfbeelduitspraken wil opnemen die in feite tot de rubriek ‘coping’ behoren. Vaak gebruikt men dan actieve werkwoorden als ‘moeten’ of ‘willen’. Een zin als: ‘Ik moet altijd mijn best doen’ lijkt bijvoorbeeld een zelfbeelduitspraak, maar is het niet. ‘Mijn best doen’ is namelijk coping om een onderliggend negatief zelfbeeld te compenseren (bijvoorbeeld: ‘Ik ben niet goed genoeg’).

Er worden in dit geïntegreerde model geen andere niveaus van cognities beschreven. Dat is immers voor het doel van een HT – namelijk overzicht bieden en een globale verklaring geven voor het ontstaan van de klachten – minder interessant. Zinvoller en minder verwarrend is het om meer genuanceerde of instrumentele cognities te beschrijven in een BA, FA of CA.

Jeugd (tot ongeveer het 20ste levensjaar) De logica van deze rubriek is dat tot ongeveer het 20ste levensjaar iemands neuroplasticiteit nog dermate hoog is dat de situaties die hij of zij dan meemaakt in sterke mate de psychologische ontwikkeling beïnvloeden, en daarmee de kerngedachten en coping. Daarna zullen nare omstandigheden een minder grote invloed hebben op iemands psychologische ontwikkeling.

Om de stap van ‘coping’ naar ‘jeugd’ te maken, kan de behandelaar de vraag stellen: ‘Wat is er in je jeugd gebeurd waardoor je zo over jezelf bent gaan denken?’ Vooral in de rubriek ‘jeugd’ is het belangrijk om alles kort en bondig te beschrijven, zeker als er zich vroeger veel nare gebeurtenissen hebben voorgedaan. Het gaat er niet om dat alles uit de jeugd beschreven wordt, maar om in grote lijnen weer te geven wat via kerngedachten en coping de huidige klachten heeft veroorzaakt. In de rubriek ‘jeugd’ kunnen ook zaken benoemd worden als de ‘leefregels’ die de cliënt heeft aangeleerd tijdens zijn of haar jeugd, maar ook bepalende andere zaken, zoals eventuele een lichte verstandelijke beperking of ADHD, temperament of aangeboren lichamelijke beperkingen.

Als de cliënt van wie de HT wordt opgesteld jonger dan 20 is, is het handig om in de rubriek ‘jeugd’ de grote bepalende situaties te beschrijven en in de rubriek ‘latere gebeurtenissen’ de recente gebeurtenis te beschrijven die de reden van aanmelding was.

Latere gebeurtenissen (na het 20ste levensjaar) In deze rubriek komen bepalende gebeurtenissen die via de al aanwezige coping tot de klachten hebben geleid. Denk hierbij aan: ontslag, scheiding, een ongeluk, een later ontstane ziekte of een lichamelijke beperking.

Positieve zaken Een mooie toevoeging in dit model is om ook de positieve zaken van de cliënt te benoemen. Dit maakt de HT voor de cliënt realistischer. Iedereen heeft immers ook positieve zaken in zijn of haar leven ervaren. ‘Positieve zaken’ is een globale rubriek, waarin positieve aspecten, krachten, en helpende en beschermende factoren van de cliënt beschreven kunnen worden. Die worden niet verder uitgesplitst, omdat dat ook weer tot verwarring en dubbelheden kan leiden, wat niet past bij het globale karakter van de HT. Verder is het bemoedigend voor de cliënt wanneer ook de behandelaar positieve zaken benoemt. Bij ‘positieve zaken’ valt te denken aan: een goede relatie, veel vrienden, doorzettingsvermogen, snel inzicht, sportief, intelligent, integer, goed contact kunnen leggen, goede carrière, enzovoort.

Sommige cliënten vinden het moeilijk om positieve zaken te noemen. Juist dan is het goed om er extra aandacht aan te besteden, zodat er toch een

aantal positieve zaken genoteerd kan worden. Bij sombere en negatieve mensen kan er dan bijvoorbeeld genoteerd worden ‘vermogen om hulp te zoeken’, ‘goed klachten kunnen verwoorden’, ‘doorzettingsvermogen’, ‘vriendelijk voor anderen’, ‘zorgvuldig omgaan met anderen’, enzovoort.

In theorie zouden positieve zaken ook kunnen worden ingedeeld in de rubrieken ‘jeugd’, ‘kerngedachten’ of ‘coping’, maar dat heeft weinig toegevoegde waarde. Verder kunnen er in de rubriek ‘positieve zaken’ soms positieve zelfbeelduitspraken terechtkomen, bijvoorbeeld: ‘Ik ben goed, zoals ik ben’, terwijl de cliënt in de rubriek ‘kerngedachten’ heeft staan: ‘Ik ben niet goed genoeg.’ Het hangt dan vaak van de omstandigheden af welke interne uitspraak geactiveerd wordt. Ook kunnen in de rubriek ‘positieve zaken’ vormen van coping komen te staan die eveneens in de rubriek ‘coping’ staan. Sommige coping heeft immers zowel negatieve als positieve aspecten.

Opstellen van een holistische theorie opstellen zonder cliënt

Het is voor het therapieproces het meest ideaal om de HT samen met de cliënt op te stellen. Dit betekent wel dat de cliënt enigszins coöperatief moet zijn en enig inzicht in zichzelf moet hebben. Bij sommige cliëntgroepen zal dat lastig zijn. Denk bijvoorbeeld aan forensische cliënten die gedwongen behandeld worden, aan mensen die vanwege een verstandelijke beperking minder inzicht in zichzelf hebben of aan mensen die vanwege een bepaalde persoonlijkheidsproblematiek minder goed over zichzelf kunnen mentaliseren. In zulke gevallen is het zeker zinnig zijn om als behandelaar zelfstandig een HT op te stellen.

Na de holistische theorie: probleemkeuze en analyses

Wanneer de HT is afgerond, is in overeenstemming met het cognitief-gedragstherapeutisch proces de fase aangebroken van de probleemkeuze. Het is belangrijk om deze stap samen met de cliënt te zetten, bijvoorbeeld door te vragen: ‘Wat zijn de punten waar jij aan zou willen werken in deze behandeling?’ Hermans en collega’s (2017) beschrijven daarvoor criteria, die eerder al door Brinkman (1978) zijn geformuleerd: wat zijn de waarschijnlijkheidswaarde, de problematische waarde, de behandelbaarheid, de concreetheid, de centraliteit van het probleem en de hulpvraag van de cliënt? De belangrijkste criteria zijn de problematische waarde, ook wel ‘lijdensdruk’ genoemd, en de hulpvraag van de cliënt. Immers, onder de lijdensdruk zit de motivatie van de cliënt om iets te veranderen. De hulpvraag van de cliënt geeft enige richting hoe de cliënt dat ziet.

Op basis van de lijdensdruk en de hulpvraag van de cliënt, het overzicht dat de HT biedt en de inschatting van de behandelaar kunnen dan op de HT de speerpunten worden aangegeven waar de behandeling zich op gaat richten. Deze punten kunnen worden gemarkeerd op de flap-over of white-

board, bijvoorbeeld met een andere kleur stift. Volgens het cognitief-gedragstherapeutisch proces wordt dan van die behandelsteperpunten een relevante analyse gemaakt: een BA, een FA of een CA. Op basis daarvan worden vervolgens de behandeldoelen geformuleerd, die uiteindelijk in het behandelplan beschreven worden.

Ervaringen

Deze geïntegreerde vorm van een HT kan bij iedere cliënt worden toegepast. Bij eenduidige problematiek (waarbij slechts één oorzaak speelt, bijvoorbeeld iemand die na een ernstig ongeval PTSS heeft gekregen, maar die geen andere klachten heeft) heeft een uitgebreide HT echter weinig toegevoegde waarde voor de behandeling. In alle andere gevallen kan het geïntegreerde model wel gebruikt worden, zeker bij complexe problematiek. Het is voor zowel cliënt als behandelaar vaak heel bevredigend om juist bij complexe problematiek een globaal overzicht te krijgen van hoe de klachten zijn ontstaan en bekrachtigd in de loop van het leven van de cliënt. Door supervisanten en cursisten wordt de – bijna tegenstrijdige – combinatie van eenvoudigheid, overzichtelijkheid en volledigheid van het geïntegreerde model geroemd. Het model is tevens een goede eerste stap in de samenwerking met de cliënt. Cliënten voelen zich ‘gezien’ door het opstellen van deze vorm van een HT. Vanuit de HT kan ook logisch beredeneerd worden in welke volgorde de behandelstappen genomen moeten worden.

Deze geïntegreerde vorm van een HT kan bij iedere cliënt worden toegepast

Martijn Stöfse is klinisch psycholoog-psychotherapeut in eigen praktijk en docent bij diverse nascholingsinstituten. *Correspondentieadres:* Julianastraat 38, 6714 AV Lunteren. E-mail: martijn@stofsel.nl

Summary

An integrated model of a clinical case formulation

In the cognitive behavioral therapy (CBT) process, the clinical case formulation (CCF) or case conceptualization plays a central role. A CBT treatment plan is based on this formulation. This article discusses why it is useful – and necessary – to start a treatment with the making of a CCF, especially in more complex cases. An integrated model is described in detail and is easily applicable in practice, due to its simplicity. Possible pitfalls when making a CCF according to this integrated model are mentioned. It is best to develop a CCF together with the client. A CCF often has a relieving or ‘exonerating’ effect on clients, as it helps them see how their current issues logically stem from past experiences and the way they coped with them. Finally, it is explained that a CCF also provides guidance for making a well-reasoned choice of treatment goals.

Keywords *clinical case formulation, problem coherence, case conceptualization, cognitive behavioral therapy, problem choice, treatment goals*

Referenties

- Beck, J. (2022). *Cognitieve gedragstherapie*. Uitgeverij Nieuwezijds.
- Brinkman, W. (1978). Het gedragstherapeutisch proces. In J. W. G. Orlemans, P. Eelen, & W. P. Haaijman (red.), *Handboek voor gedragstherapie* (pp. A3-A14). Van Loghum Slaterus.
- Eells, T. (2009). Contemporary themes in case formulation. In P. Sturmey (Ed.), *Clinical case formulation: Varieties of approaches* (pp. 291-315). John Wiley and Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470747513.ch22>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., & Sandoz, E. K. (2011). Case formulation: Listening with ACT ears, seeing with ACT eyes. In S. C. Hayes, K. D. Strosahl, & K. G. Wilson (Eds.), *Acceptance and commitment therapy: Second edition: The process and practice of mindful change*. The Guildford Press.
- Hermans, D., Eelen, P., & Orlemans, H. (2017). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-313-6408-4>
- Korrelboom, K., & ten Broeke, E. (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie*. Coutinho.
- Orlemans, J. W. G. (1987). Modellen voor probleemkeuze en functieanalyse. In J. W. G. Orlemans, P. Eelen, & W. P. Haaijman (red.), *Handboek voor gedragstherapie*. Van Loghum Slaterus.
- Sprey, A. (2017). *Handboek persoonlijkheidsstoornissen*. Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-1760-8>
- Stöfse, M., & Mooren, T. (2017). *Trauma en persoonlijkheidsproblematiek*. Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-1084-5>
- Tempel, H., van Dijk, A., & de Castro, B. O. (2022). Eerst begrijpen, dan (be)handelen: Het belang van de verklarende analyse. *Kind & Adolescent Praktijk*, 21, 6-12. <https://doi.org/10.1007/s12454-022-1210-x>
- ten Broeke, E., van der Heiden, C., Meijer, S., Driessen, A., & Korrelboom, K. (2022). *Cognitieve gedragstherapie: De basisvaardigheden*. Boom.
- van Heycop ten Ham, B., de Vos, B., & Hulsbergen, M. (2017). *Praktijkboek gedragstherapie 1*. Boom.
- VGCT. (2018). *Factsheet holistische theorie* [Interne uitgave]. VGCT.
- Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (2008). *Handboek schematherapie*. Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-313-6628-6>
- Wispelwey, M. (2011). Betekenisgevende gedragstherapie: Een nieuw model van probleemsamenhang. *Kind & Adolescent Praktijk*, 10, 112-119. <https://doi.org/10.1007/s12454-011-0030-1>

Verdragen als copingmechanisme?

Bespreking van

FLIP JAN VAN OENEN (2025). *Verdragen: Over de hulp helpt-mythe*. Boom. 289 pp., € 27,95. ISBN 9789024468430

► JOOP BOSCH

Verdragen van Flip Jan van Oenen wordt gepresenteerd als vervolg op zijn eerdere boek *Het misverstand psychotherapie* (2019). Daarin richtte hij zich op de beperkte werkzaamheid van psychotherapie: vooral patiëntgerelateerde factoren zouden bepalend zijn voor het minimale succes ervan. In het voorwoord van *Verdragen: Over de hulp helpt-mythe* kondigt hij aan de in zijn eerste boek opgeworpen vragen nu concreter te willen beantwoorden, enigszins bombastisch geformuleerd als 'het voelt een beetje als het inlossen van een ereschuld'. Zelden heb ik een voorwoord gelezen dat een negatieve boodschap op zo een inventieve manier – namelijk als dialoog tussen therapeut en hulpvragende in het eerste gesprek – en zo helder en concreet aankondigde. Als lezer vraag je je allereerst af welk lezerspubliek van Oenen voor ogen heeft gehad: hulpzoekenden of hulpverleners? Zijn stijl van schrijven is basaal, helder, didactisch en gemakkelijk leesbaar. Maar zijn boodschap, de 'beantwoording' van de in zijn eerste boek opgeworpen vragen, klinkt weinig overtuigend. Zo lijkt het er weinig toe te doen of een hulpzoekende wel of geen hulp krijgt. Ook de weg waarlangs professioneel geschoolde psychotherapeuten hun – volgens van Oenen 'bijna hopeloze' – doel om psychische pijn te verlichten willen nastreven, lijkt er niet toe te doen: of ze nu inzicht willen geven, directief willen zijn of gevoelens ten positieve willen veranderen – het maakt allemaal weinig tot niets uit. Bovendien blijft 'psychische pijn' – de auteur spreekt liever niet van 'stoornissen', 'gedragsproblemen' of 'symptomatologie bij emotioneel ernstig lijden' – in de verschillende theoretische referentiekaders even 'ongrijpbaar'.

De eerste helft van van Oenens boek – waarin hij ingaat op psychische pijn, copingmechanismen, de effectiviteit van therapie en het verloop van psychische stoornissen, alsmede op de voor- en nadelen van psychiatrisch classificeren – zal iedere geschoolde clinicus bekend voorkomen. Wat onmiddellijk de vraag oproept of het boek bedoeld is voor psychotherapeuten in opleiding. Zo ja, dan biedt het ook die groep nauwelijks perspectief. Waarom zou iemand nog psychotherapeut willen worden als [1] hulpzoekenden weinig baat hebben bij psychotherapie, en [2] het hoogst haalbare lijkt hun te leren hun pijn te verdragen? Therapie bedrijven staat doorgaans

voor ‘curatief werken’, maar van Oenen refereert primair naar een andere vertaling van het Oudgriekse *therapeia*, namelijk ‘bijstaan’. Alleen daarom al is het boek juist voor beginnende therapeuten weinig hoopvol.

Halverwege het boek (in hoofdstuk 7) introduceert de auteur zijn ‘paradigmaverschuiving’ als een ‘nieuwe’ therapeutische benadering. Maar binnen de meeste psychotherapeutische benaderingen is – afgezien van het primaire streven naar verandering of verlichting van pijn – de ‘haalbaarheid’ van therapeutische doelen allang een belangrijk aandachtspunt, net als het expliciet gezamenlijk zoeken naar therapeutische oplossingen voor psychische problemen (zie bijvoorbeeld Kuyken et al., 2009) en het accepteren – in van Oenens bewoording dus ‘verdragen’ – van de begrenzing van wat haalbaar is (zie bijvoorbeeld Hayes et al., 2012). Evenmin is het nieuw om zich binnen een behandeling niet te willen opstellen als deskundige, maar in plaats daarvan een ondersteunende rol aan te nemen (zie ook Appelo, 2007; Miller & Rollnick, 2025).

Binnen de meeste psychotherapeutische benaderingen is de ‘haalbaarheid’ van therapeutische doelen allang een belangrijk aandachtspunt

Kortom, dit boek benadrukt dat de behandelaar de cliënt vooral in diens lijden moet bijstaan en hem of haar moet leren de pijn te verdragen. Terwijl alle vormen van therapie – of het nu gaat om psychotherapie of fysiotherapie – primair als therapeutisch doel hebben de cliënt (medisch) te helen of te genezen, legt van Oenen eenzijdig alle nadruk op verplegen of bijstaan in de pijn. Het verdragen van pijn zou volgens hem de essentie van elke therapie moeten zijn, als belangrijkste copingmechanisme. Hoofdstuk 9 vormt dan ook het pièce de résistance van het boek, waarin hij zijn ‘verdraagstrategieën’ opsomt: [1] hoop houden, [2] smart delen, en [3] in beweging blijven. Het bijgevoegde diagram over het spectrum van hoop (pessimistisch versus optimistisch) is uiterst didactisch en illustratief. Maar het is volkomen misplaatst om vervolgens in datzelfde hoofdstuk de klassieke therapeutische praktijk te positioneren aan het uiteinde van ‘het bieden van (valse) hoop’, ook al zet de auteur dat ‘valse’ nog wel tussen haakjes. Ook de diverse theoretische referentiekaders belanden in zijn radicale zienswijze aan de verkeerde kant van het spectrum. Als een cognitief gedragstherapeut de cliënt bijvoorbeeld ‘uitdaagt’ om gedachten van hopeloosheid te vervangen door gedachten van vertrouwen en geloof in een goede afloop, biedt deze hem – mits uiteraard passend bij de situatie – allermist valse hoop. Als een psychoanalyticus heuristisch (en samen met de cliënt) primair tot inzicht wil komen om een betere omgang met psychisch lijden te bewerkstelligen, biedt hij evenmin valse hoop. Als een mindfulnesstherapeut de cliënt richt op het zonder oordeel observeren van alle gedachten (inclusief de negatieve) kan evenmin gesproken worden van valse hoop bieden. En als ten slotte een systeemtherapeut – de school waartoe van Oenen zelf zegt te behoren – zijn cliënt focust op het ervaren van intimiteit en interactie met zijn naasten als medebepalend voor zijn psychische pijn, is dat evenmin valse hoop.

Van Oenens visie lijkt – wederom kort door de bocht – vooral de boodschap uit te dragen dat alleen de tijd helend is. Met of zonder therapeut. Ook een traditioneel geschoolde therapeut zal de cliënt leren zijn of haar smart te delen, in plaats van er enkel over te klagen. En ook de traditioneel geschoolde psychotherapeut zal – weliswaar afhankelijk van het referentiekader waarbinnen hij werkt – in meer of mindere mate beogen om de cliënt in beweging te laten blijven. In die zin bieden ook de korte volgende hoofdstukken (9-12) weinig nieuws. Bovenal is het weinig concreet om alle vormen van psychisch lijden, inclusief de therapieën ervoor, over een kam te scheren, met de suggestie om een ‘zevengesprekkensteunmodel’ in te voeren voor alles en iedereen. Een voorbeeld van al te gesimplificeerd modelmatig denken. Nog afgezien van het feit dat dan de traditioneel psychotherapeutische praktijk gemakshalve wordt geplaatst aan de verkeerde kant van het spectrum van ‘hoop bieden’, namelijk die van de *valse* hoop. In plaats van met een nieuw boek te komen, had van Oenen naar mijn mening kunnen volstaan met een kort essay over zijn visie op psychotherapie. Daarin zou hij dan ook moeten betrekken welke non-specifieke factoren er een rol spelen in het psychotherapeutisch proces (Bosch & Moens, 2018, pp. 187-207).

Van Oenen schrijft glashelder. Met name de door hem aangesneden beleidsthema’s aan het einde van het boek, over een realistischer en adequater georganiseerde ggz – met alle beperkingen van dien, zowel in aanbodmogelijkheden als in individuele therapie – zijn voor beginnende therapeuten zeker interessant. Een andere terecht punt van discussie (waarmee van Oenen zijn boek in feite in hoofdstuk 1 begint) is dat hij de ‘hedendaagse therapiezucht’ wil verminderen: mensen moeten niet onmiddellijk voor elk dagelijks psychisch ongemak professionele hulp willen zoeken en kunnen vinden. Maar om dit alles als een geheel nieuwe visie op psychotherapie te presenteren is zwaar overtrokken. Omdat het boek zo weinig verdiepend is, kom ik opnieuw terug op mijn beginvraag: welk lezerspubliek heeft van Oenen voor ogen gestaan? Alle nadruk wordt gelegd op het verdragen van psychische pijn, in de hoop dat dit verdragen misschien nog iets anders oplevert. Kortom, een helder geschreven boek met een ten onrechte weinig hoopvolle boodschap.

Joop Bosch is emeritus universitair docent klinische ontwikkelingspsychologie. *Correspondentieadres:* Händellaan 24, 2555 WD, Den Haag. E-mail: jd.bosch@kpnmail.nl

Referenties

- | | |
|--|--|
| <p>Appelo, M. (2007). <i>Socratisch motiveren</i>. Boom.</p> <p>Bosch, J. D., & Moens, E. (2018). Non-specifieke therapeutische factoren. In P. Prins, J. D. Bosch & C. Braet (red.), <i>Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen</i>. Bohn Staf-leu Van Loghum.</p> | <p>Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). <i>Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change</i>. The Guilford Press.</p> <p>Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2009). <i>Collaborative case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy</i>. The Guilford Press.</p> |
|--|--|

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2025). *Motiverende gespreksvoering: Mensen helpen veranderen en groeien* (Vierde druk). Ekklesia.

van Oenen, F. J. (2019). *Het misverstand psychotherapie*. Boom.

Digitale detox onder de loep

LEMAHIEU, L., VANDER ZWALMEN, Y., MENNES, M., KOSTER, E. H. W., VANDEN ABEELE, M. M. P., & POELS, K. (2025). The effects of social media abstinence on affective well-being and life satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 15, 7581. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-90984-3>

In deze systematische review en meta-analyse onderzoeken Lemahieu en collega's de vraag of tijdelijke onthouding van sociale media daadwerkelijk bijdraagt aan een verbetering van het subjectieve welbevinden. De populariteit van dergelijke interventies is in de afgelopen jaren toegenomen, in lijn met maatschappelijke zorgen over het overmatige gebruik van sociale media en de negatieve effecten die dit met zich mee zou brengen. Er is echter veel discussie over de werkelijke effectiviteit van dit soort onthoudingsstrategieën. Sommige studies suggereren dat tijdelijke onthouding leidt tot meer rust, minder negatieve emoties of hogere tevredenheid met het leven, terwijl andere onderzoeken geen of zelfs negatieve effecten rapporteren. Om helderheid te krijgen in deze inconsistente resultaten, voerden de auteurs een meta-analyse uit van tien experimentele studies met in totaal 4674 volwassen deelnemers, gericht op drie kernuitkomsten: positief affect, negatief affect en algemene levenstevredenheid.

De opgenomen studies verschilden in duur van de interventie (varierend van 1 tot 28 dagen), de platforms waarop deelnemers moesten stoppen, en de mate van controle over de naleving. Veel studies vroegen deelnemers om volledig te stoppen met sociale media op bepaalde apparaten, vaak hun smartphone en andere mobiele devices, terwijl andere studies de beperking voor alle apparaten lieten gelden. De motivatie van de deelnemers om mee te doen werd zelden onderzocht, terwijl die mogelijk wel invloed heeft op de effectiviteit. De meeste studies rapporteerden een hoge *compliance*, maar er waren wel een paar belangrijke uitzonderingen: in een studie hield slechts 13,7% van de deelnemers het vol om een week lang geen sociale media te gebruiken en een andere rapporteerde dat 59% van de deelnemers toch sociale media bezocht tijdens de onthoudingsperiode.

De resultaten van de meta-analyse waren consistent in hun nul-effect: er werden geen significante veranderingen gevonden in positief affect (gemiddeld effect $g = 0,03$), negatief affect ($g = -0,01$) of levenstevredenheid ($g = 0,03$). Ook de duur van de onthouding had geen statistisch significante invloed op een van de drie uitkomsten. Zelfs wanneer gekeken werd naar langere onthoudingsperiodes, tot 4 weken, veranderden de conclusies niet wezenlijk. Slechts enkele studies hebben gebruikgemaakt van dagelijkse metingen, en ook daar werden geen effecten gevonden. Interessant is dat

sommige studies bijkomende negatieve effecten maten, zoals verveling, een gevoel van gemis of cravings, en dat deze soms toenamen na het stoppen met sociale media. Het zou kunnen dat eventuele positieve en negatieve effecten elkaar in evenwicht houden, wat uiteindelijk resulteert in een gemiddeld nul-effect.

De auteurs benadrukken dat deze bevindingen niet betekenen dat sociale media geen invloed hebben op het welbevinden, maar dat tijdelijke onthouding in de huidige vorm geen effectieve strategie lijkt om dit welbevinden te verbeteren. De interventies zijn veelal kortdurend en weinig specifiek. Bovendien is er vaak onduidelijkheid over wat precies wordt bedoeld met sociale media, en of bijvoorbeeld messenger apps worden meege-

rekend. Daarnaast waren de meeste deelnemers studenten of jonge volwassenen uit westerse landen, waardoor de generaliseerbaarheid beperkt is. De auteurs pleiten dan ook voor meer onderzoek naar onthouding van sociale media, waarbij rekening wordt gehouden met motivatie, context en individuele verschillen. Ook zou het zinnig zijn om meer aandacht te besteden aan de mechanismen die verondersteld worden ten grondslag te liggen aan het effect van digitale disconnectie, zoals het verminderen van sociale vergelijking of het terugwinnen van tijd voor andere activiteiten. Het gebruik van longitudinale designs kan hierin uitkomst bieden.

Tijdelijk stoppen met sociale media, in de vorm waarin dat tot nu toe is onderzocht, biedt geen garantie voor verbeterd welbevinden

Samengevat laat deze meta-analyse zien dat tijdelijk stoppen met sociale media, in de vorm waarin dat tot nu toe is onderzocht, geen garantie biedt voor verbeterd welbevinden. De populariteit van de digitale detox lijkt dus niet te berusten op harde wetenschappelijke onderbouwing. Tegelijkertijd bieden de resultaten een waardevolle correctie op het vaak optimistische discours rond sociale media-ontzegging. Ze vormen een oproep tot meer kritisch, methodologisch verfijnd onderzoek dat helpt vaststellen voor wie, wanneer en onder welke voorwaarden digitale disconnectie wél zinvol kan zijn.

Commentaar van de redactie (Kristof Hoorelbeke)

In populaire media wordt vaak verwezen naar de negatieve invloed van socialemediagebruik op het welbevinden. De bezorgdheden zijn reëel; de daarbij gevoerde discussie verloopt echter doorgaans eerder eenzijdig en ongenueanceerd. Sommige landen gaan zo ver dat socialemediagebruik voor jongeren wordt verboden. Bezorgdheden die in de samenleving heersen, vinden vroeg of laat hun ingang in de klinische praktijk. Gezien de centrale plaats van empirische evidentie binnen het gedragstherapeutisch denken, is het dan ook van belang om ook dit thema met de nodige wetenschappelijke onderbouwing te benaderen.

Wat dat betreft kan gesteld worden dat het onderzoeksdomein waarin de effecten van socialemediagebruik op mentaal welbevinden worden bestudeerd, minstens methodologisch gefragmenteerd is: veel studies zijn crosssectioneel of prospectief van aard, hanteren uiteenlopende definities en indicatoren van socialemediagebruik, en leveren vaak inconsistente bevindingen op. Eén manier om de causale rol van socialemediagebruik op mentaal welbevinden te onderzoeken, is via experimentele designs waarbij individuen tijdelijk worden gevraagd om sociale media niet te gebruiken (of hun gebruik te beperken) – een strategie die ook in de klinische praktijk overwogen kan worden in het kader van levensstijlinterventies. De vraag rijst dan echter wat er bekend is over de invloed van een dergelijke ‘pauze’.

De meta-analyse van Lemahieu en collega’s (2025) biedt een kritische evaluatie van de evidentie voor dergelijke experimentele interventies. Hun bevindingen suggereren dat socialemedia-abstinentie op zichzelf geen effectieve strategie is om het welbevinden te verhogen, en dat alternatieve of meer gepersonaliseerde benaderingen aangewezen zijn. Deze bevindingen zijn hoofdzakelijk gebaseerd op gemakssteekproeven of individuen die geen problematisch (lees: buitensporig) socialemediagebruik vertonen. Dit betekent bijgevolg niet dat het niet zinvol kan zijn om socialemediagebruik (tijdelijk) terug te schroeven bij cliënten, of problematische patronen van gebruik bespreekbaar te maken; wel dat er op groepsniveau minder evidentie lijkt te zijn voor de vermeende causale invloed van socialemediagebruik op het welbevinden.

Ontvangen

De redactie van *Gedragstherapie* ontving de volgende boeken. U bent van harte uitgenodigd deze te recenseren. Bent u geïnteresseerd, stuurt u dan een berichtje met een korte motivatie en een eveneens korte beschrijving van uw achtergrond naar: redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl.

Gedragstherapie is een peer reviewed tijdschrift. Plaatsing van een recensie is daarom niet gegarandeerd. Informatie over eisen die de redactie stelt aan boekbesprekingen vindt u in de auteursrichtlijnen (www.tijdschriftgedragstherapie.nl/auteurs/auteursrichtlijnen).

Bervoets, J. (2025). *Autisme en neurodiversiteit: Een andere manier van zien*. Pelckmans.

Bögels, S., Klein, A. M., Simon, E., & van Steensel, B. F. J. A. (2025). *Preventie en behandeling van angststoornissen bij kinderen en jongeren: Denken + Doen = Durven*. Bohn Stafleu van Loghum.

Kraanen, F., van Eijbergen, R., & Hesseling, M. (2025). *Coachen vanuit de schemathe-*

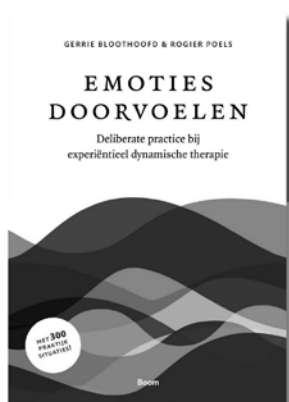
rapie: Begrijp en doorbreek hardnekkige patronen. Boom.

Lefebvre, T., & Het Peloton. (2025). *Hannah & De Krokodil*. Pelckmans.

Neff, K., & Germer, C. (2025). *Mindful zelf-compassie bij burn-out: Technieken om te herstellen en op te laden als je onder stress gebukt gaat*. Nieuwezijds.

Vermeire, S. (2025). *Trauma ontrafelen en veerkracht weven met narratieve en systeemtherapie*. Hogrefe.

Uitgelicht



300 praktijkvoorbeelden en deliberate practice-oefeningen

Emoties doorvoelen nodigt therapeuten uit om zich te richten op de bron van veel psychisch lijden: het onderdrukken en vermijden van emoties. Vanuit het perspectief van de Experiëntieel Dynamische Therapie (EDT) leer je hoe je patiënten kunt helpen om weer in contact te komen met hun emoties, waarbij je uitgebreid aandacht hebt voor angst en afweermechanismen. Het boek is rijk aan concrete technieken, 300 praktijksituaties en wetenschappelijk onderbouwde inzichten, waarmee je stap voor stap leert emoties effectief in de behandeling te integreren.

Vermindering van psychische klachten

Met meer dan veertig jaar onderzoek achter de methodes van EDT laat Emoties doorvoelen zien hoe aandacht voor (onbewuste) emoties niet alleen bijdraagt aan de vermindering van psychische klachten, maar ook aan een duurzame karakterverandering. Dit boek is een onmisbare gids voor hulpverleners die op zoek zijn naar meer diepgang en effectiviteit in hun behandelingen, met emoties als de sleutel tot herstel.

Boompsychologie
& psychiatrie

Kijk op boom.nl of
scan de QR-code.



NIEUW

**Wetenschappelijke methode voor levensverhalen**

Ingrijpende en moeilijke gebeurtenissen kunnen het dagelijks leven overschaduwen met gevoelens van pijn, verdriet, angst of verlies. Geef cliënten die hierdoor worden geraakt een krachtige aanvulling op gedragstherapie.

Een sterk verhaal helpt hen hun ervaringen te duiden, veerkracht te hervinden en de regie terug te nemen.

Stap voor stap word je meegenomen in het schrijven over ervaringen uit het verleden, een keer- of kantelpunt richting herstel, en het heden met een blik op de toekomst. Als je klaar bent, heb je een persoonlijk boek vol levensverhalen dat je kunt laten drukken.

- **Flexibel inzetbaar: individueel of in groepsverband**
- **Verkrijgbaar als een hulpboek voor cliënten en een handleiding voor begeleiders**

Boompsychologie
& psychiatrie

Kijk op boom.nl of
scan de QR-code.



Uitgever

Uitgeverij Boom, Postbus 15970,
1001 NL Amsterdam

Advertenties

klantenservice@boompsychologie.nl

Typografische verzorging

LINE UP boek en media bv, Groningen
(opmaak) / René van der Vooren,
Amsterdam (basisontwerp)

Abonnementenadministratie

Uitgeverij Boom, Postbus 15970,
1001 NL Amsterdam
(020) 520 0120
abonnementen@boom.nl

Abonnementen

Leden en deelnemers van de VGCT en van de VVGT ontvangen *Gedragstherapie*, inclusief toegang tot het digitale archief, als onderdeel van hun lid- of deelnemerschap. Voor de actuele prijzen en mogelijke abonnementsvormen, zie: www.tijdschriftgedragstherapie.nl.

Nieuwe abonnementen

Abonnementen kunnen op elk gewenst tijdstip ingaan. Nieuwe abonnementen kunnen alleen worden opgegeven via www.tijdschriftgedragstherapie.nl/abonnementen/abonneren of per e-mail aan abonnementen@boom.nl.

Vanwege de aard en inhoud van de uitgave wordt u geacht het abonnement in het kader van uw beroep of bedrijf te ontvangen en niet als consument op te treden in de zin van de artikelen 236 en 237 boek 6 BW. Mocht dit anders zijn, dan bent u gehouden dit binnen één maand na ingang van het abonnement per e-mail (abonnementen@boom.nl) of schriftelijk bij de abonnementenadministratie van de uitgever aan te geven.

Wijziging of beëindiging abonnement

Bij wijziging van naam en/of adres verzoeken wij u een e-mail te zenden aan de abonnementenadministratie. Abonnementen worden aangegaan voor de duur van één jaar. Het abonnement wordt na verloop van één jaar telkens stilzwijgend verlengd. Na het eerste jaar geldt voor particulieren een opzegtermijn van 1 maand. Zakelijke abonnementen kunnen opgezegd worden aan het eind van een jaar, met inachtneming van 1 maand voor het einde van de termijn. Opzegging geschiedt schriftelijk of per e-mail. De opzegging kan worden gericht aan de abonnementenadministratie op abonnementen@boom.nl.

Betaling

U ontvangt een factuur voor de betaling.

GEDRAGSTHERAPIE

Achternvijftigste jaargang, nummer 3, september 2025

Pagina 165–244

- 165 Redactioneel
- 166 **Kristof Hoorelbeke, Gerly Tamm & Ernst Koster** ♦ Richting een integratief (meta)cognitief perspectief op ruminatie: Een netwerkbenadering
- 189 **Jan De Houwer & Yannick Boddez** ♦ Over de rol van associaties in betekenisanalyses: Een kritische evaluatie en mogelijke alternatieven
- 207 **Gina Hofman & Roel Kooijmans** ♦ Behandeling van angstklachten bij een jeugdige met een licht verstandelijke beperking: Een N=1-studie

Forum

.....

- 221 **Martijn Stöfseel** ♦ Een geïntegreerd model van een holistische theorie

Boekbespreking

.....

- 235 **Joop Bosch** ♦ FLIP VAN OENEN (2025). *Verdragen: Over de hulp helpt-mythe*

Voor u gelezen

.....

- 239 LEMAHIEU, L., VANDER ZWALMEN, Y., MENNES, M., KOSTER, E. H. W., VANDEN ABEELE, M. M. P., & POELS, K. (2025). The effects of social media abstinence on affective well-being and life satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 15, 7581.
- 242 Ontvangen