



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

notities uit de praktijk

Aandachtsmanipulatie en psycho-oncologie: hanteren van heftige emoties

Martin Appelo

SAMENVATTING Kankerpatiënten kampen vaak met heftige emoties waar ze weinig controle over hebben. In deze praktijknotitie wordt een strategie gepresenteerd waarmee ze deze beter kunnen hanteren. Visualisatie en contraconditionering staan daarbij centraal.

Inleiding

Kanker is een volksziekte. Bijna een half miljoen Nederlanders lijdt eraan en jaarlijks komen er ongeveer 75.000 nieuwe patiënten bij. Met ruim 800 sterfgevallen per week is het doodsoorzaak nummer 1 (www.cbs.nl; www.kwfkankerbestrijding.nl).

Anders dan de publieke opinie doet vermoeden (bijvoorbeeld vanwege een stressvol en gejaagd leven), is er geen enkele psychische factor die onomstotelijk gerelateerd is aan het ontstaan en beloop van de objectieve ziekteverschijnselen van kanker. Psychologische factoren zijn echter wel van invloed op de manier waarop iemand met de gevolgen van de ziekte omgaat en daarmee op het welbevinden en de kwaliteit van leven of sterven (De Haes, Gualthérie van Weezel, & Sanderman, 2009). Relatief slechte adaptatie wordt gekenmerkt door protesteren ('waarom ik?'), boosheid, piekeren, sociale terugtrekking en het vermijden van uitdagingen. Betere adaptatie kenmerkt zich door acceptatie en de ziekte een positieve betekenis geven ('*positive reframing*'), realistische doelen stellen en nastreven, afstand nemen van de kanker door bijvoorbeeld bij de dag te leven en de aandacht

DR. M. APPELO is gezondheidszorgpsycholoog/gedragstherapeut. Hij werkt als docent, trainer, therapeut en supervisor bij CCD Arnhem, psycho-oncologisch centrum Het Behouden Huys in Haren, Centrum Integrale Psychiatrie in Groningen en de afdeling Psychologie van de Rijksuniversiteit Groningen. E-mail: ring@lentis.nl.

richten op dingen die nog wél kunnen (Donders, 2004; De Haes et al, 2009; Oosterwijk, 2004).

Kankerpatiënten die om psychosociale hulp vragen, kampen vaak met existentiële problematiek. De ziekte slaat het fundament onder hun bestaan weg en doorbreekt de illusies van onkwetsbaarheid, continuïteit, controle, rechtvaardigheid en zinvolheid (Janoff-Bulman, 1999). De angst, onzekerheid en twijfel over de toekomst die dit met zich meebrengt, is moeilijk te hanteren. Diagnostisch is er daarom vaak sprake van een aanpassingsstoornis met angstige en/of depressieve kenmerken, al of niet in combinatie met relationele problemen. Psycho-educatie (met de nadruk op het valideren van deze reacties) en mobiliseren en optimaliseren van *coping*, veerkracht en steunbronnen zijn dan ook belangrijke onderdelen in de psychologische behandeling van de emotionele gevolgen van kanker (De Haes et al., 2009).

Psycho-oncologie en de derde generatie gedragstherapie

Uit de literatuur over kanker en adaptatie blijkt dat preoccupatie en identificatie met de ziekte negatief uitpakken. Accepteren van de niet te negeren ziekte, mobiliseren van kracht en er ondanks alles (met elkaar) nog wat van maken hebben juist een gunstig effect op het welbevinden. Of zoals Fransen (2003) het stelt: Vechten *tegen* de ziekte heeft niet veel zin, maar vechten *voor* het leven wel. Dit doet denken aan de principes van de derde generatie gedragstherapie. Daarin staat niet het aanleren van nieuw gedrag (eerste generatie) of het veranderen van disfunctionele gedachten (tweede generatie) centraal, maar acceptatie en aandachtsmanipulatie. Patiënten die gepreoccupeerd zijn met klachten, krijgen technieken aangereikt om het probleem te laten rusten en de aandacht te richten op gezonde en functionele alternatieven (Appelo, 2007). Verdragen, accepteren en niet-veroordelen van het negatieve worden gecombineerd met identificeren en versterken van het ongeschonden gebied, *commitment* aan waarden en meer doen van wat goed werkt. Deze principes zijn in meerdere of mindere mate uitgewerkt in bijvoorbeeld visualisatietechnieken (Simonton, Matthews-Simonton, & Creighton, 2002), oplossingsgerichte therapie (Stams, Dekovi, Buist, & De Vries, 2006), mindfulnessstraining (Helen & Teasdale, 2004) en '*acceptance and commitment therapy*' (ACT; Hayes, 2004). In technische zin maken dit soort therapieën vooral gebruik van contraconditionering: het identificeren en versterken van functionele emotionele programma's waardoor disfunctionele programma's geïnhibeerd raken (Brewin, 2006; Korrelboom, Peeters, Blom, & Huijbrechts, 2008).

Er is inmiddels aardig wat wetenschappelijke evidentie voor het

positieve effect van aandachtsmanipulatietechnieken op kwaliteit van leven, welbevinden, pijn en verschillende psychische klachten bij kankerpatiënten. Vooral het effect van mindfulnessstrainingen is uitgebreid onderzocht en aangetoond, maar er zijn ook verschillende studies die het effect aantonen van muziektherapie, relaxatie, visualisatie en afleiding zoeken (Bulfone, Quattrin, Zanotti, Regattin, & Brusaferrero, 2009; Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004; Ledesma & Kumano, 2009; Tatrow & Montgomery, 2006). Dergelijke interventies helpen patiënten voorkomen dat ze letterlijk *in* de stress schieten, zich identificeren met pijn, zichzelf verliezen in angst of gepreoccupeerd raken met paniek en onzekerheid. In dit artikel wordt een op aandachtsmanipulatie gebaseerde methode gepresenteerd voor het hanteren van heftige en problematische emoties¹ bij kanker.

Behandelstrategie

De interventie is een variant op Rationele Rehabilitatie (RR), een bewezen effectieve therapie voor het versterken van draagkracht om zodoende draaglast te reduceren (Appelo, 2007). Tijdens de therapie leert de patiënt een gewenste emotionele toestand te activeren met behulp van visualisatie en zelfspraak. Deze emotie wordt vervolgens gecueconditioneerd. De cue wordt dan gebruikt om moeilijke situaties of ongewenste emoties te contraconditioneren. Met behulp van deze techniek blijkt het bijvoorbeeld mogelijk posttraumatische stresssymptomen te reduceren (Tomasoa & Appelo, 2007), de drang tot verslavingsgedrag te weerstaan (Appelo & Bieger, 2008), het zelfbeeld te versterken en automutilatie te voorkomen (Appelo-Wichers, Appelo, & Bos, 2008).

RR wordt meestal ingezet bij problemen die ondanks allerlei op klachtreductie gerichte interventies niet overgaan. Het wordt aangeboden wanneer patiënten aangeven dat ze al van alles hebben geprobeerd, maar dat niets hielp. De therapie biedt in zulke gevallen mogelijk een alternatieve route naar klachtreductie. Ongewenste emoties worden geïnhibeerd door het klachtenvrije gebied te versterken en uit te breiden.

In de dagelijkse praktijk van de psycho-oncologie blijkt dat patiënten niet per se vragen om hun klachten weg te nemen. Ze vertellen niet dat ze al van alles probeerden om van hun angst of onzekerheid

¹ Onder 'emotie' wordt hier een fysiologische toestand van arousal of opwinding verstaan, die samengaat met bepaalde gedachten, gevoelens en gedragingen.

af te komen. Patiënten lijken min of meer impliciet te begrijpen dat het hier om existentiële problematiek gaat die inherent is aan de ziekte: een reële, permanente dreiging ('Wat staat me nog te wachten, hoe gaat het verder?', 'Komt het terug, is het uitgezaaid?') die vanzelfsprekend met angst en onzekerheid samengaat. Ze vragen daarom veel meer naar hulpmiddelen om niet door de angst en onzekerheid geregeerd te worden:

- 'Het zou vreemd zijn als ik niet onzeker was, maar ik word er totaal door in beslag genomen en dat wil ik niet.'
- 'Natuurlijk ben ik bang voor wat komen gaat. Ik zou er alleen niet zo van in paniek willen raken.'
- 'Ik vind het niet vreemd dat de dood mij angstig maakt. Ik mis alleen het zelfvertrouwen dat ik altijd had.'

Er is daarom een RR-variant ontwikkeld met minder exclusieve gerichtheid op het versterken van draagkracht en met meer nadruk op het niet geïdentificeerd raken met of kunnen verdragen van heftige emoties. De strategie bestaat uit de volgende stappen, waarbij vooral de laatste twee verschillen van het oorspronkelijke RR-protocol:

1. vaststellen van problematische emoties;
2. visualisatie van een verdraagzame emotie (in combinatie met regelmatig ademen en zelfspraak) en kiezen van een centrale positie daarin;
3. cueconditionering van de verdraagzame emotie;
4. positioneren van de problematische emoties in de visualisatie van de verdraagzame emotie;
5. aandachtsmanipulatie van de verdraagzame naar de problematische emoties: contraconditionering van de problematische emoties.

De therapie begint met het vaststellen van de zogenaamde 'problematische emoties'. Wat zijn de kernthema's? Van welke heftige emoties heeft de patiënt last? Vervolgens wordt onderzocht vanuit welke emotionele toestand de patiënt deze problematische emoties het beste kan verdragen. Gaat het bijvoorbeeld om troost, ontspanning, kracht of acceptatie? De patiënt wordt gevraagd een situatie te bedenken en te visualiseren die deze zogeheten 'verdraagzame emotie' oproept. Hij moet zichzelf dan ergens in deze situatie positioneren en een aantal keer per dag gedurende enkele minuten oefenen met het vanuit deze 'centrale positie' visualiseren van de situatie. Dit wordt gedaan door de situatie als het ware aan de binnenkant van de schedel te projecteren. Omdat uit onderzoek blijkt dat visualisatie linksboven het meest met positieve emoties samengaat (Cahn & Polich, 2006), krijgt de patiënt het advies de situatie daar te lokaliseren. Ook wordt geadviseerd de oefening te combineren met een gelijkmatige ademhaling (evenveel tellen in- als uitademen) en zelfspraak (een woord of een zinnenstuk dat helpt om de verdraagzame emotie te activeren), omdat dit

gerelateerd is aan respectievelijk psychisch welbevinden (Hartogs, 2009) en versterking van het zelfbeeld (Lange, Richard, Gest, De Vries, & Lodder, 1998).

Lukt het goed om door middel van visualisatie, ademhaling en zelfspraak de daarbij behorende verdraagzame emotie te activeren, dan wordt de oefening gecombineerd met cueconditionering. Zodra de patiënt tijdens het oefenen de emotie ervaart, pakt hij een klein object vast of maakt een bepaalde beweging (bijvoorbeeld de vuist ballen of duim en wijsvinger op elkaar zetten). Zodoende vindt conditionering plaats tussen de cue en het ervaren van de verdraagzame emotie.

Tijdens de volgende stap worden de problematische emoties in het beeld van de verdraagzame emotie gepositioneerd. Elke problematische emotie wordt gevisualiseerd en ergens in het beeld geplaatst. Ten slotte oefent de patiënt om vanuit de centrale positie geleidelijk met zijn aandacht naar de verschillende problematische emoties te gaan. Het tempo waarin dit gebeurt, wordt bepaald door de mate waarin de problematische emoties te verdragen zijn. Zodra de verdraagzame emotie verdwijnt of een problematische emotie te heftig wordt, gaat de patiënt met zijn aandacht terug naar de centrale positie en concentreert zich op de visualisatie van de verdraagzame emotie, ademhaling en zelfspraak. Zodra de verdraagzame emotie weer dominant is, gaat de patiënt weer met zijn aandacht naar een problematische emotie. Dit wordt net zo vaak herhaald totdat de problematische emoties te benaderen zijn zonder dat de verdraagzame emotie verdwijnt.

Illustratie*

Frank

Frank heeft een agressieve snelgroeïende tumor en is in de terminale fase van zijn ziekte. Hij heeft nog maximaal enkele maanden te leven en zoekt onder meer hulp vanwege heftige nachtelijke angst die gepaard gaat met paniek en (zoals hij zelf zegt) hysterisch gedrag. Hierdoor dreigen de laatste maanden van zijn leven op een nachtmerrie uit te lopen, terwijl hij graag een waardig einde wil en zoveel mogelijk met zijn geliefden wil delen. Zijn vrouw beaamt dat Frank 's nachts vaak zeer angstig is. Hij hyperventileert dan, huilt, gilt, roept om hulp, maar wordt boos wanneer zij hem probeert te troosten of kalmeren.

* De illustratie is samengesteld uit verschillende casussen waarbij deze strategie in de praktijk werd toegepast.

Het idee dat ze zo nog enkele maanden door moeten, maakt ook haar wanhopig. Bovendien hebben hun nog jonge kinderen veel last van zijn gedrag. Het houdt hen uit de slaap en maakt hen bang.

Hanteren van angst wordt een belangrijk doel van de behandeling. Frank kiest voor 'aanvaarding' als emotie die hij wil voelen wanneer hij aan het naderende einde denkt. Die emotie ervaart hij wanneer hij aan een oud kerkje in Frankrijk denkt dat hij kent van de vakanties. Ze gaan bijna elk jaar naar dezelfde streek en daar bezoekt hij regelmatig het kerkje. Hij gaat er dan zitten om tot inkeer te komen en na te denken. Tijdens de visualisatieoefening zit Frank in het kerkje op het achterste bankje. Dat is de plek waar hij in het echt ook altijd zit. Vanuit die centrale positie kijkt hij naar het altaar voor in de kerk, ziet het zonlicht door de ramen en hoort het geluid van de zingende vogels buiten. Het beeld is gemakkelijk op te roepen. Frank combineert het met regelmatig in- en uitademen. Zelfspraak vindt hij geen aantrekkelijke optie, dus dat laat hij achterwege.

Wanneer het gevoel van aanvaarding door deze oefening goed is op te roepen, start Frank met cueconditioneren. Hiervoor gebruikt hij een steentje dat lijkt op de steentjes die op het pad naar het kerkje liggen. Hij pakt het vast zodra het gevoel van aanvaarding er is. Hierdoor merkt hij na verloop van tijd dat aanvaarding ook (in geringe mate) manifest wordt door alleen het steentje vast te pakken.

Om zijn angst te visualiseren gebruikt hij het beeld van zichzelf als man in pyjama die panisch, hyperventilerend en huilend door het huis loopt. Hij positioneert die man bij het altaar voor in de kerk.

Tijdens het contraconditioneren van angst houdt hij het steentje vast, reguleert zijn ademhaling, kijkt vanaf de achterste bank door de ramen van het kerkje naar buiten en luistert naar de vogels. Zodra het gevoel van aanvaarding opkomt, gaat hij met zijn aandacht naar het altaar waar de panische man zit. Hij ervaart dan medelijden en kan imaginair al na enkele keren oefenen naar de man toegeen en hem troosten. Hij visualiseert daarbij hoe hij een arm om de man heen slaat en hem wijst op het zonlicht en het gezang van de vogels. Dit stelt de man gerust.

Op deze manier merkt Frank dat hij afstand kan nemen van zijn paniek en zichzelf kan kalmeren. Door de oefening overdag zeer regelmatig uit te voeren, lukt het hem 's nachts, wanneer de angst zich aandient, steeds beter 'om er niet in te verdwijnen'. Hij ziet het als een verzwakte man in pyjama waar hij naartoe gaat en die hij troost. Als hij dat visualiseert terwijl hij het steentje vasthoudt en regelmatig ademt, wordt de angst daadwerkelijk minder. Na een paar

weken spookt hij 's nachts niet meer door het huis en maakt de kinderen niet meer wakker en bang.

Wanneer de behandeling vanwege de verslechterde toestand van Frank niet langer poliklinisch maar thuis plaatsvindt, meldt hij dat hij steeds vaker momenten heeft waarop hij zijn naderende dood aanvaardt. Na zijn overlijden vertelt zijn vrouw dat de angst de laatste weken nog regelmatig optrad, maar dat de paniek, het hyperventileren en het hysterische gedrag niet waren teruggekeerd. Ze hebben op een goede manier afscheid van elkaar kunnen nemen.

Discussie

De hier beschreven behandelstrategie lijkt te kunnen werken om heftige problematische emoties beter te hanteren. Dat is niet verwonderlijk omdat het een variant is op RR, een bewezen effectieve therapie voor het versterken van psychische draagkracht en het reduceren van psychisch lijden (Appelo, 2007). Daarnaast vertoont de therapie overeenkomsten met andere effectieve derde generatie gedragstherapieën. Zo zijn er wat betreft het contraconditioneren duidelijke overeenkomsten met *Competitive Memory Training* (COMET; Korrelboom et al., 2008; Martens, Korrelboom, & Huijbrechts, 2009), met betrekking tot het 'verdragen' is er een parallel met ACT (A-Tjak & De Groot, 2008) en de gelijkmatige ademhaling is een onderdeel van hartcoherentietraining (Hartogs, 2009). Het feit dat de patiënt leert een positie in te nemen ten opzichte van emoties die hem eerder overspoelden of in beslag namen, vertoont overeenkomsten met de schematherapie (Van Vreeswijk, Broersen, & Nadort, 2008). In die therapie onderscheidt de patiënt verschillende modi die een eigen stijl van denken, voelen en doen hebben. De manier waarop Frank met zijn angst omging, doet denken aan de manier waarop de modus van de gezonde volwassene het 'angstige kind' (hier de man in pyjama) zou kunnen troosten. Al met al gaat het hier dus nadrukkelijk niet om het presenteren van een nieuwe therapie, maar om een variant op therapeutische strategieën die tegenwoordig veel worden toegepast in de behandeling van psychische problematiek. De toepassing daarvan in de psycho-oncologie lijkt relevant en nuttig, omdat juist daar vaak sprake is van niet weg te nemen en extreem zware draaglast.

ABSTRACT Cancer is associated with various intense emotions. In this article a strategy is described to deal with them. Visualization and counter conditioning are the central therapeutic techniques.

Referenties

- Appelo, M.T. (2007). Rationele Rehabilitatie: de ontwikkeling van psychische draagkracht. In: A.H. Schene, F. Boer, J.P.C. Jaspers, B. Sabbe, & J. van Weeghel (red), *Jaarboek voor de psychiatrie en psychotherapie 2007-2008*, pp. 235-244. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Appelo, M., & Bieger, K. (2008). Tweede pilotstudie naar Rationele Rehabilitatie bij patiënten met een verslaving. *Directieve therapie* 28(1), 5-19.
- Appelo-Wichers, R., Appelo, M., & Bos, E. (2008). Rationele Rehabilitatie bij jongeren met emotieregulatieproblematiek: een pilotstudie. *Kind en Adolescent Praktijk*, 3, 102-110.
- A-Tjak, J., & Groot, F. de (red.) (2008). *Acceptance & Commitment Therapy. Een praktische inleiding voor hulpverleners*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bulfone, T., Quattrin, R., Zanotti, R., Regattin, L., & Brusaferrero, S. (2009). Effectiveness of Music Therapy for Anxiety Reduction in Women with Breast Cancer in Chemotherapy Treatment. *Holistic Nursing Practice*, 23(4), 238-242.
- Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 765-784.
- Cahn, B.R. & Polich, J. (2006). Meditation States and Traits: EEG, ERP and Neuroimaging Studies. *Psychological Bulletin*, 132, 180-211.
- Donders, J.P.H. (2004). *Narratieve reconstructie bij mensen met kanker*. Leiden: Academisch proefschrift.
- Fransen, H. (2003). *Bondgenoot. Autobiografie van een immuuncel*. Groningen: Uitgeverij de Zaak.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43.
- Haes, H. de., Gualthérie van Weezel, L., & Sanderman, R. (2009). *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie. Handboek voor de professional*. Assen: van Gorcum.
- Hartogs, B. (2009). Hartcoherentie en het geluk van motorrijden. *Directieve therapie*, 29(3), 161-169.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Helen, M.S., & 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.
- Janoff-Bulman, R. (1999). Rebuilding shattered assumptions after traumatic life events. In: C.R. Snyder (ed.), *Coping: the psychology of what works*, pp. 305-323. New York: Oxford University Press.
- Korrelboom, K., Peeters, S., Blom, S., & Huijbrechts, I. (2008). Competitive memory training voor paniekstoornis. *Directieve therapie*, 28, 233-250.
- Lange, A., Richard, R., Gest, A., Vries, M. de, & Lodder, L. (1998). The effects of positive self-instruction: a controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 225-236.
- Ledesma, D. & Kumano, H. (2009). Mindfulness-based stress reduction and cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 18(6), 571-579.
- Martens, S., Korrelboom, C.W., & Huijbrechts, I. (2009). Competitive memory training (COMET) voor piekeren. De anti-piekertraining. *Directieve therapie*, 29, 254-278.
- Oosterwijk, M. (2004). *Cognitieve strategieën bij borstkanker in relatie tot aanpassing*. Maastricht: Academisch proefschrift.
- Simonton, O.C., Matthews-Simonton, S., & Creighton, J.L. (2002). *Op weg naar herstel. Een kans om te overleven*. Baarn: HB Uitgevers.
- Stams, G.J., Dekovi, M., Buist, K., & Vries, L. de (2006). Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie: een meta-analyse. *Gedragstherapie*, 39(2), 81-94.
- Tatrow, K., & Montgomery, G.H. (2006). Cognitive Behavioral Therapy Techniques for Distress and Pain in Breast Cancer Patients. A Meta-Analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 17-27.
- Tomasoa, A.T., & Appelo, M.T. (2007). Rationele Rehabilitatie bij de Post Traumatische Stressstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49(8), 529-535.
- Vreeswijk, M. van., Broersen, J., & Nadort, M. (red.) (2008). *Handboek Schematherapie. Theorie, praktijk en onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.