Inaugurele rede
prof. dr.
# Ger Keijsers



# Psychotherapie
## Kunnen we het wat meer eens worden, alsjeblieft?

RADBOUD UNIVERSITY PRESS

**Radboud Universiteit**
Faculteit der Sociale Wetenschappen



FACULTEIT DER SOCIALE WETENSCHAPPEN



De inaugurale rede start met een opvallende constatering: psychotherapie wordt veel toegepast en is effectief, maar er is geen eensgezinde visie op wat psychotherapie nu precies effectief maakt. Wat maakt psychotherapie werkzaam in de aanpak van klachten en problemen waarmee cliënten worstelen? Het eerste deel van de rede belicht opvattingen van therapeuten die een gemeenschappelijke visie op de werkzaamheid van psychotherapie belemmeren. Het tweede deel presenteert, puttend uit de psychologie, cognitiewetenschappen, cognitiefilosofie en leeronderzoek, een geïntegreerde visie op de werkzaamheid van psychotherapie met daarin enkele fundamentele processen die universeel zijn binnen diverse gangbare vormen van psychotherapie. Met een kritische maar ook open blik tracht de rede hoofd- en bijzaken van de werking van psychotherapie van elkaar te scheiden. Psychotherapie is een precisie-instrument en kan als zodanig bijdragen aan de vermindering van klachten en aan de verdere persoonlijke ontwikkeling van cliënten.

Prof. Ger P.J. Keijsers promoveerde in 1994 op behandelonderzoek bij mensen met angststoornissen. Van 2009 tot 2025 was hij hoofdopleider van de opleiding tot klinisch psycholoog, eerst bij SPON in Nijmegen, later bij RINO-Zuid in Eindhoven. Van 2014 tot 2025 bekleedde hij de bijzondere leerstoel *Klinisch-psychologische behandelingen* aan de Universiteit Maastricht en sinds 2025 is hij hoogleraar *Psychotherapie* aan de Faculteit Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit.
Parttime werkt Ger Keijsers als klinisch psycholoog en psychotherapeut bij Pro Persona. Hij publiceerde nationaal en internationaal over onderzoek naar psychologische behandelingen bij cliënten met angststoornissen, depressieve stoornissen, burn-out en obsessieve-compulsieve en aanverwante stoornissen en over effectonderzoek, therapeutische relatie, mental imagery, behandeldoelen en verandermotivatie. Daarnaast is hij hoofdredacteur van de boekenreeks: *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met een psychische klachten*.

**PSYCHOTHERAPIE**
KUNNEN WE HET WAT MEER EENS WORDEN, ALSJEBLIEFT?

# Psychotherapie

## Kunnen we het wat meer eens worden, alsjeblieft?

*Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Psychotherapie aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit op vrijdag 30 oktober 2026.*

door prof. dr. Ger P.J. Keijsers

**Psychotherapie: Kunnen we het wat meer eens worden, alsjeblieft?**

Uitgegeven door RADBOUD UNIVERSITY PRESS
Postbus 9100, 6500 HA Nijmegen
www.radbouduniversitypress.nl | radbouduniversitypress@ru.nl

Deze publicatie maakt deel uit van de series Redes en Oraties.

*Fotografie:* Thomas Keijsers
*Omslag:* naar ontwerp van Textcetera
*Print en distributie:* Pumbo.nl

ISBN: 9789465153438
Gratis te downloaden op: www.radbouduniversitypress.nl

© 2026 Ger Keijsers

**RADBOUD UNIVERSITY PRESS**

Dit is een Open Access boek gepubliceerd onder de termen van de Naamsvermelding-NietCommercieel-GeenAfgeleideWerken 4.0 Internationaal (CC BY-NC-ND 4.0). De gebruiker dient de maker van het werk te vermelden, een link naar de licentie te plaatsen en aan te geven of het werk veranderd is. De gebruiker mag dat op redelijke wijze doen, maar niet zodanig dat de indruk gewekt wordt dat de licentiegever instemt met het werk of het gebruik van het werk. Gebruik voor commerciële doeleinden is onder deze licentie niet toegestaan. De gebruiker mag geen juridische voorwaarden of technologische voorzieningen toepassen die anderen er juridisch in beperken om iets te doen wat de licentie toestaat. Men mag het veranderde materiaal niet verspreiden als men het werk heeft geremixt, veranderd, of op het werk heeft voortgebouwd.



# 1. Inleiding

Mevrouw de rector magnificus, geachte toehoorders,

Graag wil ik het met u hebben over psychotherapie. Dat is niet verwonderlijk, want dat is het terrein van mijn leerstoel aan de Radboud Universiteit waarmee ik sinds september 2025 met veel plezier ben begonnen. Verwonderlijker is wellicht dat ik deze oratie wil starten met het delen van *verdriet* en *ergernis* met u. Het maakt me verdrietig en ergert me dat er enorm veel onderzoeksgegevens over psychotherapie-effecten bestaan (o.a. Keijsers & Verbraak, 2021), dat psychotherapie-effecten goed zijn (o.a. Barkham & Lambert, 2021; Cooper, 2026; Keijsers et al., 2027; Wampold & Imel, 2015) en dat er 30.000[1] hardwerkende[2] psychologen zijn in de gezondheidszorg in Nederland, maar dat we het alsmaar oneens blijven over de vraag hoe psychotherapie werkt. Onder *psychotherapie* versta ik alle gangbare vormen van psychologische behandelingen die in de gezondheidszorg worden toegepast: cognitieve gedragstherapie, psychodynamische psychotherapie, systeemtherapie, schematherapie, neuropsychotherapie en zo voort, en met *therapeuten*[3] bedoel ik in deze rede iedereen die psychologische behandelingen in de gezondheidszorg uitvoert. Zet tien therapeuten bij elkaar, laat hen praten over de werking van een lopende behandeling en iedereen begint over iets anders. De een vindt dat de behandeling goed verloopt dankzij de goede relatie met de cliënt, de ander dankzij de doelgerichte aanpak, een derde prijst de toepassing van evidence-based behandeltechnieken en de vierde ziet het succes in het betrekken van naasten bij de behandeling. Ook als de behandeling niet goed verloopt, zijn de visies verdeeld: er is geen klik met de therapeut, de cliënt is niet geëngageerd genoeg, de gespreksonderwerpen wisselen te veel of de cliënt heeft ook duidelijke trekken van een persoonlijkheidsstoornis[4].

Waarschijnlijk zijn al deze verklaringen, op een bepaalde manier bekeken, wel kloppend voor de behandeling in kwestie, maar het bittere feit is, dat we met elkaar geen idee hebben waarop we moeten letten om te weten wat een goede psychotherapie is. Of liever gezegd, we hebben ideeën te over, iedereen mag het zijne of hare ervan vinden[5], maar er is weinig gemeenschappelijke basis.

---

1 In 2026 zijn er circa 24.000 psychologen met een Artikel 3 en Artikel 14 BIG-registratie in de gezondheidszorg en naar schatting circa 6500 psychologen zonder BIG-registratie.
2 De vraag naar zorg neemt toe, het aantal beschikbare zorgprofessionals neemt af (Van den Broek et al., 2025).
3 *Psychotherapeut* is een door de Wet BIG beschermde titel in Nederland die voorbehouden is aan mensen die een geldige BIG-registratie hebben als psychotherapeut. Die registratie krijg je als je daartoe de opleiding tot psychotherapeut of klinisch psycholoog hebt afgerond of als psychiater aan extra opleidingseisen hebt voldaan.
4 Voor al deze predictoren voor behandelsucces of mislukking is empirisch bewijs, tegenwoordig vaak ook uit meta-analyses. Typerende effect groottes *(d, g)* voor *common factors* zoals de ervaren kwaliteit van de therapeutische relatie, overeenstemming over behandeldoelen, resultaatverwachtingen en cliëntmotivatie en behandelbereidheid, variëren tussen 0.25 en 0.55 (Keijsers, 2025). Ook als er een comorbide persoonlijkheidsstoornis is, is succesvolle behandeling van de aanmeldingsklacht mogelijk, maar de behandelresultaten zijn minder gunstig (o.a. Newton-Howes et al., 2006; Snoek et al., 2021).
5 Het *psychotherapie cafetaria*. Iedereen zoekt het zijne of hare wel uit (Keijsers, 2014).

En als therapeuten die gemeenschappelijke basis niet hebben, dan hebben niet-professionals en cliënten dat ook niet. Je hoort dan dingen als: “Psychotherapie gaat toch om jezelf beter te leren kennen?”, “Je moet eraan toe zijn, anders heeft het geen zin”, of “Wat helpt, is dat iemand nu eens een keer echt luistert!” Ook deze uitspraken zullen allemaal op een bepaalde manier kloppen, maar als het gaat om de vraag waarom mensen opknappen met psychotherapie, weten we hoofd- en bijzaken niet te onderscheiden.

Het is beslist zo dat effectieve psychotherapie uit meerdere werkzame processen bestaat. Dat is ook niet erg, maar het is wel verdrietig dat we dan volhouden dat iedereen met een bepaalde verklaring over de werking van psychotherapie wel een punt heeft en dat we dan doorgaan met het ongemakkelijke gegeven dat psychotherapie weliswaar werkt, maar dat we het niet eens zijn over hoe het werkt. Het helpt de psychotherapie ook niet vooruit dat een gemeenschappelijke opvatting over de werking van psychotherapie ontbreekt en het zet de deur wagenwijd open voor denigrerende publieke opinies zoals: “dat iedereen natuurlijk wel gebaat is bij een luisterend oor”. Gebaat bij een luisterend oor? Is dat wat therapeuten bieden?

In het eerste deel van deze oratie wil ik stilstaan bij de vraag waarom het ons niet lukt om tot een gemeenschappelijke visie te komen over de werking van psychotherapie. Dat is een ambitieuze onderneming. Het tweede deel van de oratie is nog ambitieuzer. Ik wil graag zo’n gemeenschappelijke visie aanbieden.

## 2. Opvattingen die een gemeenschappelijke visie op psychotherapie in de weg staan

Ik overwoog rustig te starten met de mensvisie van een aantal denkers met grote invloed op de ontwikkeling van de psychotherapie. Liever stap ik echter meteen af op drie onderwerpen die, in mijn ogen, ervoor zorgen dat therapeuten ernstig verdeeld blijven in hun opvattingen over de werking van psychotherapie. En niet alleen verdeeld, maar vaker ook defensief en polariserend.

### Onderwerp 1: Mensen handelen vanuit bewuste intenties

Het eerste onderwerp dat een breed gedeelde visie op de werking van psychotherapie enorm nadelig beïnvloedt, is het idee dat mensen, en dus ook cliënten, doen wat ze zich hebben voorgenomen. Dus als je bijvoorbeeld besloten hebt, niet meer zoveel te drinken, je in staat bent om dat plan succesvol uit te voeren. We zouden verregaande controle hebben op onszelf.

Als mensen hebben wij het vermogen om doelen te stellen, plannen te ontwerpen, bewuste keuzes te maken en op ons eigen gedrag te reflecteren en daarmee ons gedrag bij te sturen (o.a. Kolk, 2012; Slors, 2012). Dat we dat ook daadwerkelijk *lijken* te doen, past bij



onze waarneming. Ik neem me iets voor en doe het. We zijn gewend zo te denken, maar we hebben niet in de gaten dat ons gedrag van moment tot moment *stimulus-responspatronen* volgt die we niet bewust[6] registreren, niet bewust voornemen en niet bewust kiezen (Baumeister & Bargh, 2014). Je wekker zetten voor het slapen gaan, douchen in de ochtend, het gesprekje met je partner bij het ontbijt, keuzes op het werk, en zo voort, worden meer bepaald door patronen in de wisselwerking met onze omgeving waarvan we ons niet bewust zijn, dan door bewuste voornemens, plannen en reflectie op onze keuzes (o.a. Baumeister & Bargh, 2014; Dijksterhuis, 2007; Gazzaniga, 2011; Papies, 2017; Slors, 2012; Vohs & Baumeister, 2016; Wegner, 2002).

Ik geef een voorbeeld: Een therapeut voert een indringend gesprek met Jeroen over Jeroens overmatige alcoholgebruik. Het is een goed gesprek. Jeroen erkent dat hij zo niet wil doorgaan met zijn leven. Het overmatige gebruik heeft hem al veel gekost. Jeroen is dankbaar. Hij wil veranderen. Maar wat gebeurt er met Jeroen na afloop van dit indringende gesprek? Jeroen houdt dat de eerste twee dagen trots vol zonder noemenswaardige obstakels. Op dag drie is het moeilijk. Jeroen verveelt zich achter de televisie. Normaal zou hij nu beginnen aan zijn eerste dagelijkse biertje. Jeroen krijgt trek en wordt onrustig. “Eentje dan?” denkt hij. Ogenblikkelijk drukt hij die gedachte weg. Maar de gedachte blijft terugkomen. Wat later staat Jeroen zich kort het fantasietje toe om een biertje te pakken. De volgende dag zijn de trek, de gedachte en het fantasietje er weer. Het is slopend. Jeroen trekt een flesje open. Deze kloof tussen intentie en gedrag is vaak beschreven in de wetenschappelijke literatuur (o.a. Papies, 2017; Rothman et al., 2004; Sheeran & Webb, 2016).

Bij therapeutische verandering kan een inzichtgevend gesprek met de cliënt over doelen en voornemens zeker helpen. Bepaald gedrag wordt daardoor als het ware voorgeprogrammeerd: sommige keuzes worden waarschijnlijker, andere onwaarschijnlijker, maar op de dagen die volgen en op alle momenten op zo’n dag, blijven stimulus-responspatronen de hoofdrol spelen (o.a. Bargh, 2022; Bargh & Ferguson, 2000; Kolk, 2012; Slors, 2012).

Er zijn therapeuten die weinig ophebben met deze stimulus-responspatronen en menen dat mensen uiteindelijk wel stoppen met drinken, dwanghandelingen, ongewenste gewoonten of hele dagen op bed liggen, als ze eenmaal zichzelf begrepen en geaccepteerd hebben. Dat kan bij een deel van de cliënten ook echt zo zijn. Stimulus-responspatronen kunnen op uiteenlopende manieren aangepakt worden in psychotherapie, ook door inzicht en bewustwording, maar volhouden dat dergelijke patronen lang niet altijd van belang zijn in een psychologische behandeling, strookt niet met wetenschappelijke inzichten uit de moderne psychologie, leertheorieën en neurowetenschappen over impliciete cognitieve processen, het zelf en de vrije wil. Onbewuste stimulus-responspatronen spelen een

---

[6] *Onbewust* in de zin dat je niet bewust waarneemt hoe jouw gedrag gevormd wordt door omgevingskenmerken en innerlijke processen, in tegenstelling tot het idee dat je jouw gedrag bewust stuurt.

grote rol in ons dagelijks leven en een hoofdrol in psychische problemen die zich van dag tot dag voordoen.

## Onderwerp 2: Gevoel, gedachten en gedrag zijn verschillende dingen

Een tweede, hardnekkige opvatting die een verdeelde visie op de werking van psychotherapie in de hand werkt, bestaat uit het scheiden van *gevoel, gedachte en gedrag*, de opvatting dus dat gevoel, gedachte en gedrag verschillende dingen zijn. Deze scheiding levert veel verwarring op en heeft geleid tot onzinnige vragen als: Veroorzaken gedachten gevoelens? Of gevoelens gedachten[7]? Ongetwijfeld gevoed door de christelijke traditie met de nadruk op moreel en godvruchtig handelen tegenover emotioneel handelen, speelt bovendien de opvatting dat de ratio gepromoot en emoties beteugeld moeten worden. De filosofische discussie achter het scheiden van gevoel, gedachte en gedag is diep verankerd in onze westerse cultuur. In de psychotherapie heeft dit ons veel verwarring gebracht. Cliënten zeggen dan dingen als: "Ik wil mijzelf beter leren *kennen*" of "ik wil dichter bij mijn *gevoel* komen", maar het is veel te onduidelijk wat deze zinnen betekenen, en therapeuten vragen zich vervolgens af of *emotion-focused* therapie bij deze cliënt niet een betere optie is, of *cognitieve* therapie of toch maar *gedrags*therapie? Geachte toehoorders, het gaat helemaal nergens over. Woorden als *emotion-focused* of *gedragstherapie* doen verschillen vermoeden die helemaal niet bestaan.

De verwarring wordt zoveel minder als we met elkaar accepteren dat alle functionele interacties met de omgeving *gedrag* zijn. Ook emoties zijn gedrag en ook gedachten zijn gedrag. Alleen onwillekeurige bewegingen, zoals die van iemand met een epileptische aanval, zijn geen gedrag. Alle klachten, stoornissen en verstoringen van cliënten waarmee psychologen in de zorg te maken krijgen, zijn combinaties van emoties, gedachten en gedrag die qua kleur (valentie) en intensiteit sterk met elkaar samenhangen. Iemand die bang wordt, heeft ook angstgedachten en ook de neiging tot angstgedrag zoals weglopen. Emoties, gedachten en gedrag gaan samen.

Alle psychische klachten, stoornissen en verstoringen, kortom, alle psychopathologie, bestaan uit stimulus-responspatronen die zich in het verleden hebben gevormd (Cozolino, 2017). Triggers en instandhouders van die patronen bevinden zich in de omgeving; de patronen zelf zijn als mentale representaties opgeslagen in het brein. Voorbeelden van deze mentale representatie zijn: je ongemakkelijk voelen in sociale situaties, mensen niet gemakkelijk vertrouwen, vreetbuien in de avond, en zo voort. Veranderingen van deze mentale representaties zijn vaak het doel van psychotherapie. Hierop kom ik zo meteen uitgebreid terug, maar het punt voor nu is dat die mentale representaties ontstaan door ervaringen met de omgeving waarbij zich zowel gevoelens, als gedachten en gedrag voordeden. De neurobiologische en hormonale processen van gevoel, gedachten en gedrag

[7] Zie ook de bekende Lazarus-Zajonc-discussie uit de jaren tachtig en de verwerping van een *primacy-effect* voor een van beide in meer recente publicaties zoals Lai et al. (2012).



zijn niet hetzelfde, maar in de mentale representaties zitten deze ervaringselementen in één pakketje bij elkaar. Bij iemand met spinnenangst activeert het zien van een spin dat hele pakketje: walging *voelen*, 'vies beest' *denken* en de selectie van een *motor*programma om enkele seconden later een stap achteruit te zetten. Die pakketjes zijn zelfs nog rijker[8] dan gevoelens, gedachten en gedrag. Er zijn ook beelden, geuren en lichamelijke ervaringen opgeslagen. Je voelt nog de blos op de wangen van toen, je ruikt nog de geur van het asfalt, en je ziet nog de koplampen van de auto op je afschieten. Gevoel, gedachte en gedrag zijn onderdelen van dezelfde ervaring (o.a. LeDoux, 2002). De psychotherapie heeft zichzelf geen dienst bewezen door gevoel, gedachte en gedrag van elkaar te scheiden en te doen alsof de één oorzaak is van de ander. Ze zijn onderdeel van dezelfde ervaring.

## Onderwerp 3: Iedere client is uniek

De derde opvatting, ten slotte, die de verdeeldheid onder therapeuten stationair laat ronken als een dieselmotor, is de bonte stelling dat iedere cliënt uniek is. Het is indrukwekkend hoe sterk psychologen in de zorg op dit punt verdeeld zijn en hoe persoonlijk het voor veel therapeuten ineens wordt. Bij de vraag of iedere cliënt uniek is, staan persoonsgerichte psychologische behandelingen tegenover klachtgerichte psychologische behandelingen, ontwikkelingsmodellen tegenover ziektemodellen, individuele casusconceptualisatie tegenover standaardbehandeling. En toch gaat het over weinig, in die zin dat de verwarring misschien wel begrijpelijk is, maar toch ook gewoon onnodig. Was er dan iemand in de geschiedenis van de psychotherapie die beweerd heeft dat je cliënten niet op een persoonlijke manier hoeft te behandelen? Nee, het belang van de persoonlijke band[9] tussen cliënten en therapeuten is altijd erkend (Keijsers et al., 2000). Zelfs de auteur van een zelfhulpboek zal een voldoende persoonlijke brug naar een cliënt moeten slaan (Richardson et al., 2010). Evenmin heeft ooit iemand beweerd dat het irrelevant zou zijn om uit te zoeken wat deze specifieke cliënt nu precies heeft of dat het onnodig zou zijn om een behandeling goed bij elke individuele cliënt te laten aansluiten (Keijsers et al., 2017). Dit zijn allemaal denkbeeldige vijanden. Ik zou daarom zeggen: Stop alsjeblieft met het benadrukken dat we vooral niet moeten vergeten dat iedere cliënt uniek is. We vergeten dat niet. Niemand vergeet dat. We zijn het ermee eens.

Dat iedere cliënt een uniek individu is, laat echter onverlet dat er ook veel overeenkomsten bestaan tussen wat cliënten als problemen ervaren, wat ze willen bereiken en welke behandeltechnieken daarbij passen. De psychotherapiepraktijk van tegenwoordig is beter geïnformeerd dan ooit via handboeken, wetenschappelijke kennis, praktijkkennis en richtlijnen. Het is een feest om uit deze informatie te mogen putten. Ook de technische

[8] Feitelijk kan dit niet zo algemeen gezegd worden. Herinneringen, ook intense herinneringen, verliezen in de loop van de tijd (maanden, jaren) sensorische details. Nadel en Hardt (2011) spreken van *semanticization*.

[9] Het is waarschijnlijk dat die persoonlijke band voortkomt uit de behoeften van cliënten aan begrip en hulp van een expert. Er zijn tal van onderzoeksbevindingen die wijzen op een algemene *positivity factor*: "ik heb gelukkig een goede therapeut". Gezaghebbende auteurs brengen deze algemene factor in verband met hoop op en verwachting van een succesvolle behandeling (o.a. Wampold & Fluckinger, 2023; Wampold & Imel, 2015).

middelen om binnen enkele minuten over deze informatie te beschikken zijn enorm toegenomen. Iets *googelen* en *fact checking* kunnen bijvoorbeeld gewoon terwijl je als therapeut op jouw cliënt wacht, of als je als cliënt in de wachtkamer jouw therapeut googelt.

Dat al deze informatie helaas gefragmenteerd is, complex, onvolledig en soms goed onderzocht, maar veel vaker ook niet[10], zal niemand betwisten. Het is voor ons, therapeuten, een uitdaging om je open te stellen voor de cliënt en goed te luisteren, én alles wat je hoort, te kaderen met eigen parate kennis en kunde én met de enorme hoeveelheden professionele informatie om ons heen. Er zijn hier geen tegenstellingen: iedere cliënt is uniek én over ieder probleem van de cliënt, iedere complicerende factor en iedere omstandigheid is wel iets geschreven en uitgezocht. Het kost beslist moeite om relevante kennis en kunde uit onderzoek, wetenschappelijke literatuur, handboeken, handleidingen en richtlijnen bij te houden en op hun waarde te beoordelen. Dat dat moeite kost en dat je als therapeut onzeker[11] kunt zijn of je niet iets over het hoofd ziet, mag echter niet verdoezeld worden door te zeggen dat iedere cliënt een unieke aanpak nodig heeft en dat bestaande kennis of richtlijnen daaraan niet kunnen bijdragen.

## Een gemeenschappelijke visie die hindernissen wegneemt

Is een gemeenschappelijke visie op de werking van psychotherapie dan wel mogelijk? Ik denk dat een gemeenschappelijke visie op psychotherapeutische verandering mogelijk is en ons kan helpen om doel en middelen en hoofd- en bijzaken beter te scheiden. Graag wil ik zo'n visie aan u voorleggen. Ik ben me zeer bewust van het gevaar van deze onderneming. In plaats van een gemeenschappelijke visie creëer ik mogelijk weer een zoveelste visie en raak ik verder af in plaats van dichterbij. Wat ik kan aanbieden is om precies te zijn. Verder moet zo'n visie een integratie bieden van kennis en niet weer een grabbelton met voor elk wat wils. Zo'n visie moet de eerdergenoemde tegengestelde opvattingen overbrugbaar maken en redelijkerwijs overeenkomen met actuele wetenschappelijke kennis. Mocht u zo meteen denken: "Oh, bedoel je dat? Dat is toch evident", dan ben ik daar blij mee. Liever dan iets nieuws, vertel ik iets dat door veel mensen herkend wordt. In mijn betoog zal ik de *retrieval inhibition*-hypothese van Michelle Craske verbinden met algemene principes van leren en zal ik betogen dat psychotherapie een precisieoperatie moet zijn.

### De omgeving aanpassen

Psychotherapie, dus gangbare psychologische behandelingen in de gezondheidszorg, heeft tot doel mensen te helpen ongewenste patronen van gedrag te veranderen. Zoals het nu gaat met de cliënt, gaat het niet goed en verandering is welkom. Zoals eerder gezegd, helpt het en is het theoretisch goed verdedigbaar om onder *gedrag* alle vormen van beleving te verstaan, dus ook emoties, gedachten en beelden.

*Patronen van gedrag* betekent dat het ongewenste gedrag aanhoudt of steeds terugkomt en dat het gedrag een verleden heeft: het gedrag is er al even. Het patroon is opgebouwd uit een wisselwerking tussen persoon en omgeving. Van die wisselwerking is een mentale representatie aanwezig in het brein en het veranderen van die mentale representatie is, zoals eerder gezegd, vaak het doel van een psychologische behandeling. In dat geval moet de cliënt veranderen. Maar dat hoeft niet. Een behandeldoel kan vaker veel efficiënter bereikt worden door de omgeving van de cliënt te veranderen.

Het onderscheid tussen de cliënt veranderen of de omgeving veranderen is niet zwart-wit. Ik geef een voorbeeld. Een cliënt heeft binnen haar werk een functie geaccepteerd die veel van haar vergt. Ze weet van zichzelf dat als ze een periode lang overvraagd wordt, ze de neiging heeft om uit haar slof te schieten. De cliënt zoekt een psychologische behandeling voor dit probleem. Het doel van de behandeling is om weer met plezier te kunnen werken zonder ruzies. Een behandeling met zelfcontroletechnieken gericht op het couperen van opbouwende spanning is mogelijk en ook aangetoond effectief (Van Tilburg & Van Dam, 2027). Maar de cliënt in kwestie kan ook een minder veeleisende functie accepteren. Ook dan is er minder opbouw van spanning. Een combinatie van beide is ook mogelijk. Het punt hier is dat behandeldoelen regelmatig bereikt kunnen worden via passende omgevingsveranderingen.

Ik werk een dag per week op een specialistische behandelafdeling met mensen met een terugkerende of persisterende depressie. Kenmerkend voor deze groep mensen is dat het vertrouwen dat het ooit nog goed komt, ernstig geschaad is (Wiersma et al., 2027). Ik ben betrokken bij een project om zogenaamde *herstelgerichte zorg* voor deze mensen te implementeren. Herstelgerichte zorg (Trimbos, 2026) maakt al jaren opgang in de gezondheidszorg bij cliënten met persisterende klachten. Bij herstelgerichte zorg gaat het om *leven met je stoornis* en het mogelijk maken van een goede kwaliteit van leven. Herstelgerichte zorg benut de sterke kanten van de cliënt én de hulp van naasten, omgeving en zorgprofessionals zoals de huisarts, de wijkagent en de thuiszorg om de kwaliteit van leven van cliënten te optimaliseren. De BIG-geregistreerde psycholoog, psychiater, arts of verpleegkundige is dan de regiebehandelaar, degene die de cliënt en de ondersteuners om de tafel roept als dat nodig is. Raakt de cliënt ontregeld, dan wordt samen gezocht of de medicatie tijdelijk omhoog moet, of er een bemiddelingsgesprek kan komen om spanningen bij de dagbesteding te beslechten, of dat de partner ervoor kan zorgen dat de cliënt 's ochtends uit bed komt en een wandeling maakt met de hond.

Herstelgerichte zorg is een voorbeeld van het doorbreken van ongewenste gedragspatronen in en met de omgeving om kansen te benutten en stressoren te verminderen. In mijn ogen is herstelgerichte zorg een voorbeeld van uitstekend psychologisch behandelen.

[10] Het grote probleem van AI: De hoeveelheid informatie neemt toe en de kwaliteitsgarantie neemt af.
[11] Zich als therapeut kritisch blijven afvragen of de best mogelijke interventie gekozen is, *professional doubt* genoemd, hangt samen met een beter psychotherapieresultaat (Nissen-Lie et al., 2013, 2017).

Met het Integrale Zorg Akkoord van 2022 (Ministerie van VWS, 2022) is de rol van de regiebehandelaar alleen maar groter geworden. Therapeuten die menen dat regiebehandelaarschap geen psychotherapie is, wil ik graag vragen hun mening te herzien. Is een serie gesprekken wel psychotherapie als cliënten hun innerlijk verkennen, en is het dat niet als gewerkt wordt aan de opgave om het leven van de cliënt te verbeteren en uit te zoeken wie daarbij welke rol kan vervullen? Ik zou therapeuten juist willen uitnodigen om mee te werken aan de verdere ontwikkeling van de kunde en professionaliteit van het regiebehandelaarschap. De aanpassing van de omgeving past binnen een gemeenschappelijke visie op de werking van psychotherapie om mogelijkheden te benutten om ongewenste en hardnekkige gedragspatronen te voorkomen, zeker bij mensen in onze samenleving die chronisch kwetsbaar zijn.

## De mentale representaties van de cliënt veranderen

Graag schuif ik nu op naar de andere kant -nogmaals het is een graduele lijn- waar psychotherapie veranderingen mogelijk moet maken bij de cliënt zelf. Het ongewenste gedragspatroon van de cliënt is hardnekkig of komt steeds terug. De cliënt lijdt bijvoorbeeld aan angsten, depressieve episodes, verzeild raken in ruzies, zelftwijfel of suïcidaliteit. De centrale gedachte is dat het patroon, de wisselwerking tussen de persoon en de omgeving, als mentale representatie in het brein is opgeslagen. Een mentale representatie wordt geactiveerd door een trigger. Een *trigger* wil zeggen dat iets zich voordoet, een hard geluid, een teleurstelling, een spanningsgevoel of je doodop voelen, dat voldoende overeenkomst heeft met elementen uit de mentale representatie om deze te activeren. De opgave van psychotherapie is nu om deze mentale representatie te veranderen zodat deze niet meer geactiveerd wordt.

Het begrip *mentale representatie* is een containerbegrip. Mentale representaties hebben een neurobiologische basis: *neurale netwerken* die in verband worden gebracht met leren. Via synaptogenese, het aanmaken van nieuwe verbindingen tussen hersencellen, worden nieuwe kennis en informatie als neurale netwerken in het brein opgeslagen (o.a. Cozolino, 2017; LeDoux, 2002; Zull, 2002). In de cognitieve psychologie neemt men aan dat mentale representaties worden gevormd door de eigenschap van het brein om voorspellingsmodellen te maken van de wereld om ons heen (o.a. Arntz, 2020; Frith, 2013) en worden ze in verband gebracht met zowel psychopathologie, dus het ontstaan of de instandhouding van ongewenste stimulus-responspatronen, als met de behandeling ervan. Mentale representaties zijn gebaseerd op ervaringen met de omgeving.

De aanname dat we voorspellingsmodellen maken van de wereld en dat we leven met die modellen is wijdverbreid. Ze heeft een belangrijke plek in de neuropsychologie en cognitieve psychologie en ook in de grote psychotherapeutische stromingen. Arnoud Arntz (2020) beschrijft hoe mentale representaties passen binnen de moderne cognitieve visies op klassieke en operante conditionering waarbinnen bijvoorbeeld de term *US/UR representatie* gebruikt wordt (Ten Broeke et al., 2021), conditionering uitgelegd wordt in termen van verwachtingen (o.a. Craske et al., 2022) en exposure gezien wordt als het leren van alternatieve patronen die concurreren met de bestaande mentale representatie (Brewin, 2006; Korrelboom, 2027). Binnen de cognitieve therapie introduceerde Beck het begrip *schema*, dat sterk overlapt met mentale representatie en vervolgens als centraal begrip werd overgenomen in de schematherapie (Arntz, 2020). Psychoanalytici zijn de grootmeesters in het nadenken over hoe mentale representaties van jeugd- en trauma-ervaringen meespelen in het huidige gedrag van cliënten. Objectrelatietheorie en attachmenttheorie[12] zijn voorbeelden daarvan (Arntz, 2020; Cozolino, 2017).



Mentale representaties bevatten gevoel, gedachten, gedrag, beelden en lichamelijke gewaarwordingen van bepaalde ervaringen die in het brein zijn opgeslagen. Niet elk geheugensysteem is bij elk type ervaring evenveel betrokken, maar episodisch geheugen, semantisch geheugen en procedureel geheugen interacteren veel meer met elkaar dan men voorheen aannam en zijn inhoudelijk gerelateerd (Greenberg & Verfaellie, 2010; Nadel & Hardt, 2011). Zo kan een indrukwekkende ervaring bijvoorbeeld leiden tot het ontstaan van bepaalde opvattingen en een spannend verhaal kan leiden tot de opslag van beelden en emoties.

In de afgelopen jaren was ik betrokken bij promotiestudies naar het *emotional amplifier-model* van Emily Holmes. Bij mensen met een bipolaire stoornis en mensen met auditieve hallucinaties blijken ernstige klachten in stand te worden gehouden en te worden versterkt doordat beelden actief worden (Janssen et al., 2025; Van den Berg et al., 2023); je ziet jezelf de loterij winnen of je hoort boze stemmen klinken. Ook van mensen met een posttraumatische stressstoornis, sociale angststoornis, paniekstoornis en dwangneurose weten we dat geactiveerde mentale representaties niet alleen uit gedachten en emoties bestaan, maar ook uit beelden en lichamelijke sensaties, zoals blozen of in elkaar krimpen, die in de mentale representaties vervat zitten (o.a. Simpson & Arntz, 2020). Zeker als je daarop doorvraagt, blijkt hoe hardnekkig, gedetailleerd, emotioneel, beschamend en vaak ook bevreemdend deze mentale representaties zijn. Een cliënt met een sociale angststoornis kan bijvoorbeeld iedere dag nog terugdenken aan een overhoring van Franse woordjes voor de klas toen ze veertien was en zich de spot van de docent op de hals haalde omdat ze stamelde bij het uitspreken van de woordjes. Ze kan die spot ook nu nog voelen, de blos op haar wangen en diep van binnen ervaren dat mensen haar belachelijk vinden (Wild et al., 2007).

Wat eenmaal aanwezig is in het langetermijngeheugen, kan moeilijk worden afgeleerd, maar wel veranderd (Nadel & Hardt, 2011; Van der Helden & Bekkering, 2015; Zull, 2002). Dus de vraag is hoe psychotherapie in staat is om deze aanhoudende of terugkerende mentale representaties te veranderen. Hoe kan de gezamenlijke onderneming van de the-

[12] De attachmenttheorie werd door psychoanalytici omarmd, maar John Bowlby, de grondlegger ervan, distantieerde zich met klem van het psychoanalytische gedachtengoed.

rapeut en de cliënt ertoe leiden dat nare stimulus-responspatronen veranderen en dat nare beelden of schema's afnemen, die mensen al vele jaren, soms al van jongs af aan, met zich meedragen? Hoe maakt de therapeut dat mogelijk?

Om dat mogelijk te maken zijn er, naar mijn idee, twee universele stappen in de psychotherapie. De eerste stap is dat de therapeut de cliënt uitnodigt om de bestaande mentale representatie te activeren. Dat kan via oefeningen met de ogen gesloten, zoals bij het ophalen van herinneringen of bij inbeeldingsoefeningen, of met de ogen open, zoals bij exposure in vivo, rollenspel of gewoon in een gesprek. Bij elk van deze vormen moet de bestaande mentale representatie voldoende geactiveerd worden (Nadel & Hardt, 2011). Bij imaginaire exposure en imagery rescripting bijvoorbeeld, wordt de cliënt aangespoord om terug te gaan in de tijd en om de herinneringen te activeren alsof het nu gebeurt, te praten in de tegenwoordige tijd[13], te praten vanuit het ik-perspectief en daarbij alle waarnemingssensaties te gebruiken: wat je hoort, ziet, voelt, ruikt. Bij de veelgebruikte socratische dialoog bij cognitieve therapie vraagt de therapeut de cliënt een recente herinnering op te halen als een camera-opname met geluid. De therapeut vraagt vervolgens naar gevoel, gedachten en beelden van dat moment. Bij Interpersoonlijke Psychotherapie bij rouw wordt gevraagd naar de recente herinneringen aan de overledene. Therapeutische technieken die rechtstreeks werken met stimulus-responsverbindingen, zoals exposure of gedragsmodificatie, vragen naar precies die situatie die last bezorgt, met precies die kenmerken en precies die catastrofale gedachten: "Dat die grote spin met die harige poten ineens op mij zit en dat ik dan sterf van angst!" Of als bij een risicotaxatie de therapeut een delictgevaarlijke cliënt vraagt: "Dat moment waarop jij van oranje naar rood gaat, waaraan merk je dat?", en de cliënt zegt: "Dat ik denk: "fuck you" en voor me zie dat ik beide middelvingers opsteek!", en de therapeut benadrukt: "Precies. Hou dat moment vast."

Ook als er geen oefeningen worden ingezet en er alleen een gesprek wordt gevoerd, worden in dat gesprek op cruciale momenten gevoelens, gedachten en beelden geactiveerd die centraal staan in de bestaande mentale representatie. De gesprekken zijn emotioneel op zo'n moment. Hier wordt een gevoelig thema aangeraakt. Het is cruciaal dat het moeilijke, het pijnlijke, het onverteerbare geactiveerd wordt, want dat moet immers gaan veranderen. Het is bekend dat het menselijke leervermogen toeneemt bij enige stress en emotionele spanning (Arntz, 2025; Brewin, 2006; Cozolino, 2017; Craske et al., 2022; Van der Helden & Bekkering, 2015).

Als de bestaande mentale representatie geactiveerd is, volgt de tweede stap: de therapeut stimuleert de cliënt tot het creëren van een nieuwe variant op de gerepresenteerde ervaring. Er is veel bewijs dat herinneringen tijdelijk kwetsbaarder zijn voor verandering[14] als ze opgehaald worden uit het geheugen en er tegelijkertijd nieuwe informatie geactiveerd wordt die op de oorspronkelijke herinnering lijkt, maar er toch van afwijkt (o.a. Craske et al., 2022; Elsey et al., 2018; Nadel & Hardt, 2011). Die nieuwe variant kan in een gesprek gevormd worden door luisteren en begrijpen of door duiding en confrontatie[15], maar ook door gerichte oefening of rollenspel. Naast de bestaande representatie ontstaat dan een variant op de bestaande representatie met een duidelijke overlap, maar ook anders, met een andere context, een andere betekenis of een andere afloop. De balans tussen *voldoende overeenkomst* met de bestaande mentale representatie en *voldoende* ervan *verschillen*, is delicaat. Bij te grote overeenkomst wordt de bestaande representatie eerder versterkt dan afgezwakt, bij te veel verschil valt de nieuwe informatie onvoldoende samen met de bestaande mentale representatie om deze te beïnvloeden (Nadel & Hardt, 2011). De stappen, het activeren van de bestaande representatie en het aanbrengen van een nieuwe variant, hoeven niet per se na elkaar te gebeuren; ze moeten vooral tegelijkertijd geactiveerd zijn op één, of liever nog meerdere momenten binnen een sessie of meerdere sessies zodat ze in het geheugen gekoppeld raken.

Bij een trigger worden dan zowel de bestaande representatie als de nieuwe variant geactiveerd. De nieuwe variant gaat de bestaande representatie echter remmen, en dat is wat we willen, tenminste als de nieuwe variant *saillant* genoeg is. Wat is saillantie? *Saillantie* komt uit de cognitieve psychologie en staat voor een nieuwe ervaring of nieuwe informatie die als belangrijk, relevant of intens ervaren wordt (Burnett, 2016). Brewin (2006) beschrijft saillantie als *retrieval competition*, wat wil zeggen dat de nieuwe variant sneller wordt herinnerd dan de bestaande mentale representatie. De saillantie van de nieuwe variant moet dus krachtig zijn want daarmee verandert de bestaande mentale representatie.

We komen nu bij de kern van mijn betoog. Graag leg ik u vijf *saillantieversterkers* voor die de kracht vergroten om originele mentale representaties te veranderen door nieuwe ervaringen. Deze saillantieversterkers combineren de werking van diverse vormen van psychotherapie tot één principe en rekenen af met het ongelukkige onderscheid tussen specifieke en nonspecifieke therapiefactoren.

1. *Diepere verwerking:* De saillantie van een nieuwe variant neemt toe bij ervaringen met rijke sensorische informatie. Het verdragen van een echte spin op je hand is indrukwekkend en beslist rijker aan sensomotorische, visuele en emotionele informatie dan een goedbedoelde opmerking van een therapeut dat spinnen in

[13] Ook dit brengt al nieuwe contextinformatie aan (zie verder). Tijd is een belangrijke contextvariabele voor het episodisch geheugen.

[14] Deze zogenaamde *reconsolidatie-effecten* zijn bij procedureel geheugen en het meest bij episodisch geheugen onderzocht. Interferentie via medicatie en milde of invasieve methoden gedurende het ophalen van de oorspronkelijke herinnering, leidt tot een statistisch significant maar matig sterk (Cohen's $d$ = 0.29) verlies van informatie uit de oorspronkelijke herinnering (Elsey et al., 2018).

[15] De aanbieding van dit alternatief heeft in de psychotherapie vele namen, zoals *duiding* (psychoanalyse), *empathische confrontatie* (schematherapie), *correctieve emotionele ervaring* (emotion-focused therapy) en *guided discovery* (cognitieve therapie).

Nederland ongevaarlijk zijn voor mensen. Eysenck (2009) en Kolk (2012) spreken over *spreaded activation* en *diepere verwerking* en Burnett (2016) gebruikt de metafoor dat een bestemming met veel toegangswegen gemakkelijker te bereiken is dan een hutje in de wildernis. Hoe rijker aan sensaties, hoe rijker aan betekenissen en hoe bewuster en aandachtiger[16] verwerkt, hoe hoger de saillantie van de alternatieve ervaring. In vivo exposure, gedragsexperimenten, rollenspel en stoelentechniek doen het allemaal beter dan praten over ervaringen.

2. *Verwachtingsdisconfirmatie*: De saillantie van de nieuwe alternatieve ervaring neemt toe als de nieuwe variant verrassend is en 'schuurt' met de bestaande representatie. Hersengebieden die betrokken zijn bij de aandacht en bij foutdetectie[17] [18] [19] worden dan namelijk actief. We zijn aandachtig. Hier gebeurt iets (Craske et al., 2022; Kolk, 2017; Van der Helden & Bekkering, 2015).
3. *Persoonlijke relevantie*: De saillantie van de nieuwe ervaring neemt toe als de nieuwe variant voordeliger[20] [21] is voor de cliënt dan de bestaande representatie. Ook neemt de saillantie toe als de nieuwe ervaring aansluit bij andere mentale representaties die al aanwezig zijn. Het brein neemt de al aanwezige representaties uiterst serieus (Zull, 2002). Een therapeut die bijvoorbeeld zegt: "Maar je hield vol, hoe erg het ook was, want je hebt laten zien dat je een vechter bent", maakt gebruik van het feit dat deze cliënt zichzelf als een vechter ziet, om de cliënt te helpen de ervaren machteloosheid uit een traumaherinnering te verdragen. Cozolino (2002, 2017) schrijft dat dominante, neurale netwerken veranderen door gelijktijdig andere dominante netwerken te activeren, het liefst meerdere keren en over meerdere sessies heen. Beide neurale netwerken raken zo gekoppeld en gaan elkaar beïnvloeden. Deze aanname past binnen het onderzoek naar leren. Bij leren geldt het principe dat je nieuwe kennis het best ophangt aan de kapstok van bestaande, goed beschikbare kennis. Omdat eenmaal opgedane kennis en handelingen niet gemakkelijk afgeleerd kunnen worden, worden de bestaande kennis en ervaring gebruikt door daarop uit te breiden met nieuwe kennis en ervaring. De nieuwe kennis en ervaring worden niet alleen beter geconsolideerd, maar zijn ook bij uitstek geschikt om de bestaande kennis van een nieuwe betekenis te voorzien door zich ermee te vermengen[22]. (Van der Helden & Bekkering, 2015; Zull, 2002, 2013).
4. *Herhaling:* Uiteraard wordt de saillantie van de nieuwe variant vergroot door deze te herhalen. Oefening is een saillantieversterker bij uitstek. Burnett (2017) zegt: "Herhaling voorziet de nieuwe ervaring van het label: "*dit is urgent*"[23]. Brewin (2007) beargumenteert dat oefenen ervoor zorgt dat de nieuwe ervaring de *retrieval-competitie* wint van de bestaande representatie. Er bestaat in de wetenschappelijke literatuur geen twijfel dat herhaling en oefening leiden tot het leren van nieuw gedrag en het doen verminderen van het bestaande originele gedrag[24] [25]. Cognitieve gedragstherapeuten, pedagogen, hondenopvoeders, pianoleraren, logopedisten en drilsergeanten zijn allemaal leermeester. Inzichtgevende therapeuten laten op dit punt dramatische steentjes vallen.
   Juist bij het oefenen, dus bij het bewust versterken van nieuw gedrag, zijn doelen en voornemens, dus ook therapiedoelen, behulpzaam, omdat ze helpen om gewenst gedrag voor te programmeren (o.a. Bargh, 2022; Bargh & Fergusson, 2000; Masicampo & Baumeister, 2011; Slors, 2012). De effecten van het stellen van doelen zijn evident (Hennesey et al., 2020), maar moeten, met een gerapporteerde matig grote effect grootte (*d*) van 0.34 (Epton et al., 2017), ook niet overschat[26] worden, en zeker niet voor gedragsverandering op de lange termijn (Kwasnicka et al., 2016; Rothman et al., 2004; Sheeran & Webb, 2016).
5. *Betrouwbaarheid*: Sociaal-psychologisch en sociaal-neurowetenschappelijk onderzoek maakt duidelijk dat mensen door en door sociale wezens zijn en dat

16 De toename van saillantie door bewuste waarneming past binnen Kolks pleidooi dat we ons gedrag wel degelijk met bewuste keuzes bijsturen (Kolk, 2012).

17 Corticaal: anterieure cingulate cortex in de mediale frontaalschors; subcorticaal: ventraal tegmentum en substantia nigra.

18 Craske et al. (2022) zijn preciezer: Niet foutdetectie, maar *positieve verwachtingsdiscrepantie*, dus een betere uitkomst dan verwacht, geeft een dopaminepiek in de middenhersenen. De nieuwe ervaring wordt betekenisvoller.

19 In de interessante *schema conditioning therapy* van Nik Speakman (2026) zoekt de therapeut een enkele voor de hand liggende, evident foutieve aanname uit de originele mentale representatie om deze met overtuiging tegen het licht te houden.

20 Voordeliger dan verwacht (Craske et al., 2022; Schultz, 2016).

21 Mogelijk verwachten leertheoretici hier nu ook de *consequenten* van gedrag aan te treffen: +S+ en -S- bij gedragstoename en +S- en -S+ bij gedragsafname. Zijn dat immers geen saillantieversterkers bij uitstek? Of dat zo is, hangt echter af van het analyseniveau. Een *consequent* is de naam van een functie die weergeeft *dat* bepaald gedrag systematisch toe- of afneemt ten gevolge van een bepaald leerproces, maar niet *waarom* dat zo is. In de tekst gaat het om het waarom.

22 Craske et al. (2022) stellen dat succesvolle exposure de (retrieval van) de bestaande mentale representatie remt. In onderzoek naar leren wordt aangenomen dat bestaande neurale netwerken niet zozeer geremd worden, maar geïnfiltreerd en uitgebreid door nieuwe ervaringen. Afhankelijk van hun specifieke contextkenmerken, roepen triggers dan delen van deze uitgebreide mentale representatie op die soms nauwelijks anders, vaak gedeeltelijk anders en op cruciale punten geheel anders zijn dan de oorspronkelijke mentale representatie, zoals je, om een metafoor te gebruiken, ook nog de oude dialecten of sporen ervan kunt aantreffen in een landstreek waar door migratie in grote delen inmiddels een uitheemse taal wordt gesproken.

23 Dat herhaling de nieuwe ervaringen bestendigt, past bij de observatie van geheugenexperts dat het geheugen niet dient om het verleden vast te houden, maar om de toekomst beter te kunnen voorspellen (Kolk, 2012; Zull, 2002).

24 Naast herhaling en oefening, wordt in de onderwijskunde ook veel waarde gehecht aan het *zich eigen maken*, wat wil zeggen, het toepassen van het geleerde in nieuwe variaties en contexten en in de praktijk. David Kolb (2014) noemt dit *experiential learning* en Zull (2002, 2013) *test by trial*. Onderwijsinstellingen kennen werkgroepen, stages en *probleemgestuurd* - en *studentactiverend* onderwijs.

25 Veelbetekenend is dat de typische leercurve bij huiswerkopdrachten bij psychotherapie (net zoals de effecten van psychotherapie zelf) niet lineair maar logaritmisch zijn: in het begin zijn de effecten het grootst, daarna doet de wet van de verminderde meeropbrengst zijn intrede. Dit wijst op betekenisverandering (Robinson et al., 2020).

26 Dat we vaker de neiging hebben om dat wel te doen, heeft ongetwijfeld te maken met de ervaring dat het vaststellen van doelen vaak voelt alsof de doelen al praktisch binnen handbereik zijn als we ze eenmaal helder hebben. Het lijkt dan alsof het werk erop zit, terwijl het feitelijk nog gedaan moet worden. Mascapino en Baumeister (2011) noemen dit het *Consider it done-effect*. Dit fijne effect is ook herkenbaar in de tevreden sfeer in onze organisaties als er weer eens een visiedocument, een strategisch plan of een stip op de horizon het licht doet zien. Ook dan is het afwachten of met de plannen iets gedaan wordt.

leren sterk gestimuleerd wordt in het contact met mensen die als betrouwbaar, expert en aansprekend ervaren worden. De kwaliteit van de relatie tussen de therapeut en de cliënt is niet alleen behulpzaam in psychotherapie om cliënten tot nieuwe alternatieve ervaringen aan te zetten, de saillantie van die nieuwe ervaring neemt ook daadwerkelijk toe door het vertrouwen in het contact en door de aspecten van beleving die door de therapeut belicht worden. Therapeuten zijn onderdeel van de nieuwe ervaring, die die ervaring relevant en belangrijk maakt. Het therapeutisch contact is geen bijzaak. Het versterkt het vermogen van de cliënt om te veranderen. Dit gegeven wordt bevestigd door de samenhang tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie en het behandelresultaat, die in honderden studies wordt teruggevonden (o.a. Crits-Christoph & Connolly-Gibbons, 2021; Cooper, 2026; Flückiger et al., 2018; Wampold & Imel, 2015). Ook zijn we in de laatste twintig jaar in sociaal-neurowetenschappelijk onderzoek steeds meer gaan ontdekken dat ervaringen van anderen overlopen in onze eigen ervaringen. Zonder dat we daar veel voor hoeven te doen, is ons brein in staat emoties, intenties en behoeften van anderen te lezen. Ons brein leeft met wat leeft bij anderen (Kolk, 2012; Lieberman, 2013; Van der Helden & Bekkering, 2015; Yassen et al., in press). Dat betekent ook dat gedurende het intense therapeutische contact de therapeut *aanwezig is* in het hoofd van de cliënt.

Met behulp van deze vijf saillantieversterkers wordt de cliënt in elke vorm van psychotherapie uitgenodigd om een variant op bestaande mentale representaties aan te brengen, ongeacht of het bij de bestaande representatie nu gaat om nare herinneringen, nare opvattingen over jezelf, ongewenste persoonlijkheidstrekjes, verslavingen, ongewenste gewoontes of irreële verwachtingen. De twee stappen, het activeren van de originele representatie en het aansluitend daarop creëren en versterken van een alternatieve variant die voldoende anders is, vormen het gemeenschappelijke principe van psychotherapeutische verandering en vinden plaats gedurende sessies, over sessies heen en bij huiswerkopdrachten. De verandering bestaat uit een verandering van een specifiek stukje informatie in ofwel de opslag ofwel de retrieval in het brein. Uiteraard behoren de gesprekken en de oefeningen veilig te zijn en onder de regie van de cliënt. Beide voorwaarden, veiligheid en eigen regie, voegen bovendien vaak ook relevante contextinformatie toe aan de nieuwe variant.

## Bijzaak

In de geschetste visie is de kwaliteit van de therapeutische relatie geen bijzaak, maar onderdeel van wat nieuwe ervaringen saillant maakt. Een terechte vraag is nu of deze visie toch niet weer voor elk wat wils bevat, want wat zijn volgens deze visie dan de bijzaken?

Meerdere keren in deze rede kwam *zelfinzicht* aan de orde. Is zelfinzicht niet juist de kern van psychotherapeutische verandering? Jezelf beter begrijpen? Veel therapeuten vinden zelfinzicht enorm belangrijk. “Ken uzelf” op de poort van het orakel van Delphi was een hoeksteen in de westerse filosofie, van waaruit ook de psychologie is voortgekomen. Tegelijkertijd wordt door de eeuwen heen, en ook in de huidige cognitiefilosofie, neuropsychologie en psychologie, aangenomen dat mensen sterk geneigd zijn willekeurige zaken te interpreteren: we zien gezichten in wolken, verhalen in onze dromen en betekenis in toevalligheden. Slors (2012) noemt dit de *interpreter*, Gazanniga (2011) de *left-brain interpreter*, Lamme (2010) de *kwebbeldoos* en Burnett (2016) *de menselijke neiging om overal chocola van te maken*[27]. In de psychotherapie wordt cliënten vaak ruimte geboden voor dergelijke interpretaties van zichzelf. In positieve zin spreken we dan van *zelfexploratie*, in negatieve zin van *psychologiseren*. Mijn promotor, Kees Hoogduin, had het over *klessebessen*. Lange tijd heb ik gemeend dat in effectieve psychotherapie geen rol is weggelegd voor zelfinzicht en dat men dit beter kan bewaren voor gesprekken met gelijkgestemde vrienden. Ik denk dat ik grotendeels ongelijk had.

In de wetenschappelijke literatuur over mentale representaties heerst een zweem van wantrouwen over het semantisch geheugen dat met taal, logica, redeneren en interpretaties verbonden is. Toch is het beslist zo dat in de mentale representatie van bijvoorbeeld een traumatische ervaring, het vaststellen van een feit of het komen tot een bepaalde slotsom, een indrukwekkende betekenis kan hebben. Een cliënt kan over een traumatisch voorval bijvoorbeeld het volgende vertellen: “En toen drong het opeens met grote helderheid tot mij door dat ijs van vijf dagen vriezen nooit dik genoeg kan zijn om op te lopen!” Een dergelijke slotsom kan binnen de herinnering van doorslaggevende betekenis zijn. Tegelijkertijd lijkt het semantisch geheugen op andere momenten of in andere nog niet goed onderzochte vormen, gedissocieerd te zijn van gevoelens en gedrag (Arntz, 2020). Woorden en interpretaties kunnen de intensiteit en belevingskwaliteit van een ervaring dus samenballen[28], maar ze kunnen anderzijds ook een manier zijn om de beleving van die ervaring juist buiten de deur te houden. Taal, denken en analyseren kunnen ons helpen om dichterbij te komen bij een saillantie-*boost* of om er vandaan te blijven. Hoe zit dat dan?

Mogelijk past de volgende voorstelling van zaken. Zoals ik aan het begin van deze oratie al schetste, wordt het dagelijkse gedrag van mensen meer gevormd door onbewuste stimulus-responspatronen, dan door iemands bewuste intenties: Je beslist in een fractie van een seconde om nog door een geel stoplicht te rijden en je hebt het niet door dat je aan het schreeuwen bent tegen je partner totdat deze boos wegloopt. Als therapeuten en cliënten gaan *bedenken* wat er zich in dergelijke situaties waarschijnlijk in het hoofd van de cliënten heeft afgespeeld en welke adviezen hieruit op te maken zijn voor de toekomst,

---

27 Opnieuw gaat het hier om de eigenschap van het brein om predictiemodellen te maken.

28 Zowel neurowetenschappers als therapeuten laten zich lyrisch uit over de rol van taal als taal gebruikt wordt in metaforen en verhalen. Beide zijn bij uitstek beeldend en evocatief (o.a. Keijsers et al., 2012; Kolk, 2012; Zull, 2002).

dan gebeurt er waarschijnlijk weinig van therapeutische waarde. Als van de andere kant de relevante situatie eerst zorgvuldig wordt geactiveerd door te vragen naar wat de cliënt zag, voelde, dacht en zo voort, en de cliënt vervolgens wordt aangespoord andere, betekenisvolle informatie over zichzelf uit het geheugen op te halen, dan past een nieuw inzicht prima in het eerder geschetste gemeenschappelijke model voor therapeutische verandering. Het zelfinzicht hoeft niet waar te zijn, als het maar saillant genoeg is om aan de originele ervaring een andere context te geven. De onderzoeksliteratuur rapporteert een matige maar duidelijke correlatie van 0.31 van zelfinzicht met het behandelresultaat (Jennissen et al., 2018)[29]. Ik breek dus een lans voor de werkzaamheid van goed ingezet zelfinzicht, maar ik wil beslist ook herhalen wat eerder al ter sprake kwam, namelijk dat er nog wel een lange weg vol hobbels te gaan is, als dat bereikte zelfinzicht ook moet leiden tot een gewenste en duurzame aanpassing in iemands leven.

Terug bij de eerdere vraag: Zijn er in de geschetste visie op de werking van psychotherapie dan geen bijzaken? Jawel. Die zijn er wel. Helaas zijn dit bovendien zaken die veel therapeuten juist als hoofdzaak beschouwen. Dat zijn individuele ontwikkeling, persoonlijke groei, persoonlijke integratie, jezelf leren omarmen, een beter evenwicht, leren loslaten, rationeler worden, realistischer worden, genezen en ook herstellen van psychische stoornissen.

Psychotherapie gaat gebukt onder zelfoverschattingen door met cliënten grote doelen te willen bewerkstelligen: de cliënt moet beter geïntegreerd raken, leren loslaten, meer in balans raken en genezen zijn aan het einde van de behandeling. In de eerdergenoemde regiebehandelaarsvariant is een aantal van deze grote doelen wellicht enigszins mogelijk, maar voor de variant waarin cliënten moeten veranderen, zijn dit naar mijn idee simpelweg geen passende doelen, maar idealiseringen van wat cliënten en therapeuten zoal meemaken.

Hoe vindt u het als ik stel dat het doel van een heupoperatie eruit bestaat de kwaliteit van het leven van patiënten te verbeteren? Of als ik stel dat een universitaire psychologieopleiding tot doel heeft de persoonlijke ontplooiing van haar studenten te bevorderen? Beide gebeuren namelijk. Een hele grote groep patiënten zal beslist vinden dat hun leven na een heupoperatie een stuk beter is geworden en heel wat afgestudeerde studenten zullen beslist ervaren hebben dat de psychologieopleiding hun persoonlijke ontwikkeling verrijkt heeft. Maar dit zijn partiële en indirecte effecten. De operatie en de opleiding leverden alleen een bijdrage aan wat al voorhanden was.

Psychotherapie heeft duidelijke en goed aangetoonde effecten, maar het is een precisie-instrument. Psychotherapie moet precies worden ingezet om passende omgevingsveranderingen aan te brengen om ongewenste stimulus-responspatronen te verminderen of

[29] De cognitiefilosoof Slors (2012) merkt op dat zelfinzicht mogelijk belangrijker is om eigen motieven (achteraf) aan anderen uit te leggen dan om zichzelf beter te begrijpen.



om de retrieval van mentale representaties in het geheugen te remmen die cliënten veel last bezorgen. Als dat succesvol verloopt, dan kan deze precisie-ingreep duidelijk bijdragen aan de verdere persoonlijke ontwikkeling van cliënten en aan een verbeterde kwaliteit van leven. Let op: bijdragen dus aan de capaciteiten van cliënten zelf en aan hun eigen vermogen om kansen en ondersteuning te benutten[30].

## Slot

Met deze rede heb ik getracht visies op de werking van psychotherapie met elkaar te verzoenen en te integreren door aandachts- en geheugenprocessen centraal te stellen bij het bereiken van psychotherapeutische verandering. Ik heb *psychologiseren* bekritiseerd, maar erken dat *zelfinzicht* in psychotherapeutische gesprekken veranderingen teweeg kan brengen, ook als er niets wordt geoefend. Ik brak een lans voor *herstelgerichte zorg* en voor het *regiebehandelaarschap*. Ik heb gesteld dat we trots mogen zijn op psychotherapie als een *precisie-instrument*, maar ik ageer ook tegen pretentieuze veronderstellingen dat psychotherapie mensen kan verheffen of het leven verrijken. Ik hoop van harte dat mensen zaken herkennen in de geschetste gemeenschappelijke visie op de werking van psychotherapie. En ik heb tot slot nog een tip als u zelf een rede wilt schrijven: begin dan met uw verdriet en irritatie en het eerste deel van uw rede schrijft zich als vanzelf.

Heel graag en heel hartelijk wil ik een aantal mensen bedanken die mijn leerstoel aan de Radboud Universiteit mogelijk hebben gemaakt: Giel Hutschemaekers, Mike Rinck, Eni Becker, Debby Beckers, Rob Holland en Evelyn Kroesbergen. Dank jullie voor het vertrouwen in mij. Giel, Johan Karremans en Roy Kessels, dank jullie wel voor het proeflezen van deze rede. Ik ben mijn eerdere leermeesters, Kees Hoogduin en Cas Schaap, enorm dankbaar en ook mijn latere inspiratoren, Agnes van Minnen, Arnout Arntz, David van den Berg, Marc Slors en Karin Roelofs. Ik heb met heel veel mensen samengewerkt. Met warmte denk ik aan mijn promovendi en aan mijn huidige collega's en oud-collega's van de mastervariant Gezondheidszorgpsychologie, de Afdeling Klinische Psychologie, RINO Zuid en Expertisecentrum Depressie van Pro Persona. Dank jullie, Amras van Opdorp, Sanne Weller, Maaike van Loon en Femke de Jong voor de goede samenwerking.

Tot slot dank ik mijn ouders, mijn vader die in 2020 overleed, en mijn moeder hier aanwezig. En dan sluit zich de kring heel dicht om mij heen, om de mensen zonder wie ik niet verder zou kunnen: mijn tweelingbroer, Lam, mijn kinderen Saskia, Miriam en Thomas, en Milja met wie ik over een half jaar ga trouwen.

[30] Cliëntfactoren zoals ernst en aard van de klachten, beter psychosociaal functioneren en inzet voor veranderen, hebben een groot aandeel in het succes van psychotherapie (o.a. Cooper, 2026; Keijsers & Verbraak, 2021).

## Referenties


Arntz, A. (2020). A plea for more attention to mental representations. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 67*, 101510. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.101510

Arntz A. (2025). Imagery rescripting: an update of the treatment protocol. *Behaviour research and therapy, 195,* 104913. https://doi.org/10.1016/j.brat.2025.104913

Bargh, J. A. (2022). The cognitive unconscious in everyday life. In A.S. Reber & A. Rhiannon (Eds.), *The cognitive unconscious: The first half century* (pp. 98-112). Oxford University Press.

Bargh, J. A., & Ferguson, M. J. (2000). Beyond behaviorism: The automaticity of higher mental processes. *Psychological Bulletin, 126,* 925-945. https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.6.925

Barkham, M., & Lambert, M. J. (2021). The efficacy and effectiveness of psychological therapies. In M. Barkham, W. Lutz, & L.G. Gastonguay (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (pp. 135-189). Wiley.

Baumeister, R. F. & Bargh, J. A. (2014). Conscious and unconscious: Toward an integrative understanding of human mental life and action. In J. Sherman, B. Gawronski, & Y. Trope (Eds.), *Dual-process theories of the social mind* (pp. 35-49). The Guilford Press.

Brewin, C. R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy, 44*(6), 765-784. https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.02.005

Broek, A. van den, Bruins, D., & Vroege, L. de (2025). Staff retention: A tough challenge in (mental) health care: The opinion of the (mental) health care professional. *Psychology, 16* (8), 1004-1008. https://www.scirp.org/journal/psych

Burnett, D. (2016). *The idiot brain: A neuroscientist explains what your head is really up to.* Guardian Books.

Cooper, M. (2026). *Essential research findings in counselling and psychotherapy: The facts are friendly* (2nd.ed.). Sage.

Cozolino, L. (2002). *The neuroscience of psychotherapy: Building and rebuilding the human brain.* Norton.

Cozolino, L. (2017). *The neuroscience of psychotherapy: Healing the social brain* (3rd ed.). Norton.

Craske, M. G., Treanor, M., Zbozinek, T. D., & Vervliet, B. (2022). Optimizing exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy, 152.* https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104069

Crits-Christoph, P., & Connolly-Gibbons, M. B. (2021). Psychotherapy process-outcome research: Advances in understanding causal connections. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Gastonguay (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (pp. 263-295). Wiley.

Dijksterhuis, A. (2007). *Het slimme onbewuste: Denken met gevoel.* Prometheus Uitgeverij.

Dijksterhuis, A., & Aarts, H. (2010). Goals, attention, and (un)consciousness. *Annual Review of Psychology, 61*(1), 467-490. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100445

Elsey, J. W. B., Van Ast, V. A., & Kindt, M. (2018). Human memory reconsolidation: A guiding framework and critical review of the evidence. *Psychological Bulletin, 144*(8), 797–848. https://doi.org/10.1037/bul0000152

Epton, T., Currie, S., & Armitage, C. J. (2017). Unique effects of setting goals on behavior change: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(12), 1182–1198. https://doi.org/10.1037/ccp0000260

Eysenck, M. W. (2009). Semantic memory and stored knowledge. In A. Baddeley, M. W. Eysenck, & M. C. Anderson, *Memory* (pp. 113-135). Psychology Press.

Ferguson, M. J., & Bargh, J. A. (2004). Liking is for doing: The effects of goal pursuit on automatic evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology, 87*(5), 557-572. https://doi.org/10.1037/0022-3514.87.5.557

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy, 55*(4), 316–340. https://doi.org/10.1037/pst0000172

Frith, C. (2013). *Making up the mind: How the brain creates our mental world.* Wiley.

Gazzaniga, M. S. (2011). *Who's in charge? Free will and the science of the brain.* Harper Collins.

Greenberg, D. L., & Verfaellie, M. (2010). Interdependence of episodic and semantic memory: Evidence from neuropsychology. *Journal of the International Neuropsychological Society, 16*(5), 748-753. https://doi.org/10.1017/S1355617710000676

Hennessy, E. A., Johnson, B. T., Acabchuk, R. L., McCloskey, K., & Stewart-James, J. (2020). Self-regulation mechanisms in health behavior change: A systematic meta-review of meta-analyses, 2006–2017. *Health Psychology Review, 14*(1), 6-42. https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1679654

Janssen, H., van den Berg, K. C., Keijsers, G. P. J., Paulik, G., Newman-Taylor, K., Taylor, C. D. J., Steel, C., & Marcelis, M. C. (2025). Imagery-focused cognitive behavioral therapy techniques for auditory verbal hallucinations in psychosis spectrum disorders: Four experimental case series. *Schizophrenia Bulletin, 51*(6), 1702–1717.

Jennissen, S., Huber, J., Ehrenthal, J. C., Schauenburg, H., & Dinger, U. (2018). Association between insight and outcome of psychotherapy: Systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry, 175*(10), 961–969. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17080847

Keijsers, G. P. J. (2014). *The great psychotherapy debate: Oratie.* Maastricht University. UM Publications.

Keijsers, G. P. J. (October, 2025). *Psychologische behandelingen: Wie profiteert en waarom?* Keynote. NedKAD-conferentie: Transdiagnostisch denken - hype, hoop of houvast? Amersfoort.

Keijsers, G., Van Minnen, A., ten Napel, M., van den Berg, D., & Verbraak, M. (2027). *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten.* Boom.

Keijsers, G., Van Minnen, A., Verbraak, M., Hoogduin, K., & Emmelkamp, P. (2017). Toepassing van protocollaire behandelingen bij psychische stoornissen. De stand van zaken. In G. Keijsers, A. van Minnen, M. Verbraak, K. Hoogduin, & P. Emmelkamp (Eds.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten. Deel 1* (pp. 17-53). Boom.

Keijsers, G. P. J., Schaap, C. P. D. R., & Hoogduin, C. A. L. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behaviour on outcome in cognitive-behavior therapy: A review of empirical studies. *Behavior Modification, 24,* 264-297. https://doi.org/10.1177/0145445500242006

Keijsers, G. P. J., & Verbraak, M. (2021). Empirisch ondersteunde psychologische behandelingen: Theorie, onderzoeksgegevens en praktijktoepassingen. In E. ten Broeke, K. Korrelboom, M. Verbraak, & S. Meijer (Eds.), *Praktijkboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Protocollaire behandelingen op maat (2nd rev ed.)* (pp. 55-78). Coutinho.

Keijsers, G. P. J., Vossen, C. J. C., & Keijsers, L. H. A. (2012). *Helpen veranderen: Motiveringsstrategieën in de psychotherapie.* Boom.

Kolb, D. A. (2014). *Experiential learning: Experience and source of learning and development* (2nd ed.). Pearson Education.

Kolk, H. (2012). *Vrije wil is geen illusie. Hoe de hersenen ons vrijheid verschaffen.* Bert Bakker.

Korrelboom, K. (2027). Competitive memory training (COMET) bij cliënten met lage zelfwaardering. In G. Keijsers, A. van Minnen, M. Ten Napel, D. van den Berg & M. Verbraak (Eds.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten.* Boom.

Kwasnicka, D., Dombrowski, S. U., White, M., & Sniehotta, F. (2016). Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: A systematic review of behaviour theories. *Health Psychology Review, 10,* 277-296. DOI:10.1080/17437199.2016.1151372

Lai, V. T., Hagoort, P., & Casasanto, D. (2012). Affective primacy vs. cognitive primacy: Dissolving the debate. *Frontiers in Psychology, 3,* 243. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00243

Lamme, V. (2010). *De vrije wil bestaat niet. Over wie er echt de baas is in ons brein.* Bert Bakker.

LeDoux, J. (2002). *Synaptic self: How our brains become who we are.* Penguin Books.

Lieberman, M. D. (2013). *Social: Why our brains are wired to connect.* Broadway Books.

Masicampo, E. J., & Baumeister, R. F. (2011). Consider it done! Plan making can eliminate the cognitive effects of unfulfilled goals. *Journal of Personality and Social Psychology, 101*(4), 667-683. https://doi.org/10.1037/a0024192

Ministerie van VWS (2022). *Integraal zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg.* Rapport. Rijksoverheid. https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg.

Nadel, L., & Hardt, O. (2011). Update on memory systems and processes. *Neuropsychopharmacology Reviews, 36,* 251-273. https://doi:10.1038/npp.2010.169

Newton-Howes, G., Tyrer, P., & Johnson, T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: Meta-analysis of published studies. *British Journal of Psychiatry, 188*(1), 13-20. https//doi:10.1192/bjp.188.1.13

Nissen-Lie, H.A., Monsen, J. T., Ulleberg, P., & Rønnestad, M. H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. Psychotherapy Research, 23(1), 86-104. https://doi:10.1080/10503307.2012.735775

Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C., & Monsen, J. T. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*(1), 48-60. https://doi.org/10.1002/cpp.1977

Papies, E. K. (2017). Situating interventions to bridge the intention-behaviour gap: A framework for recruiting nonconscious processes for behaviour change. *Social and Personality Psychology Compass, 11, e12323.* https://doi.org/10.1111/spc3.12323



Richardson, R., Richards, D. A., & Barkham, M. (2010). Self-help books for people with depression: the role of the therapeutic relationship. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38,* 67-81. https://doi:10.1017/S1352465809990452

Robinson, L., Delgadillo, J., & Kellett, S. (2020). The dose-response effect in routinely delivered psychological therapies: A systematic review. *Psychotherapy Research, 30*(1), 79–96. https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1566676

Rothman, A. J., Baldwin, A., & Hertel, A. (2004). Self-regulation and behavior change: Disentangling behavioral initiation and behavioral maintenance. In K. Vohs, & R. Baumeister (Eds.), *The handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 130-148). Guilford Press.

Schultz, W. (2016). Dopamine reward prediction error coding. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 18,* 23-32. https://doi.org/10.31887/dcns.206.18.1/wschultz

Sheeran, P., & Webb, T. L. (2016). The intention–behavior gap. *Social and Personality Psychology Compass, 10*(9), 503–518. https://doi.org/10.1111/spc3.12265

Simpson, S., & Arntz, A. (2020). Core principles of imagery. In G. Heath & H. Startup (Eds.). *Creative methods in schema therapy: Advances and innovation in clinical practice* (pp. 93-107). Routledge. https://doi:10.4324/9781351171847-5

Snoek, A., Nederstigt, J., Ciharova, M., Sijbrandij, M., Lok, A., Cuijpers, P., & Thomaes, K. (2021). Impact of comorbid personality disorders on psychotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 12*(1), 1929753. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1929753

Slors, M. (2012). *Dat had je gedacht: Brein, bewustzijn en vrije wil in filosofisch perspectief.* Boom.

Speakman, N. (2026). *Schema conditioning psychotherapy (Speakman model) – clinical protocol.* Unpublished clinical protocol.

Ten Broeke, E., Verbraak, M., Meijer, S., & Korrelboom, K. (2021). Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Uitgangspunten en contouren. In E. ten Broeke, K. Korrelboom, M. Verbraak, & S. Meijer (Eds.), *Praktijkboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Protocollaire behandelingen op maat (2nd rev ed.)* (pp. 21-54). Coutinho.

Tilburg, C. van, & Dam, A. van (2027). CGT bij cliënten met agressieproblematiek: Het doorbreken van de gedragsketen en het aanleren van vaardigheden. In G. Keijsers, A. van Minnen, M. Ten Napel, D. van den Berg & M. Verbraak (Eds.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische problemen.* Boom.

Trimbos (2026). *Zorg en participatie.* https://www.trimbos.nl/kennis/zorg-en-participatie/

Van der Helden, J., & Bekkering, H. (2015). *De lerende mens.* Boom.

Van den Berg, K. C., Hendrickson, A. T., Hales, S. A., Voncken, M., & Keijsers, G. P. J. (2023). Comparing the effectiveness of imagery focussed cognitive therapy to group psychoeducation for patients with bipolar disorder: A randomised trial. *Journal of Affective Disorders, 320,* 691–700. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.160

Wampold, B. E., & Flückiger, C. (2023). The alliance in mental health care: Conceptualization, evidence and clinical applications. *World Psychiatry, 22*(1), 25-41. https://doi.org/10.1002/wps.21035

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate. The evidence for what makes psychotherapy work (2nd ed.).* Routledge.
Wegner, D.M. (2002). *The illusion of conscious will.* Bradford Books.
Wiersma, J., Jager, I., & van Oppen, P. (2027). Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) voor cliënten met een persisterende depressie. In G. Keijsers, A. van Minnen, M. Ten Napel, D. van den Berg & M. Verbraak (Eds.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten.* Boom.
Wild, J., Hackmann, A., & Clark, D. M. (2007). When the present visits the past: Updating traumatic memories in social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 38,* 386-401. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.07.003
Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (2016). *The handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (3rd ed.). Guilford Press.
Yassen, N. M., Peer, J. M., van, Keijsers, G. P. J., Vervoort, L., & Wiltshire, T. J. (in press). Interpersonal synchrony during a client-therapist role-play interaction: The role of modalities, facts and relational context. *Psychophysiology*.
Zull, J. E. (2002). *The art of changing the brain: Enriching teaching by exploring the biology of learning.* Stylus.
Zull, J. E. (2013). *From brain to mind: Using neuroscience to guide change in education.* Routledge.



FACULTEIT DER SOCIALE WETENSCHAPPEN

Radboud Universiteit

www.radbouduniversitypress.nl