



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

Acceptance and Commitment Therapy voor intrusies

Walter Arts

SAMENVATTING In dit artikel wordt gedetailleerd de behandeling beschreven van een 28-jarige vrouw met dwangklachten. Zij had veel last van intrusies. Overt dwanghandelingen waren afwezig. De behandeling bestond uit Acceptance and Commitment Therapy. Het eerste deel hiervan richtte zich, middels metaforen en meditatieoefeningen, op het loslaten van pogingen de intrusies onder controle te krijgen en op het aanleren van een andere, meer accepterende houding naar de klachten toe. In het tweede deel van de behandeling stond het ondernemen van doelgerichte actie centraal: oefeningen om haar het leven te laten leiden zoals zij wilde, niet zonder klachten, maar juist met klachten. De behandeling was succesvol. Niet alleen lukte het haar om de intrusies en angsten te accepteren, ook slaagde zij erin om een leven te leiden zoals zij dat wilde. Dit zorgde er tevens voor dat haar intrusies sterk afnamen en de angst ervoor verdween.

Inleiding

Een dwangstoornis is over het algemeen goed te behandelen. Cognitieve gedragstherapie geldt als behandeling van eerste keuze en leidt, al dan niet aangevuld met medicatie, bij ruim 70% van de patiënten tot een duidelijke reductie van de klachten (Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen, 2003). Deze effectiviteitsonderzoeken zijn vrijwel uitsluitend gedaan bij patiënten met zichtbare dwanghandelingen. Patiënten met voornamelijk dwanggedachten, als groep beperkt in omvang, worden meestal uitgesloten. Deze patiënten hebben veel last van nare, binnendringende gedachten (intrusies), soms agressief van inhoud, die zij proberen te negeren, te onderdrukken of te neutraliseren door het uitvoeren van cognitieve rituelen en/of het stellen van vele vragen ter geruststelling aan belangrijke anderen. Er zijn slechts twee studies gedaan naar de effectiviteit van cognitieve gedragsthera-

DRS. W.J.J.M. ARTS is als klinisch psycholoog/gedragstherapeut werkzaam in circuit Volwassenen Kortdurende Behandeling (VKB) van GGZ-Delfland, locatie Ypenburg, Den Haag. Hij is ook zorgprogrammacoördinator Angststoornissen. E-mail: w.arts@ggz-delfland.nl.

pie bij deze groep patiënten. Freeston en collega's vergeleken cognitieve gedragstherapie, bestaande uit cognitieve technieken, exposure en responspreventie, met een wachtlijstcontrolegroep (Freeston et al., 1997). Gedragstherapie was duidelijk effectiever dan nietsdoen. Een ander onderzoek vergeleek patiënten met voornamelijk dwanghandelingen met patiënten met alleen dwanggedachten (Arts, Hoogduin, Schaap, & De Haan, 1993). Een behandeling met exposure en responspreventie was bij beide groepen patiënten even succesvol. Ondanks deze gunstige resultaten is de algemene indruk dat patiënten met voornamelijk dwanggedachten moeilijker te behandelen zijn dan patiënten met zichtbare rituelen (Rachman, 1997; Salkovskis, Forrester, & Richards, 1998).

Het doel van exposure en responspreventie bij intrusies is extinctie van de angst die ontstaat door de intrusies, door herhaalde blootstelling aan de intrusies en de angst die deze oproepen (waarbij de patiënt niet mag neutraliseren door cognitieve rituelen). Het doel van cognitieve therapie bij intrusies is verandering van de negatieve, vaak catastrofale betekenis die patiënten aan de intrusies geven in een meer neutrale interpretatie (zie bijvoorbeeld Arts, 1999; Reinders, Hermans, & Arts, 2004). Beide behandelingen richten zich dus niet expliciet op vermindering van de intrusies. Dat kan ook niet, omdat intrusies zich onttrekken aan willekeurige controle, en dat hoeft ook niet, omdat intrusies een normaal, niet-pathologisch verschijnsel zijn. Uit onderzoek blijkt dat een belangrijk deel van de bevolking intrusies rapporteert als gevraagd wordt hierop te letten. Dit geldt niet alleen voor volwassenen (Freeston, Ladouceur, Thibodeau, & Gagnon, 1991; Purdon & Clark, 1993), maar ook voor kinderen (Allsopp & Williams, 1998). Patiënten met intrusies moeten leren leven met hun intrusies zonder ze te onderdrukken of te neutraliseren. Zij dienen hun intrusies toe te laten: het zijn alleen maar zich opdringende, zinloze gedachten. Een behandeling die leven met klachten als uitgangspunt heeft is Acceptance and Commitment Therapy (ACT). ACT zou dus, in theorie, een goed alternatief kunnen zijn voor de al bestaande behandelingen.

Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) behoort samen met Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) en Dialectische Gedragstherapie (DGT) tot de zogenaamde derde generatie gedragstherapie. Een gemeenschappelijk kenmerk van deze therapieën is dat zij zich niet richten op het onder controle krijgen van de klachten, maar juist op het loslaten hiervan. Controle is niet de oplossing, maar het probleem. Hoe nadrukkelijker patiënten proberen hun negatieve gedachten en gevoelens onder controle te krijgen, des te meer angst en spanning deze gedachten en gevoelens

oproepen. ACT leert patiënten een andere houding aan, een houding van acceptatie en loslaten. Uitgangspunt is het leiden van een zinvol leven *met* klachten; niet een zinvol leven *na* klachtvermindering. Ongewenste gedachten en gevoelens horen bij het leven. Het doel van ACT is niet om deze kwijt te raken, maar om er op een flexibele, accepterende wijze mee om te gaan, zodanig dat alle energie gericht kan worden op het realiseren van belangrijke waarden en doelen in het leven. ACT richt zich dus niet op het wijzigen van de inhoud van cognities of het veranderen van emoties, het wil dat patiënten zich bewust worden van hun onprettige gedachten en gevoelens en hoe zij zich daarmee verhouden zonder dat zij pogingen doen om er iets aan te veranderen, terwijl zij tegelijkertijd een leven gaan leiden zoals zij dat graag zouden willen. Waar het bij ACT om gaat is patiënten te helpen hun leven in een door henzelf gewenste richting te sturen, zonder pogingen om de ongewenste gewaarwordingen en emoties te controleren, maar juist samen *met* deze gewaarwordingen en gevoelens. ACT probeert de behoefte aan rigide emotiebeheersing die angstige mensen vaak kenmerkt, losser te maken en de psychologische flexibiliteit te stimuleren.

ACT bestaat, globaal genomen, uit twee delen.

Tijdens het eerste deel van de behandeling wordt getracht een op acceptatie gerichte context te creëren en een nieuwe houding te leren ten aanzien van negatieve ervaringen, gedachten, gewaarwordingen en gevoelens. Belangrijke onderdelen in deze fase van de behandeling zijn:

- creëren van creatieve hulpeloosheid (controle werkt niet, maar wat dan wel?);
- defusie (een gedachte is maar een gedachte, meer niet);
- mindfulness (contact met het huidige moment – het observeren van de wereld zoals hij direct wordt ervaren, in plaats van het construeren van een wereld op basis van gebeurtenissen uit het verleden en een verwachte toekomst);
- zelf-als-context (iemand is meer dan zijn gedachten);
- bereidheid (de bereidheid om nare gedachten, gewaarwordingen en gevoelens te ervaren).

In het tweede deel van de behandeling staat het ondernemen van doelgerichte en op waarden gerichte actie centraal om de kwaliteit van het leven te doen toenemen.

Onderzoeksgegevens naar de effectiviteit van ACT zijn nog beperkt. Hoewel er in een tijdsbestek van 22 jaar dertien RCT's zijn gedaan bij een veelheid aan klachten (waaronder angstklachten, depressieve klachten en psychotische klachten, stress, roken, opiatenafhankelijkheid, epilepsie en diabetes) is het door methodologische tekortkomingen (zie Ost, 2008) vaak moeilijk om duidelijke conclusies te trekken.

De randvoorwaarden voor onderzoek zijn over het algemeen minder streng dan bij vergelijkbare cgt-studies (Ost, 2008). Zo worden in slechts vijf RCT's patiënten geïnccludeerd op basis van een DSM-diagnose. Een aantal voorbeelden van deze onderzoeken: ACT bleek effectiever in het verminderen van angst voor wiskunde dan systematische desensitisatie (Zettle, 2003) en gelijkwaardig aan cognitieve gedragstherapie bij de sociale angst (Block & Wulfert, 2000) en bij angststoornissen en depressieve stoornissen (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller, 2007). Het toevoegen van ACT aan een standaardbehandeling bij patiënten met een psychose bleek ook effectiever dan een standaardbehandeling alleen (Gaudio & Herbert, 2006) en leidde tot minder heropnames (Bach & Hayes, 2002). In een multiple-baseline across-participants design bleek ACT een effectieve behandeling voor titilomanie (Twohig, Hayes, & Masuda, 2006a), marihuana-afhankelijkheid (Twohig, Shoenberger, & Hayes, 2007) en dwangklachten (Twohig, Hayes & Masuda, 2006b). In dit laatste onderzoek kregen vier patiënten met een dwangstoornis acht zittingen ACT. Alleen in zitting 7 en 8 werden met patiënten afspraken gemaakt om meer te leven naar hun waarden. Hierbij vond exposure plaats aan gevreesde situaties. De interventies leidden bij alle patiënten tot een significante afname van de dwangklachten, zowel na afsluiting van de behandeling als bij follow-up drie maanden later.

In dit artikel wordt de behandeling beschreven van een 28-jarige vrouw met overwegend dwanggedachten. De behandeling bestond uit Acceptance and Commitment Therapy. In de beschouwing zal op een aantal aspecten van de behandeling nader worden ingegaan.

Mevrouw Visser

Anke Visser, 28 jaar, werkt in de kinderopvang. Ze doet dit vijf dagen per week met veel plezier. De rest van haar leven ziet er ook goed uit. Ze woont sinds twee jaar gelukkig samen met haar vriend die ze al acht jaar kent, ze heeft veel vriendinnen en een hecht en warm contact met haar broer en moeder. Haar vader is al jaren geleden overleden. Hij kreeg een hartaanval toen mevrouw Visser 5 jaar oud was.

Het probleem in haar leven is een dwangstoornis. Mevrouw Visser heeft de gehele dag door last van nare en vervelende gedachten (intrusies) dat iemand die zij kent binnenkort iets zal overkomen. Dit kan een kind uit haar groep zijn, een aardige ouder, een collega, een vriendin, haar vriend, haar broer en vooral haar moeder. Het feit dat zij soms aan iemand denkt en dan even later iets hoort over diegene of hem of haar tegen-

komt, versterkt haar angst dat zij weet wat er in de toekomst gaat gebeuren. De klachten zijn op soortgelijke wijze ruim twaalf jaar geleden ontstaan. Een schoolvriendin werd overreden de dag nadat mevrouw Visser had gedroomd dat haar iets ergs zou overkomen.

De intrusies geven veel spanning en maken haar soms erg angstig. Ze vermindert deze angst door het uitvoeren van cognitieve rituelen. Zo plaatst zij tegenover het doodgaan van een bekende gedachten over een geboorte, zegt zij herhaaldelijk tegen zichzelf dat zij de toekomst niet kan voorspellen en bekijkt ze elke gedachte uitputtend op waarschijnlijkheid. Vooral dit laatste ritueel kost veel tijd. Elke avond zit ze gemiddeld een uur op het toilet hierover na te denken en probeert zij zichzelf gerust te stellen. Meestal lukt dat. Als dit niet zo is, vraagt ze haar vriend of haar broer om advies. Ze stelt ongeveer vijf keer per dag een vraag om geruststelling. Er is ook vermijding. Op (tal van) plaatsen in de stad (straten, pleinen, winkels) waar zij ooit een nare intrusie heeft gehad, die zij niet 'goed kon denken', komt zij niet meer. Haar kast hangt vol met kleding die zij, om diezelfde reden, niet langer durft te dragen. Zij heeft ook al een jaar geen verjaardag of feestje meer bezocht uit angst om een intrusie te krijgen. Om dezelfde reden gaat ze ook minder met haar moeder om. Vooral dit laatste valt haar zwaar. Ruim drie jaar geleden vertelde mevrouw Visser de huisarts over haar probleem. Hij wilde haar doorverwijzen voor verdere behandeling, maar omdat zij dat niet wilde, vooral door schaamte, schreef hij haar een SSRI voor. Dit hielp redelijk. De intrusies namen af, evenals haar angsten. Toen zij een halfjaar geleden met de medicatie stopte, was alles weer zoals daarvoor. Omdat zij in de toekomst zwanger wilde worden, vroeg ze om andere hulp. De huisarts verwees haar door. Bij de start van de behandeling had mevrouw Visser gemiddeld 78 intrusies per dag.

De behandeling

Zitting 1. Creatieve hulpeloosheid: het veld vol kuilen

De eerste zitting, na intake, begon met het nog eens doornemen van de klachten en de invloed hiervan op het dagelijkse leven. Daarna vroeg de therapeut aan mevrouw Visser wat zij allemaal had gedaan om van haar klachten af te komen. De therapeut vroeg hierbij geregeld door om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen. Mevrouw Visser vertelde dat ze eerst had getracht de intrusies te negeren, maar dat de intrusies alleen maar toenamen. Bij doorvragen bleek dat het

negeren in feite onderdrukken was geweest: mevrouw Visser was vanaf het begin erg bang geweest voor de intrusies en deed haar best om er niet aan te denken. Ze had verder haar zorgen herhaaldelijk besproken met haar vriend, haar broer en haar moeder. Ook had ze informatie gezocht in boeken en op internet – niet alleen informatie over angsten en fobieën, maar ook over geesten, waarzeggen en het voorspellen van de toekomst. Zij had bijna drie jaar medicatie gebruikt. Dat had in ieder geval geholpen. De therapeut bracht het ‘goeddenken’ ter sprake. Mevrouw Visser beaamde dat dit ook een poging was om de intrusies te doen verdwijnen, een poging die veel tijd kostte. Na een vraag hierover besepte ze dat ook het vermijden van situaties een poging was om haar intrusies te verminderen. En dat dit ook gold voor het herhaaldelijk vragenstellen ter geruststelling.

De therapeut somde alle pogingen op (onderdrukken, zorgen bespreken, geruststelling vragen, informatie zoeken, medicatie, ‘goeddenken’, vermijden), schreef ze op een bord en vroeg aan mevrouw Visser hoe succesvol die pogingen nu waren geweest. Bij elke poging werd gekeken naar het korte- en het langetermijneffect. Afgezien van medicatie had op de langere termijn niets geholpen. Integendeel, de klachten waren alleen maar toegenomen. Hoewel mevrouw Visser dit liever niet deed, werd hier uitgebreid bij stilgestaan. Mevrouw Visser keek de therapeut enigszins wanhopig aan: wat moest ze dan doen? De therapeut zei dat hij aan een bepaald verhaal moest denken:

‘Je zou het leven kunnen zien als een mooi grasveld, maar wel vol kuilen. De ene kuil groter dan de andere. Iedereen begint geblinddoekt aan het leven, je weet niet welke kant het opgaat. Ieders leven loopt anders, gaat een andere kant uit, vaak gaat het lange tijd goed maar dan opeens, zonder dat je er iets aan kunt doen, val je in een kuil. Bijvoorbeeld in een grote diepe kuil. Je probeert eruit te klimmen, maar het zand is zo zacht dat je elke keer weer omlaagglijdt en de kuil alleen maar groter wordt. Je roept om hulp, je roept en roept, na een paar uur doet je keel pijn en is er nog niemand verschenen. Je probeert een gang te graven naar een plek waar het zand steviger is, maar helaas stort elke gang in. En zo gaat het maar door, je probeert van alles tot je geen stem meer hebt en alles pijn doet, en het resultaat is dat je nog steeds in de kuil zit, alleen in een diepe kuil.’

De therapeut vroeg aan mevrouw Visser of zij begreep waarom hij dit verhaal vertelde. Dat deed ze. Het was haar situatie. Maar het maakte haar niet gelukkig; hoe kon ze dan wel uit die kuil komen? De therapeut gaf hierop geen antwoord – het was erg belangrijk om

eerst te weten wat allemaal niet had geholpen, zodat daaraan geen tijd en energie meer verloren zou gaan. De zitting werd beëindigd met de afspraak dat mevrouw Visser alle pogingen die zij had gedaan om haar klachten te verminderen, nog eens zou opschrijven en eventueel aanvullen en met een percentage (van 0 tot 100) zou aangeven hoeveel elke poging op de lange termijn had geholpen om haar klachten te doen afnemen.

Zitting 2. Controle is het probleem (1): de hongerige tijger en de witte beer

Mevrouw Visser had geen andere pogingen meer gevonden. Elke poging was op de langere termijn 0% effectief geweest. De medicatie had haar 50% geholpen toen zij het gebruikte; na het stoppen was ze weer terug bij af. Niets had dus echt geholpen. Het was belangrijk dat zij zich dit goed realiseerde, gaf de therapeut aan. Daarop werd het model van de dwangstoornis getekend (naar Hoogduin, 1986), waarbij dwanggedachten (intrusies) angst en spanning oproepen en dwanghandelingen (coverte rituelen en geruststelling zoeken) dit (tijdelijk) reduceren. Alle niet-succesvolle pogingen, met uitzondering van het gebruik van medicatie, werden in dit schema gezet (onderdrukken, zorgen bespreken, geruststelling vragen, informatie zoeken via boeken of internet, 'goeddenken'). Mevrouw Visser herkende zich hierin erg goed. Nogmaals werd besproken dat de oplossing niet lag in het uitvoeren van deze dwanghandelingen. Dat leidde alleen maar tot tijdelijke verlichting en had op de lange termijn niets geholpen. De klachten waren zelfs alleen maar toegenomen. De therapeut vertelde daarop het volgende:

'Het lijkt erop dat jij met je intrusies bent omgegaan als iemand die een klein hongerig babytiggertje heeft. Hoewel nog klein, is hij toch wel een beetje beangstigend, zeker als hij honger heeft. Dus je geeft hem snel te eten en het tiggertje is weer rustig. Tot hij weer honger heeft en je hem weer snel te eten geeft. En dat gaat zo door: elke keer als hij honger heeft, geef je hem te eten totdat hij weer rustig is. Het tiggertje wordt alleen wel groter en groter en heeft meer en meer honger, waardoor je steeds vaker en langer bezig bent om hem te voeren en tevreden te stellen. En uiteindelijk is hij zo groot en beangstigend geworden dat je dag en nacht bezig bent om voor hem eten te kopen en hem eten te geven. Je leven draait alleen nog maar om hem. Je bent met vrijwel niks anders meer bezig. Jij zou je intrusies kunnen zien als die tijger. Elke keer als je jezelf probeert gerust te stellen, ben je de tijger eten aan het

geven. En het gevolg is niet dat de intrusies en de angsten die daarbij horen minder worden; nee, net als de tijger worden die alleen maar groter en sterker. Kijk maar naar het lijstje van mislukte pogingen dat je gemaakt hebt met het besef dat je klachten in de loop der jaren alleen maar zijn toegenomen.'

Mevrouw Visser snapte het. Ze begreep dat zij moest stoppen met het zoeken naar geruststelling en ook het 'goeddenken' moest staken. Maar zou dat echt helpen? Zouden haar intrusies dan verdwijnen? De therapeut benadrukte dat dit een belangrijke vraag was. Hij vertelde dat er een aantal onderzoeken gedaan was naar het voorkomen van intrusies bij 'normale' mensen. Hoeveel mensen, dacht zij, hadden met enige regelmaat intrusies? Mevrouw Visser antwoordde dat het er wel meer zouden zijn dan zij dacht, anders was het haar vast niet gevraagd. Zij koos 50%. Dat ruim 80% van de bevolking intrusies rapporteert, werd met enig ongeloof aangehoord. Bij een aantal mensen worden intrusies tot obsessies, vertelde de therapeut; zij nemen de binnendringende gedachten serieus en worden er bang van. Dat was ook bij mevrouw Visser het geval. Omdat intrusies een normaal verschijnsel zijn, zo werd met mevrouw Visser besproken, was het doel van de behandeling dus niet het doen afnemen van de intrusies – het doel was om een zinvol en waardevol leven te leiden, met de intrusies, maar niet gehinderd door de intrusies, net zoals het merendeel van de bevolking.

Mevrouw Visser gaf aan weer in verwarring te zijn en vroeg zich af hoe ze dan met haar intrusies moest omgaan. Als antwoord hierop werd het 'witte-beerexperiment' gedaan. Mevrouw Visser werd met nadruk verboden om voor de duur van één minuut aan een grote roze olifant te denken. Ze was enigszins opgetogen na dit experiment; ze was verbaasd dat het onderdrukken van een gedachte zo sterk de gedachte opriep. Hier werd nog enige tijd over doorgepraat. Daarna werd het begrip 'controle' ter sprake gebracht. Deze zitting had zich, net als de vorige, gericht op alle pogingen van mevrouw Visser om haar klachten onder controle te krijgen – van 'goeddenken' tot geruststelling vragen tot de intrusies onderdrukken; pogingen die de klachten alleen maar hadden verergerd. Controle was dus niet goed, controle was het probleem. Ook hier werd enige tijd over gepraat. Met het advies om de intrusies dus zoveel mogelijk te laten voor wat ze zijn, alleen maar nare binnendringende gedachten en niets meer dan dat, en te stoppen om te proberen ze onder controle te krijgen, werd de zitting afgesloten.

Zitting 3. Controle is het probleem (2): drijfzand en de Chinese vingerval

De derde zitting begon met het nogmaals bespreken van het doel van de behandeling: de intrusies waren niet het probleem, het ging om hoe mevrouw Visser ermee omging. Ook werd nog even stilgestaan bij het voorkomen van intrusies in de normale bevolking en bij de resultaten van het witte-beerexperiment. Mevrouw Visser vertelde dat ze de afgelopen week had geprobeerd toe te passen wat ze had geleerd. Ze had besloten op haar werk geen intrusies meer ‘goed te denken’ en dit was gelukt. Ze had ze ’s avonds thuis wel nog ‘goedgedacht’. Op de vraag waarom ze dit wel had gedaan, antwoordde ze dat sommige intrusies zoveel angst gaven dat zij ze wel moest ‘goeddenken’. De therapeut bracht de metafoor van de hongerige tijger weer ter sprake – toch jammer dat ze haar angsten weer aan het voeden was geweest. Mevrouw Visser vroeg zich af hoe ze dan haar angst moest kwijtra-ken. De therapeut bracht ook de kuilmetafoor weer in herinnering en besprak dat ze blijkbaar toch aan het proberen was om eruit te komen, terwijl de historie had geleerd dat dat niet hielp. Hij haalde een andere metafoor aan:

‘Ik wil het even met je hebben over drijfzand. Je weet waarschijnlijk wel wat drijfzand is; het is zand vermengd met water waarin je kunt wegzakken. Stel nou dat jij door een bos loopt en in drijfzand terechtkomt. Wat denk jij dat je zult doen?’ Mevrouw Visser gaf aan dat ze zou proberen eruit te komen. ‘Precies, dat wil iedereen. Je zou waarschijnlijk proberen de vaste grond te bereiken, half zwemmend, bewegend met armen en benen. Denk jij dat dat helpt?’ Mevrouw Visser zei dat in de meeste films mensen dan alleen maar verder wegzakten. Dit werd beaamd. ‘Proberen om eruit te komen helpt niet. Het enige wat je kunt doen als je in drijfzand zit, is jezelf zo rustig mogelijk te houden. Als je dat doet, zak je niet verder weg. Hoe minder je vecht, des te veiliger het is. En dat is eigenlijk wat jij ook moet doen met je intrusies en je angsten. Vechten leidt er alleen maar toe dat je verder wegzakt in het drijfzand, verder wegzakt in je klachten. Het enige wat je kunt doen is maar laten gebeuren wat er gebeurt en afwachten.’

Mevrouw Visser vroeg wat er dan zou gebeuren. De therapeut vroeg wat er zou gebeuren als je de tijger niet meer zou voeden. Mevrouw Visser dacht dat het dan gevaarlijk zou worden; hij zou proberen om koste wat kost voedsel te bemachtigen. Maar geleidelijk aan zou hij ook zwakker worden en minder beangstigend. Misschien zou dat ook zo gaan met haar intrusies en angsten. Maar om dat te

bereiken zou mevrouw Visser ze niet langer moeten voeden, maar ze er gewoon laten zijn.

Om dit op een andere manier te illustreren liet de therapeut haar twee Chinese vingervallen zien: kokertjes van geweven, gekleurde stro, waarin je aan beide kanten een vinger kunt stoppen. De vingers eruit halen is moeilijker: het kokertje wordt dan langer, maar ook smaller, waardoor de vingers vaster komen te zitten. De therapeut stak zijn beide wijsvingers in het kokertje en vroeg mevrouw Visser om hetzelfde te doen. Hij zei dat je dit kon zien als het leven dat zij nu leidde: een gevangene van haar intrusies en angsten. Mevrouw Visser bemerkte al snel dat hoe harder ze haar vingers eruit wilde trekken, des te vaster ze kwamen te zitten. De therapeut refereerde aan haar pogingen om haar intrusies en angsten kwijt te raken. Hoe harder je dit probeert, des te vaster kom je te zitten. Hij vroeg haar om te stoppen met te proberen haar vingers eruit te halen, maar juist de vingers naar elkaar toe te bewegen. Mevrouw Visser zei desgevraagd dat dit prettiger aanvoelde: er was minder spanning. De therapeut bevestigde dit. Ze zat nog steeds vast, maar nu ze gestopt was met vechten om eruit te komen, voelde het wel prettiger aan. En dat was precies de bedoeling van de behandeling. Niet het wegnemen van de klacht, dat was met intrusies en angsten niet mogelijk omdat het alledaagse verschijnselen waren, maar het op een prettige en waardevolle manier leven *met* intrusies en angsten.

De eerste stap had ze al gezet door op haar werk niets meer goed te denken. De therapeut complimenteerde haar hiermee en vroeg of dit een vaste afspraak mocht worden: wat er ook gebeurde, hoeveel intrusies er ook waren, hoe hevig de angst ook mocht zijn, kon mevrouw Visser garanderen dat ze op haar werk niets meer zou 'goeddenken'? Dat kon zij. Zij kreeg een registratieformulier mee waarop ze kon aangeven hoe goed dit haar was gelukt en hoeveel spanning dit haar had opgeleverd.

Zitting 4. Mindfulness

Mevrouw Visser had zich uitstekend aan de opdracht gehouden. De afgelopen twee weken had zij op haar werk niets goedgeacht. Dit had over het algemeen niet veel moeite gekost, omdat ze wist dat ze het thuis wel mocht doen. Toen ter sprake kwam om het thuis ook niet te doen, zei mevrouw Visser daar erg tegenop te zien. Soms had zij zo'n sterke intrusie dat iemand dood zou gaan, dat ze die echt moest uitdenken. Ze zag diegene dan doodgaan, in een kist liggen en begraven worden. Als ze probeerde die gedachten en beelden te negeren, werd zij meestal herinnerd aan het voorval waarmee haar dwangklachten begonnen waren: de droom dat haar vriendin iets zou

overkomen, wat de volgende dag werkelijkheid was geworden. Het effect van taal op ons leven werd besproken. De therapeut gaf aan hoe wij, anders dan dieren, taal hebben en dit gebruiken om afspraken te maken, de toekomst te plannen en dingen uit te voeren, vaak gebaseerd op succesvolle ervaringen uit het verleden. En hoe goed dat werkt in het dagelijks leven.

‘Het werkt echter niet bij emotionele problemen. Bij sterke emoties als somberheid en angst gebruiken wij taal ook. Door taal halen wij allerlei nare gebeurtenissen uit het verleden naar boven en creëren wij een sombere of beangstigende toekomst. Als je verdrietig bent, denk je vaak terug aan allerlei situaties waarin je hebt gefaald en zie je de toekomst somber in. Als je angstig bent, maak je je veel zorgen over de toekomst waarin iets rampzaligs zal gaan gebeuren, vaak gebaseerd op nare voorvallen uit het verleden. En die herinneringen uit het verleden en gedachten over de toekomst helpen niets. Je voelt je er meestal alleen maar vervelender door. Bij angst en verdriet, maar ook bij andere emoties zoals boosheid, laten wij ons elke keer leiden door vervelende gebeurtenissen uit het verleden en een zelf gecreëerde, nare toekomst. En niet door wat er *nu*, op dit moment, gebeurt. En dat is echt belangrijk, want dat is de werkelijke realiteit. Het is dus goed om je meer bewust te zijn van wat er nu gebeurt, in plaats van je te laten meeslepen naar een vervelende gebeurtenis in het verleden waaraan je toch niets kunt veranderen of naar een onbekende toekomst die je geest op erg rampzalige wijze inkleurt.’

Hierop werd de term ‘mindfulness’ geïntroduceerd: mindfulness-oefeningen leren mensen gedachten, beelden en gevoelens te laten opkomen, waar te nemen, en op te merken zonder ze te beïnvloeden en zonder zich erdoor te laten beïnvloeden. Er werd een mindfulness-oefening gedaan (een losse vertaling van de ‘acceptance of anxiety’-oefening; Eifert & Forsyth, 2005, p. 163-166). Na afloop hiervan werd mevrouw Visser gevraagd om elke dag te oefenen met het meer bewust zijn van het hier en nu. Er werden drie momenten op de dag bepaald waarop ze zou oefenen: ’s ochtends tijdens het tandenpoetsen, tijdens het fietsen naar haar werk en tijdens het avondeten. De opdracht om op haar werk niets goed te denken werd uitgebreid: voortaan zou mevrouw Visser ook op dagen dat ze niet werkte tussen 9.00 en 17.00 uur niets uitdenken.

Zitting 5. Defusielzelf als context: de schaakbordmetafoor

Mevrouw Visser had zich weer goed aan de opdrachten gehouden. Ze had niets uitgedacht op de afgesproken tijden. Ze had elke dag geprobeerd op om met aandacht tanden te poetsen, te fietsen en te eten. Het was haar gelukt om op die momenten intrusies en andere zorgen er gewoon te laten zijn, ze was er niet op ingegaan of had er verder niet over nagedacht.

De therapeut bracht nog eens de onderzoeken naar intrusies ter sprake en besprak daarop nogmaals het belang van mindfulness. Door aandachtig stil te staan bij het hier en nu en intrusies er alleen maar te laten zijn, geef je er geen betekenis aan en laat je ze voor wat ze zijn; alleen maar gedachten van een creatieve geest die nooit rust. De mindfulness-oefening werd weer gedaan en het aantal momenten waarop mevrouw Visser hiermee zou gaan oefenen werd uitgebreid (elke keer bij het tandenpoetsen en fietsen, en bij elke maaltijd).

Daarna zette de therapeut een schaakbord op tafel met de witte en zwarte stukken ernaast. De therapeut legde de bedoeling van schaken uit; de witte en zwarte stukken werken elk als een team om de ander te verslaan.

‘Je zou die stukken ook kunnen zien als jouw gedachten en gevoelens. Opeens schiet er een intrusie in je hoofd (de therapeut zet een zwart stuk op het bord), je schrikt (weer een zwart stuk) en je denkt “o jee, dadelijk overkomt mijn moeder iets” (nog een zwart stuk). En dat breidt zich uit: je ziet je moeder dood, liggend in een kist, en wil het snel goeddenken (nog meer stukken). Een deel van je verzet zich daartegen en denkt “dat gebeurt echt niet” (een wit stuk op het bord) en misschien denk je ook wel dat het alleen maar een vervelende intrusie is die je al zo vaak hebt gehad (nog een aantal witte stukken erbij). Maar waarschijnlijk denk je dan ook “maar wat nou als het wél uitkomt?” (een zwart stuk erbij), gevolgd door “ik wil mijn leven niet meer laten bepalen door die gedachten” (weer een wit stuk). En zo gaat het maar door. De ene gedachte brengt de andere voort, die vervolgens weer bestreden wordt door weer een andere gedachte enzovoorts, enzovoorts (nog enkele witte en zwarte stukken erbij). En dat schuift maar over dat bord heen en weer. Het ene moment staat de ene gedachte op de voorgrond, het volgende moment een andere (de therapeut schuift de stukken over het bord, dan weer eens een zwart stuk in het centrum zettend, dan een wit stuk). Is dit herkenbaar?’

Mevrouw Visser knikte. Daarop vroeg de therapeut wie mevrouw Visser nou eigenlijk was, terwijl hij naar het schaakbord wees. Mevrouw Visser keek moeilijk. ‘De stukken?’ De therapeut liet twijfel

blijken. ‘Is dat zo? Ben jij al die gedachten en gevoelens die daar zo heen en weer schuiven over dat bord? Is dat wie je bent, onrustige gedachten en gevoelens?’ Mevrouw Visser wees op het geheel. Misschien was ze zowel de stukken als het bord. De therapeut beaamde dat dit zou kunnen, maar vroeg ook door. ‘Wie ben je meer: de heen en weer schuivende stukken, af en toe verdwijnt er een en komt er weer een bij, of dat bord wat gewoon blijft staan, dat er altijd is?’

Mevrouw Visser koos voor het bord. Met moeite, en met hulp van de therapeut, wist ze dit te beredeneren. Ze gaf aan dat ze meer was dan haar gedachten en gevoelens; die wisselden nogal en waren veelal vluchtig. Maar zij, in haar eigen woorden, was er altijd. De therapeut pakte het bord er weer bij en benadrukte het belang om dat te onthouden. Zij was het bord dat er altijd was. En daarboven speelde zich voortdurend van alles af; het was een drukte van jewelste. Stukken schoven heen en weer, verdwenen of kwamen erbij. En dat alles zonder het bord ook maar op enige manier te beschadigen. Zo zou mevrouw Visser ook naar haar intrusies kunnen kijken. Als iets dat zich boven haar afspeelde, zonder dat het haar wezenlijk raakte.

De zitting werd afgesloten met een uitbreiding van de tijd om niets uit te denken (elke dag van 9.00 tot 19.00 uur).

Zitting 6. Waarden en doelgerichte actie: de bereidheidsmeter

Zoals in eerdere zittingen had mevrouw Visser zich ook nu weer prima aan alle afspraken gehouden. Nadat de mindfulness-oefening voor de derde keer was gedaan, werd het gesprek op waarden gebracht. De therapeut vroeg mevrouw Visser om haar ogen te sluiten en zich voor te stellen dat ze nog een halfjaar te leven had. Hij vroeg haar om eens rustig na te gaan wat ze dan zou gaan doen of wat ze anders zou gaan doen. Hij vroeg haar na te denken over haar familie, werk en sociale leven. Hij vroeg haar ook om zich voor te stellen dat ze aanwezig zou zijn op haar begrafenis. Hoe zou ze willen dat anderen over haar zouden denken? Hoe zouden anderen haar beschrijven en had ze daar vrede mee? En ten slotte: hoe zou ze willen terugkijken op het omgaan met haar intrusies en angsten?

Toen de oefening beëindigd was, vertelde mevrouw Visser het erg zwaar te hebben gevonden. En erg confronterend. Ze was zich pijnlijk bewust geworden van aspecten van zichzelf waarover ze niet tevreden was en van situaties die zij vermeed, terwijl ze die erg belangrijk vond. Gevraagd naar het belangrijkste gaf zij aan dat zij meer tijd met haar moeder wilde doorbrengen. Voorheen deden ze vele dingen samen, met veel plezier. Nu kwam zij nog maar maximaal één keer per twee weken langs. Dit gold ook voor sociale contacten. Uit angst voor intrusies was mevrouw Visser haar vriendinnen steeds minder

gaan zien. Met betrekking tot haar werk wilde zij steviger overkomen, assertiever zijn. Ze had het idee dat iedereen haar zag als een lief meisje dat je alles kon vragen, die het iedereen naar de zin wilde maken en toch nooit 'nee' zei. Met betrekking tot het omgaan met haar intrusies en angsten zei mevrouw Visser te hebben besloten dat zij daardoor haar leven niet meer wilde laten bepalen.

De therapeut vroeg hoe mevrouw Visser zou kunnen leven volgens die waarden. Zij gaf aan dat zij haar moeder meer kon gaan bezoeken, ze zou graag weer eens met haar gaan winkelen; zij wilde geen uitnodigingen voor feestjes van vriendinnen meer afslaan. De therapeut vroeg hoe haar intrusies en bijbehorende angsten daarin pasten. Mevrouw Visser reageerde dat ze het wel moeilijk vond om met haar intrusies en angsten deze stappen te zetten. Ze was toch nog steeds erg bang om bij haar moeder een nare intrusie over haar te krijgen. Aan de andere kant vond ze het erg belangrijk weer meer contact met haar te hebben. De therapeut tekende daarop twee halve manen met de platte kant horizontaal en een punt in het midden van die lijn.

'Je kunt deze twee halve cirkels vergelijken met de snelheidsmeter van een auto. Aan deze punt in het midden van de lijn zit een wijzer vast. Net als bij een snelheidsmeter kan deze wijzer een halve cirkel beschrijven, beginnend bij 0 en als de halve cirkel is afgelegd, eindigend bij het maximum. Stel je voor dat die eerste halve cirkel een angstmeter is; de angst kan 0 zijn, het wijzertje ligt horizontaal naar links, maar ook maximaal zijn, het wijzertje ligt horizontaal naar rechts. Dat metertje ken je, op elk moment van de dag zou je de wijzer in een bepaalde positie kunnen zetten. Je bent je heel goed bewust van je angst. Het is een meter waarover je weinig controle hebt; de afgelopen zittingen heb je herhaaldelijk gezien dat elke poging de angst te doen afnemen uiteindelijk averechts werkt.

De andere halve cirkel kun je zien als een bereidheidsmeter; die meet hoe bereid je bent om met je angst te leven, hoe bereid je bent om je angst te accepteren, terwijl je doorgaat met je leven. Hierover hebben wij het de afgelopen weken vaak gehad. Van deze meter ben je jezelf veel minder bewust, maar het is wel een heel belangrijke meter. Want dit is een meter die je wél kunt beïnvloeden en die bepaalt hoe je leven eruit kan zien.

Beide meters beïnvloeden elkaar. Als de angst laag is of bijna 0, zal jouw bereidheid om die angst te accepteren en een leven te leiden zoals je dat wilt zeer waarschijnlijk groot zijn (de therapeut tekende met blauwe pen in elke meter een pijl die de hoogte van de angst en de bereidheid aangaf). Maar stel dat de

angst in behoorlijke mate aanwezig is, hoe groot is dan jouw bereidheid (pijl met rode pen in angstmeter)? Hoe bereid ben je dan om de angst te accepteren en bijvoorbeeld toch met je moeder te gaan winkelen? Waarschijnlijk is je bereidheid een stuk minder.'

Mevrouw Visser werd gevraagd dit met een rode pijl aan te geven. En stel dat er een heel nare intrusie opduikt en je heel erg angstig wordt (zwarte pijl), hoe bereid ben je dan? Mevrouw Visser zette aarzelend haar zwarte pijl halverwege de cirkel. 'Hier hebben wij eigenlijk al die tijd naar toegewerkt. Om een gelukkig leven te leiden, een leven dat jij zinvol en waardevol vindt, moet je de intrusies en angsten accepteren, moet je bereid zijn om dingen te ondernemen samen met je angsten en intrusies. Dat is een keuze, een bewuste beslissing. Hoe hoger de bereidheidsmeter, hoe meer je ervoor kiest om te leven zoals jij dat wilt, met intrusies en met angst. Jij kunt kiezen wie jouw leven bepaalt: jij of jouw klachten. Elke keer dat je in dit leven een belangrijke stap zet en een intrusie krijgt of angstig wordt, moet je jezelf afvragen hoe bereid je bent om door te zetten. En hoe hoger je jezelf inschaalt op de bereidheidsmeter, des te prettiger zal jouw leven zijn.'

Er werd nadrukkelijk stilgestaan bij deze keuzemogelijkheid. De therapeut vroeg mevrouw Visser om hierover goed na te denken. Zij moest kiezen hoe zij verder wilde met haar leven. Hij vond dat ze daarover de komende twee weken een weloverwogen beslissing moest nemen. Hierop vooruitlopend werd afgesproken dat zij alvast een lijst zou maken van alle activiteiten die zij de afgelopen jaren had opgegeven vanwege haar angst. Zij zou daarbij op een schaal van 1 tot 10 (hoe belangrijker, des te hoger het punt) aangeven hoe zinvol en waardevol deze activiteiten voor haar waren. De tijd om niets 'goed te denken' werd met een uur per dag verruimd.

Zitting 7 t/m 15. Doelgerichte actie (1): de beleggingsadviseur

In zitting 7 werd een hiërarchie opgesteld van situaties die mevrouw Visser vermeed en weer wilde opzoeken. Vanaf dat moment kreeg zij elke zitting opdrachten mee die de zitting(en) daarop werden besproken, uitgebreid of vervangen door nieuwe oefeningen. Ook de tijd waarin zij geen intrusies mocht goeddenken, nam elke keer toe.

Mevrouw Visser oefende goed: zij hield zich elke keer aan de gemaakte afspraken. Ze bleef ook trouw haar mindfulness-oefeningen doen. Elke zitting werd er teruggegrepen op één of meerdere metafoeren of werd op een andere manier benadrukt hoe zij moest omgaan met de intrusies. Eén keer had ze het erg moeilijk – toen een vader

zijn kind kwam ophalen had ze de gedachte gekregen dat hij dood zou gaan; een week later hoorde ze dat hij kanker had. Dit deed haar angst sterk toenemen. Zij kon blijkbaar toch met haar gedachten bepalen wat er met iemand gebeurde. Ze dacht desgevraagd ook wel dat ze de gedachte waarschijnlijk had gekregen omdat hij er slecht uit zag, maar dit hielp slechts beperkt. Nadat de bereidheid was besproken om met deze angst te leven en door te gaan met het opbouwen van een waardevol leven, bracht de therapeut 'de adviseur' ter sprake:

'Het lijkt wel of er in je hoofd iemand zit die jou voortdurend van adviezen voorziet. Pas op, je kunt de toekomst voorspellen; pas op, je kunt andere mensen de dood brengen; pas op voor je gedachten; pas op voor wat je denkt. Hoe vaak heeft die adviseur nou gelijk gehad? En hoe vaak niet?'

Mevrouw Visser gaf aan dat hij af en toe gelijk leek te hebben, maar meestal niet. 'Stel je nou eens voor dat die adviseur jouw beleggingsadviseur is en dat jij net zo goed naar zijn beleggingsadviezen luistert als je nu naar hem luistert, waar zou jij dan nu slapen: in een dure villa op een zonovergoten eiland of berooid onder een brug met een stuk karton om op te liggen?' Mevrouw Visser noemde de brug. 'Wat zou je met zo'n adviseur doen, zou je hem houden of ontslaan?' Mevrouw Visser gaf aan hem in zo'n geval allang ontslagen te hebben. Hierbij werd wat langer stilgestaan. Waarom hem wel ontslaan en die adviseur in haar hoofd niet? Dat was toch ook maar een onbenul?

Op zitting 15 had mevrouw Visser nog een kwartier per dag over om nare gedachten goed te denken. Ze dacht dan meestal na over één intrusie; de andere intrusies liet ze voor wat ze waren. Het aantal intrusies was sterk afgenomen: van 78 per dag bij aanvang van de behandeling tot 8 per dag nu. Ze stelde geen vragen ter geruststelling meer aan anderen. Ze ging met haar moeder om zoals zij wilde; ze bezocht haar wekelijks en geregeld gingen zij samen winkelen, iets waarvan mevrouw Visser meestal erg genoot. Ze at ook weer bij haar of nodigde haar uit voor het eten. De contacten met haar vriendinnen waren toegenomen, ze zegde geen afspraak meer af en had zelfs haar eigen verjaardag voor het eerst sinds jaren samen met hen gevierd. Ook vermeed ze steeds minder straten en winkels in haar stad.

Zitting 16 t/m 21. Doelgerichte actie (2): de blaadjesmetafoor

De volgende zitting bracht mevrouw Visser een ander probleem terug in de aandacht. Ze voelde zich in sociale contacten vaak erg onzeker: ze kon soms urenlang piekeren of haar vriendinnen haar wel aardig vonden. Het kostte haar, vooral op het werk, veel moeite om 'nee' te

zeggen of anderen aan te spreken op ongewenst gedrag. Zo bracht een moeder haar tweeling bijna elke dag met vieze luiers naar de crèche, die mevrouw Visser dan snel moest verschonen, terwijl ze ook nog andere ouders met hun kinderen moest ontvangen. Ze had hier nog nooit wat van gezegd. Ze wilde dit graag leren.

In het kader van het leiden van een waardevol leven vertelde ze dat zij iemand wilde zijn die voor zichzelf opkwam en die zich niet te veel in beslag wilde laten nemen door allerlei gepieker. Er werden doelen bepaald om dit te bereiken. Mevrouw Visser zou stapje voor stapje meer voor zichzelf opkomen, zowel op haar werk als thuis. Er werd een hiërarchie van te oefenen situaties gemaakt. Met betrekking tot het piekeren werd gekeken of dit zinvol was en of het mevrouw Visser hielp. Ze gaf aan dat dit niet zo was. Ze wist soms echt niet of anderen haar leuk vonden of niet, maar het veelvuldig hierover nadenken leverde geen enkel antwoord op. Het was alleen maar lastig en belemmerde haar om met zinvolle dingen bezig te zijn. De therapeut besprak dat ze blijkaar ook een adviseur voor sociale zaken in haar hoofd had, die al niet veel capabeler was dan haar andere adviseur. Ze zocht ze wel uit. Na hieraan enige tijd aandacht te hebben gegeven, vertelde de therapeut dat het piekeren hem deed denken aan een verhaaltje dat hij lang geleden had gelezen:

‘Het gaat over een koning in een groot paleis met een prachtige kasteeltuin. De koning kon ontzettend genieten van deze tuin. Hij zat er elke dag, genietend van de goed onderhouden paden, de mooi aangelegde bloemperken, de vele beelden uit alle delen van de wereld, de grote hoge bomen, de vijvers met hun bijzondere fonteinen. Hij genoot ervan, het ontspande hem elke keer. Totdat het herfst werd en de blaadjes gingen vallen. Opeens werd zijn blik op de bloemen en planten, de beelden, de vijvers en de fonteinen verstoord door allemaal vallende en op de grond liggende blaadjes. Hij beval zijn bedienden om al die blaadjes zo snel mogelijk op te rapen. Omdat de tuin erg groot was met veel hoge bomen, had hij steeds meer bedienden nodig om alles op te ruimen. Al snel kon hij niet meer genieten van zijn tuin. Het enige wat hij nog zag waren vallende blaadjes en rennende bedienden. De koning werd steeds gespannener door alle onrust om hem heen en liet een adviseur komen. Deze raadde hem aan de bedienden weg te sturen en vroeg hem de blaadjes te laten voor wat ze waren: alleen maar vallende blaadjes horend bij de herfst. En als hij door de blaadjes heen kon kijken, kon hij zien hoe mooi de planten, beelden, vijvers en fonteinen nog steeds waren, zelfs met vallende blaadjes.’

Na deze metafoor met mevrouw Visser te hebben besproken, werd

met haar afgesproken dat zij haar onzekerheid op dezelfde manier zou benaderen als haar intrusies: als niets meer dan gedachten, gedachten van een creatieve geest. Verder werd ook dit piekeren beperkt in tijd. Na het uitdenken van haar intrusies mocht zij een bepaalde tijd, die steeds verder werd beperkt, stilstaan bij de gedachte dat anderen haar niet aardig vonden.

De zitting daarop vertelde mevrouw Visser dat ze de metafoor aan haar vriend had verteld. Sindsdien had hij elke keer als hij zag dat zij zich zorgen maakte, haar hieraan herinnerd. Eerst door tegen haar te zeggen: 'laat maar waaien.' Later door een meer cryptisch: 'blaadje, blaadje, blaadje.' Het maakte haar aan het lachen; het hielp haar om met enige afstand naar haar zorgen te kijken.

De laatste drie zittingen vonden plaats met tussenpozen van respectievelijk twee, drie en vijf maanden. Na 21 zittingen werd de behandeling afgesloten. Het ging goed met mevrouw Visser. Het aantal intrusies was sterk afgenomen, net als de angst die dit oproep. Ze vermeed geen enkele situatie meer. Wel stond ze zichzelf elke dag maximaal vijf minuten toe om een intrusie 'goed te denken' of stil te staan bij een andere twijfel. Dit ingegeven door het feit dat iedereen wel eens een nare gedachte heeft en daarbij stilstaat. Ongeveer twee keer per week maakte ze hiervan gebruik.

Ze was tevreden met het leven dat ze leidde. Ze voelde zich nog steeds met enige regelmaat onzeker in sociale situaties, maar piekerde hierover veel minder dan voorheen. Op haar werk had zij een aantal malen een ouder kritisch aangesproken. Ze vond dit nog steeds moeilijk, maar ze was blij dat ze dit nu deed. Tijdens de evaluatie van de behandeling gaf mevrouw Visser aan dat ze het meeste had gehad aan de herhaaldelijke besprekingen van de onderzoeken naar het voorkomen van intrusies. De mindfulness-oefeningen hadden haar vaak geholpen om door te gaan. Ze paste dat nu bij uiteenlopende problemen en zorgen toe. Ook het herhaalde malen, door de therapeut, ter sprake brengen van het drijfzand als mevrouw Visser toch weer aan het vechten was met haar angsten, had haar geholpen om haar angsten met rust te laten. Dit gold ook voor de 'beleggingsadviseur'. De Chinese vingerval had weinig toegevoegd. Dit gold ook in mindere mate voor de bereidheidsmeter en het witte-beerexperiment. Op het moment zelf had ze die zinnig gevonden, terugkijkend had ze er maar beperkt gebruik van gemaakt.

Meetresultaten

Gedurende de behandeling werd driemaal de Y-BOCS (Goodman, Price, Rasmussen, et al., 1989), de SCL-90 (Arrindell & Ettema, 1986) en de IDB (Kraaimaat & van Dam-Baggen, 1976) afgenomen. Dit vond plaats in zitting 1, zitting 11 en zitting 21. Ook werd mevrouw Visser driemaal gevraagd haar intrusies te registreren: de week na zitting 1, na zitting 10 en de week voorafgaand aan de laatste zitting. Zij turfde haar intrusies op een speciaal daarvoor bestemd formulier. Omdat er vijf maanden zaten tussen de voorlaatste en laatste zitting, kan de derde meting tevens gezien worden als follow-up. Voor een overzicht van deze resultaten, zie tabel 1.

Tabel 1. Meetresultaten.

Meetinstrument	meting 1 (zitting 1)	meting 2 (zitting 11)	meting 3 (zitting 21)
Y-BOCS	26	14	3
IDB	104	82	67
SCL-90 totaalscore	239	188	156
Zelfregistratie (intrusies per dag gemiddeld)	78	32	1

Beschouwing

Het was een succesvolle behandeling. Het lukte mevrouw Visser om haar houding naar haar intrusies toe te wijzigen en ze zette daarna vele stappen om een leven te leiden zoals zij dat wilde. Is dit succesvolle resultaat te danken aan de toegepaste behandeling (ACT)? Waarschijnlijk deels wel en deels niet. Een andere vorm van (cognitieve) gedragstherapie was zeer waarschijnlijk net zo effectief geweest: mevrouw Visser was bijzonder gemotiveerd voor behandeling, hield zich consciëntieus aan de gemaakte afspraken en zette door als het moeilijk werd. Daarbij bestond een groot deel van de behandeling uit opdrachten, doelgerichte acties, die in uitvoering niet afweken van de toepassing van een zeer effectieve procedure bij de behandeling van een dwangstoornis, namelijk exposure en responspreventie: er werd een angsthiërarchie gemaakt van situaties die mevrouw Visser vermeed en die zij weer wilde opzoeken; elke zitting kreeg zij één of meer opdrachten mee naar huis om regelmatig te oefenen; zodra dit oefenen goed ging, werd de opdracht verscherpt of kwam er een nieuwe opdracht bij.

Een exposurebehandeling past uitstekend binnen ACT, alleen is het theoretisch raamwerk afwijkend. Bij een traditionele exposurebehan-

deling worden de opdrachten gepresenteerd als oefeningen om de intrusies en angst te doen afnemen; bij een exposurebehandeling binnen ACT zijn het oefeningen om een zinvol en waardevol leven te leiden *met* de intrusies en angst. Mevrouw Visser voerde haar opdrachten niet uit om haar angst te laten uitdoven – ze deed dit om een leven te kunnen leiden dat voor haar waardevol was: bij aanvang liever zonder angst en intrusies, maar geleidelijk aan steeds meer met angst en intrusies. Dat de intrusies uiteindelijk sterk afnamen en de angst verdween was een bijkomend, zij het te verwachten, effect dat, op één uitzondering na, niet werd vermeld tijdens de behandeling.

Het eerste deel van de behandeling richtte zich, naast het staken van pogingen om de klachten onder controle te krijgen, op het creëren van een meer accepterende houding naar de klachten toe. Het aanleren van deze nieuwe manier van omgaan met klachten is op te vatten als contraconditionering zoals Appelo (2007) stelt, maar wel met (wederom) één belangrijk verschil: het doel van het toepassen van contraconditionering is klachtvermindering; bij ACT is het, op deze wijze gebruikt, een deel van het probleem. Het is weer een techniek erbij om een probleem onder controle te krijgen, terwijl het de bedoeling is om pogingen om de klachten onder controle te krijgen los te laten. Misschien zijn de metaforen en mindfulness-oefeningen beter op te vatten als motiveringstechnieken, die niet als doel hebben de klachten te doen afnemen, maar om de angst, die in het begin vaak (erg) hoog is, beter te doorstaan. De behandeling die mevrouw Visser kreeg richtte zich op het vergroten van haar bereidheid om intrusies te ervaren zonder daarbij te vervallen in gedragingen om deze te verminderen. Het maakte de exposure- en responspreventieopdrachten mogelijk meer aanvaardbaar en draaglijk. Mocht dit het geval zijn, dan is het scala aan motiveringstechnieken voor patiënten met een dwangstoornis (zie bijvoorbeeld Arts, Severeijns, De Haan, Hoogduin, & Hoogduin, 1993) sterk uitgebreid.

Het is de vraag of de ene metafoor beter was dan de andere. Het is ook niet duidelijk in hoeverre de metaforen bijgedragen hebben tot een succesvolle behandeling. In algemene zin zal methodologisch goed uitgevoerd onderzoek hierop waarschijnlijk de komende jaren antwoord geven. Mevrouw Visser vertelde bij het evalueren van de behandeling veel te hebben gehad aan de herhaalde uitleg over het voorkomen van intrusies in de bevolking – mogelijk ook doordat de therapeut dit telkens opnieuw ter sprake bracht. Mevrouw Visser werd verteld dat zeker 80% van de bevolking intrusies rapporteert als gevraagd wordt daarop te letten. Dit is in overeenstemming met alle onderzoeken die hiernaar zijn gedaan. Dit percentage ligt echter

mogelijk (veel) lager, zo blijkt uit een kritisch overzicht van Julien, O'Conner en Aardema (2007). Zij concluderen onder andere dat, hoewel er steun is dat intrusies universeel zijn, de onderzochte populaties niet representatief zijn voor de algemene bevolking en dat de definitie van intrusies vaak te breed is en bijvoorbeeld ook gewone zorgen uit het dagelijkse leven omvat, alsmede interpretaties van intrusies, iets wat ook geldt voor de gebruikte meetinstrumenten.

Het is overigens de vraag in hoeverre het is gelukt om mevrouw Visser een andere houding naar haar klachten te doen aannemen. In het tweede deel van de behandeling werden de metaforen nog herhaaldelijk ter sprake gebracht. Mevrouw Visser bleef ook, zij het zeer beperkt, intrusies uitdenken. En op momenten dat een intrusie haar erg beangstigde, deed zij veel moeite haar aandacht te richten op datgene waarmee zij op dat moment bezig was, op het hier en nu. Zij gebruikte op die manier mindfulness-technieken als afleiding van haar intrusies en de angst die zij opriepen. Dit kan gezien worden als pogingen om het probleem onder controle te houden. Het merendeel van de tijd deed zij echter geen bewuste poging de intrusies te negeren of zich af te leiden, maar aanvaarde zij, zeker in het begin met moeite, dat ze er waren. En slaagde zij er uiteindelijk werkelijk in om een waardevol leven te leiden *met* angst en intrusies, of ging dat bijna vanzelf doordat de angst en intrusies gedurende de behandeling snel afnamen? Was er toch voornamelijk sprake van een extinctie-effect? Er werden geen vragenlijsten gebruikt die dit hadden kunnen meten. Vragenlijsten zoals de Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-rev-19 of AAQ-2) of de Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS; Eifert & Forsyth, 2005) waren bij het begin van de behandeling nog niet bekend bij de auteur of alleen in de originele, Engelstalige versie beschikbaar.

Cognitieve technieken werden zoveel mogelijk vermeden. De behandeling bevatte wel een beperkt aantal cognitieve elementen. Tijdens zitting 10 kwam de 'beleggingsadviseur' ter sprake. Dit zou met wat goede wil een cognitieve interventie kunnen worden genoemd. Na onderzoek van bewijzen voor en tegen de gedachte dat patiënte nare gebeurtenissen in de toekomst kon bewerkstelligen, werd geconcludeerd dat de adviseur in patiëntes hoofd over dit soort zaken verre van betrouwbaar was. Er werd niet expliciet een alternatieve cognitie gegeneerd. Het was wel een interventie die indruk maakte; niet alleen de therapeut, maar ook mevrouw Visser zelf kwam er later nog een aantal malen op terug.

De hier beschreven behandeling is gebaseerd op de aanpak van angst-

stoornissen met ACT, beschreven door Eifert en Forsyth (2005). Het merendeel van de gebruikte metaforen en andere technieken staat hierin beschreven, zij het vaak in gewijzigde vorm. Vergeleken met het boek was de aanpak rationeler en de houding van de therapeut nuchterder en directiever. Appelo (2007) noemt in zijn bespreking van het boek van Hayes als kritiekpunt de zweverige taal die hem doet denken aan strenggelovigen. Ook het boek van Eifert en Forsyth heeft af en toe, zij het in duidelijk mindere mate, iets spiritueels in zich. Het was niet iets wat de behandeling van de dwangklachten van mevrouw Visser kenmerkte. Er werd af en toe gesproken over het leiden van een zinvol of waardevol leven. Vaker werd echter gesproken over het leven dat zij wilde gaan leiden. Met angst, dat wel.

In this article the successful treatment of a 28-year-old woman with an obsessive-compulsive disorder is described. She had many negative intrusions. Overt compulsions were absent. Treatment consisted of Acceptance and Commitment Therapy. The first part of the treatment focused on the ineffectiveness of attempts to control the intrusive thoughts and on creating a different attitude towards the obsessive thoughts and anxious feelings, using metaphors and meditation. The second part dealt with committed action, behavioral exercises that lead to a valuable life, not without intrusions and anxiety, but with intrusions and emotions. The treatment was successful. Not only did she accept her intrusive thoughts and anxious feelings, she also managed to live a valuable life. There was also a large reduction in intrusive thoughts and anxiety.

Referenties

- Allsopp, M. & Williams, T. (1998). Intrusive thoughts in a non-clinical adolescent population. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 5, 25-32.
- Appelo, M. (2007). Op weg naar de vierde generatie gedragstherapie. Boekbespreking: Steven Hayes & Spencer Smith. Uit je hoofd, in het leven. Een werkboek voor een waardevol leven met mindfulness en Acceptatie en Commitment Therapie. *Directieve Therapie*, 27, 135-139.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90 Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Arts, W. (1999). Cognitieve therapie van obsessies; twee gevalsbeschrijvingen. *Directieve Therapie*, 19, 107-119.
- Arts, W., Hoogduin, K., Schaap, C., & Haan, E. de (1993). Do patients

- suffering from obsessions alone differ from other obsessive-compulsives? *Behaviour Research and Therapy*, 31, 119-123.
- Arts, W., Severeijns, R., Haan, E. de, Hoogduin, K., & Hoogduin, W. (1993). Motiveringstechnieken bij de ambulante behandeling van dwangstoornissen met behulp van exposure in vivo en responspreventie. *Directieve Therapie*, 13, 27-48.
- Bach, P., & Hayes, S.C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent rehospitalization of psychotic patients: a randomised controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1129-1139.
- Block, J.A., & Wulfert, E. (2000). Acceptance and change: treating socially anxious college students with ACT or CBGT. *Behavior Analyst Today*, 1, 3-10.
- CBO en Trimbos-Instituut (2003). *Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Eifert, G.H., & Forsyth, J.P. (2005). *Acceptance & Commitment Therapy for Anxiety Disorders*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Forman, E.M., Herbert, J.D., Moitra, E., Yeomans, P.D., & Geller, P.A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31, 772-799.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., Rheaume, J., Letarte, H., & Bujold, A. (1997). Cognitive behavioural treatment of obsessive thoughts: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 405-423.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population. I. Response style, subjective experience and appraisal. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 585-597.
- Gaudiano, B.A., & Herbert, J.D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy: pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 415-437.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R., & Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: an Experiential Approach to Behavior Change*. New York: Guilford Press.
- Hoogduin, C.A.L. (1986). *De ambulante behandeling van dwangneurosen*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Julien, D., O'Conner, K.P., & Aardema, F. (2007). Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 27, 366-383.
- Kraaiaat, F.W. & Van Dam-Baggen, C.M.J. (1976). Ontwikkeling van een zelfbeoordelingslijst voor obsessief-compulsief gedrag. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie en haar Grensgebieden*, 31, 201-211.

- Ost, L.G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 296-321.
- Purdon, C. & Clark, D.A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in non-clinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, *31*, 713-720.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 793-802.
- Reinders, M., Hermans, M., & Arts, W. (2004). Obsessies: behandeling met cognitieve therapie. *Directieve Therapie*, *24*, 3-21.
- Salkovskis, P., Forrester, E., & Richards, C. (1998). Cognitive behavioural approach to understanding obsessional thinking. *British Journal of Psychiatry*, *173*, 53-63.
- Twohig, M.P., Hayes, S.C., & Masuda, A. (2006a). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for chronic skin picking. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1513-1522.
- Twohig, M.P., Hayes, S.C., & Masuda, A. (2006b). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, *37*, 3-13.
- Twohig, M.P., Shoenberger, D., & Hayes, S.C. (2007). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *40*, 619-632.
- Zettle, R.D. (2003). Acceptance and commitment therapy (ACT) vs. systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. *Psychological Record*, *53*, 197-215.