



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Wat kún je nu uiteindelijk doen tegen storende preoccupaties?

Uitleiding van het themanummer

*Kees Korrelboom en Martin Appelo**

Samenvatting

Dit themanummer laat zien dat storende preoccupaties bij veel psychische klachten een centrale rol spelen. Aandachtsmanipulatie lijkt het codewoord voor de behandeling. Wij vragen ons daarom af of contraconditionering gezien kan worden als grootste gemene behandeldeler.

Inleiding

Voor de meeste emotionele stoornissen bestaan tegenwoordig goede behandelmogelijkheden. De meeste daarvan hebben een cognitief-gedragstherapeutisch karakter en vertonen (mede daardoor) veel overlap (Appelo, 2000; Rijnders, 2004). Daarnaast blijken verschillende succesvolle behandelmethoden voor dezelfde stoornis dikwijls tot vergelijkbare effecten te leiden. Succesvolle cognitieve therapie, gedragstherapie en medicamenteuze therapie bij angststoornissen leiden bijvoorbeeld allemaal tot vergelijkbare gedragsveranderingen en cognitieve veranderingen (Craske, 1999; Lovell, Marks, Noshirvani, Thrasher, & Livanou, 2001). Bevindingen in neuro-imaging lijken er bovendien op te wijzen dat succesvolle psychotherapie en succesvolle medicamenteuze behandeling geassocieerd zijn met vergelijkbare veranderingen in informatieverwerkende processen in het brein (Furmark et al., 2002).

Het feit dat verschillende behandelingen tot vergelijkbare effecten leiden en dat verschillende stoornissen baat hebben bij min of meer identieke behandelingen zet vraagtekens bij het specifieke in de diagnostiek van de verschillende stoornissen. Is het wel nodig om zoveel verschillende syndromen te onderscheiden? En is het misschien interessanter om te zoeken naar ziektekenmerken die de criteria van bijvoorbeeld de DSM-systematiek overstijgen? Negatieve opwinding, controleverlies, (anticipatie)angst, vermijding, verlies van zelfvertrouwen en somberheid typeren de oppervlakte van de meeste psychische syndromen. Ook onder de oppervlakte lijken heel vaak min of meer overeenkomstige pathogene processen te spelen.

Sinds de introductie van de DSM-III in 1980 wordt de classificatie van emotionele stoornissen vrijwel uitsluitend gebaseerd op de manifestaties van ziekte. Dit sluit aan bij de oorspronkelijk binnen de gedragstherapie populaire visie dat observeerbare, externe bronnen als bekrachtigingschema's, manifeste gedragingen en uitlokkende

* DR. C.W. KORRELBOOM is coördinator wetenschappelijk onderzoek bij psycho-medisch centrum Parnassia, Den Haag, psycholoog-psychotherapeut en redacteur van Dth.
DR. M.T. APPELO is hoofd wetenschappelijk onderzoek bij GGZ Groningen, docent Psychologie bij de Rijks Universiteit Groningen en redacteur van Dth.

prikkels de basis moeten vormen van diagnostiek en behandeling. Cognitieve therapie heeft de verklaring van psychopathologie juist altijd binnen de patiënt gezocht. Disfunctionele interpretaties worden daarbij als de belangrijkste oorzaak gezien van psychopathologie (Beck, 1995). Intussen is de opvatting over wat cognities nu eigenlijk zijn, verschoven. Tegenwoordig wordt cognitie veelal synoniem geacht aan 'informatieverwerking'. Daarbij wordt er niet meer automatisch van uitgegaan dat cognities verbaal van aard zijn of gemakkelijk toegankelijk voor het bewustzijn (Pretzer & Beck, 1996). Het begrip 'cognitie' is hierdoor meer in overeenstemming gebracht met wat de experimentele psychologie daaronder verstaat (David, Miclea, & Opre, 2004). Aandacht en waarnemingsprocessen, de *bias* daarin en de werking van het geheugen zijn onderwerpen geworden van klinisch relevant onderzoek en theorievorming (Eysenck, 1992; Teasdale & Barnard, 1993). Daarbij is onder meer vastgesteld dat, in veel gevallen, niet zozeer de inhoud van de (negatieve) gedachten van patiënten afwijkend is, maar vooral de manier waarop ze op die inhoud reageren en ermee omgaan (Nolen-Hoeksema, 2000; Eysenck, 2004; Van den Hout, 2005). Het zijn vooral de zogenaamde 'meta-cognities' (Wells, 2000) die het verschil lijken te maken. Die meta-cognities hebben vaak stoornisoverstijgende kenmerken.

Dergelijke bevindingen uit de experimentele psychologie hebben geleid tot behandelmethoden die niet zozeer de inhoud van disfunctionele cognities beïnvloeden, maar veeleer aangrijpen op de cognitieve processen die aan zulke gedachten ten grondslag liggen.

In dit themanummer stond een onderwerp centraal dat naar ons idee zowel aan als onder de oppervlakte van veel psychopathologie voorkomt. Het ging over storende preoccupaties: disfunctionele cognitieve activiteiten rondom een voor de patiënt betekenisvol thema, die vaak samengaan met negatieve gevoelens en problematisch gedrag. Daarbij dringen deze thema's zich enerzijds ongewild op aan de patiënt, terwijl op andere momenten de patiënt dergelijke thema's tot op zekere hoogte juist vrijwillig opzoekt. Dat opzoeken gebeurt, omdat het thema voor de patiënt belangrijk is en omdat hij meent dat er nog iets moet worden uitgedacht of opgelost. Daarmee hebben storende preoccupaties belangrijke overeenkomsten met piekeren (*worry*) en rumineren. Het storende element zit vooral in de onvrijwillige en ongewenste aspecten. Dat preoccupaties nooit reële oplossingen brengen voor de problemen waarvoor zij worden ingeschakeld, bepaalt het disfunctionele ervan.

Cognitief proces en cognitieve inhoud staan bij preoccupaties niet geheel en al los van elkaar. Wie een thema belangrijk vindt, zal daarvoor meer aandacht hebben dan voor thema's die hij van minder belang acht. En andersom. Dit suggereert dat preoccupaties, in principe, zowel via hun inhoud als via hun aansturende processen kunnen worden beïnvloed.

Uit de verschillende bijdragen blijkt duidelijk dat storende preoccupaties belangrijke kenmerken zijn (aan de oppervlakte) van veel verschillende stoornissen. Bovendien lijken ze (daaronder) de stoornis ook dikwijls mede in stand te houden. Vrijwel alle experts passen interventies toe, die rechtstreeks of via een omweg de storende preoccupaties van de patiënt moeten beïnvloeden. Daartoe maken zij gebruik van diverse methoden waaruit naar ons idee duidelijk een gemeenschappelijke strategie is te distilleren.

Storende preoccupaties: wat doe je ertegen?

Er zijn samengestelde methoden beschreven die bestaan uit een pakket van therapeutische maatregelen. Zulke behandelingen richten zich doorgaans op de stoornis als geheel en niet in het bijzonder op de storende preoccupaties. Door zo'n generieke behandeling blijken kenmerkende preoccupaties dikwijls af te nemen. Daartegenover zijn interventies beschreven die wel (min of meer) specifiek op de storende preoccupaties zijn gericht. Ook deze zijn dikwijls effectief.

Hoewel sommige behandelingen zich vooral op de inhoud van de preoccupaties richten en andere met name op de onderliggende cognitieve processen, lijkt hét codewoord voor het behandelen van storende preoccupaties echter 'aandachtsmanipulatie' te zijn. Niet alle auteurs noemen het zo, maar in bijna alle bijdragen komt min of meer expliciet aan de orde dat de patiënt de aandacht anders of op iets anders moet gaan richten. Daarbij worden in grote lijnen twee stappen gevolgd. Ten eerste moet de patiënt het probleem 'laten liggen'. Veel termen passeerden in dat kader de revue. De-identificatie, losmaken, gevoelsurfen, reflexie, bezinning, time-out, en observeren zonder oordeel. Dit komt allemaal neer op het aloude ~~niet-langer-proberen-om-niet-aan-een-witte-beer-te-denken-en-te-accepteren-dat-hij-er-nu-eenmaal-is~~. De meest besproken techniek hiervoor is *mindfulness* (waarover Vanderlinden terecht opmerkt dat daar ook al heel lang een andere term voor is; 'meditatie'). De tweede stap is het opnieuw richten van de aandacht. Weg van het object van de preoccupatie en in de richting van iets anders, bij voorkeur iets prettigs of functioneels. Er is dan sprake van 'commitment' aan resterende mogelijkheden, zoals andere gedragsvormen, alternatieve verklaringen en allerhande cues die een gewenst gevoel induceren.

Aandachtsmanipulatie en *mindfulness* zijn nog niet bepaald 'evidence-based' technieken, maar er zijn aanwijzingen dat het werkt. Bij sociale fobie zijn verschillende vormen van aandachtsmanipulatie effectief bevonden (Wells, 2000; Mulken, Bögels, De Jong, & Louwers, 2001; Wells & Papageorgiou, 2001). *Mindfulness* lijkt te helpen als maatregel tegen terugval bij depressie (Teasdale et al., 2000). Tegenwoordig, zo blijkt uit diverse bijdragen aan dit themanummer, wordt er nogal wat onderzoek gedaan naar varianten van *mindfulness*. In dat kader is vooral *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) interessant, omdat deze methode beide stappen van aandachtsmanipulatie combineert. ACT lijkt werkzaam te zijn bij verschillende soorten problematiek (Hayes, Masuda, & De Mey, 2003).

Combineren van de twee genoemde stappen roept bij ons in technische zin het aloude schema van de systematische desensitisatie op en in therapeutische zin het principe van contraconditionering. Dit is een methode die zich zowel op de inhoud van storende preoccupaties kan richten als op het cognitieve proces, namelijk de mate waarin de patiënt gericht is op zijn preoccupaties. Deze, althans in onze ogen, beloftevolle interventie ten aanzien van storende preoccupaties mag daarom hier niet ongenoemd blijven. Inmiddels zijn diverse toepassingsmogelijkheden van deze interventie beschreven (Korrelboom, 2000; Korrelboom & Appelo, 2002; Korrelboom, 2003; Korrelboom, Visser, & Ten Broeke, 2004; Korrelboom & Ten Broeke, 2004).

Contraconditionering is een training waarbij de patiënt stapsgewijs leert om een meer functionele emotionele lading te koppelen aan situaties of gebeurtenissen die eerder waren geassocieerd met een disfunctionele emotionele toestand. Daarbij is die

functionele emotionele lading incompatibel met de oude betekenis. Dat incompatibele kan zowel in de inhoud worden gezocht als in de betrokkenheid. Patiënten met een negatief zelfbeeld worden, bijvoorbeeld, gestimuleerd om positieve eigenschappen van zichzelf naar voren te halen. Vervolgens worden deze positieve gevoelstoestanden over het zelf gekoppeld aan situaties die normaalgesproken juist negatieve ideeën over de patiënt activeren. In die gevallen gaat contraconditionering dus over de inhoud: 'Ik ben minder saai dan ik doorgaans denk.' In andere omstandigheden ligt het incompatibele emotionele thema van contraconditionering in de betrokkenheid van de patiënt ten opzichte van bepaalde emotionerende thema's. Bij piekeren bijvoorbeeld, of bij frustratietolerantie en soms ook bij traumatische of obsessieve intrusies zijn de emotionele thema's inhoudelijk niet altijd goed te corrigeren. Het is nu eenmaal niet gemakkelijk om de zonnige kanten te zien van gepieker over mogelijke dodelijke ongelukken van je kinderen, of van het malen in je hoofd over jarenlang bedrogen en misbruikt zijn door je familie. In zulke gevallen kan worden gekozen voor het emotioneel afstand nemen van de preoccupatie: 'Het is vreselijk en onrechtvaardig, maar ik moet het loslaten.'

Een aantal varianten van contraconditionering wordt momenteel op zijn effectiviteit onderzocht. De tijd zal uitwijzen of dit de grootste gemene behandeldeler is voor een van de grootste en gemeenste thema's in de psychopathologie: storende preoccupaties.

Abstract

Dysfunctional preoccupations are typical of many psychopathological syndromes. Manipulation of attention and counter conditioning are the guiding principles in its treatment.

Referenties

- Appelo, M. (2000). Fraai, veel en overdreven. Boekrecensie. *Directieve Therapie*, 20, 398-400.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy. Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.
- Craske, M.G. (1999). *Anxiety disorders. Psychological approaches to theory and treatment*. Boulder: Westview Press.
- David, D., Miclea, M., & Opre, A. (2004). The information-processing approach to the human mind: basics and beyond. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 353-368.
- Eysenck, M.W. (1992). *Anxiety. The cognitive perspective*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Eysenck, M.W. (2004). Applied cognitive psychology: implications of cognitive psychology for clinical psychology and psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 393-404.
- Furmark, T., Tilfors, M., Marteinsdottir, I., Fischer, H., Pissiota, A., Langstrom, B., & Fredrikson, M. (2002). Common changes in cerebral bloodflow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, 59, 425-433.
- Hayes, S.C., Masuda, A., & Mey, H. de (2003). Acceptance and Commitment Therapy: een derde-generatie gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 36, 69-97.
- Hout, M. van den (2005). *Witte beren en de hardnekkigheid van emotionele stoornissen*. Utrecht: Universiteit van Utrecht.
- Korrelboom, C.W. (2000). Versterking van het zelfbeeld bij patiënten met persoonlijkheidspathologie: 'hot cognitions' versus 'cold cognitions'. *Directieve Therapie*, 20, 282-302.
- Korrelboom, C.W. (2003). Mogelijkheden van cognitieve gedragstherapie bij moeilijke mensen: de module frustratietolerantie. In: W.A. Hoogduin, C.A.L. Hoogduin, & C.R. Peters van Neijenhof (red.), *Moeilijke mensen: naar een professionele aanpak*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.

- Korrelboom, C.W., & Appelo, M.T. (2002). Geef de stuurlozen het roer: contraconditionering en coping bij borderline-problematiek. In: C.A.L. Hoogduin & M.T. Appelo (red.), *Directieve therapie bij psychiatrische patiënten*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Korrelboom, C.W., & Broeke, E. ten (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- Korrelboom, C.W., Visser, S., & Broeke, E. ten (2004). Gegeneraliseerde angststoornis: wat is het en wat kun je ertegen doen? *Directieve Therapie*, 24, 276-295.
- Lovell, K., Marks, I.M., Noshirvani, H., Thrasher, S., & Livanou, M. (2001). Do cognitive and exposure treatments improve various PTSD symptoms differently? A randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 107-112.
- Mulken, S., Bögels, S.M., Jong, P.J. de, & Louwers, J. (2001). Fear of blushing: effects of task concentration training versus exposure in vivo of fear and physiology. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 413-432.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.
- Pretzer, J.L., & Beck, A.T. (1996). A cognitive theory of personality disorders. In: J.F. Clarkin & M.F. Lenzenweger (eds.), *Major theories of personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Rijnders, P. (2004). *Overzicht, inzicht, uitzicht. Een protocol voor kortdurende psychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Teasdale, J.D., & Barnard, P.J. (1993). *Affect, cognition and change. Remodelling depressive thought*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- 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.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders & Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (2001). Social phobic interoception: effects of bodily information on anxiety, beliefs and self-processing. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1-11.