

Gedragstherapie

jaargang 43 september 2010

- 205 **Cognitieve therapie voor demoralisatie bij schizofrenie**
Anton B.P Staring en Mark van der Gaag
- 225 **Context en craving voor chocolade: extinctie en renewal in gezondheidsrelateerd gedrag**
*Dinska Van Gucht, Deborah Vansteenwegen,
Omer Van den Bergh en Tom Beckers*
- 233 **Boekbespreking** Gedragsanalyse en relational Frame Theory in actie. R.A. Rehfeldt & Y. Barnes-Holmes (2009). Derived Relational Responding: applications for learners with autism and other developmental disabilities. A progressive guide to change
Francis De Groot
- 237 **Boekbespreking** Mindfulness. Ger Schurink (2009). Mindfulness. Een praktische training in het omgaan met gevoelens en gewoonten
Hende Bauer
- 241 **Forum** Over de betovering van mindfulness
Remco C. Havermans
- 251 **Forum** Gedragsmatige behandelingen uitgevoerd door fysiotherapeuten; psychologie in de dop?
C. Paul van Wilgen
- 257 **Forum** Mechanisch toepassen van behandelprotocollen: een doodlopende weg?
Arend Veeniga

Gedragstherapie

Gedragstherapie

Tijdschrift voor
gedragstherapie
en cognitieve
therapie

3



Cognitieve therapie

Context en craving

Boekbesprekingen

Forumbijdragen

Jaargang 43 september 2010



Gedragstherapie

Het tijdschrift *Gedragstherapie* wordt uitgegeven door Koninklijke Van Gorcum BV in opdracht van Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie, waarin participeren de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie en de Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie.

Doelstelling Het tijdschrift *Gedragstherapie* heeft als doelstelling het publiceren van experimenteel en klinisch onderzoek op het gebied van de gedragstherapie, alsmede van theoretische artikelen, literatuuroverzichten, case-studies en boekbesprekingen.

Redactie Theo Bouman, eindredacteur; Paul Boelen, Caroline Braet, Rudi De Raedt, Filip Raes, Idith Lavy en Arend Veeninga, redactieleden; Ankie Mulder, redactiesecretaris.

Redactieadres Postbus 4, 9320 AA Peize, E-mail: redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl
Homepage: www.tijdschriftgedragstherapie.nl

Verschijningsdata Viermaal per jaar in april, juni, september en december.

Abonnementen Leden van de VGCT (Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie) in Nederland en van de VVGT (Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie) ontvangen *Gedragstherapie* als onderdeel van hun lidmaatschap. Abonnementenprijzen voor niet-verenigingsleden in Nederland en België: € 64,30 per jaar, studenten (max. 2 jr) € 35,60, Losse nummers € 17,65. Nieuwe abonnementen en aanvragen voor losse nummers: Abonnementenadministratie Koninklijke Van Gorcum BV, Postbus 43, 9400 AA Assen. Telefoon 0592-379555, fax 0592-379552. E-mail: gedragstherapie@vangorcum.nl Internet: www.vangorcum.nl Opzeggingen dienen voor 1 december van de lopende jaargang schriftelijk in het bezit te zijn van de uitgever.

Advertenties Acquire Media, Zwolle
Tel 038-4606384 / fax 038-4606318
info@acquiremedia.nl

Te recenseren boeken en tijdschriften Exemplaren kunnen worden verstuurd naar het redactie-secretariaat. Niet aangevraagde recensie-exemplaren worden niet geretourneerd.

©2010, Koninklijke van Gorcum, Assen
Alle auteursrechten ten aanzien van de inhoud van deze uitgave worden uitdrukkelijk voorbehouden.

ISSN 0167-7454

Gedragstherapie

jaargang 43 september 2010

- 205** Cognitieve therapie voor demoralisatie bij schizofrenie
Anton B.P. Staring en Mark van der Gaag
- 225** Context en craving voor chocolade: extinctie en renewal in gezondheidsrelateerd gedrag
*Dinska Van Gucht, Deborah Vansteenwegen,
Omer Van den Bergh en Tom Beckers*
- 233** **Boekbespreking** Gedragsanalyse en relational Frame Theory in actie. R.A. Rehfeldt & Y. Barnes-Holmes (2009). Derived Relational Responding: applications for learners with autism and other developmental disabilities. A progressive guide to change
Francis De Groot
- 237** **Boekbespreking** Mindfulness. Ger Schurink (2009). Mindfulness. Een praktische training in het omgaan met gevoelens en gewoonten
Hende Bauer
- 241** **Forum** Over de betovering van mindfulness
Remco C. Havermans
- 251** **Forum** Gedragsmatige behandelingen uitgevoerd door fysiotherapeuten; psychologie in de dop?
C. Paul van Wilgen
- 257** **Forum** Mechanisch toepassen van behandelprotocollen: een doodlopende weg?
Arend Veeninga

Cognitieve gedragstherapie voor demoralisatie bij schizofrenie

Anton B.P. Staring¹ en Mark van der Gaag²

SAMENVATTING

In dit artikel wordt een behandelprotocol geschetst om demoralisatie bij patiënten met schizofrenie te behandelen. De behandeling wordt geplaatst in de context van een cognitief model van demoralisatie. De nadruk van dit model ligt op overdreven negatieve verwachtingen omtrent de eigen capaciteiten en sociale uitstoting. Deze verwachtingen vinden hun basis vermoedelijk in de geleden verliezen en cognitieve achteruitgang die patiënten hebben ondergaan, maar zijn desalniettemin vaak onrealistisch en werken vermijding en inactiviteit in de hand. Voor de assessment wordt het demoralisatie-interview gebruikt. Daarna bestaat de behandeling uit cognitief gedragstherapeutische interventies om de cognities waar mogelijk te corrigeren en vermijdingsgedrag op te heffen. Het doel van de therapie is niet om patiënten te herstellen tot hun oude niveau van functioneren, maar om ze te helpen bij het doorbreken van isolatie en inactiviteit door hun persoonlijke en situationele bronnen te mobiliseren en een zinvolle relatie te koesteren en doen groeien met de wereld om hen heen. Er worden verscheidene casussen gebruikt om de theorie toe te lichten.

INTRODUCTIE

Een patiënt die bekend is met slechte zelfzorg komt op bezoek bij zijn therapeut. Zijn kleren zien er die dag nog onverzorgder uit dan normaal en hij ruikt niet zo fris. Wanneer de therapeut ernaar vraagt, legt de patiënt –Mike– uit dat zijn moeder haar hand heeft bezeerd en daardoor het huishouden niet voor hem kan doen, zoals het wassen van zijn kleren. Op de vraag hoe Mike de was nu gedaan wil krijgen, vertelt hij dat hij zijn gezondheid en intelligen-

1. Bavo-Europoort, Carnissensingel 51, 3083 JA, Rotterdam

2. Parnassia, Oude Haagweg 357, 2552 ES, Den Haag

Correspondentie: Anton B.P. Staring, Trouwlaan 104, 5021 WN Tilburg

E-mail: tonnie@backwash.org

tie wil terugwinnen (via een obscure procedure) en dan een leuke vriendin wil nemen die voortaan zijn kleren wast.

Mike heeft twintig jaar geleden de diagnose schizofrenie gekregen. Hij scoort twee standaard-deviaties lager dan gemiddeld op cognitieve taken zoals aandacht, geheugen, planning en organisatie. Dat wijst op ernstige beperkingen in zijn cognitief functioneren. Zou dit betekenen dat hij niet in staat is om zijn was te doen, aangezien hij de nodige capaciteiten mist? Wanneer de therapeut ernaar vraagt, zegt Mike: 'Ik houd niet van de was doen.... En ik weet ook niet hoe de machine werkt.' Omdat hij de was nooit geprobeerd heeft en aangezien hij andere, net zo complexe machines wel kan bedienen (stereo, dvd-speler, oven), wordt een andere verklaring dan cognitieve beperkingen snel duidelijk: Mike heeft negatieve verwachtingen aangaande zijn capaciteit om onbekende taken uit te voeren, en daarnaast perfectionistische ideeën omtrent prestatie. Inactief gedrag en de zorg van moeder beschermen Mike voor de frustratie en mislukkingen die hij verwacht. Daarnaast geeft het hem het foutieve idee dat dagelijkse activiteiten meer energie kosten dan hij kan opbrengen. (Casus afkomstig uit Beck, Rector, Stolar & Grant, 2009).

Mike is een patiënt waarvan je kunt zeggen dat hij gedemoraliseerd is geraakt. Vanwege psychoses, teleurstellingen en ervaren beperkingen is hij zichzelf onrealistisch laag gaan inschatten en heeft hij zijn activiteitsniveau overeenkomstig laag afgesteld. In die modus is hij vastgeraakt. Hij ervaart weinig energie, ziet het nut niet in van moeite doen en denkt dat hij vanwege de schizofrenie toch niks zal bereiken in het leven.

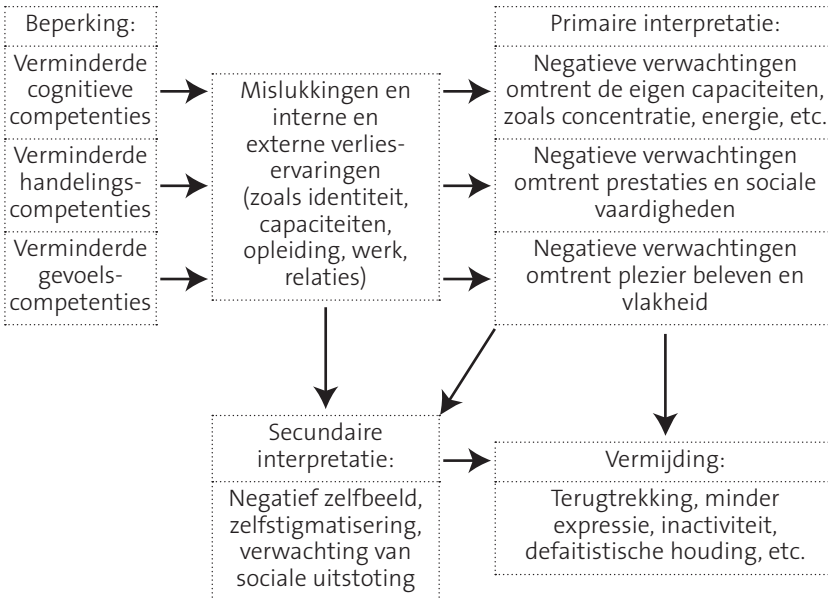
Een cognitief model van demoralisatie

Patiënten met schizofrenie hebben verliezen te verwerken. In het leven van de meeste patiënten hebben zich meervoudige mislukkingen voorgedaan, zoals op school, werk en in sociale relaties. Een oorzaak is verminderd cognitief functioneren, wat zich uit in problemen met concentratie, geheugen, informatieverwerking, planning, organisatie, en probleemoplossend vermogen. Patiënten die de verliezen niet goed verwerken, kunnen gedemoraliseerd raken. Demoralisatie wordt onder andere als term gebruikt in de palliatieve zorg en staat voor hopeloosheid, hulpeloosheid en verlies van betekenis en toekomstperspectief (Kissane, Clarke & Street, 2001). Subjectieve incompetentie is een belangrijk criterium (Cockram, Doros & de Figueiredo, 2009). Bij schizofrene patiënten is de term demoralisatie gebruikt in het kader van subjectief verlies van perspectief (Clarke en Kissane, 2002) en bijvoorbeeld om suicidaliteit te voorspellen (Restifo, Harkavy-Friedman en Shrout, 2009). Hier bedoelen we met demoralisatie dat patiënten niet uitstijgen boven de geleden verliezen. Ze blijven piekeren, worden inactief en er ontstaat geen nieuw aangepast toekomstperspectief. Ze kunnen blijven hangen in lage verwachtingen omtrent bijvoorbeeld hun *cognitieve competenties*: 'ik kan me niet concentreren' of 'ik

kan niets onthouden.’ Omtrent hun *handelingscompetenties*: ‘het lukt me toch niet’ of ‘als ik het probeer om te gaan werken, krijg ik een terugval en word ik ontslagen.’ En hun *gevoelscompetenties*: ‘ik ben afgevlakt’ of ‘ik kan nergens meer van genieten.’

Zoals in het introductievoorbeeld van Mike zijn dergelijke gedachten vaak overdreven en foutief. Er zijn bijvoorbeeld geen aanwijzingen dat patiënten met schizofrenie verminderd in staat zijn om plezier te beleven tijdens een activiteit, maar wel dat ze lage verwachtingen hebben omtrent het plezier dat ze ergens aan zullen beleven (Gard et al., 2007). Ook zijn er aanwijzingen dat inactief gedrag, weinig communicatie, sociale terugtrekking en verminderde expressie niet direct de gevolgen zijn van aanwezige cognitieve beperkingen, maar ontstaan door disfunctionele gedachten over die beperkingen (Granholm, Ben-Zeev en Link, 2009; Grant en Beck, 2009; Rector, 2004). Negatieve gedachten en overdreven lage verwachtingen omtrent de interne verliezen van schizofrenie leiden tot verschillende soorten vermijding. Patiënten gaan minder doen vanwege het idee dat ze het niet aankunnen en dat het mislukt. Inactiviteit beschermt een patiënt voor de verwachte pijn en teleurstelling, maar aan de andere kant ziet hij zijn foutieve opvattingen hierdoor niet weerlegd.

Door de disfunctionele gedachten omtrent het eigen functioneren (wat betreft het cognitieve apparaat, handelingen en gevoelens), ontstaat op schemaniveau, mede door het ervaren van stigma, vaak een negatief zelfbeeld:



Figuur 1 Een cognitief model van demoralisatie bij schizofrenie

‘ik ben een mislukkeling,’ ‘ik ben beschadigd en anders dan anderen,’ of ‘ik ben niet geschikt voor een relatie, want ik heb schizofrenie.’ Ook kan het leiden tot verwachting van uitstoting: ‘als ik mijn gevoelens uit, zal ik gekwetst worden,’ ‘het is beter om mezelf niet uit te drukken, want dan vinden ze me gek,’ of ‘iedereen kan zien dat ik gek ben.’ Ook deze gedachten leiden tot vermijdingsgedrag, zoals verminderde expressie, sociale terugtrekking en een defaitistische houding. Met defaitisme wordt een verslagen houding bedoeld die zich kenmerkt door ideeën als: ‘het is moeilijk om gelukkig te zijn tenzij je mooi bent, intelligent, rijk en creatief,’ of ‘als je iets niet goed kan, dan heeft proberen geen zin,’ of ‘zelfs een klein risico nemen is stom, want als het misgaat wordt het waarschijnlijk een ramp’ (Grant en Beck, 2009). Met dit soort gedachten houdt de patiënt zichzelf voor ogen dat constructieve activiteit toch geen zin heeft. Het is dus een houding van vermijding.

ASSESSMENT EN CASUS-CONCEPTUALISATIE

Om tot een behandelplan te komen met fasering van de verschillende behandelstrategieën, dient een casus-conceptualisatie te worden gemaakt. Een eenvoudige start is het demoralisatie-interview (Tabel 1), dat op dezelfde manier is gestructureerd als het model in Figuur 1.

Tabel 1 Het demoralisatie interview

<i>Domein</i>	<i>Vragen</i>
Negatieve verwachtingen omtrent de eigen capaciteiten	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Zijn er dingen die je minder goed kunt dan anderen? Zo ja, waar ligt dat aan?</i> • <i>Heb je voldoende energie om dingen te doen?</i> • <i>Kun je de concentratie opbrengen om een te film kijken of een boek te lezen?</i> • <i>Heb je minder energie, concentratie en aandacht dan vroeger? Waar merk je dat aan?</i> • <i>Wat kun je wel en wat niet?</i>
Negatieve verwachtingen omtrent prestaties en sociale vaardigheden	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Zou het je lukken om weer te gaan werken?</i> • <i>Zijn er dingen die je niet meer doet, omdat het waarschijnlijk toch mislukt?</i> • <i>Vind je het wel eens moeilijk om met anderen te praten?</i> • <i>Hoe goed red je jezelf in een groep mensen?</i> • <i>Zijn er situaties waarin je het moeilijk vindt om te zeggen wat je bedoelt?</i> • <i>Vind je het leuk om naar cafe's te gaan, of andere plaatsen waar je nieuwe mensen kunt ontmoeten? Zo niet, waarom niet?</i>

Negatieve
verwachtingen
omtrent plezier
beleven en vlakheid

- *Welke dingen vind je leuk om te doen?*
- *Is het wel eens moeilijk om plezier te beleven? Zijn er specifieke situaties waarin dat vooral vaak gebeurt?*
- *Zijn er dingen die je vroeger leuk vond, maar waar je nu niet meer zo goed van kunt genieten?*
- *Is de mogelijkheid om plezier te beleven belangrijk voor je?*
- *Als je merkt dat je ergens niet meer goed van kunt genieten, hoe reageer je daar dan op? Wat vind je ervan?*
- *Heb je minder emoties dan vroeger? Wat vind je daarvan?*
- *Zijn er momenten waarop je geïnteresseerd bent, maar dat het lastig is om het te laten zien?"*
- *Is het wel eens gebeurd dat je je van binnen goed voelde, maar dat anderen juist zeiden dat je er down of somber uitzag? Wat vond je daarvan?"*

Negatief zelfbeeld
en
zelfstigmatisering

- *Heb je het idee dat je anders bent dan anderen? Zo ja, hoe zit dat?*
- *Denk je wel eens dat je beschadigd bent?*
- *Voel je jezelf wel eens minder dan anderen? Hoezo?*
- *Wat betekent het om psychosen mee te maken?*
- *Wat betekent dat voor je toekomst?*

Verwachting van
sociale uitstoting

- *Wat denken andere mensen over je?*
- *Heb je wel eens het idee dat als je jezelf zou uitdrukken, dat anderen je gek vinden?*
- *Of dat als je je emoties laat zien, dat je zult worden gekwetst?*
- *Denk je dat anderen aan je kunnen zien dat je een stoornis hebt of in behandeling bent?*
- *Als ze dat van je weten, hoe reageren ze er dan op?*
- *Lachen mensen je wel eens uit? Waarom?*
- *Laat je aan andere mensen weten dat je schizofrenie hebt? Zo nee, waarom niet?*

Vermijding

- *Op welke manier probeer je je energie te sparen?*
 - *Welke dingen die je vroeger deed, doe je nu niet meer?*
 - *Zijn er dingen die je zou willen doen, maar waar je jezelf moeilijk toe kunt zetten?*
 - *Wat heb je laten varen omdat het niet meer lukt?*
 - *Voel je je wel eens onder druk gezet om iets te doen, terwijl je het eigenlijk niet wilt?*
 - *Zijn er situaties waarin je het liefste stil bent en weinig zegt?*
 - *Zijn er onderwerpen waarover je liever niet praat?*
 - *Zijn er situaties waarin je het laten zien van je gevoelens probeert te onderdrukken?*
 - *Ben je graag tussen de mensen? Of ben je over het algemeen liever op jezelf?*
 - *Had je vroeger meer vrienden en vriendinnen dan nu? Wat vind je daarvan?*
-

Casus-conceptualisatie van demoralisatie

Met het demoralisatie-interview worden de bouwstenen voor de casus-conceptualisatie aangedragen. Naast het vaststellen van de klachten, gedachten en in stand houdende factoren, dient ook de relevante leergeschiedenis te worden bevraagd. Denk hierbij aan pesten, afwijzing, weinig vriendschappen, problemen op school, verminderde mogelijkheden om sociale vaardigheden op te doen, vroegere familiesituaties, relatiebreuken, etc. Houd hierbij de volgende vragen in gedachten: Was er een toenemend patroon van emotionele en sociale terugtrekking alvorens de eerste psychose ontstond, of is demoralisatie gevolgd op andere aspecten van de stoornis, zoals wanen en hallucinaties? In hoeverre zijn bij het begin van de stoornis levensdoelen onderbroken? Is er bijvoorbeeld sprake van verlies van werk of relaties? Wanneer neemt de demoralisatie toe? Welke klachten verergeren in reactie tot welke specifieke stressoren (inclusief het ontbreken van stress of uitdaging)?

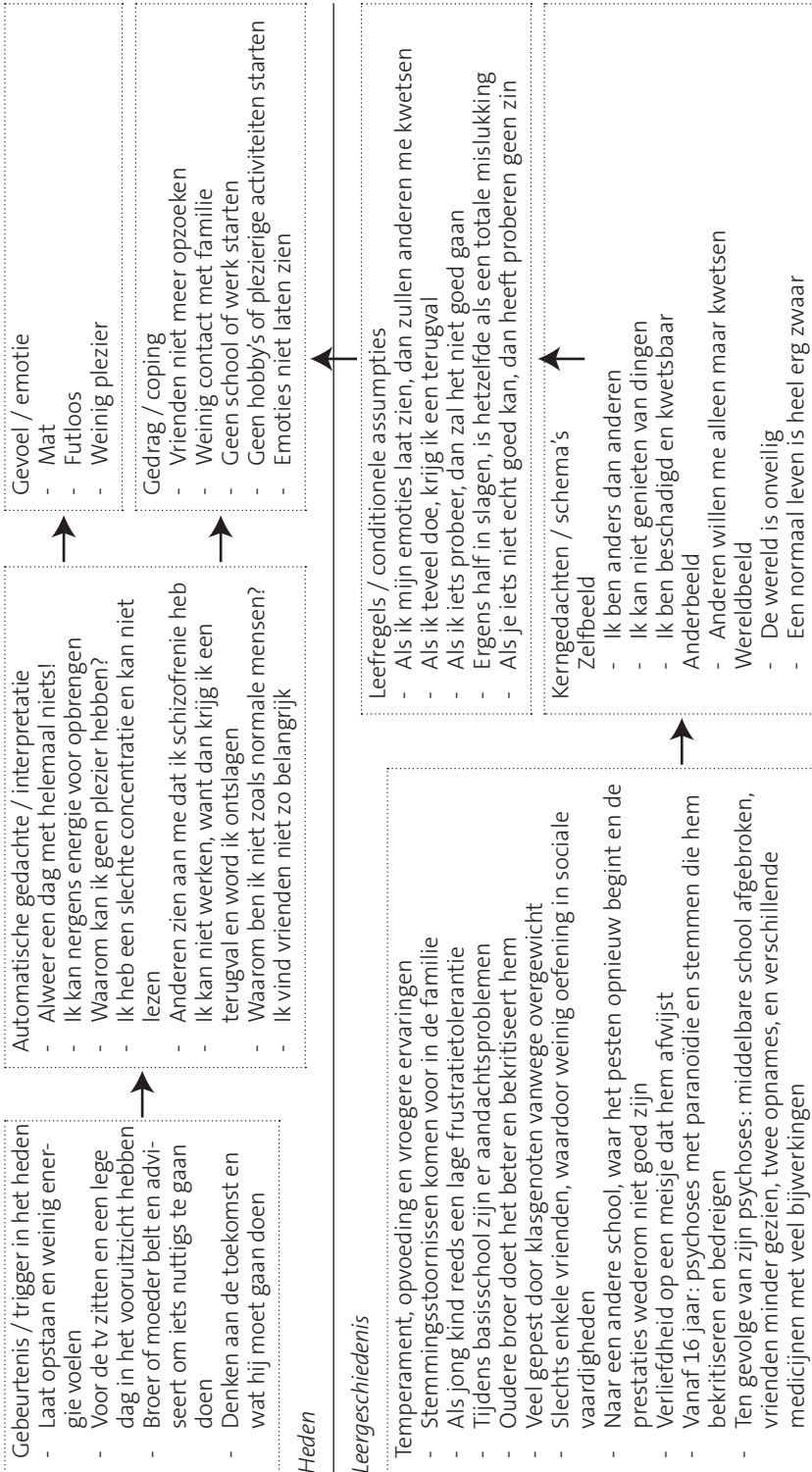
In figuur 2 staat een voorbeeld: de casus-conceptualisatie van Karel (32 jaar).

BEHANDELING

De behandeling van demoralisatie vindt niet in een vacuüm plaats, maar in het kader van het bereiken van betekenisvolle (levens)doelen van de patiënt. Levensdoelen worden gebruikt om de patiënt te betrekken in de therapie en vervolgens als deelnemer te behouden, hetgeen extra belangrijk is bij demoralisatie vanwege verminderde motivatie en neiging om zich te verbinden. De doelen van de patiënt worden opgedeeld in kleinere, concrete en haalbare subdoelen, en daarmee wordt gedurende de verdere therapie steeds gewerkt (Beck et al., 2009).

Om rekening te houden met cognitieve beperkingen is het gebruik van verschillende hulpmiddelen nuttig, zoals alle informatie naast uitspreken ook te visualiseren op een whiteboard; veel samenvattingen te geven; coping-kaarten te gebruiken; en handouts voor het werk dat de patiënt tussen de zittingen kan doen. Verder is voor cognitief beperkte patiënten de Socratische dialoog niet altijd geschikt. Het is soms beter om kort, direct en duidelijk met de patiënt te praten zodat er niet teveel beroep wordt gedaan op het werkgeheugen en de aandacht gericht blijft.

Indien mogelijk is het goed om familie bij de behandeling te betrekken. De familie wordt geïnstrueerd in een benadering van de patiënt overeenkomstig de stijl van de therapie, zoals niet bekritisieren van hetgeen de patiënt niet goed doet, maar vooral het bekrachtigen van wat wel lukt. Familie kan helpen bij huiswerkopdrachten, en wanneer familie goed wordt ingelicht kunnen misverstanden zoals verkeerde verwachtingspatronen worden voorkomen.



Figuur 2 Casus-conceptualisatie van Karel's demoralisatie

Psycho-educatie en normalisatie

De eerste stap in het aanpakken van demoralisatie is het normaliseren ervan voor de patiënt. Veel patiënten zijn bijvoorbeeld hun inactiviteit gaan zien als een bewijs dat ze lui en zwak zijn, en als een onvermijdelijk gevolg van de schizofrenie. Net zoals een therapeut de hallucinaties en wanen kan uitleggen op een continuüm met normale ervaringen binnen het *saliency-dopamine sensitivity model* (Kapur, 2003; Kapur, Mizrahi en Li, 2005), kan demoralisatie worden uitgelegd als een reactie op interne en externe verliezen. Daarbij is het ons inziens handig om gebruik te maken van het idee dat iedereen die grote verliezen meemaakt een periode nodig heeft om het te leren accepteren en ideeën over diens leven te herzien. Patiënten met schizofrenie hebben veel verliezen geleden en een periode om hiermee om te gaan is nuttig en normaal, inclusief bijbehorende emotionele reacties (Mauritz en Van Meijel, 2009). Daarbij is het in de praktijk handig gebleken om enkele voorbeelden van andere verliezen te gebruiken, zoals het verlies van een partner of het leren accepteren van een handicap, zoals in een rolstoel moeten zitten voor de rest van je leven. Patiënten begrijpen deze vergelijking goed, is onze ervaring.

Behandelstrategieën: algemeen

Fasering

Belangrijke cognities bij de patiënt worden vastgesteld met het demoralisatie-interview. Vervolgens is een algemene stelregel dat primaire interpretaties van cognitieve, handeling- en gevoelscompetenties als eerste worden behandeld. Zij zijn namelijk voeding voor de geschetste secundaire interpretaties omtrent zelfbeeld, zelfstigmatisatie en sociale uitstoting, en ze kunnen ook obstakels vormen voor de behandeling van die laatste. Na behandeling van deze primaire interpretaties kunnen de secundaire gedachten en vermijding al veel minder aanwezig zijn.

Doelen stellen, activiteitenregistratie en activering

Het is belangrijk om de behandeling te laten plaatsvinden in de context van realistische en betekenisvolle levensdoelen van de patiënt, die worden opgedeeld in zo concreet als mogelijke subdoelen. Verder kan bijna altijd nuttig gebruik worden gemaakt van een reeds langer bestaande behandelmethode, namelijk de activiteitenregistratie, waarbij per activiteit het ervaren plezier en de ervaren competentie wordt gescoord door de patiënt (Kingdon en Turkington, 1994; Sensky et al., 2000). De patiënt houdt bijvoorbeeld in een schrift bij wat hij iedere dag doet, inclusief inactiviteit (voor de tv zitten, in bed liggen met een stripboek, etc.) en de tijdstippen. Aan iedere activiteit wordt achteraf een p0 tot p4 score gegeven (*geen plezier tot en met heel veel plezier*) en een g0 tot g4 score (*heb ik helemaal niet goed uitgevoerd tot en met dit heb ik zeer goed uitgevoerd*). Deze methode levert een overzicht van het dagelijkse

activiteitenniveau van de patiënt op, en het biedt aanknopingspunten om met de patiënt in gesprek te gaan over een meerdimensionaal beeld van zijn belevingen omtrent plezier en competentie. Tenslotte geeft het de mogelijkheid om uitbreiding van (nieuwe) activiteiten te introduceren en vooruitgang bij te houden.

Negatieve verwachtingen omtrent eigen capaciteiten

Tijdens het stellen van doelen kan een begin worden gemaakt door, na het opbreken in subdoelen, per subdoel samen een inschatting te maken van hoeveel inzet en welke capaciteit er nodig is om het te bereiken. Hierbij wordt direct een continuüm perspectief aangeboden om tegen te gaan dat de patiënt in alles-of-niets termen blijft denken. Een handige metafoor is *de automotor*, en wat die wel en niet kan doen op een vrijwel lege tot aan een volle benzinetank (Beck et al., 2009). De patiënt stelt samen met de therapeut een activiteitenlijst op waarin bij iedere activiteit wordt aangegeven hoeveel die aan inzet van de patiënt zou kosten: de patiënt kan aangeven dat hij die activiteit kan uitvoeren op een kwart bezinetank, een halfvolle tank, een drie kwart volle tank, etc., tot aan de ervaring dat het ver buiten zijn mogelijkheden ligt. Dit levert als het goed is al wat activiteiten op die in de huidige optiek van de patiënt goed te doen zijn op een dag, en ook levert het een genuanceerd beeld van wat veel inzet zou kosten, en welke activiteiten op dit moment nog buiten het bereik van de patiënt liggen, hetgeen voorlopig wellicht geaccepteerd kan worden.

Een volgende stap is het uitbreiden van de activiteiten, waarbij gestart wordt met de relatief makkelijk te halen subdoelen. Wanneer de patiënt ontdekt wat hij aankan, dan worden de negatieve gedachten bijgesteld en kan het proces worden vervolgd met de activiteiten die iets meer inzet kosten, etc.

Disfunctionele cognities kunnen in deze fase een belemmerende rol spelen, waardoor de patiënt zichzelf te laag inschat. Hoewel dit soms verholpen wordt door de activiteitenregistratie met plezier- en competentiescores, kan het gebeuren dat een patiënt hier niet aan toekomt, mogelijk omdat hij inschat dat hij niet in staat zal zijn om dat allemaal te onthouden en op te schrijven, of doordat hij de uitbreidingsopdrachten niet uitvoert. Het is dan nuttig om tijdens de zitting oefeningen te doen om de patiënt het tegendeel te laten ervaren. Een eenvoudig voorbeeld is het oefenen van een registratie van de vorige dag, waarbij de patiënt alles opschrijft en zijn scores noteert.

Ook kunnen gedragsexperimenten binnen de zitting worden uitgevoerd om negatieve verwachtingen van de patiënt omtrent zijn capaciteiten te toetsen als deze hem belemmeren om thuis nieuwe dingen te proberen. Karel (het voorbeeld van Figuur 2) vond bijvoorbeeld dat hij niet in staat was om weer een opleiding te volgen, omdat hij dacht dat hij zich niet kon concentreren en niet zou kunnen lezen. Hem aansporen om thuis iedere dag een paar bladzij-

den te lezen had geen effect, want hij voerde het niet uit. Aangezien hij graag meer wilde leren over geschiedenis, is gestart met het opzetten van korte quizjes in de therapiezittingen. Karel moest een bladzijde lezen en achteraf kreeg hij een aantal vragen over de tekst van de therapeut. Vooraf voorspelde hij zijn prestatie en hoeveel hij zou gaan scoren op de quiz. Hij bleek telkens hoger te scoren dan verwacht. Na verloop van tijd kon hij steeds meer lezen, en begon hij thuis weer voor zijn plezier romans te lezen.

Tabel 2 Prestatie registratieformulier voor de lees oefeningen van Karel Afkomstig uit Perivoliotis en Cather (2009)

<i>Datum</i>	<i>Wat verwacht ik dat er zal gebeuren als ik lees</i>	<i>Verwachte quizscore</i>	<i>Wat gebeurde er daadwerkelijk toen ik las</i>	<i>Gehaalde quizscore</i>
3-2	Mijn concentratie zal zo slecht zijn dat ik niets zal kunnen lezen. Ik zal erg gefrustreerd raken.	0%	Ik ben twee keer de aandacht verloren, maar kon het wel weer oppakken. Ik was een beetje geïrriteerd.	50%
10-2	Ik zal halverwege het leeswerk komen en dan kan ik niet meer doorgaan	10%	Ik heb alles kunnen lezen, maar moest een paar zinnen opnieuw lezen	55%
17-2	Ik zal alles kunnen lezen, maar ben het daarna allemaal vergeten	30%	Ik las het allemaal en was verrast dat ik de belangrijke zaken nog wist	67%

Een ander obstakel bij het uitbreiden van activiteiten waarbij negatieve verwachtingen omtrent mogelijkheden en capaciteiten de patiënt in de weg kunnen staan, is wanneer hij bang is om overspoeld te raken, bijvoorbeeld bij het blootstellen aan sociale situaties waarbij complexe interpersoonlijke vaardigheden zijn vereist. Het is dan zaak om een gradueel exposure programma op te zetten waarbij de patiënt stap voor stap hieraan wordt blootgesteld.

Tenslotte kan het gebeuren dat wanneer de patiënt weer meer activiteiten oppakt, anderen, zoals bijvoorbeeld familieleden, teveel van hem gaan verwachten en hem vragen om dingen te doen waarbij hij zich niet comfortabel voelt. Rollenspellen in de zitting kunnen dan nuttig zijn om met de patiënt te oefenen hoe hij zijn grenzen kan aangeven.

Negatieve verwachtingen omtrent prestaties en sociale vaardigheden

De verwachting van patiënten, dat indien ze zichzelf aansporen om bepaalde doelen te behalen het waarschijnlijk zal mislukken, draagt bij aan het patroon van terugtrekking en lage motivatie. Het wegwuiven van doelen wordt dan een

strategie ter bescherming voor gevoelens van inadequaatie, schaamte en vernedering. Aangezien de behandeldoelen erop gericht zijn om intrinsieke motivatie te koesteren, is een eerste stap het verminderen van externe druk die de patiënt mogelijk voelt van familieleden, vrienden, collega's, hulpverleners, etc. De eerste stap is daarom om met de patiënt vast te stellen vanuit welke richting hij druk ervaart om meer te presteren dan waartoe hij zichzelf in staat acht. Daarna worden deze mensen in de therapie betrokken om met hen te onderhandelen over hoe ze kunnen helpen in het therapeutische proces.

Daarna wordt de nadruk gelegd op functionele en betekenisvolle doelen van de patiënt. Deze worden opgesplitst in lange termijn doelen en korte termijn, week-tot-week doelen die in het kader van de lange termijn doelen staan. Sommige patiënten overvragen zichzelf met hoge inschattingen van wat ze kunnen behalen, waardoor de kans wordt vergroot dat het mislukt en de gedachten omtrent falen alsmede het terugtrekgedrag worden versterkt. Wat haalbaar is kan per patiënt worden ingeschat op basis van diens geschiedenis, huidige functioneren, mogelijkheden, capaciteiten, bestaande steun, etc. Ongeacht de precieze inhoud van de gestelde doelen, zijn het de taken van de therapeut om (1) de patiënt te activeren in het stellen van doelen; (2) doelen op te delen in kleinere, haalbare subdoelen; (3) de noodzakelijke stappen te structureren; (4) te leren om met obstakels om te gaan; en (5) tegenvallers te bespreken (Beck et al., 2009).

Vervolgens is het logisch om de methode van activiteitenregistratie te gebruiken, waarbij de competentiescores belangrijk zijn om met de patiënt te praten over hoe succesvol de activiteiten door hem worden uitgevoerd. Hierbij kunnen ook tendensen aan bod komen, zoals bijvoorbeeld selectieve aandacht waarbij de patiënt alleen oog heeft voor bevestiging van zijn negatieve verwachtingen en niet voor weerlegging ervan.

Patiënten kunnen enerzijds hun sociale vaardigheden onderschatten en anderzijds daadwerkelijk minder vaardigheden bezitten. Er is bij psychosen vaak een verminderde capaciteit om emoties bij andere mensen waar te nemen. Daarnaast hebben patiënten minder gelegenheid gehad om sociale vaardigheden te oefenen, doordat ze bijvoorbeeld opgenomen zijn, school hebben gestopt en zich terugtrekken. Wanneer de patiënt vindt dat hij niet goed kan communiceren, is het daarom zaak om dit serieus te nemen en het samen te onderzoeken in plaats van het direct als disfunctionele cognities te beschouwen.

Het kan ook zijn dat een patiënt juist niet doorheeft hoe gebrekkig zijn communicatie is. Karel was zich aanvankelijk niet bewust van zijn verminderde expressie en mimiek, totdat de therapeut het hem liet zien middels een korte video-opname met zijn digitale fototoestel. Daar keek Karel wel van op, en hij dacht direct aan hoe dit hem zou belemmeren bij het oppakken van sociale activiteiten en een nieuwe opleiding. Een functionele analyse liet zien dat zijn

verminderde expressie deels geactiveerd werd door angst, stigma en achterdocht, zoals te zien aan zijn gedachten: 'het is veiliger om niet te opvallend te zijn,' en 'als ik mijn emoties laat zien of teveel praat, dan zal ik er gek uitzien en zullen anderen me kwetsen.'

De therapeut gebruikte zijn interactie met Karel in de sessies om te oefenen met expressie en communicatie, door samen foto's van gezichtsexpressies te bestuderen en na te doen, en door conversatievaardigheden te oefenen. Karel bekeek zijn prestaties achteraf op video-opnamen. De therapeut bekrachtigde de kleinste stappen, bijvoorbeeld: 'Dat heb je goed uitgelegd—ik hoefde niet veel vragen te stellen'. De therapeut gaf specifieke voorbeelden van waarop Karel vooruitgang kon maken, zoals: 'Je stemgeluid was te zacht, en we hebben ontdekt dat luider spreken samengaat met meer communicatief zijn, dus daar moeten we aan werken'. Hierna werden moeilijkere taken geregeld door de therapeut, zoals Karel met een paar collega's van de therapeut laten praten en met de baliereceptioniste. Karel oefende ook bij zijn familieleden, die door de therapeut werden begeleid in het geven van feedback, met een nadruk op het complimenteren van verbeterde communicatie (Beck et al., 2009).

Negatieve verwachtingen omtrent plezier beleven en vlakheid

Patiënten kunnen aangeven weinig plezier te beleven en denken daarnaast dat ze ook weinig zullen genieten wanneer de mogelijkheid wordt geboden om aan activiteiten deel te nemen. Ze denken: 'Wat is het nut? Het wordt toch niet meer zo leuk als vroeger,' 'Het is saai,' 'Het is teveel moeite,' etc. Deze negatieve verwachtingen zorgen ervoor dat de patiënt niet deelneemt aan plezierige activiteiten, kansen mist, en daardoor zijn negatieve verwachtingen bevestigd dat niets in het leven nog plezierig is. Aangezien we uit onderzoek (Gard et al., 2007) weten dat deze patiënten net als anderen kunnen genieten wanneer ze eenmaal deelnemen aan activiteiten, is het belangrijkste behandeldoel om een lijst te maken met door de patiënt bedachte plezierige activiteiten, deze in te plannen in het dagelijkse gedragspatroon, en stap voor stap de negatieve verwachtingen omtrent plezier bij te stellen zodat ze geen obstakel meer vormen voor toekomstige deelname aan activiteiten. De stappen zijn als volgt: (1) negatieve verwachtingen vaststellen; (2) bewijs voor het tegendeel zoeken; (3) activiteiten inplannen; (4) plezierscores in de situatie registreren; en (5) de feedback gebruiken om de negatieve gedachten uit te dagen.

Het gaat bij negatieve verwachtingen omtrent plezier ook vaak weer om het zwart/wit denken, waarbij patiënten zeggen dat niets meer zo plezierig is als vroeger en daarom niet langer de moeite waard. Bij de registratie van plezierscores moet de alles-of-niets stijl worden doorbroken. Het is daarbij nuttig om de patiënt verschillende activiteiten met elkaar te laten contrasteren. Bijvoorbeeld:

T: Wat heb je gister gedaan?

P: Ik heb voetbal gekeken op tv.

T: Hoeveel plezier had je tijdens het voetbal kijken? 0% is helemaal geen plezier, en 100% is zeer plezierig.

P: Ik had 0%. Ik vond er niks aan, maar vroeger was het 100%.

T: En als je het eens vergelijkt met wat je me vorige week vertelde over de tandarts. Je vond het erg vervelend om naar de tandarts te moeten, weet je nog?

P: Ja, dat was echt verschrikkelijk. Ik zag er al dagen tegenop, en het was een pijnlijke behandeling.

T: Vond je het voetbal kijken even onplezierig als de tandarts?

P: [Lacht] Nee, zo erg was het gisteravond niet.

T: Als de tandarts een plezierscore van 0% krijgt, hoeveel hoger zou je het voetbal dan geven?

P: Nou, 10% of 20% denk ik.

T: Wat was het leukste of fijnste deel van het voetbal kijken?

P: Dat was eigenlijk dat ik rustig kon zitten, mijn problemen even vergat, en het moment dat Van der Vaart een goal scoorde. [Glimlacht]

Bij het opstarten van de activiteitenregistratie wordt dus veel aandacht besteed aan het scoren van de plezierbeleving, en de patiënt wordt gevraagd om zijn scores zo kort mogelijk na de actuele ervaring te noteren. De registraties worden gezamenlijk uitvoerig besproken en de therapeut probeert de focus van de patiënt te richten door te vragen wat een bepaalde activiteit plezierig maakt, zodat de patiënt daarover nadenkt. Uitbreiding van activiteiten kan bestaan uit het oppakken van oude hobby's waar patiënten al lang niet meer aan hebben gedacht. Daarbij worden van tevoren de verwachtingen van de patiënt bevraagd om die achteraf te vergelijken met de werkelijke beleving. Bijvoorbeeld: Karin was iemand die vroeger schilderde, maar ze heeft dit laten varen toen ze moeilijkheden kreeg op school. Hoewel er veel aansporing is geweest van familie, heeft Karin het schilderen daarna niet meer opgepakt. In de onderstaande zitting had de therapeut een experiment opgezet om haar negatieve verwachtingen te toetsen (uit Perivoliotis & Cather, 2009):

T: Ik ben blij dat je de schilderspullen hebt meegenomen, Karin. Hoeveel plezier verwacht je ervan te zullen beleven wanneer je dadelijk 10 minuten gaat schilderen?

P: 0%. Ik weet dat ik het niet leuk zal vinden. Ik zie niet in waarom we dit doen.

T: Zoals ik vorige week vertelde, zal deze oefening mij helpen om te begrijpen hoe het voor jou is om moeite te hebben met plezier beleven, en het is een experiment om te kijken wat er nu echt gebeurt. Zeg eens, wat denk je dat er zal gebeuren als je die kwast oppakt en gaat schilderen?

P: Ik zal me mat voelen.

T: Hoe mat zul je je voelen, op een schaal van 0-100%?

P: 100%

Karin startte met schilderen. De therapeut zag op een gegeven moment dat er een kleine glimlach op haar gezicht verscheen, en dat ze vrij geconcentreerd bezig was.

T: Ok, de tijd is om. Hoeveel plezier beleefde je nu, op een schaal van 0-100?

P: Ik weet niet. Het was wel aardig, 15% misschien.

T: Dat is interessant. Dat is 15% meer dan je had verwacht. Ook zag ik een kleine glimlach net.

P: Ja, dat is wel zo. Maar een paar jaar geleden zou mijn plezier nog 100% zijn geweest. Ik kan gewoon niet meer genieten.

T: Dat moet frustrerend zijn.

P: Ja, dat klopt ja.

T: Hoe zat het met jezelf mat voelen? Hoe mat was je net, van 0-100%?

P: Misschien ongeveer 30%.

T: 30%. Wow. Dat is niet zo ernstig, in ieder geval in vergelijking met de 100% die je verwachtte.

P: Ja, dat is zo. Maar het schilderen is voor mij ook iets natuurlijks. Als ik over de schizofrenie heen kom, zal ik dat weer kunnen hebben.

T: Ter samenvatting: je was er aanvankelijk van overtuigd dat je absoluut geen plezier zou beleven aan het schilderen vandaag, maar je beleefde ongeveer 15% plezier. Ook dacht je dat je je 100% mat zou voelen, maar het was in werkelijkheid 70% lager. Wat maak je hieruit op?

P: Ik denk dat ik ondanks alles toch nog een beetje van dingen kan genieten

T: Precies. Dat wijst op wat ik je eerder vertelde: het plezier dat we ergens van verwachten is niet altijd hetzelfde als wat we daadwerkelijk beleven als we het eenmaal doen. Het is natuurlijk frustrerend dat het niet zo leuk is als vroeger. Maar hoe meer je weer schildert, hoe leuker het zal worden.

Toen Karin het schilderen thuis weer oppakte werd haar plezier nog extra verhoogd door tegelijkertijd haar favoriete cd's op te zetten. Dit voorbeeld geeft aan dat het soms nodig is om binnen de zitting een eerste poging te ondernemen, hetgeen als voordeel de mogelijkheid biedt om de patiënt te observeren en direct daarna de beleving te bespreken in plaats van een paar dagen later. Zoals het voorbeeld ook duidelijk maakt, worden alle scores gebruikt om negatieve verwachtingen aan te wijzen, cognities te weerleggen, en te wijzen op aandacht- en informatiebiases die zich voordoen.

Tenslotte is het belangrijk om obstakels te bespreken. Er was bijvoorbeeld een patiënt die het vroeger leuk vond om te zwemmen, en samen met de therapeut werd het plan opgepakt om dat weer eens te doen. De patiënt ging inderdaad naar het zwembad, maar was uiteindelijk alweer vertrokken nog voordat hij nat werd. Het bleek dat de patiënt bij het zien van zijn oude zwembroek in het kleedhokje had gedacht: 'Het gaat niet meer passen; ik zal er stom uitzien in mijn zwembroek.' Dit obstakel werd besproken en de patiënt

bedacht om een nieuwe zwembroek te kopen, wat hij de volgende week deed en waarna hij het zwemmen heeft opgepakt.

Negatief zelfbeeld, zelfstigmatisering en verwachting van sociale uitstoting

De schaamte voor de psychose of de diagnose schizofrenie, het ondergaan van gedwongen opnamen en antipsychotische medicatie moeten niet worden onderschat. De demoralisatie vanwege het stigma van schizofrenie en psychose draagt bij aan het ontwikkelen en in stand houden van emotionele en sociale terugtrekking. Omdat psychose en schizofrenie door de samenleving vaak in verband worden gebracht met gekte, gevaar, geweld en een uitzichtloze ziekte, hebben patiënten helaas een veelheid aan bewijs dat anderen hen als 'anders' en 'ongewenst' zien.

Hoewel het moeilijk kan zijn om de ervaring van stigma te verminderen, is er toch een aantal strategieën beschikbaar. Allereerst kan stigma worden verminderd door het normaliseren van de symptomen, zoals beschreven in paragraaf 3.1. Daarbij kan worden verteld dat schizofrenie voorkomt bij ongeveer één op de 140 mensen (Beck et al., 2009). Dus er zijn in Rotterdam meer dan 4.000, in Amsterdam meer dan 5.300, en in Den Haag ongeveer 3.400 mensen die schizofrenie hebben of hebben gehad. Patiënten realiseren zich dat vaak niet, en het kan een verademing betekenen om te weten dat ze niet de enige zijn. Een andere strategie is om samen beroemde mensen te bespreken die ondanks een psychotische stoornis toch iets hebben gepresteerd en waardering hebben gekregen. Bijvoorbeeld wiskundige John Nash van de film 'A beautiful mind', Vincent van Gogh, Jeanne d'Arc (kreeg opdrachten van een stem om het leger in te gaan), Isaac Newton (18 maanden psychose met achtervolgingswanen), Heleen van Royen (zie haar boek-verfilming 'De gelukkige huisvrouw'), en Socrates (heeft ooit een stem gehoord die hem de weg wees naar zijn vrienden). Hierover wordt met de patiënt in gesprek gegaan, onder andere over de prestaties van deze mensen, en of ze al dan niet als minder waard dan anderen beschouwd kunnen worden. Ook kan het nuttig zijn om de patiënt daadwerkelijk in contact te brengen met anderen die psychoses hebben doorgeemaakt, bijvoorbeeld middels een behandelgroep of via lotgenotencontact zoals fora op internet of patiëntverenigingen.

Het kan gebeuren dat patiënten in reactie op het stigma van schizofrenie disfunctionele negatieve gedachten ontwikkelen over zichzelf, hun mogelijkheden, en hoe ze in sociale situaties zullen worden beschouwd. Dergelijke gedachten kunnen worden onderzocht en uitgedaagd met standaard cognitief-gedragstherapeutische herstructureringstechnieken, zoals het meten met twee maten aan de kaak stellen, meerdimensionaal evalueren, gedragsexperimenten en exposure in vivo.

Bijvoorbeeld (uit Beck et al., 2009):

- P: Een vriend van me uit de psycho-educatie groep speelt gewoon biljart terwijl hij ook schizofrenie heeft. Ik neem de moeite niet om het te proberen.
- T: Is er iets dat het moeilijk maakt om het te proberen?
- P: Ik denk vaak dat ik niet meer kan spelen omdat ik schizofrenie heb. Je gaat eraan kapot, en ik wil niet dat mensen dat zien.
- T: Hoe doet die vriend het?
- P: Ik weet niet, hij gaat gewoon door.
- T: Reageren mensen anders op hem wanneer hij biljart speelt?
- P: Nee, je kunt niet aan hem zien dat hij schizofrenie heeft.
- T: Is dat op een bepaalde manier anders voor jou?
- P: Nou nee, je kunt niet echt zien of iemand schizofrenie heeft door gewoon naar hem te kijken, tenzij je in zijn hoofd kan kijken.
- T: Dat is een interessant punt. Als jij biljart speelt, is het dan mogelijk om mensen niet in je hoofd te laten kijken, en je gewoon te richten op het spel en daar plezier in te hebben?
- P: Jawel, maar als ik me niet goed kan concentreren als ik aan de beurt ben, dan zien ze misschien dat ik ze niet allemaal op een rijtje heb.
- T: Hoe blijft je vriend geconcentreerd als hij speelt?
- P: Hij speelt gewoon.
- T: En als jij je nu gewoon op het spel zelf zou richten?
- P: Ja, ik zou me wel op het spel kunnen richten denk ik. Maar wanneer ik stoot, dan kom ik over als een zombie.
- T: Bedoel je je gezichtsexpressie?
- P: Ja, gezichtsexpressie. Ik kan nergens op reageren. Dat kunnen ze denk ik zien en dan vragen ze zich af wat er mis is met me. Ik kan er niets aan doen, het is hopeloos.
- T: Wanneer jouw vriend een bal stoot, laat hij dan telkens veel levendigheid zien?
- P: Soms wel, soms niet.
- T: Wanneer hij niet reageert, wat denk je dan?
- P: Dan denk ik dat hij zich concentreert op het spel.
- T: Lijkt het anderen op te vallen?
- P: Nee, niet dat ik zie.
- T: Is het mogelijk dat anderen je reacties niet opmerken omdat ze aannemen dat je je gewoon concentreert op het spel en dat je niet altijd expressief bent tijdens het spelen?
- P: Ja, dat is mogelijk.
- T: Hoe zou je het vinden om te testen hoe anderen reageren als je komende week biljart gaat spelen?
- P: Goed.

Wanneer de patiënt als gevolg van zelfstigmatisering een negatief zelfbeeld in zwart/wit termen heeft ontwikkeld, kan dit worden uitgedaagd met technieken zoals de meerdimensionale zelfevaluatie. Deze techniek kan worden opgevolgd door de methode van het *positieve eigenschappen dagboek* (Van der Gaag et al., 2005; Tarrier, 2001). De patiënt houdt dan in een schrift iedere dag de bewijzen bij die aantonen dat hij in bezit is van de belangrijk geachte positieve eigenschappen. Bijvoorbeeld: wanneer een van de eigenschappen is dat de patiënt behulpzaam is, dan kan een bewijs inhouden dat hij die dag zijn moeder heeft geholpen met de boodschappen. Door de patiënt deze gedragingen, hoe klein ook, iedere dag te laten noteren, zal hij er meer bewust van worden, er meer van overtuigd raken dat hij die eigenschappen bezit, minder selectief de aandacht richten op de dingen die hij niet heeft, en mogelijk meer trots gaan voelen.

Wanneer de patiënt middels deze technieken zijn negatieve zelfbeeld corrigeert en er bijvoorbeeld van overtuigd raakt dat hij niet waardeloos is, kan het gebeuren dat hij dit wel weet maar nog niet zo 'voelt'. In dat geval kan de methode van Competitive Memory Training (COMET) worden ingezet, gericht op het negatieve zelf-thema, zoals bijvoorbeeld waardeloosheid of incompetentie (Korrelboom et al., 2009; Haan, Van der Gaag & Korrelboom, 2007). Middels deze techniek traint de patiënt zichzelf in het oproepen van het gevoel dat bij de positieve kant van het thema past, daarbij gebruik makend van reeds aanwezige herinneringen. Een beschrijving van deze behandelmethode is bijvoorbeeld te vinden in het artikel van Haan en anderen (2007). Het protocol is op te vragen bij de tweede auteur.

Tabel 3 Behandeling van demoralisatie

Algemeen	<ul style="list-style-type: none"> • Psycho-educatie en normalisatie • Doelen vaststellen • Activiteitenregistratie met daarbij plezier- en competentiescores • Activiteitenuitbreiding en vermijding opheffen door graduele exposure • Familie betrekken
Negatieve verwachtingen omtrent eigen capaciteiten <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ik heb niet genoeg energie</i> • <i>Ik kan me niet concentreren</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Activiteitenlijst met de inzet / moeite per activiteit (kwart tank, halfvolle tank, etc) • Gradueel uitbreiden van activiteiten/exposure • Angstige en disfunctionele gedachten uitdagen • Rollenspel gericht op grenzen aangeven • Gedragsexperimenten (in de zitting)

Negatieve verwachtingen omtrent prestatie en sociale vaardigheden

- *Als ik ga werken, krijg ik een terugval en word ik ontslagen*
- *Als ik iets probeer, zal het niet goed gaan*
- *Ik weet niet wat ik moet zeggen*
- *Ik kan het niet goed verwoorden*

- Overmatige druk wegnemen van familie, werk, hulpverleners, etc.
- Realistische en betekenisvolle doelen vaststellen op korte en lange termijn
- Uitdagen van disfunctionele gedachten en biases die opkomen tijdens de activiteitenregistratie en graduele activiteitenuitbreiding
- Expressie-/communicatietraining
- Gedragsexperimenten (in de zitting)
- Exposure in vivo

Negatieve verwachtingen omtrent plezier beleven en vlakheid

- *Het wordt nooit meer zo leuk als vroeger*
- *Het is allemaal even saai*
- *Ik kan niet meer genieten van leuke dingen*

- Tijdens de activiteitenregistratie extra aandacht voor plezierscores
- Meerdimensionaal leren denken over plezier
- Tijdens activiteitenuitbreiding extra aandacht voor het oppakken van oude hobby's
- Gedragsexperimenten (in de zitting)
- Bewijzen voor/tegen uitdaagtechniek
- Aandachtsbiases aanwijzen waar mogelijk

Negatief zelfbeeld, zelfstigmatisering en verwachting van sociale uitstoting

- *Iedereen ziet dat ik gek ben*
- *Ik kan nooit een normaal niveau bereiken, want ik heb schizofrenie*
- *Ik ben niet geschikt voor een relatie, want ik heb een psychische stoornis*
- *Ik ben beschadigd en niet weerbaar*
- *Het is beter om niet teveel te laten zien*
- *Als ik mezelf uitdruk, vinden anderen me gek*
- *Als ik mijn emoties laat zien, word ik gekwetst*

- Normaliseren (continuüm symptomatologie, beroemde mensen bespreken)
 - Lotgenotencontact
 - Cognitief herstructureren (twee maten, geen tweederangsburger, meerdimensionaal, etc.)
 - Gedragsexperimenten
 - Zelfwaardering technieken (positieve eigenschappen dagboek, COMET)
 - Exposure in vivo
-

CONCLUSIE

Cognitieve gedragstherapie voor demoralisatie berust op leerprincipes, maar vereist daarnaast een hoge mate van creativiteit bij de therapeut evenals de openheid om zittingen te gebruiken voor experimenten die disfunctionele gedachten toetsen. Het doel van de therapie is niet om patiënten te herstellen tot hun oude niveau van functioneren, maar om ze te helpen bij het doorbreken van isolatie en inactiviteit door hun persoonlijke en situationele bronnen te mobiliseren en een zinvolle relatie te doen groeien met de wereld om hen heen. Cognitieve beperkingen maken het behandelproces soms langzaam en herhaalde terugvallen zijn mogelijk. Een behandeling gericht op demoralisatie kan al snel een jaar of langer in beslag nemen, en ook daarna kunnen boosterzittingen nuttig zijn om behaalde resultaten te behouden, terugval te voorkomen, en een verbeterd niveau van functioneren vrucht te laten dragen voor het leven van de patiënt. Dit langdurige proces en de inactiviteit van sommige patiënten kunnen bij de therapeut een gevoel van hopeloosheid teweegbrengen. We hopen dat middels de beschreven cognitief-gedragstherapeutische conceptualisatie en behandelopties er meer duidelijkheid en mogelijkheden voor therapeuten zijn om aan demoralisatie te werken.

SUMMARY

Cognitive behavioral therapy for demoralization in patients with schizophrenia

In this article, a therapy is outlined for treating demoralization in patients with schizophrenia. The therapy is placed within the context of a cognitive model of demoralization, and focuses on patients' negative expectations concerning their capabilities and social exclusion. These expectations are presumably based on the losses that they have suffered and on cognitive impairments, but are nonetheless often unrealistic and lead to avoidance and inactivity. For assessment, a specialized demoralization interview was developed. The therapy itself consists of cognitive-behavioural strategies to correct patients' dysfunctional thought patterns and to gradually expose patients to situations they have been avoiding. The goal of the therapy is not for patients to regain their old level of functioning, but rather to help them overcome isolation and inactivity, by mobilising their personal and contextual resources and by nourishing a meaningful bond with their environment. Various case studies are used to demonstrate how this may work.

Key words: cognitive behavioural therapy, demoralization interview, patients with schizophrenia, dysfunctional thought patterns

LITERATUUR

- Beck, A.T., Rector, N.A., Stolar, N., & Grant, P. (2009). *Schizophrenia; cognitive theory, research, and therapy*. New York, London: The Guilford Press.
- Clarke, D.M., & Kissane, D.W. (2002). Demoralization: its phenomenology and importance. *Australian and New-Zealand Journal of Psychiatry*, 36(6), 733-743.
- Cockram, C.A., Doros, G., & de Figueiredo, J.M. (2009). Diagnosis and measurement of subjective incompetence: the clinical hallmark of demoralization. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(6), 342-345.
- Gard, D.E., Kring, A.M., Gard, M.G., Horan, W.P., & Green, M.F. (2007). Anhedonia in schizophrenia: distinctions between anticipatory and consummatory pleasure. *Schizophrenia Research*, 93(1-3), 253-260.
- Granhölm, E., Ben-Zeev, D., & Link, P.C. (2009). Social desinterest attitudes and group cognitive-behavioral social skills training for functional disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, in press.
- Grant, P., & Beck, A.T. (2009). Defeatist beliefs mediate cognitive impairment and negative symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, in press.
- Haan, G. de, Van der Gaag, M., & Korrelboom, C.W. (2007). Competitive Memory Therapy (COMET) bij een psychotische vrouw met auditieve hallucinaties. *Directieve Therapie*, 27, 146-160.
- Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 160, 13-23.
- Kapur, S., Mizrahi, R. & Li, M. (2005). From dopamine to salience to psychosis—linking biology, pharmacology and phenomenology of psychosis. *Schizophrenia Research*, 79, 59-68.
- Korrelboom, C.W., Weele, K. van der, Gjaltema, M., & Hoogstraten, C. (2009). Competitive Memory Training (COMET) for treating low self-esteem: a pilot study in a routine clinical setting. *The Behavior Therapist*, 32, 3-9.
- Kingdon, D., & Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioural therapy of schizophrenia*. New York: The Guilford Press.
- Kissane, D.W., Clarke, D.M., & Street, A.F. (2001). Demoralization syndrome—a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of palliative care*, 17(1), 12-21.
- Mauritz, M., & Van Meijel, B. (2009). Loss and grief in patients with schizophrenia: on living in another world. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23, 251-260.
- Perivoliotis, D. & Cather, C. (2009). Cognitive behavioural therapy of negative symptoms. *Journal of Clinical Psychology: in session*, 65(8), 1-16.
- Rector, N. (2004). Disfunctional attitudes and symptom expression in schizophrenia: differential associations with paranoid delusions and negative symptoms. *Journal of cognitive psychotherapy*, 18, 163-172.
- Restifo, K., Harkavy-Friedman, J.M., & Shrout, P.E. (2009). Suicidal behavior in schizophrenia; a test of the demoralization hypothesis. *Journal of the nervous and mental disease*, 197, 147-153.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J., Scott, J., Siddle, R., et al., (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57, 165-172.
- Tarrier, N. (2001). The use of coping strategies and self-regulation in the treatment of psychosis. In: A. Morrison (Ed.), *Casebook of cognitive therapy for psychosis*, London: Routledge.
- Van der Gaag, M., Valmaggia, L., Van Meer, R., & Slooff, C. (2005). *Gedachten Uitpluizen. Cognitieve Gedragstherapie bij achterdocht en stemmen*. Oegstgeest: Stichting Cognitie & Psychose.

Context en craving voor chocolade: extinctie en renewal in gezondheidsgerelateerd gedrag

Dinska Van Gucht¹, Debora Vansteenwegen¹, Omer Van den Bergh¹ en Tom Beckers^{1,2}

SAMENVATTING

In dit artikel wordt een samenvatting gegeven van eerder onderzoek (Van Gucht, Vansteenwegen, Beckers & Van den Bergh, 2008b; Van Gucht, Vansteenwegen, Van den Bergh & Beckers, 2008c) waarin een appetitief conditioneringsparadigma ontwikkeld werd om processen van craving en cravingreductie te onderzoeken met het oog op het beperken van terugval in verstoord eetgedrag en verslaafd gedrag. Naast craving werden ook andere afhankelijke maten opgenomen, namelijk de subjectieve verwachting en een gedragsmaat als index van toenaderings- en vermijdingstendensen. Meerdere experimenten leverden verrassende verschillen op tussen de maten. Subjectieve verwachting en automatisch toenaderingsgedrag namen af door een uitdovingsprocedure, maar keerden bij een verandering van context na de uitdovingsprocedure weer makkelijk terug (*ABA renewal*); in tegenstelling tot de verwachting en gedragsstendens bleek craving helemaal niet uit te doven. Terugval kan bijgevolg zowel veroorzaakt worden door craving die niet uitdooft, als door terugkeer van voorbereidende reacties tengevolge een verandering van context na uitdoving (cf. de renewal in verwachtings- en gedragsmaat).

INLEIDING

Zowel obesitas als verslaving zijn gezondheidsproblemen met een hoge prevalentie en grote maatschappelijke impact. Er bestaan belangrijke gelijkenissen tussen verstoord eetgedrag en verslaafd gedrag (o.a., Cooper, 1989; Rogers & Smit, 2000). Beide worden ondermeer gekarakteriseerd door sterke craving en preoccupatie met het product (voedsel/drugs). Craving is een belangrijke

¹ Departement Psychologie, K.U.Leuven, België

² Departement Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam, Nederland

Correspondentie-adres: Dinska Van Gucht, Centrum voor Leerpsychologie en Experimentele

Psychopathologie, Departement Psychologie K.U.Leuven, Tiensestraat 102, 3000 Leuven

E-mail: dinska.vangucht@psy.kuleuven.be

factor die gerelateerd is aan zowel instandhouding van de stoornis als aan terugval (o.a., Drummond, Tiffany, Glautier & Remington, 1995; Jansen, 1998). Bijgevolg is het belangrijk om inzicht te krijgen in het cravingproces en technieken te ontwikkelen om craving te reduceren. Gezien de hoge prevalentie van craving naar chocolade (het komt voor bij 40% van de vrouwen en 15% van de mannen; Rozin, Levine & Stoess, 1991) en het feit dat er bij chocoladecraving (in tegenstelling tot bijv. alcoholverslaving) zelden sprake is van psychiatrische comorbiditeit, vormt het een ideaal testdomein om technieken voor cravingreductie te onderzoeken bij makkelijk toegankelijke niet klinische populaties (Weingarten & Elston, 1991).

Leertheoretische modellen (voor een overzicht van andere benaderingen, zie Van Gucht et al., 2008a) suggereren dat cue exposure een efficiënte techniek zou moeten zijn om craving te reduceren. De kerntechniek van exposure (of extinctie) behelst het herhaald aanbieden van de geconditioneerde stimulus (CS; bijv. chocolade cue) in afwezigheid van de ongeconditioneerde stimulus (US; bijv. chocolade eten) zodat de geconditioneerde reactie (CR; bijv. craving) kan uitdoven (Pavlov, 1927). Op basis van een meta-analyse besluiten Conklin en Tiffany in 2002 echter dat de effectiviteit van cue exposure behandelingen in de context van verslaving erg laag is; ze stellen als verklaring hiervoor dat in de toepassing van dit behandelprincipe te weinig rekening wordt gehouden met recente experimentele bevindingen betreffende extinctie. Onderzoek toont immers aan dat extinctie niet de opheffing van de originele verworven associatie inhoudt, maar veeleer het verwerven van een nieuwe associatie, die de originele associatie tijdelijk inhibeert (Bouton, 2002). De CS (bijv. chocolade cue) wordt na extinctie ambigu, en kan zowel oude als nieuwe associaties oproepen. Een verandering van context na extinctie kan die ambiguïteit opheffen, waardoor de geconditioneerde reactie terugkeert, d.i. renewal (Bouton & Bolles, 1979). Een voorbeeld om dit te verduidelijken:

Mevrouw X is verslaafd aan alcohol. Via klassieke conditionering heeft ze geleerd om bepaalde stimuli, zoals een glas wijn, te associëren met de inname van alcohol. Dit wil zeggen, als resultaat van herhaalde gepaarde aanbiedingen roept de geur of het zien van de wijn, de craving om te drinken bij haar op. Mevrouw X heeft deze associatie tussen de CS en de US geleerd in meerdere contexten, niet alleen in haar stamkroeg, maar ook op terrasjes, in haar woonkamer, in het gezelschap van vrienden, op feestjes etc. Die fysieke contexten lokken bij haar steeds de craving of drang op om te drinken. Haar drankprobleem leidt tot een opname in een ontwenningsskliniek waar ze een cue exposure behandeling ondergaat. In de context van de ontwenningsskliniek, de behandelruimte, ervaart mevrouw X na de behandeling geen craving meer om te drinken bij het zien van een glas wijn. Ze wordt ontslagen uit de kliniek en keert terug naar huis. Echter, bij haar volgende bezoek aan de stamkroeg steekt de craving opnieuw de kop op bij het zien van een glas wijn, en ze hervalt in haar verslaving.

Onderzoek toont aan dat de acquisitie van gedrag, in dit voorbeeld het aanleren van een verslaving, *contextonafhankelijk* blijkt en gemakkelijk generaliseert naar andere contexten. Uitdoving of extinctie blijkt echter *contextafhankelijk* te zijn, en beperkt zich dus tot de uitdovingscontext (hier de behandelruimte/ontwenningsskliniek) (Bouton, 2000). We kunnen dus moeilijk spreken van het “afleren” van gedrag. Bij extinctie wordt de geleerde associatie onderdrukt, de CS wordt ambigu. In het stamcafé zal de CS (het glas wijn) leiden tot craving, in de kliniek tot afwezigheid van de craving. De context kan de ambiguïteit dus oplossen. Door de contextafhankelijkheid van extinctie kunnen we dus ook begrijpen waarom terugval zo vaak voorkomt. Vaak is een verslaving, of verstoord eetgedrag, verspreid over verschillende contexten, en niet alleen fysieke ruimtes, maar ook interne gemoedstoestanden, bepaalde tijdstippen, de aanwezigheid van bepaalde mensen etc.

Fenomenen zoals renewal wijzen er op dat contexten een erg belangrijke rol kunnen spelen bij het ‘afleren’ van gedrag en bij terugval. Renewal werd voornamelijk vastgesteld in het domein van angst, zowel bij dieren als bij mensen (o.a., Bouton & Bolles, 1979; Vansteenwegen, Dirikx, Hermans, Vervliet & Eelen, 2006), en binnen het appetitieve domein bij dieren (o.a., Bouton & Peck, 1989; Brooks & Bouton, 1994). Bij mensen zijn studies naar renewal binnen het appetitieve domein zeer schaars (zie Van Gucht et al., 2008a voor een overzicht), hoewel dergelijk onderzoek van groot belang is om behandelingen gebaseerd op extinctie/exposure te optimaliseren.

Om al die redenen ontwikkelden we een conditioneringsparadigma voor systematisch laboratoriumonderzoek met de volgende doelen (1) een paradigma ontwikkelen om acquisitie van chocolade craving te bekomen in mensen, (2) extinctie en contexteffecten zoals renewal onderzoeken, en (3) de relatie tussen verschillende geconditioneerde responsen onderzoeken (zie infra).

METHODE

In wat volgt zal het basisparadigma uiteen gezet worden dat in de verschillende experimenten gehanteerd werd. Voor meer details en procedurele verschillen tussen de experimenten, verwijzen we graag naar Van Gucht et al. (2008b-c). In essentie kregen deelnemers telkens een dienblad voor de neus met chocolade er op; bij het ene dienblad mochten ze die soms opeten, bij het andere niet. Doel is het ene dienblad (de CS+) een signaal te maken voor eten van chocolade en het andere niet (de CS-). We meten daarbij niet enkel hoeveel craving deelnemers hadden bij het zien van de dienbladen, maar ook hun subjectieve verwachting om chocolade te mogen eten, en (aan het einde van het experiment) de impulsieve tendens om het dienblad gepaard met chocolade toe te naderen en het andere dienblad te vermijden.

Deelnemers

Deelnemers moesten chocolade lusten, maar er niet aan 'verslaafd' zijn.

Metingen

Afhankelijke metingen waren (1) de subjectieve craving, (2) de subjectieve verwachting om chocolade te mogen eten beide gemeten via visueel analoge schalen; en (3) een gedragsmaat in de vorm van een approach-avoidance reactietijdtaak, als index van impliciete toenaderings- en vermijdingstendensen (een aangepaste versie van de computertaak van Mogg, Bradley, Field & De Houwer, 2003, zie ook Van Gucht et al., 2008c voor meer details).

Materiaal

Voor de start van de experimenten werd de deelnemers gevraagd wat hun favoriet merk en soort van chocolade was, zodat we voor elke deelnemer individueel in aluminium folie verpakte stukjes chocolade konden voorbereiden.

Twee verschillende dienbladen werden gebruikt als CS'en. Het ene was wit en rechthoekig, het andere rond en groen. Eén van de dienbladen (de CS+) werd soms gevolgd door de US (het eten van chocolade), het andere (de CS-) werd nooit gevolgd door de US, gecontrabalanceerd over deelnemers.

Voor de approach-avoidance SRC taak, werden acht verschillende foto's gebruikt, vier van het groene dienblad, vier van het witte, elk uit vier verschillende hoeken.

Procedure

Het basisparadigma zag er als volgt uit: twee groepen worden vergeleken (between-subjects design), een AAA- en ABA-groep; de letters staan voor de context waarbinnen resp. de acquisitie- of aanleerfase, de extinctie- of uitdovingsfase en tenslotte de renewal- of terugkeerfase plaatsvond. Beide groepen ondergingen de acquisitiefase dus in context A; twee neutrale prikkels (de twee verschillende dienbladen) werden aangeboden, de ene prikkel werd consistent gepaard (CS+) met het eten van het stukje chocolade (US), de andere (CS-) werd nooit gepaard met de US. Op het einde van de acquisitiefase werd een significant verschil in respons tussen de twee prikkels verwacht, meer bij de CS+ dan bij de CS-.

In de extinctiefase werden beide prikkels aangeboden zonder de US. Door de herhaaldelijke onbekrachtigde aanbiedingen werd verwacht dat de respons uitgelokt door de CS+ zou uitdoven, en het verschil tussen de prikkels dus zou verdwijnen. De AAA-groep onderging de extinctiefase in de acquisitiecontext A, terwijl de ABA-groep die fase onderging in een andere context B. Het verschil in context werd gerealiseerd door de verlichting in de testruimte te doven/versterken.

Vervolgens ondergingen beide groepen de renewalfase in de originele acquisitiecontext A: beide CS'en werden aangeboden zonder US. In de ABA-

groep verwachtten we een terugkeer van het verschil in respons, met name dat de CS+ opnieuw een respons zou uitlokken door de terugkeer naar de acquisitiecontext. Voor de AAA-groep verwachtten we geen renewaleffect, aangezien er in die groep geen contextverandering plaatsvond.

RESULTATEN

Op het einde van de acquisitiefase stelden we in verschillende experimenten significant meer craving vast bij een voorheen neutrale cue die gepaard werd met het eten van chocolade (CS+) dan bij een cue waarbij dit niet het geval was (CS-). Herhaaldelijk, en ondanks verschillende manipulaties (expliciete instructies, andere blootstellingsprocedure) kon geen uitdovingseffect vastgesteld worden in de cravingmaat, wat op zich een belangwekkende vaststelling was. Renewal kon derhalve niet worden getest (Van Gucht et al., 2008b-c).

Voor wat betreft de verwachtingsmaat stelden we een sterk acquisitieveffect vast dat door uitdoving werd geëlimineerd. Een contextverandering na de extinctiefase veroorzaakte een renewaleffect (Van Gucht et al., 2008b-c).

De resultaten van de reactietijdtaak wezen erop dat een impliciete toenaderingstendens wordt uitgelokt door een geconditioneerde cue voor chocoladeconsumptie: deelnemers waren namelijk significant sneller in een computertaak om foto's van de CS+ te benaderen en foto's van de CS- te vermijden dan omgekeerd. Bovendien bleek de taak in staat om uitdoving en renewal van die impliciete toenaderingstendens te detecteren (Van Gucht et al., 2008c). Onze resultaten sluiten aan bij de evidentie die al werd gevonden voor de capaciteit van verslavingsgerelateerde cues om automatische toenaderingstendensen uit te lokken (Bradley, Field, Mogg & De Houwer, 2004; Mogg et al., 2003). Nieuw is echter dat we konden aantonen dat ook initieel neutrale cues na een conditioneringsprocedure zulke tendensen kunnen uitlokken in een paradigma met, in tegenstelling tot eerder onderzoek, volledige controle over stimuli en deelnemerstoewijzing. De reactietijdtaak is bovendien een ecologisch valide instrument om processen van craving, verslaving en terugval te onderzoeken die niet gebaseerd is op verbale rapportering.

DISCUSSIE

Het paradigma dat werd ontwikkeld, is robuust en valide. Onze resultaten leveren solide evidentie voor ABA renewal in appetitief leren bij mensen in termen van verwachting en de automatische gedragsmaat. De uitdoving van de craving bleek in verschillende experimenten echter niet de verwachtings- en de gedragsmaat te volgen. Er zijn andere vormen van aangeleerde responsen die relatief ongevoelig blijken voor disruptie van CS-US contingenties. Zo toonde evaluatief conditioneringsonderzoek aan dat aangeleerde voorkeuren ('likes') en afkeren ('dislikes') redelijk immuun zijn voor extinctie (De Houwer, Thomas

& Baeyens, 2001). Ook in een vreesconditioneringsprocedure bleek dat, zelfs indien de verwachting en een niet-evaluatieve gedragsmaat van angst volledig uitdoofden, de aangeleerde afkeer voor een geconditioneerde vreesprikkel onaangetast bleef na een extinctiefase (Hermans, Crombez, Vansteenwegen, Baeyens & Eelen, 2002; Vansteenwegen, Francken, Vervliet, Declerq & Eelen, 2006). Die resultaten wijzen op een desynchronisatie van responsystemen tijdens extinctie. Het suggereert dat craving en verwachting synchroon verlopen tijdens acquisitie, maar dat disconfirmatie van verwachtingen (extinctie) meer impact heeft op een responsstelsel dat het organisme voorbereidt om met een prikkel om te gaan ("preparatory responses", zoals het produceren van speeksel in anticipatie van voedsel zodat het makkelijk gekauwd en doorgeslikt kan worden) dan op een responsstelsel dat evaluatieve waarde toekent aan een prikkel (De Houwer et al., 2001).

Die verschillen tussen de metingen in gevoeligheid voor extinctie hebben belangrijke implicaties voor het onderzoek naar terugval. Immers, terugval kan worden veroorzaakt door de hierboven beschreven terugkeer van voorbereidende reacties door een contextwissel na extinctie (renewal in verwachtings- en gedragsmaat), maar ook door niet-uitgedoofde craving. Wanneer men de kansen op terugval wil verkleinen, is het daarom belangrijk om beide aspecten aan te pakken, door *enerzijds* methoden te ontwikkelen die renewal reduceren, zoals extinctie/exposure doorvoeren in meerdere contexten en het effect van herinneringssignalen te onderzoeken (voor een overzicht zie Bouton, Woods, Moody, Sunsay & Garcia-Gutiérrez, 2006) en *anderzijds* de craving die resistent blijkt aan extinctie toch trachten te verminderen, door een alternatieve procedure.

In evaluatief conditioneringsonderzoek bleek contraconditionering een veelbelovende procedure (Baeyens, Eelen, Van den Bergh & Crombez, 1989) en ook in recent onderzoek met ons appetitief conditioneringsparadigma konden we de gunstige effecten van die procedure aantonen (Van Gucht, Baeyens, Vansteenwegen, Hermans & Beckers, in druk). We stelden namelijk vast dat een stimulus, die eerst gepaard ging met chocoladeconsumptie, nog steeds craving uitlokte na de gebruikelijke extinctieprocedure, maar geen craving meer uitlokte na contraconditionering (herhaaldelijke aanbieding van de stimulus met de consumptie van een erg onaangenaam smakende vloeistof, Polysorbaatzo of 'Tween'). Een week later bleek dit effect nog steeds aanwezig. Bovendien bleek contraconditionering effectiever dan extinctie wat betreft de verstoring van verwachtingen om chocolade te krijgen en het reduceren van werkelijke chocoladeconsumptie uitgelokt door de stimulus. Deze resultaten suggereren dat contraconditionering veelbelovend lijkt in de klinische behandeling van verstoord eetgedrag en verslaafd gedrag (Van Gucht et al., in druk).

SUMMARY

Context and craving for chocolate: extinction and renewal in health-related behavior

In this article we provide a summary of previous research (Van Gucht, Vansteenwegen, Beckers, & Van den Bergh, 2008b; Van Gucht, Vansteenwegen, Van den Bergh & Beckers, 2008c) in which we developed a conditioning paradigm that allows to systematically investigate the acquisition, extinction and return of conditioned appetitive responses in humans with the goal to minimize relapse in disturbed eating behaviour and addictive behavior. In addition to the assessment of craving, we also included other dependent measures, such as US expectancy and an indirect behavioral measure of approach and avoiding tendencies. Several experiments provided surprising differences between these measures. We found solid evidence for renewal in terms of *expectancy* and *automatic approach behavior*. However, *craving* was apparently not affected by an extinction procedure even though extinction did effectively reduce the other two conditioned responses. Thus, relapse cannot only be promoted by a return of anticipatory reactions due to a context switch (e.g., renewal in the expectancy and behavioral measure) but also by lingering craving.

Keywords: craving, addictive behaviour, conditioned responses, extinction, renewal

LITERATUUR

- Baeyens, F., Eelen, P., Van den Bergh, O., & Crombez, G. (1989). Acquired affective-evaluative value: Conservative but not unchangeable. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 279-287.
- Bouton, M.E. (2000). A learning theory perspective on lapse, relapse, and the maintenance of behavior change. *Health Psychology*, 19, 57-63.
- Bouton, M.E. (2002). Context, ambiguity, and unlearning: Sources of relapse after behavioral extinction. *Biological Psychiatry*, 52, 976-986.
- Bouton, M.E., & Bolles, R. C. (1979). Contextual control of the extinction of conditioned fear. *Learning and Motivation*, 10, 445-466.
- Bouton, M.E., & Peck, C.A. (1989). Context effects on conditioning, extinction, and reinstatement in an appetitive conditioning preparation. *Animal Learning & Behavior*, 17, 188-198.
- Bouton, M.E., Woods, A.M., Moody, E.W., Sunsay, C., & Garcia-Gutiérrez, A. (2006). Counteracting the context-dependence of extinction: Relapse and tests of some relapse prevention methods. In M.G. Craske, D. Hermans, & D. Vansteenwegen (Eds.), *Fear and learning: From basic processes to clinical implications* (pp. 175-196). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bradley, B., Field, M., Mogg, K., & De Houwer, J. (2004). Attentional and evaluative biases for smoking cues in nicotine dependence: Component processes of biases in visual orienting. *Behavioural Pharmacology*, 15, 29-36.
- Brooks, D.C., & Bouton, M.E. (1994). A retrieval cue for extinction attenuates response recovery (renewal) caused by a return to the conditioning context. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 20, 366-379.

- Conklin, C.A., & Tiffany, S.T. (2002). Applying extinction research and theory to cue-exposure addiction treatments. *Addiction, 97*, 155-167.
- Cooper, S.E. (1989). Chemical dependency and eating disorders: Are they really so different? *Journal of Counseling and Development, 68*, 103-105.
- De Houwer, J., Thomas, S., & Baeyens, F. (2001). Associative learning of likes and dislikes: A review of 25 years of research on human evaluative conditioning. *Psychological Bulletin, 127*, 853-869.
- Drummond, D.C., Tiffany, S., Glautier, S., & Remington (Eds.). (1995). *Addictive behaviour: Cue exposure theory and practice*. New York: Wiley.
- Hermans, D., Crombez, G., Vansteenwegen, D., Baeyens, F., & Eelen, P. (2002). Expectancy-learning and evaluative learning in human classical conditioning: Differential effects of extinction. In S. P. Shohov (Ed.), *Advances in Psychology Research, Vol. 12* (pp. 17-41). Huntington, NY: Nova Science.
- Jansen, A. (1998). A learning model of binge eating: Cue reactivity and cue exposure. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 257-272.
- Mogg, K., Bradley, B.P., Field, M., & De Houwer, J. (2003). Eye movements to smoking related pictures in smokers: Relationship between attentional biases and implicit and explicit measures of stimulus valence. *Addiction, 98*, 825-836.
- Pavlov, I.P. (1927). *Conditioned reflexes*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Rogers, P.J., & Smit, H.J. (2000). Food craving and food "addiction": A critical review of the evidence from a biopsychosocial perspective. *Pharmacology Biochemistry and Behavior, 66*, 3-14.
- Rozin, P., Levine, E., & Stoess, C. (1991). Chocolate craving and liking. *Appetite, 17*, 199-212.
- Van Gucht, D., Baeyens, F., Vansteenwegen, D., Hermans, D., & Beckers, T. (in druk). Counterconditioning reduces cue-induced craving and actual cue-elicited consumption. *Emotion*.
- Van Gucht, D., Vansteenwegen, D., Beckers, T., Hermans, D., Baeyens, F., & Van den Bergh, O. (2008a). Repeated exposure effects on subjective and physiological indices of chocolate craving. *Appetite, 50*, 19-24.
- Van Gucht, D., Vansteenwegen, D., Beckers, T., & Van den Bergh, O. (2008b). Return of experimentally induced chocolate craving after extinction: Divergence between craving and US-expectancy. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 375-391.
- Van Gucht, D., Vansteenwegen, D., Van den Bergh, O., & Beckers, T. (2008c). Conditioned craving cues elicit an automatic approach tendency. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 1160-1169.
- Vansteenwegen, D., Dirix, T., Hermans, D., Vervliet, B., & Eelen, P. (2006). Renewal and reinstatement of fear: Evidence from human conditioning research. In M. G. Craske, D. Hermans, & D. Vansteenwegen (Eds.), *Fear and learning: From basic processes to clinical implications* (pp. 197-215). Washington, DC: American Psychological Association.
- Vansteenwegen, D., Francken, G., Vervliet, B., Declerq, A., & Eelen, P. (2006). Resistance to extinction in evaluative conditioning. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes, 32*, 71-79.
- Weingarten, H., & Elston, D. (1991). Food cravings in a college population. *Appetite, 17*, 167-175.

Gedragsanalyse en Relational Frame Theory in actie bij autisme en andere ontwikkelingsstoornissen

R.A. Rehfeldt & Y. Barnes-Holmes (2009). Derived Relational Responding: applications for learners with autism and other developmental disabilities. A progressive guide to change. Oakland: New Harbinger. ISBN 978 1 57224 536 5, 385 pagina's, prijs €96

Francis De Groot¹

Na jarenlang in betrekkelijke stilte doorgeploegd te hebben tijdens de cognitieve storm, lijken de magerste jaren voor de gedragsanalyse of het radicale behaviorisme stilaan voorbij. Dit is toch een beetje – en nog niet zo'n heel klein beetje – te danken aan de enorme dynamiek van de groepen onderzoekers en therapeuten rond de Relational Frame Theory (RFT) en Acceptance & Commitment Therapy (ACT). Eind vorig jaar, precies 10 jaar na het verschijnen van de ACT-bijbel (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) en 8 jaar na het verschijnen van het fenomenale RFT-basisboek (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001) verscheen een nieuw intrigerend gedragsanalytisch boek uit dezelfde hoek – de boeken die intussen verschenen over ACT zijn niet meer te tellen en blijven hier buiten beschouwing.

Vooraleer een beetje op de inhoud in te gaan nog deze kleine noot. ACT en RFT roepen naast een enorm enthousiasme bij velen en belangrijke gezonde kritiek, hier en daar ook nukkige reacties op. Deze laatste hebben soms te maken met de presentatiestijl van Steven Hayes, één van de founding fathers. Wel, aan dit boek heeft Hayes niet meegewerkt. Zijn naam prijkt onder geen enkel hoofdstuk. Enkel het voorwoord is van zijn hand. En misschien voor sommigen nog een geruststelling: dit boek gaat absoluut niet over ACT.

Dan ter zake. Derived Relational Responding is opgebouwd uit 17 hoofdstukken, telkens van verschillende auteurs. Vooral Amerikaanse en Ierse auteurs zijn sterk vertegenwoordigd, naast een opvallende Spaanse aanwezigheid. Het boek is ingedeeld in drie grote delen. Hierin zit een zeer logische, mooie opbouw van zeer elementaire, voorbereidende vaardigheden (deel 1), over aanleren van spre-

¹ Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen, Provinciesteenweg 408, 2530 Boechout (België)
E-mail: francis.de.groot@fracarita.org

ken en luisteren (deel 2), tot hogere relationele (cognitieve) vaardigheden (deel 3). Deze opbouw is op zich typisch gedragsanalytisch: men werkt met deelvaardigheden die systematisch getraind en opgebouwd worden.

Het geheel handelt over het aanleren van cognitieve vaardigheden bij kinderen met autisme en andere ernstige ontwikkelingsstoornissen. Het gaat dus niet over gedragsstoornissen of sociale vaardigheden. De doelgroep waarop men zich richt is vaak zeer zwaar gehandicapt. Zo omvat deel 1 hoofdstukken die aangeven hoe men stil zitten, oogcontact maken en imiteren – als basiswaarden om verder te kunnen leren – kan aanleren bij deze kinderen (hoofdstuk 1), of hoe observatiegedrag kan aangeleerd worden (hoofdstuk 3) en tenslotte de eerste primaire verbale communicatie (hoofdstuk 5).

Deel 2 vervolgt met de zeer zwakke doelgroep en heeft het onder meer over het leren volgen van instructies (hoofdstuk 6), leren lezen en schrijven (hoofdstuk 9) en functionele communicatie: leren vragen stellen (hoofdstuk 11). Deel 3 maakt een sprong en behandelt veel complexere cognitieve vaardigheden. Dit maakt het ook toepasselijker bij normale kinderen. Aan bod komen onder meer perspectiefname (hoofdstuk 13), mathematisch redeneren (hoofdstuk 15) en flexibel leren denken (hoofdstuk 17).

De achtergrond van alle hoofdstukken is zeer strikt gedragsanalytisch. Ze putten wel uit verschillende 'scholen' of modellen binnen de gedragsanalyse. Wie hierin niet thuis is, zal de verschillen niet kennen en mogelijk ook niet opmerken. Maar er bestaan uiteenlopende theorieën over of benaderingen van taal en cognities binnen de gedragsanalyse. In dit boek komen zowel interventies vanuit een strikt Skinneriaans model aan bod (bijvoorbeeld hoofdstuk 5 over 'mands' en 'tacts' – recht uit 'Verbal behavior' van Skinner), als vanuit Sidmans stimulusequivalentie (bijvoorbeeld hoofdstuk 9 over lezen en schrijven) en de 'naming' theorie van Horne en Lowe (bijvoorbeeld hoofdstuk 7 over benoemen en luisteren). Het sterkst vertegenwoordigd zijn de benaderingen vanuit RFT. Niet minder dan acht hoofdstukken zijn er grotendeels op gebaseerd en ook andere verwijzen er naar. Ze behandelen uiteenlopende interventies die vanuit RFT zijn ontwikkeld.

'Derived Relational Responding' of 'Afgeleid relationeel reageren' is een draak van een titel wegens compleet onbegrijpelijk voor wie niet thuis is in de moderne gedragsanalyse. Maar het zou jammer zijn moest het boek daardoor genegeerd worden.

Derived relational responding dus. Eenvoudig gesteld betekent relationeel reageren dat men verbanden legt (relaties) tussen stimuli, bijvoorbeeld: 'schoon' is Vlaams voor 'mooi'. Afgeleid relationeel reageren betekent dat men uit aangeleerde verbanden nieuwe verbanden kan afleiden: als men bijvoorbeeld vraagt hoe men in het Vlaams 'mooi' zegt, zal men kunnen zeggen 'schoon'. Afgeleide verbanden hoeven niet eenzelfde soort verband in te houden, maar kunnen ook omgekeerd zijn. Als ik bijvoorbeeld leer dat Jan groter is dan Piet, kan ik aflei-

den dat Piet kleiner is dan Jan. Het is hier een beetje te eenvoudig gesteld, maar het geeft een idee waarover het gaat. Afgeleid relationeel reageren is een zeer belangrijke vaardigheid: het vergroot de leercapaciteit enorm. Hoe meer zaken rechtstreeks moeten geleerd worden, hoe beperkter de mogelijkheden. Hoe meer men kan afleiden, hoe sneller het leren kan gaan en hoe complexere relaties men kan leggen.

Het boek is uitgegeven in harde kaft en is qua vorm zeer gelijkend op andere recente boeken over ACT en gedragsanalyse (bijvoorbeeld Ramnerö & Törneke, 2008). Zelfs het basisboek over RFT heeft een vergelijkbare vormgeving, hoewel dat van een andere uitgeverij is.

Hoewel de verschillende hoofdstukken door verschillende auteurs werden geschreven, is het boek een coherent, systematisch opgebouwd geheel geworden. Het is geen theoretisch werk. Na een theoretisch kader volgt steeds een praktische uitwerking, vaak in de vorm van concrete protocollen. Dat maakt alles zeer toegankelijk en bevattelijk.

Toch zou ik de doorsnee gedragstherapeut niet aanraden om meteen naar de boekhandel te hollen. Daarvoor is het boek te specifiek gericht op een cognitief zeer zwakke doelgroep van kinderen die zeker niet tot het doorsnee cliënteel van gedragstherapeuten behoort. De toepassingsmogelijkheden voor een sterker cliënteel zijn dan weer te beperkt. Voor wie wel werkt met zeer zwakke kinderen met een autisme-spectrum stoornis of een andere ernstige ontwikkelingsstoornis is het wel een absolute aanrader.

Ook wie meer wil weten over RFT en die het theoretische RFT-boek te ontoegankelijk vindt, kan mogelijk een ingang vinden via dit boek.

Het boek bevestigt alleszins dat RFT een zeer stevige stam is, die intussen reeds verschillende takken draagt, gaande van toepassingen voor zeer zwakke kinderen met ontwikkelingsstoornissen (dit boek), psychotherapie (ACT), analyse van impliciete attitudes (via de Implicit Relational Assessment Procedure, 'IRAP', bijvoorbeeld Barnes-Holmes, Murphy, Barnes-Holmes & Stewart, 2010), tot een benadering van mystieke ervaringen (De Groot, 2009). Breder kan een benadering van taal en cognitie haast niet gaan. Het hier besproken boek is alleszins een schitterend voorbeeld van hoe (moeilijke) theorie kan leiden tot zeer concrete toepassingen. Dat is ook het fundamentele doel van gedragsanalyse: voorstellen en beïnvloeden. Niet alleen voorspellen, niet alleen begrijpen, niet alleen theorie.

Het doet zelfs dromen van een op RFT (en ruimere gedragsanalyse) gebaseerd onderwijssysteem, zoals voorheen Strand, Barnes-Holmes en Barnes-Holmes (2003) reeds bepleitten en in dit boek ook Ninness et al. dat doen in hun hoofdstuk over mathematisch redeneren: "We are hopeful that a pedagogy that includes derived stimulus relations might suggest a more efficient technology for such rehearsal" (p.330).

LITERATUUR

- Barnes-Holmes, D., Murphy, A., Barnes-Holmes, Y., & Stewart, I. (2010). The Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP): Exploring the impact of private versus public contexts and the response latency criterion on pro-white and anti-black stereotyping among white Irish individuals. *The Psychological Record*, 60, 57-66.
- De Groot, F. (2009). *Van Zelf tot Mystiek. Een ontmoeting tussen psychologie en spiritualiteit*. Averbode: Altiora Averbode.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press. (Vertaald: Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2006). *ACT, een experiëntiële weg naar gedragsverandering*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers.)
- Ramnerö, J., & Törneke, N. (2008). *The ABCs of human behavior. Behavioral principles for the practicing clinician*. Oakland: New Harbinger.
- Strand, P.S., Barnes-Holmes, Y., & Barnes-Holmes, D. (2003). Educating the whole child: implications of behaviorism as a science of meaning. *Journal of Behavioral Education*, 12, 105-117.

Mindfulness

Ger Schurink (2009). Mindfulness. Een praktische training in het omgaan met gevoelens en gewoonten. Amsterdam: Thema. ISBN 978-90-5871-581-4, 112 pagina's, prijs €19,95

Hende Bauer¹

U denkt misschien: alweer een boek over mindfulness? Inderdaad verschijnen er de laatste tijd veel publicaties over mindfulness: wetenschappelijke studies, therapeutenhandleidingen, zelfhulpboeken, populaire boeken. Het hier besproken boek neemt binnen de stroom van publicaties een aparte plaats in, door de stijl, het doel en de opzet. Het is zeer nuchter zelfs bijna droog geschreven; het is een zelfhulpboek maar het ademt een andere sfeer dan de gebruikelijke zelfhulpboeken doordat het niet wollig is, niet over boeddhisme spreekt en nauwelijks gebruik maakt van anekdotes en parabels; en doordat het zich heel specifiek richt op één aspect waar mindfulness voor gebruikt kan worden: het doorbreken van experiëntiële vermijding.

"Experiential avoidance is the phenomenon that occurs when a person is unwilling to remain in contact with particular private experiences (e.g., bodily sensations, emotions, thoughts, memories, images, behavioral predispositions) and takes steps to alter the form or frequency of these experiences or the contexts that occasion them, even when these forms of avoidance cause behavioral harm" (Hayes, Strosahl, et al., 2004, p. 553). Experiential avoidance wordt wel gezien als een mechanisme dat centraal staat in het ontwikkelen van psychische klachten (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996). Schurink biedt in het besproken boek een op mindfulness gebaseerde methode om experiëntiële vermijding te doorbreken en te leren adequater met gevoelens en automatische patronen om te gaan.

De gangbare protocollen zijn mindfulness based cognitive therapy (MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2004) en mindfulness-based stress reduction (MBSR; Kabat-Zinn, 2000). In deze protocollen trainen cliënten in eerste instantie hun aandacht, door deze steeds opnieuw terug te brengen naar de focus in het hier en nu, en op te merken waarheen de aandacht afdwaalt. Hierdoor worden ze zich van meer aspecten van hun geest bewust. In tweede instantie leren client op te merken hoe ze reageren op hun ervaringen, of dit gepaard gaat met weg-

1. Centrum voor Mindfulness Den Haag/Parnassia Bavo Groep, Westeinde 175 L, 2512 GX Den Haag, e-mail :info@centrummindfulness.nl.

duwen, vermijden, bestrijden (bij onprettige ervaringen) of vast willen houden/streven naar (bij prettige ervaringen). Hierbij wordt geoefend in het opmerken van vermindering en het terugbrengen van de aandacht naar de ervaring, ook wanneer deze onprettig is.

De 8-weekse protocollen bestaan uit meditatie-oefeningen, observatie- en schrijfopdrachten, en andere oefeningen in een veelomvattend, gedetailleerd en inmiddels zeer vaak uitgevoerd programma. Schurink laat dit programma los. Hij geeft wel de basismeditatie-oefeningen met de gebruikelijke foci (lijf, adem, geluid, denken, keuzeloze opmerkzaamheid en loopmeditatie) en in een volgorde van oplopende moeilijkheid, maar in een sterk verkorte vorm (8 tot 15 minuten). Aan deze oefeningen voegt hij een methode toe om te werken met gewoontepatronen en ongewenst gedrag/gevoel. Hierbij worden gebeurtenissen geanalyseerd in de volgende aspecten: aanleiding, gedachten, gevoel, lijfelijke ervaring, en vermijdende reacties in denken en handelen. De bedoeling is om hiermee het gewoontegedrag te registreren en bewust te worden, de ervaringen toe te laten en vervolgens de vermijdende reacties bewust achterwege te laten. Je stelt je bewust open voor de onprettige ervaringen, met name lichamelijke gewaarwordingen. Hiertoe beschrijft hij verschillende nuttige oefeningen, die ook in Segal et al. voorkomen. Schurink beschrijft nog explicieter hoe je hier als cliënt mee kunt werken. Omdat hij echter de vigerende protocollen loslaat, de oefeningen sterk verkort heeft, en er een nieuw model aan heeft toegevoegd, is onduidelijk wat de wetenschappelijke onderbouwing is en hoe effectief deze methode is.

Het boek is als volgt opgebouwd: in de inleiding wordt beschreven wat mindfulness is, waarbij en hoe je het kunt gebruiken, en worden enkele oefeningen besproken. In het eerste hoofdstuk wordt beschreven hoe je gewoontepatronen kunt onderzoeken, bewust worden en ombuigen (bovengenoemd model); in het tweede hoofdstuk wordt beschreven hoe je mindfulness kunt gebruiken in het werken met lastige gevoelens. Dit gaat onder andere over vooroordelen en angsten die men kan hebben omtrent gevoelens (zoals 'ze worden alleen maar erger als je je aandacht erop richt'); in het derde hoofdstuk worden de meditatie-oefeningen beschreven en staan de instructies; in het vierde hoofdstuk worden de praktische toepassingen van mindfulness in het werken met gewoontes en gevoelens beschreven. In de bijlages staan o.a. veel voorkomende moeilijkheden bij het mediteren en tips als je een therapeut zoekt.

Het boek is bestemd voor mensen die mindfulness willen gebruiken om eigen ongewenste gevoelens en gedrag om te buigen, maar ook voor diegenen die, in het werken met mensen, gebruik willen maken van mindfulness als methode om vermindering te doorbreken. Het boek is gemakkelijk leesbaar, de stijl is nuchter en bondig; het boek is relatief klein van omvang; bevat relevante oefeningen; de rationale wordt goed uitgelegd en het heeft een duidelijke structuur en rode lijn. De overzichtelijkheid wordt nog gesteund doordat soms wat verdiepende of meer technische toelichtingen in afzonderlijke boxen wor-

den ondergebracht, en aan het eind van elk hoofdstuk staat een zeer beknopte samenvatting van het hoofdstuk. Het boek is met gekleurde speelse tekeningen geïllustreerd. De meditatie-oefeningen zijn duidelijk beschreven, en kunnen ook worden gedownload. De downloads zijn beschikbaar met een mannenstem en met een vrouwenstem, in kortere en in langere versies.

Schurink benadert mindfulness eenduidig, als een methode geschikt voor het doorbreken van experiëntiële vermijding. Hiermee heeft hij een duidelijke keuze gemaakt voor één van de veronderstelde werkingsmechanismen. Voor deze keuze is wel wat te zeggen. Er is het nodige onderzoek gedaan dat het belang van experiëntiële vermijding aantoont (Hayes et al., 2004; Hayes et al., 1996), en het is één van de uitgangspunten van *acceptance and commitment therapy* (ACT) (Luoma, Hayes & Walser, 2009). Het sterke punt van dit boek is dat het explicieter dan de meeste andere boeken duidelijk maakt hoe mindfulness gebruikt kan worden voor de bewustwording en doorbreking van die experiëntiële vermijding en voor experiëntiële exposure. Ik heb de methode onlangs in een groep met 6 deelnemers toegepast met goede resultaten. Hier volgen enkele citaten uit de (anonieme) evaluaties: 'Ik werd me bewust van het innerlijk gevecht, mentaal en fysiek, en hoeveel energie dit kost; en van wat er gebeurt als ik dit los kon laten', 'Ik heb geleerd ruimte te geven aan gevoelens, dat ze er mogen zijn, waardoor de lading er snel(ler) af blijkt te zijn dan wanneer je er tegen verzet', 'Ik heb het onderscheid leren zien tussen handelen op de automatische piloot en bewust handelen. Alerter op eigen gevoelens en niet meer de noodzaak voelen die te vermijden/weg te drukken', 'Meer bewustwording van malende gedachten en deze kunnen reguleren door de bewustwording an sich', 'Dat stilstaan bij lichamelijke sensaties juist positieve uitwerking kan hebben en ik ze niet per se hoeft te vermijden'. Ik ben enthousiast over deze methode, maar het therapeutisch effect en de werkingsmechanismen dienen wetenschappelijk nader onderzocht te worden.

Het grootste bezwaar tegen het boek is gelegen in het feit dat Schurink het gangbare MBCT-protocol, dat inmiddels ingeburgerd raakt in de geestelijke gezondheidszorg, dat effectief wordt bevonden en steeds beter wetenschappelijk onderbouwd wordt, los laat. Veel onderdelen uit het protocol zijn in dit boek weggelaten, maar omdat nog onvoldoende duidelijk is welke elementen van het MBCT-programma cruciaal zijn, is het weglaten van onderdelen wellicht problematisch.

Dit boek verdient een eigen plek binnen de mindfulnessliteratuur. Voor wie meer in de breedte met mindfulness wil kennismaken; op zoek is naar de boedhistische achtergronden; of wie de wetenschappelijk onderbouwde protocollen wil gaan toepassen zijn diverse andere boeken beter geschikt. Het is met name nuttig voor wie kennis wil maken met mindfulness in een beknopte vorm of wie mindfulness wil leren toepassen als zelfhulptechniek in het omgaan met moeilijke gevoelens en ongewenst gedrag; het is goed bruikbaar voor therapeuten en andere professionals die mindfulnessstechnieken willen integreren in hun

(individuele) werk, en die een methode voor het werken met experiëntiële vermijding willen leren kennen; en voor diegenen die vanwege het wat zweverige imago mindfulness tot nu toe aan zich voorbij hebben laten gaan maar toch nieuwsgierig zijn naar de therapeutische mogelijkheden er van.

LITERATUUR

- Hayes, S.C., Strosahl, K., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M.A., Dykstra, T.A., Batten, S.V., Bergan, J., Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H., Bond, F.W., Forsyth, J.P., Karekla, M., & Mccurry, S.M. (2004). Measuring Experiential Avoidance: A Preliminary Test of a Working Model. *The Psychological Record*, 54, 553-78.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Kabat-Zinn, J. (2000). *Handboek meditatief ontspannen. Effectief programma voor het bestrijden van pijn en stress*. Haarlem: Becht.
- Luoma J.B., Hayes S.C., & Walser R.D. (2009). *Leer ACT! Vaardigheden voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Segal, Z.F., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2004). *Aandachtgerichte cognitieve therapie bij depressie - een nieuwe methode om terugval te voorkomen*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z. & Kabat-Zinn, J. (2007). *Mindfulness en bevrijding van depressie, voorbij chronische ongelukkigheid*. Amsterdam: Nieuwezijds.

Over de betovering van mindfulness

Remco C. Havermans, Universiteit Maastricht

INLEIDING

Lang geleden, in een land hier ver vandaan (Nepal om precies te zijn), leefde een Indiase prins: Siddharta Gautama. Hij ontvluchtte zijn verstikkende lui-zenleventje aan het hof en na een spirituele zoektocht waarbij hij een ascetisch leven uiteindelijk ook afzwoer en de leer van de middenweg ontwikkelde, bereikte Gautama na een dagenlange meditatie verlichting. Vanaf nu was hij de Boeddha en besteedde hij de rest van zijn leven met het verder verfijnen en onderwijzen van zijn leer. Het boeddhisme is tegenwoordig een heuse wereldreligie en kent honderden miljoenen aanhangers (Rogers, 2009).

Net als Boeddha mediteren boeddhisten graag. Meditatie vormt een noodzakelijk onderdeel van het door boeddhisten genoemde 'achtvoudige pad naar verlichting'. Een belangrijke vorm van meditatie binnen het boeddhisme is de zogeheten *vipassana* meditatie. Het doel van deze vorm van meditatie is om een groter inzicht te verwerven en zodoende wijsheid. Juiste mindfulness, indachtigheid of opmerkzaamheid, is hierbij essentieel. Mindfulness is dan ook een voorwaarde tot verlichting (Rogers, 2009). Mindful mediteren houdt in dat men zich concentreert op een zogeheten meditatie-object (bijvoorbeeld de eigen ademhaling, of een specifieke gedachte of gevoel) en zonder te oordelen de aandacht op het hier en nu houdt. Deze passieve, oordeelvrije blik bevordert aanvaarding en daarmee welbevinden. Deze laatste vooronderstelling ligt ten grondslag aan de toepassing van mindfulness binnen de geestelijke gezondheidszorg (Turner, 2008).

Mindfulness meditatie lijkt niet heel eenvoudig en blijkbaar is het dat ook niet. Hoewel men geen boeddhist hoeft te zijn om opmerkzaamheid te verwerven, duren de meeste meditatietrainingen acht weken, naar het voorbeeld van de originele training van Jon Kabat-Zinn. De Zen adept Kabat-Zinn ontwikkelde deze training om het toe te kunnen passen bij de behandeling van patiënten met chronische pijn. Hij noemde het *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR). De training verlicht de ervaren pijn en men leert er mee om te gaan door meer

mindful te zijn. Door opmerkzaamheid- of mindfulnesstraining leert men de aandacht richten op de pijnervaring en daarbij een waarde vrije, open houding aan te nemen. De patiënt ervaart de pijn zonder die ervaring direct als onaangenaam te bestempelen (Kabat-Zinn, 1982).

Het werk van Kabat-Zinn inspireerde andere klinische onderzoekers tot de toepassing van mindfulness meditatie bij de behandeling van depressie. Depressie is een ernstige, veel voorkomende vorm van psychopathologie. Het kan goed worden behandeld, maar terugval na behandeling is niet ongevoel. Een werkelijk effectieve behandeling van depressie verlicht daarom niet alleen de symptomen, maar dient ook de kans op een terugval te beperken. Hiertoe ontwikkelden Segal, Williams en Teasdale (2002) de *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT): een acht weken durende training in mindfulness meditatie met als voornaamste doel de kwetsbaarheid voor terugval aan te pakken (Williams, Russell & Russell, 2008).

Mindfulness is een betrekkelijk nieuw concept binnen de geestelijke gezondheidszorg en het feit dat steeds meer onderzoekers zich hiermee bezighouden, doet vermoeden dat het iets heel bijzonders is (Shapiro, 2009). Therapeuten lijken dan ook gretig om mindfulness meditatie te leren. Ze worden op hun wenken bediend. Er verschijnen regelmatig artikelen over mindfulness met tips en voorbeelden aan de hand van gevalbeschrijvingen over hoe men deze meditatietechniek kan toepassen in de klinische praktijk (zie bijvoorbeeld Hathaway & Tan, 2009; Turner 2008; Tusaie & Edds, 2009). Natuurlijk zijn er ook al verschillende mindfulness handboeken en bedrijven als See True¹ bieden in heel Nederland acht weken durende mindfulness trainingen aan voor 300 euro per deelnemer. In samenwerking met het Vlaamse Instituut voor Aandacht en Mindfulness² biedt See True ook de opleiding tot mindfulness trainer aan, speciaal voor hulpverleners. Kortom, mindfulness meditatie is hip en er is zoveel vraag naar dat er zelfs een markt is voor commerciële spelers als See True. Maar hoe veelbelovend is mindfulness therapie nu werkelijk?

BEWIJSLAST VOOR EEN THERAPIE

In het tijdschrift *De Psycholoog* verscheen eerder een kort artikel van Helleman en Bögels (2008) waarin zij mindfulness introduceerden en haar therapeutische waarde bejubelden. Als rechtvaardiging voor de stelling dat mindfulness therapieën zeer veelbelovend zijn, verwezen ze naar al het reeds verrichte onderzoek. Dat deden ze wel met enige tegenzin: 'Hoewel de methode in de loop van de millennia zijn werkzaamheid wel heeft bewezen, hechten wij in het westen groot belang aan randomised controlled onderzoek...' (p. 424). Een vreemde uitspraak

1 www.mindfulness-training.nl

2 www.aandacht.be

waaruit men een zeker dedain voor de wetenschap of een gebrekkig begrip van de wetenschappelijke methode kan opmaken.

Hoe bewijst men nu eigenlijk de werkzaamheid van een therapie? Hellemans en Bögels (2008) hebben gelijk dat de meest gepropageerde methode de *randomised controlled trial* is. Dit is een vorm van onderzoek dat gemodelleerd is naar experimenteel onderzoek. Wanneer men oorzaak-gevolg-relaties wilt aantonen, dan is een experiment de enige vorm van onderzoek waarmee dat kan. Net als dat er verschillen bestaan in de kwaliteit van verschillende labexperimenten, bestaan er verschillen in de kwaliteit van *randomised controlled trials* (vanaf hier RCT's genoemd). Dat wil zeggen, met de ene RCT kan men duidelijker en stelliger uitspraken doen over de effectiviteit van de getoetste therapie dan de andere RCT. Hoe goed een RCT is, is vooral afhankelijk van hoe goed gecontroleerd het onderzoek is. De meest eenvoudige RCT is de trial met slechts een enkele controlegroep en de patiënten in die controlegroep zijn individuen die op een wachtlijst voor de behandeling staan of een standaardbehandeling krijgen. Dus de ene patiënt krijgt de experimentele therapie en de ander moet daar nog een poos op wachten (meestal zo lang als de experimentele therapie duurt) of krijgt slechts de standaardbehandeling. Wanneer de patiënten met therapie meer verbeteren dan de controlepatiënten, dan weet men dat de therapie iets doet. Wat men dan nog niet weet, is of het gevonden verschil tussen de groepen aan de specifieke getoetste therapie valt toe te schrijven.

Een RCT met een actieve controlegroep stelt men in staat om wel uitspraken te kunnen doen over de werkelijke effectiviteit van de experimentele behandeling. Men biedt dan bijvoorbeeld de patiënten in de controlegroep ook een behandeling aan: een ineffektieve therapie bijvoorbeeld (placebocontrole; zie Havermans, Mulken, Nederkoorn & Jansen, 2007). Miranda en Borkovec (1999) stellen dat wetenschap het best gebaat is bij onderzoek waarbij verschillende rivaliserende hypothesen tegen over elkaar worden getoetst. Dat geldt ook voor therapie-onderzoek en de RCT-varianten die zich daar het beste voor lenen zijn de zogeheten ontmantelende, parametrische, en additieve RCT's. Een voorbeeld. Cognitieve gedragstherapie is vaak heel succesvol voor het behandelen van psychopathologie, maar even zo vaak is het niet helder of het de combinatie is van cognitieve therapie en gedragstherapie wat het hem flikt, of dat voor een gegeven vorm van psychopathologie uitsluitend cognitieve therapie of alleen gedragstherapie net zo goed zou hebben gewerkt. Dat onderzoekt men met een ontmantelende RCT en het verleent een beter inzicht in de stoornis, omdat zo het werkzame deel van een behandeling kan worden blootgelegd. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat het niet het vergroten van mindfulness is wat MBSR of MBCT succesvol maakt, maar eerder het leren concentreren, of het leren ontspannen, of het trainen van coping, of de blootstelling aan negatieve gedachten en gevoelens.

Miranda en Borkovec (1999) merken verder op dat een RCT idealiter gepaard gaat met experimenten die therapie-elementen (ofwel veronderstelde mechanisme(n) die de behandeling zou aanspreken) evalueren. Dit maakt van experimentele psychopathologie een heuse theoriegedreven wetenschap. En dat is goed. Het geeft richting aan de ontwikkeling van steeds betere therapieën, omdat dit type onderzoek leidt tot de ontdekking van (of een beter inzicht in) de onderliggende mechanismen van psychopathologie.

HOE GOED IS MINDFULNESS THERAPIE?

Het meeste *randomised controlled* onderzoek naar de heilzame effecten van mindfulness meditatie betreft MBSR en MBCT. Voor wat betreft MBSR zijn er inmiddels verschillende studies gepubliceerd. Wat opvalt, is dat de studies veelal een vergelijking betreft tussen een groep die MBSR krijgt en een passieve controlegroep. MBSR lijkt dan iets te doen, maar of mindfulness daar ook maar iets mee te maken heeft is dus onduidelijk. Of zoals Ludwig en Kabat-Zinn (2008, p. 1352) zeggen: "The available research on mindfulness has major limitations, precluding any definitive assessment of effectiveness at this time." Voor wat betreft MBSR bestaat er ook eigenlijk geen heldere theorie of hypothese waarom nu juist mindfulness meditatietraining zo effectief zou moeten zijn. Nu ja, volgens boeddhisten verlicht mindfulness het dagelijkse lijden en dat is natuurlijk goed voor alles, maar dat is erg vaag en dus onduidelijk wat het precieze mechanisme is. Hier bestaan wel ideeën over. Mindfulness training (lees MBSR) zou nuttig zijn bij het voorkomen van, omgaan met of herstellen van medische aandoeningen, omdat het (1) de ervaren pijnintensiteit verlaagt, of (2) het vermogen om pijn te kunnen verdragen vergroot, of (3) gevoelens van stress, angst en depressie verlaagt, of (4) zelfs direct de werking van het autonome zenuwstelsel en immuunsysteem verandert. Geen van deze ideeën zijn echter getoetst (Ludwig & Kabat-Zinn, 2008). Wat wel is getoetst, is of MBSR wellicht aandachtscontrole verbetert. Deelnemende proefpersonen kregen in deze studie of MBSR training of niet, en voor en na de trainingsperiode werd aandachtscontrole bij alle proefpersonen met verschillende taken gemeten. De zo gemeten aandachtscontrole was niet beter na MBSR (Anderson, Lau, Segal & Bishop, 2007). Kortom, MBSR doet wel iets, maar men weet nog steeds niet of het effect kan worden toegeschreven aan de mindfulness training en zelfs wanneer men al had vastgesteld dat het inderdaad aan de training ligt, dan kan men nog altijd niet zeggen waarom dat zo is (zie ook Chiesa & Serretti, 2009). MBSR lijkt niets om enthousiast over te geraken of te zijn.

Voor wat betreft MBCT is het verhaal voor een deel vergelijkbaar. Ook hier zijn er nog geen gedegen RCT's uitgevoerd. De gepubliceerde studies naar MBCT betreffen tot nu toe vrijwel allemaal studies met een passieve controlegroep (zie bijvoorbeeld Bondolfi et al., 2010; Foley, Baillie, Huxter, Price & Sinclair, 2010; Kuyken et al., 2008; Ma & Teasdale, 2004; Teasdale et al., 2000; Williams et al.,

2008). MBCT werd ontwikkeld om de kans op terugval van depressie te verkleinen. De meeste studies tonen dat dikwijls de patiënten in de experimentele groep (MBCT) minder vaak terugval vertonen dan de patiënten in de passieve controlegroep. Een interessante uitzondering is de studie van Bondolfi en collega's (2010); zij vonden dat de patiënten met MBCT er langer over deden om terug te vallen, maar het percentage terugvallers was na 14 maanden net zo groot als in de controlegroep. Zoals de onderzoekers zelf aangeven, was dit een van de eerste MBCT RCT's bij depressieve patiënten die niet werd geïnitieerd door de ontwikkelaars van MBCT. Enigszins verontrustend zijn de resultaten van Ma en Teasdale (2004). Zij vonden dat de patiënten met minstens drie eerdere depressie-episodes baat leken te hebben bij MBCT. In de groep die MBCT kreeg, viel 36% terug versus 78% in de controlegroep. Heel mooi. Maar voor de patiënten met twee eerdere episodes lag dat heel anders. Bij deze patiënten gold dat in de groep die MBCT kreeg, 50% terugviel versus 20% in de controlegroep. Vergelijkbare cijfers voor deze patiënten werden eerder al gevonden door Teasdale et al (2000): 56% terugval bij MBCT versus 31% in de controlegroep. Ma en Teasdale (p. 38) stellen heel verstandig dat: "These findings suggest that MBCT may be contraindicated for this group of patients." Opnieuw zou men nu kunnen concluderen dat deze bevindingen enig enthousiasme voor mindfulness interventies dienen te temperen. Men zou in geval van MBCT echter kunnen inbrengen dat hier op zijn minst een heldere gedachtegang achter steekt.

Terugval bij depressie kan voor een belangrijk deel worden toegeschreven aan iets wat men cognitieve reactiviteit noemt, de neiging terug te schieten in negatieve denkpatronen bij het ervaren van een negatieve stemming. Deze associatie tussen verdriet of negatieve stemming en negatief denken en piekeren, wordt sterker naarmate men vaker een depressieve episode heeft doorgemaakt. Dit zou dan betekenen dat patiënten meer baat moeten hebben bij MBCT naarmate ze meer cognitief reactief zijn en ook al vaker eerdere depressieve episodes hebben meegemaakt. Dat lijkt overeen te stemmen met de bevindingen van Ma en Teasdale (2004), hoewel het natuurlijk niet verklaart dat MBCT de kans op terugval bij patiënten met minder eerdere episodes juist lijkt te vergroten. Het verklaart ook niet goed dat Zwitserse patiënten uiteindelijk niet extra gebaat lijken te zijn bij MBCT: 33% van de MBCT-ers viel terug versus 36% van de patiënten in de controlegroep in de studie van Bondolfi en collega's (2010). Deze onderzoekers suggereren dat het niet de MBCT is die tegenvalt, maar dat de effectiviteit van de standaardbehandeling hier meevalt. De standaardbehandeling in Zwitserland zou zo goed zijn vanwege de uitstekende organisatie van de Zwitserse gezondheidszorg. Dit zou dan verklaren waarom de controlegroep weinig terugval vertoonde en er zodoende geen toegevoegde waarde was van de MBCT. Dat kan. Maar wanneer men veronderstelt dat cognitieve reactiviteit een belangrijke rol speelt bij terugval en dat mindfulness meditatie nu juist zo goed deze reactiviteit weet te verminderen, dan is het raar dat MBCT het uiteindelijk niet beter doet dan een Zwitserse meditatieloze standaardbehandeling.

MINDFULNESS EN VERBALE MAGIE

Is mindfulness meditatie eigenlijk wel nodig om terugval bij depressie terug te dringen? Dit is misschien een tendentieuze vraag omdat de onderzoekers in bovengenoemde studies helemaal niet het doel hadden om direct de theoretische basis van MBCT te toetsen. Raes, De Wulf, Van Heeringen en Williams (2009) stelden zich dat onlangs wel ten doel. In een eerste studie namen de onderzoekers bij studenten een aantal vragenlijsten af om depressieve symptomen, cognitieve reactiviteit en mindfulness te meten. De gedachte is dat sommige mensen van nature al meer mindful zijn dan anderen en dat die meer indachtige mensen minder cognitieve reactiviteit vertonen. Dat is precies wat deze onderzoekers vonden: een significante negatieve correlatie tussen mate van cognitieve reactiviteit en mindfulness, zelfs wanneer er werd gecontroleerd voor depressiescores. In een tweede studie toonden Raes en collega's dat het volgen van MBCT mindfulness vergroot en cognitieve reactiviteit verkleint. Deze gunstige uitwerking van MBCT op cognitieve reactiviteit werd gemedieerd door mindfulness, ofwel de MBCT had effect op cognitieve reactiviteit omdat het mindfulness vergrootte.

Het onderzoek van Raes et al., (2009) lijkt de theorie te staven dat MBCT mindfulness vergroot en zodoende minder cognitief reactief maakt waardoor de kans op terugval na behandeling wordt verkleind. Toch kunnen deze resultaten net zo goed worden beschreven in termen van verbale magie. Edwin Holt, een Amerikaanse psycholoog en filosoof hekelde in 1931 de toenmalige neiging van veel psychologen om gedrag te verklaren door het aan een instinct, een aangeboren gedragsneiging, toe te schrijven. Holt citeerde verschillende uitwassen, zoals het *'instinct for parliamentary government'* als verklaring voor het feit dat iemand kiest voor een beroep als politicus. Door iets slechts een naam te geven, wordt de benaming al gauw aangezien als de ultieme verklaring van datgene, ook al is dat klinkklare onzin. Woorden kunnen in die zin (be-)toveren en daarom noemde Holt deze manier van verklaringen genereren verbale magie.

Mindfulness kan men ook zien als een toverwoord. Mindfulness verwijst naar een open, aanvaardende, nonreactieve houding. Of zoals Baer, Smith en Allen (2004, p. 194) het omschrijven: "...accepting, allowing, or being nonjudgmental or nonevaluative about presentmoment experience.[...] In clinical practice, this skill often is encouraged when the participant is faced with unwanted experiences". Cognitieve reactiviteit is juist de mate waarin men geneigd is te reageren op een negatieve cognitie of stemming en dus moeite heeft met negatieve gedachten van zich af te zetten of te aanvaarden (Van der Does, 2002). Gezien deze conceptuele overlap tussen de twee begrippen is het geen wonder dat ze met elkaar correleren. Het zou gek zijn wanneer dat niet zo zou zijn, maar het maakt van mindfulness nog niet een bijster bruikbaar theoretisch concept.

BESLUIT

Mindfulness therapie wordt vaak genoemd als veelbelovend. Is het dat ook? Nu ja, dat ligt er maar net aan hoe men dit wil definiëren. Sommigen zullen ervan uitgaan dat de bevinding dat mindfulness meditatietherapieën beter zijn dan niets doen ze al beloftevol maakt. Dat mag men vinden zolang men maar goed beseft dat de vermeende werkzaamheid van deze behandelingen niet zondermeer kan worden toegeschreven aan de mindfulness meditatietechnieken. De kans bestaat dat er van de huidige belofte van mindfulness therapieën niets overblijft met beter gecontroleerde RCT's. Toegegeven, het hierboven beschreven literatuuroverzicht is niet uitputtend. Ik heb me beperkt tot het bespreken van mindfulness *meditatietherapie* en dan alleen in relatie tot de behandeling van pijn en depressie. Deze beperkingen legde ik mijzelf op omdat (1) het enthousiasme over mindfulness vooral de meditatietechnieken lijkt te betreffen en (2) veruit het meeste onderzoek naar de effectiviteit van deze trainingen de behandeling van chronische pijn (MBSR) en depressie (MBCT) betreft. Binnen deze grenzen is het geschetste overzicht evenwel uitputtend. Dat wil zeggen, ik heb in de literatuur geen enkele studie weten te ontdekken waaruit onomstotelijk blijkt dat mindfulness meditatietherapie effectief is. De reden daarvoor is eenvoudig. Die studie bestaat niet.

Onderzoekers zouden er goed aan doen RCT's met enkel een passieve controlegroep te laten voor wat ze zijn. Ze geven simpelweg te weinig informatie (Coelho, Canter & Ernst, 2007; Williams, 2010). Mindfulness onderzoekers dienen ook beter hun best te doen om een duidelijk theoretisch raamwerk te formuleren. Men zou op zijn minst moeten beargumenteren waarom mindfulness therapie tot een bepaald resultaat zou moeten leiden. Dit geponeerde mechanisme zou moeten worden getoetst in RCT's en in labexperimenten. Als men dat niet doet, dan wordt experimentele psychopathologie gedegradeerd tot theorieleze technologie en men mag zich afvragen of dat wenselijk is. Om meer theoriegedreven onderzoek naar mindfulness op poten te zetten, is het noodzakelijk dat duidelijk wordt wat nu precies moet worden verstaan onder mindfulness. Het klinkt misschien vreemd, maar verschillende onderzoekers zijn het hier nog steeds niet over eens (Bishop et al., 2004; Shapiro, 2009). Vervolgens dienen deze onderzoekers duidelijk te maken dat mindfulness niet een staaltje verbale magie is, maar een essentieel, betekenisvol construct.

Williams en collega's (2008) kondigden onlangs aan te zijn gestart met een ontmantelende RCT waarbij ze zullen onderzoeken in hoeverre mindfulness meditatietechnieken nu werkelijk een toegevoegde waarde hebben bij de behandeling van depressie. Heel goed! Tot de resultaten van deze studie zijn gepubliceerd, doet men er echter verstandig aan zich te onthouden van het volgen van mindfulness therapie workshops of het verzorgen van dergelijke workshops. Waarom zou men nu al aan de slag gaan met een therapie waarvan men nog niet kan weten of het wel echt een toegevoegde waarde heeft of waarvan

men niet eens weet waarom het een toegevoegde waarde zou moeten hebben bij de behandeling van psychopathologie? Moeten er mindfulness meditatie-technieken worden toegevoegd aan gedragstherapie, of aan cognitieve therapie of aan cognitieve gedragstherapie? Er is geen eensluidende theorie en er zijn geen data waaruit blijkt dat dit nu echt zo zinvol is. Nu kan men de schouders ophalen en zich verschuilen achter het adagium 'baat het niet, dan schaadt het niet'. Maar we weten niet of mindfulness therapie echt baat heeft en we weten evenmin of deze therapie in alle gevallen wel zo ongevaarlijk is.

Williams (2010) stelt (p. 5): "...we need to be cautious: no outcome trial has yet compared mindfulness treatment with a comparable active treatment." Het zijn wijze woorden die kennelijk weinig indruk maken op sommige van zijn collega's. Op de 2010 World Congress of Behavioral and Cognitive Therapy verzorgden verschillende beroemde mindfulness onderzoekers symposia en workshops over de therapie of technieken die zij hebben ontwikkeld. Marsha Linehan preeft haar symposium en workshop op de website <www.wcbct2010.org> aan door te stellen dat: "Mindfulness skills have emerged as an important focus of several empirically supported treatments". Segal kwalificeerde op dezelfde website zijn MBCT als een "clinically proven treatment". Als men nogal losse criteria hanteert, kan men mindfulness therapieën inderdaad als bewezen beschouwen, maar de data die tot nu toe zijn gepubliceerd overtuigen allerminst.

Cas Schaap (2005) verzuchtte eerder in Gedragstherapie dat Amerikaanse onderzoekers kennelijk grote moeite hebben de verleiding te weerstaan om hun 'rare' therapieën te vroeg aan te prijzen. Nog eerder scandeerde rapper Flavor Flav in het gelijknamige liedje van de in de late jaren '80 populaire hiphopformatie Public Enemy: "Don't believe the hype!"³. Inderdaad, geloof niet in een hype. Geloof niet Linehan, Segal, Remco Havermans, of de Boeddha. Geloof data.

REFERENTIES

- Anderson, N. D., Lau, M. A., Segal, Z. V., & Bishop, S. R. (2007). Mindfulness-Based Stress Reduction and attentional control. *Clinical Psychology, 46*(3), 449-463.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment, 11*(3), 191-206.
- Bishop, S. R., Lau, M. A., Shapiro, S. L., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 230-241.
- Bondolfi, G., Jermann, F., der Linden, M. V., Gex-Fabry, M., Bizzini, L., Rouget, B. W., Myers-Arrazola, L., Gonzalez, C., Segal, Z., Aubry, J.-M., & Bertschy, G. (2010). Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Replication and extension in the Swiss health care system. *Journal of Affective Disorders, 122*, 224-231.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine, 15*, 593-600.

³ Public Enemy (1988). *Don't believe the hype. Op It takes a nation of millions to hold us back.* New York: Def Jam Recordings.

- Coelho, H. F., Canter, P. H., & Ernst, E. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy: Evaluating current evidence and informing future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 1000-1005.
- Foley, E., Baillie, A., Huxter, M., Price, M., & Sinclair, E. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for individuals whose lives have been affected by cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 72-79.
- Hathaway, W., & Tan, E. (2009). Religiously oriented Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 158-171.
- Havermans, R. C., Mulkens, S., Nederkoorn, C., & Jansen, A. (2007). The efficacy of cue exposure with response prevention in extinguishing drug and alcohol cue reactivity. *Behavioral Interventions, 22*(2), 121-135.
- Hellemans, J., & Bögels, S. (2008). De kracht van mindfulness in de ggz. *De Psycholoog, 43*, 424-425.
- Holt, E. B. (1931). *Animal drive and the learning process* (Vol. 1). New York: Henry Holt and Company.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*, 33-47.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., Barrett, B., Byng, R., Evans, A., Mullan, E., & Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 966-978.
- Ludwig, D. S., & Kabat-Zinn, J. (2008). Mindfulness in medicine. *Journal of the American Medical Association, 300*, 1350-1352.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 31-40.
- Raes, F., Dewulf, D., Van Heeringen, C., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood: evidence from a correlational study and a non-randomized waiting list controlled study. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 623-627.
- Rogers, R. (2009). *Buddhism* [Audio podcast]: Eastern Michigan University.
- Schaap, C. (2005). Over mindlessness van gedragstherapeuten. *Gedragstherapie, 378*, 79-85.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, S. L. (2009). The integration of mindfulness and psychology. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 555-560.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 615-623.
- Turner, K. (2008). Mindfulness: The present moment in clinical social work. *Clinical Social Work Journal, 37*, 95-103.
- Tusaie, K., & Edds, K. (2009). Understanding and integrating mindfulness into psychiatric mental health nursing practice. *Archives of Psychiatric Nursing, 23*, 359-365.
- Van der Does, W. (2002). Cognitive reactivity to sad mood: Structure and validity of a new measure. *Behaviour Research and Therapy, 40*(1), 105-120.
- Williams, J. M., Russell, I., & Russell, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy: further issues in current evidence and future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 524-529.
- Williams, J. M. G. (2010). Mindfulness and psychological process. *Emotion, 10*, 1-7.

SUMMARY

On the enchantment of mindfulness

Mindfulness is a beautiful term, but no-one seems to agree on what it precisely refers to. Nonetheless, mindfulness meditation therapies are widely seen as a promising treatment for an expanding range of psychopathology. Mindfulness itself is considered to be an important novel theoretical construct, process or even mechanism. But how promising is mindfulness really? This article provides a brief overview of research regarding mindfulness meditation therapies such as MBSR and MBCT and explores the meaningfulness of mindfulness as a proposed mechanism underlying psychopathology. It is concluded that the lack of well controlled experimental studies suggest that, at best, mindfulness is as much hype as it is a scientific breakthrough.

Keywords: meditation; mindfulness

Gedragsmatige behandelingen uitgevoerd door fysiotherapeuten; psychologie in de dop?

C. Paul van Wilgen¹

INLEIDING

Binnen de psychologie is de gedragstherapie één van de 'professionele domeinen', en ook worden gedragsmatige principes steeds vaker ook door (para) medici toegepast. De vraag rijst hoe deze behandelingen zich tot de bestaande, door psychologen, uitgevoerde gedragstherapie verhouden? In dit artikel zullen veranderingen binnen de fysiotherapie worden besproken, hierbij wordt een veel toegepaste gedragsmatige behandeling bij patiënten met chronische pijn, *graded activity*, toegelicht. Wat betekent het dat meer beroepsgroepen gaan werken volgens gedragstherapeutische principes, zijn somatisch georiënteerde hulpverleners 'zo maar' in staat gedragstherapeutische principes toe te passen, zijn het psychologen 'in de dop' en wat betekent dit voor de psychologie zelf eigenlijk?

VAN MEDISCH MODEL NAAR BIOPSYCHOSOCIAAL MODEL

Wat is de aanleiding geweest dat (para)medici steeds vaker gedragsmatig zijn gaan werken? Paramedici en medici zijn van oudsher opgeleid in het medisch model. De essentie van dit model is dat lichamelijke symptomen en klachten verklaard worden vanuit een lichamelijke oorzaak; buikklachten kunnen worden veroorzaakt door een ontstoken blinde darm, knieklachten door een kapotte meniscus of hartfalen door een lekkende hartklep. De behandeling grijpt aan op deze lichamelijke oorzaken. Naast dit medisch model staat het psychosociaal model. Beide modellen vormen een dualistische denkwijze die binnen de gezondheidszorg en binnen de denkkaders van veel hulpverleners algemeen goed is. In de 20^{ste} eeuw heeft het medische model geleid tot hoogstaande geneeskunde; de laatste decennia is echter ook duidelijk geworden dat het

1. Fysiotherapeut, gezondheidspsycholoog, Universitair Centrum voor Sport, Beweging en Gezondheid (UCSBG), Interfacultair centrum voor bewegingswetenschappen. Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), Rijksuniversiteit Groningen.

Correspondentie: Dr. C.P. van Wilgen, Universitair Centrum voor Sport, Beweging en Gezondheid, Faculteit Bewegingswetenschappen, Gebouw 3215, Antonius Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen

medische model op een aantal terreinen tekort schiet. Zo is het 'type gezondheidsklachten' waarmee patiënten zich presenteren sterk veranderd. Veel lichamenlijk geuite klachten zijn niet meer te verklaren vanuit het medische model, voorbeelden hiervan zijn chronische pijn (rugpijn, fibromyalgie, whiplash etc.), chronische vermoeidheid en fantoompijn. Bij deze lichamenlijk geuite klachten is er geen duidelijke lichamenlijke afwijking waarop kan worden aangegrepen. Daarnaast is de prevalentie van patiënten met chronische aandoeningen (diabetes, COPD, Artrose) sterk toegenomen. Deze aandoeningen zijn deels medisch beïnvloedbaar maar de wijze waarop een patiënt met zijn aandoening omgaat speelt bij deze aandoeningen een voornaam rol. Binnen de fysiotherapie heeft deze veranderende patiëntengroep geleid tot meer gedragsmatige behandelingen.

Om deze gedragsmatige behandeling nader toe te lichten zullen we dieper ingaan op de toepassing ervan bij patiënten met chronisch pijn. Deze patiënten hebben pijn zonder dat er lichamenlijke afwijking of beschadiging aan de klacht ten grondslag ligt. Daarbij worden de klachten sterk gemoduleerd door psychosociale factoren (Merskey & Bogduk, 1994). De puur somatisch gerichte behandeling blijken bij deze groep weinig succesvol; daarom wordt steeds vaker een gedragsmatige behandeling toegepast. Hierbij is impliciet het medisch model aangepast in een biopsychosociaal verklaringsmodel (Engel; 1980). Middels het biopsychosociale model wordt gewerkt vanuit een integrale of holistische benadering. Dit model heeft tevens geleid tot een 'psychologisering' binnen de (para)medici disciplines. Binnen het biopsychosociale model is er geen causale lichamenlijke oorzaak-gevolg relatie maar is er sprake van een multidimensioneel gevolgenmodel waarbij naast lichamenlijke onderhoudende factoren voor pijn ook psychosociale factoren een belangrijke rol spelen. Gevolg is dat (para)medici meer inzicht moeten krijgen in psychosociale factoren en zich vaardigheden moet verwerven om deze te integreren binnen een gedragsmatige behandeling.

GEDRAGSMATIGE BEHANDELINGEN BINNEN DE FYSIOTHERAPIE

De toepassing van gedragsmatige behandelingen bij patiënten met chronische pijn is binnen de fysiotherapie geïntroduceerd door een Amerikaanse psycholoog Fordyce (1976). Fordyce verlegde de focus van het behandelen van de 'soma-tische pijn' naar het behandelen van het pijngedrag in relatie tot de sociale omgeving. Hij onderzocht ondermeer de effecten van tijdcontingent dan wel pijncontingent aanbieden van analgetica bij pijnklachten. De tijdcontingente benadering (pillen nemen op vaste tijden) bleek effectiever dan de pijncontingente (pillen nemen bij pijn) benadering. (Fordyce, 1986) Het tijdcontingent behandelen van chronische pijn is opgenomen ondermeer in de Nederlandse huisartsen genootschap (NHG) standaard voor lage rugklachten. De ideeën van Fordyce en leertheoretische principes hebben binnen de fysiotherapie hun weg

gevonden en staan bekend onder de term *graded activity* (Lindström, Öhlund, Eek, Wallin, Peterson & Nachemson, 1992).

De oorspronkelijke tijdscontingente *graded activity* behandeling is later uitgebreid naar een meer cognitief-gedragsmatige behandeling van chronische pijn. Deze *graded activity* bestaat uit 8 onderdelen: probleeminventarisatie, probleemanalyse, educatie, activiteiten kiezen, startniveau vaststellen, doel en opbouw bepalen, uitvoeren opbouwschema, generalisatie en evaluatie (Köke, van Wilgen, Engers & Geilen, 2007). Als er sprake is van een indicatie voor *graded activity* zal de fysiotherapeut dit eerst aan de patiënt uit dienen te leggen. De essentie van deze educatie is (vaak) een cognitie verandering te bewerkstelligen over de oorzaak van de klacht. Patiënten denken vaak dat er een lichamenlijk beschadiging is die hun pijn veroorzaakt. Het doel van de educatie is een meer biopsychosociale verklaring met onderhoudende factoren voor te leggen. Als de patiënt deze biopsychosociale verklaring accepteert wordt gevraagd doelen voor de behandeling op te stellen. Deze veelal functionele doelen worden via een basismeting vastgelegd, bij deze basismeting dient een patiënt een aantal dagen gedrag te monitoren, bijvoorbeeld lopen, aan de hand waarvan oefenparameters worden vastgesteld. Aan de hand van de doelen en de basismeting zullen de patiënt en fysiotherapeut het programma maken. De behandeling zal bestaan uit een tijdscontingente opbouw van activiteiten waarbij empathie en positieve bekrachtiging van gezond gedrag een belangrijk element zijn. Middels *successieve approximatie* (het stapsgewijs opbouwen waarbij de stappen vooraf vaststaan) en *shaping* (een activiteit welke (kwalitatief) nog niet in zijn geheel kan worden uitgevoerd in stapjes aanleren) wordt fysiek gedrag veranderd. Generalisatie naar het algemeen dagelijks leven vindt plaats met name in het laatste stadium, hiervoor kunnen doelen of actieplannen worden gebruikt.

IS DE FYSIOTHERAPEUT IN STAAT EEN GEDRAGSMATIGE BEHANDLING UIT TE VOEREN?

De effecten van fysiotherapeutische gedragsmatige interventies zijn wisselend zo blijkt onder meer uit onderzoek naar de effecten van *graded activity*. Uit de praktijk blijkt dat het voor veel fysiotherapeuten moeilijk is om 'puur' gedragsmatig te behandelen en niet te focussen op specifieke lichamenlijk klachten of specifieke pijn gerichte behandelingen te geven. Wellicht dienen er beter, psychologisch, geschoolde fysiotherapeuten op de markt te komen. Binnen de opleidingen fysiotherapie in Nederland zit er variatie in de curricula, de tendens lijkt dat er de laatste jaren meer aandacht is voor psychologie en het doceren van theorieën over gedragsmatig werken. Het systematisch aanleren van vaardigheden op het gebied van gedragsmatig werken lijkt echter (nog) niet aan de orde.

Fysiotherapeuten kunnen fysiek gedrag van patiënten goed inventariseren zoals activiteiten, participatie en letterlijk fysieke gedrag (conditie, kracht). Het

systematisch analyseren welke psychosociale factoren dit gedrag verklaren of in stand houden, zoals psychologen doen, behoren niet tot de fysiotherapeutische vaardigheden. Vooral het inventariseren van cognitieve factoren en emotionele onderhoudende factoren is, begrijpelijkerwijs, vaak geen onderdeel van de diagnostiek van de fysiotherapeut. Daarbij zijn fysiotherapeuten minder goed opgeleid als psychologen in communicatievaardigheden en het systematische gebruik van diagnostische vragenlijsten. Als gezegd is een belangrijk element binnen de behandeling het op één lijn komen met de patiënt ten aanzien van de diagnose en de behandeling. Hierbij is het uitvragen van cognities en deze veranderen middels gerichte educatie een belangrijk onderdeel. Dit systematisch uitvragen en veranderen van cognities is voor de meeste fysiotherapeuten nog onbekend terrein.

Concluderend kunnen we stellen dat fysiotherapeuten gedragsmatige behandelingen toepassen waarbij onderdelen van de psychologische gedragstherapie worden gebruikt. Het zijn zeker geen psychologen in de dop, maar de vakgebieden krijgen bij bepaalde patiëntengroepen steeds meer overlap. Niet alleen fysiotherapeuten passen psychologische elementen toe, psychologen passen ook meer 'fysiotherapeutische' onderdelen toe. Denk hierbij aan de cognitief-gedragsmatige behandeling van chronische vermoeidheid of bijvoorbeeld initiatieven als running therapie.

MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Psychologen hebben dus vaardigheden en inzichten in cognitieve en emotionele factoren en fysiotherapeuten in de fysieke factoren en lichamelijke klachten. De uitdaging ligt voor de hand maar blijkt, vooral in de eerstelijns, ook ingewikkeld namelijk multidisciplinaire samenwerking. Multidisciplinaire samenwerking zowel op macro niveau maar zeker op micro niveau. Op macro niveau zou dit kunnen betekenen dat de VGCT een sectie opricht voor psychologen en fysiotherapeuten, werkende vanuit leertheoretische of cognitieve processen bijvoorbeeld bij chronische pijn. Ook een aparte opleiding voor deze groep zou voor veel partijen een goed initiatief zijn; dit om kennis van elkaars vakgebied op te doen maar ook om elkaar te leren verstaan. Ook samenwerking formaliseren op micro niveau, middels het ontwikkelen en implementeren van multidisciplinaire eerstelijns richtlijnen, is van belang. Uiteraard is de huisarts een belangrijke schakel bij deze samenwerking. Het lokaal ontwikkelen van richtlijnen is een belangrijke eerste stap in de samenwerking. Binnen de richtlijn kunnen afspraken gemaakt over standaard overlegmomenten, diagnostiek, gezamenlijke educatie, rolverdeling en een afgestemde behandeling. Daarnaast zal de diagnoseterminologie moeten worden afgestemd; waar psychologen de DSM IV gebruiken hanteren (para)medici veelal medische diagnostiek c.q. fysiotherapeutische diagnostiek.

Is het feit dat (para)medici gedragsmatig gaan werken bedreigend voor psychologen? Het is onduidelijk waar in de huidige vrije gezondheidszorgmarkt

grenzen gelegd worden en wie deze grenzen bewaakt. Maar de gedragstherapeutische behandeling uitgevoerd door psychologen heeft zoals gezegd grotendeels een andere inhoud en indicatie dan zoals deze door fysiotherapeuten wordt uitgevoerd. Hopelijk kunnen beide disciplines elkaar bij de patiënt met chronische pijn en chronische aandoeningen ontmoeten. (en gelukkig gebeurt dit ook al veel!) Door goede samenwerking zal het werkterrein (de markt) voor psychologen kunnen toenemen. Zeker in de diagnostiek hebben psychologen een toegevoegde waarde. Hopelijk zullen ook psychologen meer het initiatief nemen tot het aangaan van samenwerkingsverbanden in de eerstelijns. Gezamenlijke diagnostiek en multidisciplinaire behandelingen kunnen daarnaast erg leuk en interessant zijn! Er ontstaat complementaire en een kwalitatief betere integrale zorg, meer kennisoverdracht en bovenal een aanpak waarin de patiënt centraal staat! Een prachtig perspectief lijkt me.

LITERATUUR:

- Engel, G.L. (1980) The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, 137, 535-44.
- Fordyce, W.E., (1976). *Behavioural methods for chronic pain and illness*. St. Louis: CV Mosby.
- Fordyce, W.E., Brockway, J.A., Bergman, J.A., & Spengler, D. (1986). Acute back pain: a control-group comparison of behavioral vs traditional management methods. *Journal of Behavioural Medicine*, 9, 127-40.
- Köke, A.J.A., Wilgen, C.P. van, Engers, A., & Geilen, M. (2007). *Graded Activity een gedragsmatige behandelingsmethode voor paramedici*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.
- Lindström, I., Öhlund, C., Eek, C., Wallin, L., Peterson, L-E., & Nachemson, A. (1992). Mobility, Strength, and fitness after a Graded activity program for patients with subacute low back pain. *Spine*, 17, 641-652.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain; descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms 2 ed. International Association for the Study of Pain*. Seattle: IASP Press.

‘Mechanisch’ blijven vasthouden aan protocollair behandelen gebaseerd op diagnostische categorieën in behandeling en onderzoek: een doodlopende weg?

Arend Veeninga

In het ‘redactioneel’ van het uitstekende themanummer van Gedragstherapie over stemming (jaargang 43; nummer 1) oppert de voorzitter van de Sectie Stemming van de VGCT om *te overdenken of wij ons bezig moeten blijven houden met ‘noodzakelijke’ vernieuwing op het gebied van de CGT of dat de huidige ontwikkelingen meer het karakter hebben van de kleren van de keizer*. Enkele pregnante conclusies noem ik nog eens, aangevuld met wat prikkelende overwegingen, in de hoop dat het tot enige reflectie op ons functioneren leidt.

Het enorme succes van de cognitieve gedragstherapie (CGT) is in hoge mate te danken aan de productieve instelling van gedragstherapeuten die duidelijk omschreven behandelmethoden hebben ontwikkeld die zich gemakkelijk laten toetsen in randomized controlled trials (RTC’s). Deze methoden zijn geruime tijd (soms gedeelde) eerste keus geweest bij diverse probleemgebieden; lees er de multidisciplinaire richtlijnen maar op na. Daar komt nu duidelijk verandering in: heel verschillende psychotherapeutische behandelingen blijken grosso modo voor hetzelfde klinische probleem ongeveer even effectief te kunnen zijn (zie bijvoorbeeld Cuijpers, Van Straten, Van Oppen & Andersson, 2010). Toch blijft onder ons cognitief gedragstherapeuten de opvatting populair dat onze methoden het meest effectief zijn gebleken. Als wij zulke effectieve methoden al lang in huis hebben is het des te merkwaardiger dat wij geneigd zijn om elke nieuwe behandelhype, al dan niet effectief gebleken, enthousiast en kritiekloos te omarmen. Cuijpers, Bockting, Van Oppen en Huibers (2010) opperen hiervoor een verklaring, met als voorbeeld de populariteit van de ‘derde generatie’ cognitieve gedragstherapieën. De auteurs suggereren dat het overgaan op nieuwe methoden voor therapeuten stimulerend werkt, waardoor zij hun patiënten overtuigender benaderen; in feite een aspect van het placebofenomeen. Niet alleen het geloof van de patiënt maar ook de overtuiging van de therapeut draagt hieraan bij. Nu zou het verdedigbaar kunnen zijn om nieuwe ontwikkelingen in de gedragstherapie welwillend te bekijken: zij kunnen ook werkzaam zijn. Maar er zijn redenen waarom de stroom aan nieuwe ontwikkelingen met

enige terughoudendheid zou moeten worden beschouwd. In de eerste plaats is het nagenoeg onmogelijk geworden om te bewijzen dat zij beter zijn dan beproefde methoden omdat dit studies met een omvang vereist die nauwelijks haalbaar is (Cuijpers, Bockting, Van Oppen & Huibers, 2010). Bovendien is de psychologisch - theoretische onderbouwing van sommige nieuwe methoden tamelijk gebrekkig te noemen. Een sprekend voorbeeld is mindfulness. Er is nog een bedenkelijke kant aan al deze die nieuwe therapieën. Nederlandse cognitief gedragstherapeuten nemen deze nieuwe therapieën vaak blindelings over van de meestal charismatische Amerikaanse bedenkers. Middels soms met veel aplomb aangekondigde symposia en workshops zetten deze therapeuten zichzelf al snel neer als experts die cursussen en toelatingscriteria verplicht stellen om de nieuwe methode te mogen gebruiken, onder het mom van kwaliteit en verantwoorde toepassing. Een schoolvoorbeeld hiervan is de introductie van EMDR in Nederland. Het is ook bekend dat deze nieuwe behandelmethoden, meestal *power treatments*, zelf weer 'vernieuwd', 'aangevuld' en 'geoptimaliseerd' worden, zodra de aanvankelijke effectiviteitsclaims blijken tegen te vallen. Die 'innovaties' staan weer garant voor extra na- en bijscholing(eisen).

Omdat patiënten via de media al snel op de hoogte zijn van de 'effectiviteit' van nieuwe therapeutische methoden, die later vaak overgewaardeerd blijken, kunnen collega's zich gedwongen voelen zich in deze nieuwe methoden te 'bekwamen'. Voorbeelden zijn ACT en Mindfulness. Welke instelling of praktijk kan zich tegenwoordig nog permitteren om die niet in het behandel aanbod op te nemen?

In deze mijns inziens twijfelachtige behoefte van het volgen van steeds maar nieuwe, overigens soms empirisch ondersteunde behandelingen (EST's) zit een merkwaardige paradox: waarom is er zo'n behoefte om in de praktijk steeds nieuwe methoden te bedenken als lang beproefde, traditionele methoden zoals bijvoorbeeld exposure behandelingen, sociale vaardigheidstraining en cognitieve therapieën hun werkzaamheid al ruimschoots hebben bewezen? De belangrijkste reden zou wel eens kunnen zijn dat de kwaliteit van de uitvoering van CGT in de praktijk vaak zo tegenvalt (zie Huibers, Bockting, Van Oppen & Cuijpers, 2010). Als cognitief gedragstherapeuten effectief gebleken behandelmethoden niet goed weten te gebruiken, dan zijn die behandelmethoden in de praktijk inderdaad minder werkzaam dan in de RCT's en zullen cognitief gedragstherapeuten op grond van die ervaring eerder naar iets nieuws (maar niet noodzakelijk beters) grijpen. Recent verschenen er twee publicaties in het Maandblad Geestelijke volksgezondheid (MGv, nummer 5-2010) die met dit onderwerp te maken hebben. Hutschemaekers (2010) lijkt op het eerste gezicht een serieuze poging te doen om dit probleem te analyseren, maar komt uiteindelijk niet verder dan de constatering dat het in de afgelopen decennia niet is gelukt om de kloof tussen wetenschap en praktijk te dichten, dat wetten en praktische bezwaren in de weg staan en dat mediators het gat zouden kunnen dichten! Keijsers, Vissers, Hutschemaekers en Witteman (2010) suggereren dat

er in de behandelpraktijk sprake is van een dichotomie tussen EST's en traditionele, individuspecifieke behandeling. Zij veronderstellen dat met name ervaren therapeuten ten onrechte meer op hun klinisch oordeel vertrouwen dan op de bewezen werkzaamheid van protocollen. Opvallend is dat deze auteurs tamelijk mild oordelen over het gebruik van individuspecifieke behandelingen. Beide behandelvormen zouden volgens hen een plek moeten hebben in de behandelpraktijk. Indicatiestelling voor EST's willen zij koppelen aan bewezen werkzaamheid bij diagnostische (DSM-IV) categorieën; bij andere categorieën zou een vrije insteek mogelijk moeten zijn. Overigens ontkrachten zij de door hun veronderstelde dichotomie weer door te zeggen dat de verschillen tussen beide methoden minder sterk zijn dan vaak wordt beweerd. Al met al een weinig consistente onderbouwing voor het toepassen van bewezen effectieve cognitief- gedrags-therapeutische behandelmethoden. Een probleem vind ik dat zij ervan uitgaan dat behandelingen aan categorale diagnostiek moet worden gekoppeld. Het is afdoende bekend dat er, met name in de tweede en derde lijn, zelden sprake is van één goed omschreven stoornis en dat angst- en stemmingsstoornissen vaak worden gecompliceerd door persoonlijkheidsstoornissen. Als supervisor (en ook zelf als therapeut) heb ik de ervaring dat veel cognitief gedragstherapeuten hun behandelingen (proberen te) beginnen met goed omschreven procedures en pas als de aanpak door de complexiteit van de problematiek op problemen stuit een minder consistente en meer pragmatische aanpak gaan volgen.

Willen de cognitieve gedragstherapeuten echt mee blijven doen in de ontwikkelingen in de psychotherapie, dan zal er een ingrijpende visieverandering moeten plaatsvinden. Met alleen blijven parafraseren op het toetsen van steeds nieuwe behandelprotocollen en procedures is de echte vernieuwing er zo langzamerhand wel uit. Zinvoller zou kunnen zijn om aandacht te gaan besteden aan andere mechanismen die de effectiviteit van lang beproefde methoden kunnen verbeteren. Te denken valt aan persoonsgerichte aspecten in behandelingen. Zo langzamerhand kunnen we er niet meer omheen dat 'bewezen werkzame' relationele aspecten een belangrijke rol spelen in de effectiviteit van behandelingen; zie bijvoorbeeld Hafkenscheid en Gundrum (2010) in het vorige nummer van dit tijdschrift.

Tot nu toe is er binnen de gedragstherapie nog weinig onderzoek verricht naar het effect hiervan, maar dat hoeft toch niet zo moeilijk te zijn. Vanuit de leertheorie is al jaren geleden een methode beschreven (Kohlenberg & Tsai, 1991) waarmee behandelingen geoptimaliseerd kunnen worden door gebruik te maken van functieanalyses van therapeutische interacties. Daarmee zou overigens de FA iets terugwinnen van haar gemarginaliseerde positie in het behandelproces, iets wat begrijpelijk door sommigen wordt toegejuicht (zie bijvoorbeeld de boekbespreking van Francis de Groot in dit nummer).

Verder is - onder meer - gesuggereerd om de *preferenties van patiënten* (Cuijpers, Van Straten, Van Oppen & Andersson, 2010) eens serieus te gaan nemen, zodat de behandeling beter aansluit bij wat de patiënt eigenlijk vraagt.

Dit is tot nu toe een verwaarloosd onderdeel van behandelingen gebleven (Veeninga en Hafkenscheid, 2004, Veeninga & Hafkenscheid, ongepubliceerd manuscript). Op zich merkwaardig omdat al jaren geleden in de Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996) is vastgelegd dat zorg patiëntgericht moet worden verleend en afgestemd moet worden op reële behoeften van de patiënt. Voor het systematisch inventariseren van verwachtingen van patiënten over behandelingen zijn eenvoudige, praktische methoden beschreven (Veeninga & Hafkenscheid, 2004). Het ligt voor de hand dat als de behoefte om 'inzicht' (een denkkader aanbieden waar problemen door veroorzaakt worden) op de voorgrond staat een behandeling andere resultaten zal opleveren dan wanneer vooral om hulp bij gedragsverandering wordt gevraagd. Overigens betekent dit niet dat (expliciete) wensen zonder meer moeten worden ingewilligd. Bij sommige problemen kan het buitengewoon heilzaam werken eerst tijd te besteden aan motivatie voor effectief geachte gedragstherapeutische behandelingen, waartegen soms wat weerstand kan bestaan!

De laatste jaren wordt er in de GGZ meer en meer aandacht besteed aan vaardigheden / competenties waarover therapeuten zouden moeten beschikken om specifieke patiëntencategorieën te kunnen behandelen. Tevens gaan er stemmen op om ook te toetsen of die, middels cursorisch onderwijs en supervisie, ook feitelijk aangeleerd worden. Tot nu toe weten we dat verschillen in persoonlijke kwaliteiten wel degelijk van belang zijn voor behandelresultaten, maar ook dat onduidelijk is of het huidige onderwijsprogramma (cursorisch onderwijs zowel als supervisie) hier wel zo'n invloed op heeft (Veeninga & Hafkenscheid, 2009). Onderzocht zou ook kunnen worden wat het verwerven van deze vaardigheden bijdraagt aan het uitvoeren van bestaande cognitief – gedragstherapeutische behandelingen.

Bovengenoemde 'aanvullingen' op bestaande behandelingen en onderzoek naar het effect ervan kunnen een nieuwe impuls geven aan CGT, anders dan het uitproberen van de zoveelste hype die, als u het mij vraagt vaak niet meer dan oude wijn in nieuwe zakken is.

LITERATUUR

- Cuijpers, P., Bockting, C., Oppen, P. van, & Huibers, M., (2010). De derde golf van psychotherapie bij depressie: Noodzakelijke vernieuwing of de kleren van de keizer? *Gedragstherapie*, 34, 25-34.
- Cuijpers, P., Straten, A. van, Oppen, P. van, & Andersson, G. (2010). Welke psychologische behandeling, uitgevoerd door wie is het meest effectief bij depressie? *Gedragstherapie*, 34, 79-108.
- Hafkenscheid, A., & Gundrum, M. (2010). De therapeutische relatie als onderhandelingsproces: het resolutiemodel voor alliantiebarsten van Safran. *Gedragstherapie*, 43, 127-147.
- Huibers, M., Bockting, C., Oppen, P. van, & Cuijpers, P. (2010). De kwaliteit van cognitieve therapie in Nederland. *Gedragstherapie*, 43, 115-118.

- Hutschemaekers, G. (2010). Wetten in de weg en praktische bezwaren. Mediators gewenst tussen wetenschap en (zorg)praktijk. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 65, 349-363.
- Keijsers, G. P.J., Vissers, W., Hutschemaekers, G.J.M., & Wittemen, C.L.M. (2010). Empirische ondersteunde psychologische behandelingen. Moeten we dat nu wel doen? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 65, 364-376.
- Kohlenberg, R.J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: creating intense and curative therapeutic relationships*. New York, Plenum Press.
- Veeninga, A.T., & Hafkenscheid, A. (2004). Verwachtingen van patiënten bij aanvang van psychotherapie: voorspellers van drop-out? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30, 187-195.
- Veeninga, A., & Hafkenscheid, A. (2009). Persoonsgerichte supervisie in de psychotherapieopleiding. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 36, 108-119.
- Veeninga, A., & Hafkenscheid, Anton. Wensen en behoeften van patiënten. Een verwaarloosd onderwerp in de GGZ. Manuscript, ingediend voor publicatie.

