

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Metacognitieve therapie voor GAS vanuit een geïntegreerd cognitief gedragstherapeutisch perspectief: Een gevalsbeschrijving

Mirjam Wigboldus¹, Erik ten Broeke² & Colin van der Heiden³

SAMENVATTING

Uit recent onderzoek (Van der Heiden, dit nummer) is gebleken dat metacognitieve therapie (MCT; Wells, 1995) een effectieve behandeling is voor gegeneraliseerde angststoornis (GAS). In dit artikel worden zowel de behandeling als het metacognitieve model waarop de interventies gebaseerd zijn, beschreven. Vervolgens wordt aan de hand van een gevalsbeschrijving geïllustreerd hoe stagnaties in de uitvoering van een MCT kunnen worden begrepen en worden verklaard met behulp van de geïndividualiseerde zoekschema's (functie- en betekenis-analyses) zoals gebruikt binnen het taxatiemodel van geïntegreerde cognitieve gedragstherapie (GCGT). Op basis van deze zoekschema's kan in geval van stagnatie beargumenteerd worden afgeweken van het behandelprotocol.

INLEIDING

In 2009 verscheen het Praktijkboek Geïntegreerde Cognitieve Gedragstherapie (GCGT) (Ten Broeke, Korrelboom & Verbraak, 2009), waarin beschreven wordt hoe een min of meer standaard behandeling beargumenteerd kan worden aangepast als deze vastloopt. Hierbij ligt de nadruk op het opstellen van functie- en betekenisanalyses (Korrelboom & Ten Broeke, 2004). In het geval van de Gegeneraliseerde Angststoornis (GAS; Van der Heiden et al., 2009) werd een behandeling beschreven die gebaseerd is op de 'Intolerance of Uncertainty' theorie (IofU; Dugas & Ladouceur, 2000). Destijds was bekend

1 Directeur Polikliniek voor kinderen en jeugdigen Traverse, onderdeel van LSG-Rentray

2 Cognitief gedragstherapeut bij Visie, praktijk voor CGT te Deventer

3 Hoofd Wetenschappelijk Onderzoek en Zorginnovatie en cognitief gedragstherapeut bij PsyQ Rijnmond

Correspondentie adres:

Mirjam Wigboldus, poliklinieken Traverse, Postbus 94, 7200 AB, Zutphen, 0575-577930.

mwigboldus@lsg-rentroy.nl

dat deze effectiever is bij de behandeling van GAS dan 'reguliere' CGT (Fisher, 2006). Inmiddels is uit een eerste vergelijkend onderzoek duidelijk geworden dat metacognitieve therapie (MCT; Wells, 1995) (Van der Heiden, dit nummer). In dit artikel wordt MCT vanuit het perspectief van GGZ beschreven, en aan de hand van een casus verhelderd.

CASUS ARUNA

Aruna is een zestienjarig meisje van Hindoestaanse afkomst met een benedengemiddelde intelligentie. Vanaf haar vijfde jaar vinden er een aantal ingrijpende gebeurtenissen plaats in haar leven. Moeder verlaat op dat moment met Aruna het gezin, zonder overleg met vader. Omdat haar moeder onvoldoende in staat blijkt om haar dochter een stabiele opvoeding te bieden, wordt Aruna als ze 6 jaar is 'teruggebracht' naar haar vader. De relatie tussen Aruna en haar vader, die veel drinkt, verloopt op dat moment conflictueus; ze voelt zich onbegrepen en weinig gesteund door hem. Als Aruna 12 jaar is zoekt moeder weer contact met haar. Aruna besluit weer bij haar moeder te gaan wonen, maar al snel wordt ze na een ruzie uit huis gezet. Ze vindt tijdelijk onderdak bij een vriendin, maar wordt in die periode verkracht door een kennis, onder toezicht van twee van zijn vrienden. Nadat ook een terugkeer bij haar vader misloopt, duikt ze onder bij een veel oudere man. Als ze bij een inval in een hennepkwekerij na drie maanden door de politie gevonden wordt, blijkt dat Aruna meermaals tegen haar zin in seksueel contact met deze oudere man heeft gehad, en daarbij zwanger is geraakt. Aruna wordt vervolgens in een groep voor tienermoeders binnen de gesloten jeugdzorg geplaatst. In die periode bevalt zij van een dochter. Zij heeft in eerste instantie ambivalente gevoelens over haar kindje. Ook ontwikkelt ze PTSS-klachten, waarvoor ze met succes behandeld wordt (EMDR). Drie maanden na beëindiging van deze EMDR-behandeling wordt Aruna opnieuw aangemeld vanwege overmatig gepieker, waardoor ze somber en angstig wordt. Ze heeft het idee dat het piekeren steeds meer haar dagelijks leven gaat beïnvloeden. Door het gepieker slaapt ze slecht en is ze vaak moe. Ze kan zich vanwege de vermoeidheid en het piekeren slecht concentreren op school. Ze trekt zich zoveel mogelijk terug en houdt zich nauwelijks bezig met anderen, om te voorkomen dat er ruzies ontstaan, omdat ze zich snel geagiteerd voelt. Ze richt zich op de zorg voor haar kind en daar vindt ze afleiding in. Toch kan ze steeds minder genieten van dingen. Ook reageert ze als maar vaker prikkelbaar naar anderen, ook naar haar dochtertje. Dit baart haar dan weer zorgen, want ze wil het goed doen als moeder. Bij Aruna wordt de diagnose gegeneraliseerde angststoornis gesteld, naast PTSS in remissie en een ouder-kind relatieprobleem.

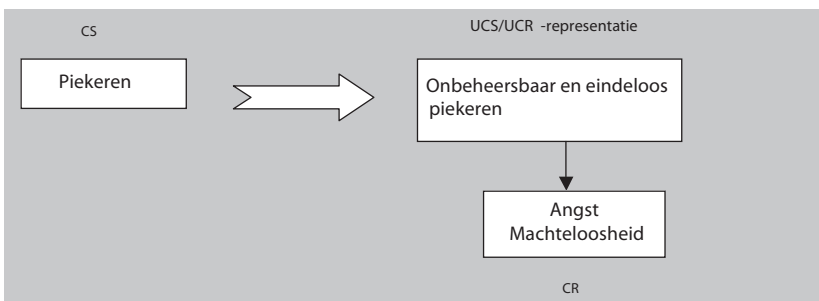
META COGNITIEVE THERAPIE (MCT)

Voor de behandeling van de gegeneraliseerde angstklachten wordt metacognitieve therapie aangeboden (Wells, 1995; zie voor uitgebreide beschrijving Van der Heiden, 2009) Kenmerkend voor deze behandeling is dat niet zozeer wordt ingegaan op de inhoud van het piekeren (type-1 zorgen) maar dat de opvattingen van patiënten over piekeren – de zogenaamde metacognities – en het daaruit voortkomende ‘metagepieker’ (type-2 zorgen) centraal staan in de therapie. MCT bestaat globaal uit vier fasen, die elk aan de hand van de behandeling van Aruna zullen worden toegelicht.

Fase 1: Uitleg rationale en opsporen van metacognities

In de eerste sessie wordt uitleg gegeven over de rationale van MCT. Ook wordt een eerste poging gedaan om het zorgelijke denken te normaliseren. Bij mensen die structureel piekeren, zoals Aruna, is het piekeren een uit de hand gelopen strategie geworden, vanuit het idee dat door het gepieker problemen opgelost dan wel voorkomen kunnen worden (een positieve metacognitie). Doordat het gepieker uit de hand gelopen is, wordt het inmiddels als onbeheersbaar, en zelfs als gevaarlijk, beleefd (negatieve metacognities). Uitgelegd wordt dat Aruna samen met de therapeut zal onderzoeken of piekeren inderdaad zo onbeheersbaar en gevaarlijk is als ze denkt, en vervolgens of het al dan niet nuttig of helpend is. Als dat laatste niet het geval blijkt, zal geoefend worden met andere manieren om met problemen om te gaan.

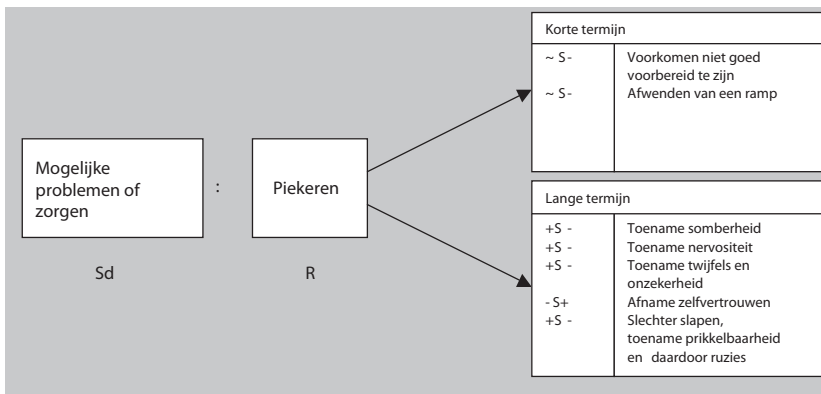
Vervolgens worden de metacognities geïdentificeerd. Op de vraag wat het piekeren voor Aruna betekent, antwoordt zij onmiddellijk dat zij er ‘gek van wordt’ en ‘het niet kan stoppen’. Dat maakt haar angstig en machteloos. In termen van GCGT wordt dergelijk ‘metagepieker’ geanalyseerd. In Figuur 1 wordt de door Aruna ervaren onbeheersbaarheid van piekeren weergegeven in een betekenisanalyse (BA); piekeren is voor Aruna een stimulus die voorspelt dat het piekeren niet te stoppen is (sequentieel verband), wat gevoelens van angst en machteloosheid oproept.



Figuur 1. BA: Negatieve metacognitie over piekeren (onbeheersbaarheid van piekeren)

Op de vraag welke voordelen het piekeren voor Aruna heeft, antwoordt zij in eerste instantie met een overtuigd “geen”. Bij doorvragen blijkt echter dat Aruna het idee heeft dat zij door middel van piekeren ‘beter voorbereid is’ op situaties die zich in de toekomst zouden kunnen voordoen. In gedachten bedenkt ze immers telkens een aantal scenario’s en gaat ze na wat ze in zo’n situatie allemaal zou *kunnen* doen.

Piekeren wordt in het model van GCGT gezien als (vooral) een operant en wordt derhalve geanalyseerd in een FA. Samen met Aruna is nagegaan op welke momenten het piekeren zich met name voordoet en zijn de vermeende voor- en daadwerkelijke nadelen van het piekeren in kaart gebracht (zie Figuur 2).



Figuur 2. FA van piekeren

Fase 2: Onderzoeken van negatieve metacognities over piekeren

In de tweede fase van de behandeling staan het onderzoeken van de negatieve metacognities over piekeren centraal (zie Van der Heiden, 2009). Dit gebeurt in eerste instantie met behulp van verbale methoden als de socratische dialoog, zoals in onderstaand gespreksfragment weergegeven:

A: Ik word zo moe van steeds dat piekeren. Wat ik ook doe, het blijft maar doorgaan.... Volgens mij wordt het alleen maar erger en erger....

T: Ik kan me voorstellen dat je je daar zorgen over maakt...als het waar is dat je er helemaal geen invloed op kunt uitoefenen dan is dat natuurlijk niet goed. Vind je het goed als we dat eens nader bekijken?

A: Okay.

T: Als het zo is dat niets het piekeren kan beïnvloeden dan is het vast zo dat je altijd even veel piekert...klopt dat?

A: Eh...nou ja, soms is het wel minder.

T: Is het ook weleens helemaal of bijna helemaal weg?

A: Als ik met mijn dochttertje speel dan heb ik soms echt even nergens last van.

T: Hoe zou dat komen, denk je?

A: *Nou ja, dan ben ik even met iets anders bezig.*

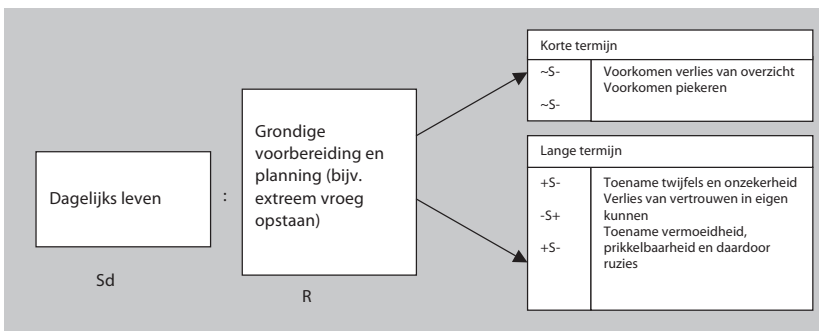
T: *Zou dat kunnen betekenen dat afleiding of het doen van iets leuk en ontspannends het piekeren stopt?*

A: *Daar lijkt het dan wel op...*

T: *Hoe past dat bij jouw idee dat er niets te doen is tegen het piekeren en dat het alleen maar erger wordt?*

Vervolgens worden gedragsexperimenten opgezet om echt te ervaren of de opvattingen over piekeren al dan niet juist zijn. Eén van de experimenten die Aruna uitvoert is een pieker-uitstel-experiment. Door het piekeren zodra het opkomt uit te stellen naar een van te voren vastgelegd tijdstip, kan worden nagegaan of piekeren al dan niet onbeheersbaar is. Met Aruna wordt afgesproken de piekeronderwerpen te noteren en in een 'piekerdoos' op te bergen. Op het afgesproken tijdstip haalt ze alle piekeronderwerpen van die dag uit haar piekerdoos. Bij ieder onderwerp stelt ze zichzelf de vraag of het al dan niet nodig is om erover te piekeren, en wat de reden daarvan is. Na afloop stopt ze haar huiswerk weer terug in haar piekerdoos, wat haar een gevoel van controle geeft over haar zorgen. Doordat het Aruna steeds beter lukt het piekeren uit te stellen neemt haar overtuiging dat piekeren onbeheersbaar is af van 100% naar 35%.

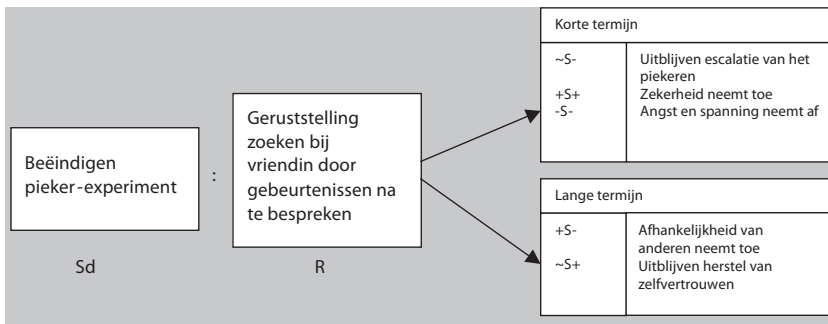
Bij het ontzenuwen van de overtuiging dat piekeren onbeheersbaar is, is de therapeut alert op (het ontstaan van) vermijding van situaties die aanleiding kunnen geven tot piekeren (R-en om te voorkomen dat de cs optreedt). Zo blijkt dat Aruna piekersituaties tracht te vermijden door altijd 'goed voorbereid' te zijn. Ze staat bijvoorbeeld al rond 5.00 uur 's ochtends op zodat ze zeker weet dat ze op tijd op school zal zijn, ook als er iets mis zou gaan. Zou ze later opstaan en zaken zouden anders lopen dan gepland, dan loopt haar 'hoofd vol', verliest zij het overzicht en begint ze te piekeren. Dergelijk probleemgedrag kan worden geanalyseerd in een FA, zoals weergegeven in Figuur 3.



Figuur 3. FA van buitensporige planning

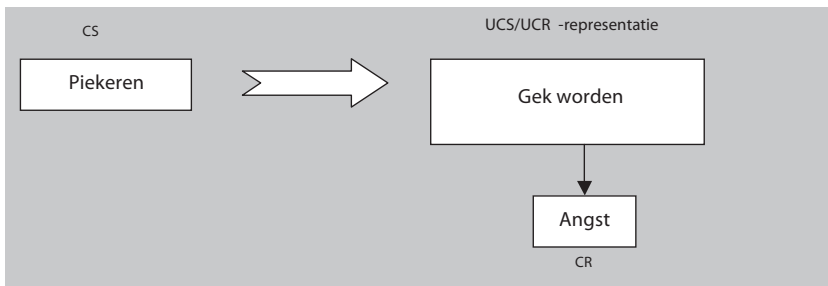
Tijdens de pieker-uitstelexperimenten kreeg Aruna de expliciete opdracht om situaties die kunnen leiden tot piekeren niet uit de weg te gaan. Dit kan voor

een GAS-patiënt gepaard gaan met veel angst, met name omdat de betekenisverlening zoals weergegeven in Figuur 1 gemakkelijk opgeroepen kan worden. Bij de besprekingen van het experiment bleek dat Aruna de angst probeerde te verminderen door een vriendin te bellen om een aantal zaken na te bespreken. Dit hielp haar om haar gedachten langzamerhand af te leiden en weer rustiger te worden. Om te voorkomen dat dergelijk ‘veiligheidsgedrag’ (zie Figuur 4) een verdere bijstelling van de disfunctionele ideeën ten aanzien van het piekeren zou tegenhouden, werd met Aruna besproken het bellen van een vriendin eveneens achterwege te laten. In eerste instantie nam de angst daardoor weer toe, maar na een aantal keren oefenen gaf Aruna aan dat de angst ook zonder een vriendin te bellen afnam.



Figuur 4. FA van ‘veiligheidsgedrag’

Behalve dat Aruna het piekeren als onbeheersbaar ervaart, heeft ze de neiging het ‘gevaar van piekeren’ te overschatten. De betekenisanalyse van dit tweede type negatieve metacognitie wordt weergegeven in Figuur 5. Aruna geeft in de gesprekken regelmatig aan dat ze bang is om ‘gek te worden’ van het piekeren. Er is dus sprake van een sequentieel verband tussen de CS en de UCS/UCR-representatie. Het feit dat zij haar gedachten onvoldoende onder controle heeft is hiervoor in de beleving van Aruna het bewijs. Dit leidt ertoe dat zij op die momenten angstig wordt (CR).



Figuur 5. BA: Negatieve metacognitie over het gevaar van piekeren

Om deze opvatting te onderzoeken wordt eerst weer gebruik gemaakt van de Socratische dialoog, waarbij 'bewijzen voor' en 'bewijzen tegen' het gevaar gek te zullen worden werden geïnventariseerd. Een paar voorbeelden van bewijzen die Aruna noemt:

Tabel 1. Onderzoeken van een negatieve metacognitie over piekeren

Negatieve metacognitie: Van piekeren word je gek	
Bewijzen voor	Bewijzen tegen
Als ik pieker, voel ik de druk in mijn hoofd toenemen.	Als je gek bent, kun je niet voor jezelf zorgen.
Als ik pieker, kan ik niet meer helder nadenken; het is een chaos in mijn hoofd.	Mensen die gek zijn kunnen niet voor hun eigen kinderen zorgen.
	Mensen die gek zijn zitten vaak in een gesloten inrichting.
	Als je gek bent, kun je niet naar school.
	Ik ken niemand die van piekeren gek is geworden.
	Ik ken niemand die helemaal niet piekert, dus zijn dan alle mensen gek?
	Ik heb al heel vaak gepiekerd, en ik ben er nooit gek van geworden

Het valt op dat Aruna eigenlijk veel meer bewijzen 'tegen' dan 'voor' kan benoemen. Wanneer de therapeut haar vraagt wat dit betekent voor haar opvatting dat piekeren leidt tot gek worden, concludeert zij dat dit misschien wel meevalt.

Fase 3: Onderzoeken van positieve metacognities over piekeren

Om te voorkomen dat piekeren ook in de toekomst als strategie gebruikt zal blijven worden, is het van belang om de positieve opvattingen over piekeren te onderzoeken. Door het nut van piekeren ter discussie te stellen wordt de weg vrijgemaakt om alternatieve informatieverwerkingsstrategieën aan te leren, wat centraal staat in de volgende en laatste fase van MCT.

Om Aruna's idee dat zij door middel van piekeren beter voorbereid is op toekomstige probleemsituaties te toetsen worden eerst weer verbale herstructureringstechnieken gebruikt, zoals de 'mismatchstrategie' (zie Van der Heiden, 2009) die zowel wordt toegepast op situaties die reeds hebben plaatsgevonden als ook op toekomstige situaties. Aan de hand van concrete piekersituaties onderzoekt de therapeut samen met de patiënt of de bedachte scenario's achteraf overeenkwamen met de werkelijkheid (de feitelijke afloop). Aruna moet toegeven dat daarvan telkens geen sprake is. Door Aruna te vragen welke

conclusies ze daaruit kan trekken ten aanzien van haar idee dat piekeren haar helpt om beter voorbereid te zijn, wordt het haar geleidelijk aan steeds duidelijker dat ze te veel vertrouwen in het piekeren en te weinig in zichzelf heeft. Dit wordt door de therapeut aangegrepen om Aruna uit te leggen dat piekeren aan de ene kant voelt als 'een bondgenoot' (het geeft een idee van veiligheid/zekerheid), maar anderzijds als 'een vijand' omdat het leidt tot allerlei klachten en als onbeheersbaar wordt beleefd. Aruna herkent dit en haar twijfel over het nut van piekeren neemt toe.

Om de geloofwaardigheid in de positieve metacognities verder te toetsen, werd met Aruna het volgende experiment afgesproken: de ene helft van de week 'zo min mogelijk' piekeren en de andere helft van de week juist extra piekeren. Als de positieve opvatting zou kloppen, dan zouden er in de periode waarin er extra wordt gepiekerd meer positieve en minder negatieve gebeurtenissen moeten plaatsvinden. In onderstaand gespreksfragment wordt de nabespreking van dit experiment weergegeven:

T: *Als je alles nog eens rustig bekijkt Aruna, wat valt je dan op als je de periode waarin je zo min mogelijk hebt gepiekerd vergelijkt met de tijd dat je zo veel mogelijk moest piekeren?*

A: *Nou ja, toen ik zo veel mogelijk moest piekeren voelde ik me vaak somber.*

T: *En toen je zo min mogelijk piekerde?*

A: *Toen voelde ik me wel wat beter.*

T: *Ik ga er van uit dat je je graag beter voelt, toch?... (Aruna knikt)...en als je dat wilt bereiken, helpt het je dan om veel en lang te piekeren?*

A: *Nee, blijikbaar niet...*

T: *Toch kan het zijn dat het piekeren zo'n goede bondgenoot is bij het voorkomen van allerlei ellende dat je de extra somberheid op de koop toe wilt nemen. Een belangrijke vraag is dus of er in de periode dat je zo min mogelijk hebt gepiekerd daadwerkelijk meer nare gebeurtenissen hebben plaatsgevonden of dat je niet goed was voorbereid, met alle gevolgen van dien?*

A: *Eigenlijk is dat helemaal niet zo...*

T: *Of is er nog iets anders wat doorgaan met piekeren de moeite waard maakt?*

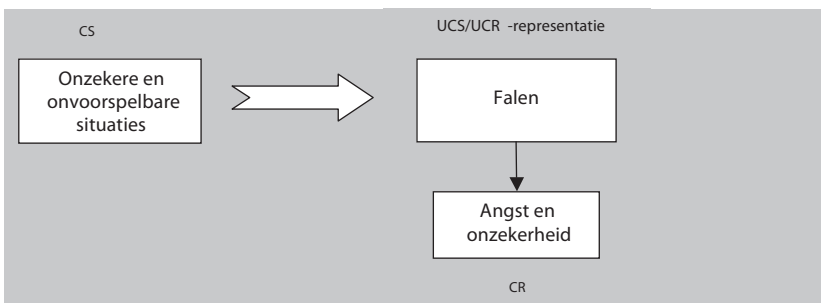
A: *(lacht) Nee, het helpt eigenlijk helemaal niks, ik heb er alleen maar last van...*

In de nabespreking concludeert Aruna zelf dat het aantal nare gebeurtenissen in beide periodes eigenlijk vergelijkbaar is, terwijl zij zich tijdens het extra piekeren wel somberder en angstiger voelde. De geloofwaardigheid van de positieve metacognities nam daardoor verder af.

Fase 4: Strategiewijzigingen

In deze laatste fase van MCT wordt de aandacht verlegd van metacognities naar andere manieren om over risico's na te denken en om te gaan met negatieve intrusies en *triggers* die voorheen tot piekeren leidden. Aangezien

patiënten met GAS vaak hun hele leven lang al zorgelijk denken, is piekeren een belangrijke en inflexibele manier van omgaan met potentieel gevaar geworden. Het is dan ook belangrijk om nieuwe vaardigheden aan te leren om met 'wat-als'-triggers om te gaan. Ook dient de gevoeligheid voor negatieve informatie te worden verminderd, daar veel GAS-patiënten de neiging hebben om ambigue situaties als bedreigend te interpreteren. In termen van GCGT gaat het dan om een meer realistische inschatting van de betekenis van de CS. In de laatste behandelingsfase wordt daarom enerzijds geoefend met standaard cognitieve interventies om beter kansen te berekenen en te relativiseren, en anderzijds met andere manieren om met zorgelijke situaties om te gaan dan erover te piekeren. Met Aruna wordt aandacht besteed aan het beter leren inschatten van gevaar en risico, door zich meer met behulp van o.a. gedachteschema's te richten op informatie die haar zorgen tegensprekt in plaats van alleen te letten op informatie die aansluit bij haar angstige vermoedens. Hoewel dit steeds beter lukt, blijft Aruna bij onzekere en onvoorspelbare situaties terugvallen op haar 'piekerstrategie', waardoor een stagnatie in de behandeling optreedt. Blijkbaar wegen de korte termijn gevolgen van piekeren die eerder in de FA in Figuur 2 waren weergegeven nog altijd zwaarder dan de lange termijn gevolgen, en heeft Aruna geen andere strategieën ter beschikking om met de ambigue situaties om te gaan. Bij nadere analyse van de betekenis van de uitlokkende situaties, kwam naar voren dat onzekere en onvoorspelbare situaties voor Aruna een voorspeller van 'falen' (UCS/UCR-representatie) zijn, wat leidt tot gevoelens van angst en onzekerheid (zoals weergegeven in de BA in Figuur 6)



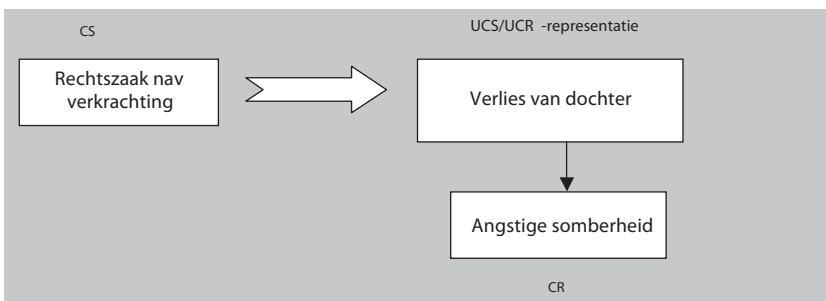
Figuur 6. BA van onzekerheid en onvoorspelbaarheid.

Op basis van deze analyse is ervoor gekozen interventies uit de *intolerance-of-uncertainty* behandeling (IofU) in te zetten, die tot doel hebben om het vermogen te verbeteren om onzekerheden in het dagelijks leven te verdragen, ermee om te gaan, of zelfs te accepteren.

Als eerste stap wordt Aruna geleerd om aan de hand van haar piekerdagboek onderscheid te maken tussen zorgen over situaties die zich al dan niet

lenen voor probleemoplossing ('*worry-awareness-training*'). Voor de zorgen van het eerste type (vaak actuele) leert Aruna met behulp van een stappenplan (D'Zurilla & Nezu, 1999) eerst om het probleem concreet te benoemen en vervolgens te brainstormen over alle mogelijke oplossingen. Van elke oplossing worden daarna de voor- en nadelen in kaart gebracht, op basis waarvan Aruna de oplossing kiest die ze wil gaan uitvoeren. Voor de onoplosbare piekersituaties wordt geoefend met pieker-exposure (Van der Heiden & Ten Broeke, 2005). Hierbij wordt Aruna gevraagd zich in gedachten langdurig bloot te stellen aan een beeld van het ergste wat er in de piekersituatie zou kunnen gebeuren (zie verderop voor voorbeeld bij Aruna). Daarbij wordt de patiënt een responspreventie-instructie gegeven: er mag niet worden geprobeerd om het beeld te neutraliseren door afleiding te zoeken, iets anders te gaan doen of aan iets anders te denken. Na de blootstellingsfase wordt 'cognitieve herstructurering' expliciet gestimuleerd door na afloop van de blootstellingsfase zoveel mogelijk alternatieve uitkomsten te bedenken. Een uitdagende vraag is vanzelfsprekend hoe de effecten van pieker-exposure verklaard kunnen worden. Vanuit de IofU-theorie wordt ervan uitgegaan dat patiënten de negatieve gevoelens die door ambigue situaties worden opgeroepen door deze interventie leren verdragen en zelfs accepteren. Vanuit de metacognitieve visie kan piekerexposure opgevat worden als een test van negatieve opvattingen over het gevaar van piekeren. Een andere mogelijkheid is dat door de langdurige blootstelling aan angstoproepende beelden habituatie optreedt waardoor een andere, objectievere kijk op de situatie ontstaat (wat gestimuleerd wordt door het bedenken van alternatieve uitkomsten).

Eén van de piekerthema's die Aruna als onoplosbaar inschat is een aankomende rechtszaak tegen haar verkrachter. Zoals uit de BA in Figuur 7 blijkt leidt deze gebeurtenis tot angst en somberheid (CR), doordat er een sequentiële (voorspellende) relatie was ontstaan tussen de rechtszaak (CS) en het verliezen van haar dochter (UCS/UCR-representatie). Aruna veronderstelde dat haar verkrachter aanspraak zou gaan maken op zijn kind, door zaken te verdraaien en Aruna zwart te gaan maken. Om Aruna te helpen het gepieker te doorbreken en de angst te leren beheersen werd gekozen voor de toepassing van pieker-exposure.



Figuur 7. BA van de aanstaande rechtszaak.

Als meest beangstigende verwachting schreef Aruna op dat zij zichzelf in de rechtbank zag zitten en dat de rechter uitsprak dat zij had gelogen en dat haar dochtertje werd toegewezen aan haar verkrachter. Op de vraag wat dit beeld zou betekenen voor haar en wat het ergste zou zijn wat haar kan overkomen, formuleert Aruna het beeld dat zij alleen in de rechtszaal zit en dat haar kindje in de armen ligt van haar verkrachter. De instructie om het beeld 25 minuten in gedachten te houden boezemde erg veel angst in. De neiging om het beeld te vermijden bleek erg groot. De therapeut hielp Aruna de voorstelling 'levendig' te houden door haar over allerlei details van het beeld te bevragen en daarbij alle zintuigmodaliteiten aan te spreken. Aruna werd gedurende de oefening rustiger en er kwam meer ruimte in haar hoofd voor perspectiefverandering. Dit leidde ertoe dat ze na de blootstellingsfase verschillende alternatieve uitkomsten kon bedenken: Mijn verkrachter komt niet opdagen bij de rechtszitting; Mijn verkrachter ontkent, maar wordt niet geloofd; Mijn verkrachter bekent schuld; Mijn verkrachter heeft geen behoefte aan een kind; Ik heb tot nu toe goed voor mijn dochter gezorgd, er zijn geen redenen om haar nu bij mij weg te nemen; Ik heb een goede advocaat, waar ik veel vertrouwen in stel; Verschillende mensen zullen mij steunen bij dit proces, ik heb mensen om me heen die van me houden en me zullen helpen.

Interessant was dat ze door de laatste twee alternatieven meer oog kreeg voor beschikbare hulp en steun vanuit haar omgeving (familie, vrienden, hulpverleners en advocaat), waar ze voorheen als alleenstaande moeder de neiging had alles alleen te willen doen.

DISCUSSIE

In dit artikel is de metacognitieve therapie voor GAS door de 'bril van GCGT' beschreven. Dit is gedaan aan de hand van Aruna, een tienermoeder met een gegeneraliseerde angststoornis. MCT bestaat uit vier fasen, die in een vaste volgorde worden doorlopen. Met behulp van de geïndividualiseerde zoekschema's van GCGT is bij iedere fase in de behandeling in kaart gebracht hoe de dynamiek van het problematische gedrag en de emoties kunnen worden begrepen. Ook is op basis van de functie- en betekenisanalyses soms beargumenteerd afgeweken van het MCT-protocol. Dit heeft er in de behandeling van Aruna toe geleid dat in de laatste fase van de behandeling interventies uit de intolerance-of-uncertainty therapie (IofU) zijn toegevoegd, om onzekere situaties beter te leren verdragen en er beter mee om te gaan. Voor Aruna vormde dit een belangrijk deel van de behandeling, omdat haar probleemoplossingsvaardigheden toenamen waardoor zij meer grip ervoer op haar dagelijks leven. De behandeling is dan ook positief afgerond.

Hoewel MCT een effectieve behandeling voor GAS lijkt te zijn, knappen niet alle patiënten (volledig) op. Net als bij de behandeling van andere (angst)stoornissen blijft het daarom zinvol bij stagnerende behandelingen na te gaan

of, en hoe de behandeling bijgestuurd kan worden. De zoekschema's uit de GCGT zijn daar een zinvol instrument voor.

SUMMARY

Metacognitive therapy for GAD from an integrative cognitive behavioural perspective: A case example

Metacognitive therapy (MCT) has been shown to be effective in the treatment of generalised anxiety disorder (GAD; Van der Heiden, this volume). This paper first describes both the metacognitive theory and therapy. Next, it is described how ruptures in conducting MCT in clinical practice can be addressed using individualised analytic strategies such as a functional analysis. This is illustrated using a case example. In case of a rupture, these analytic strategies provide the therapist with arguments to deviate from the treatment manual.

Keywords: metacognitive therapy, case illustration, functional analysis, integrative approach

LITERATUUR

- Broeke, E. ten, Heiden, C. van der, Meijer, S., & Hamelink, H. (2008). *Cognitieve therapie. De basisvaardigheden*. Amsterdam: Boom.
- Broeke, E. ten, Korrelboom, K., & Verbraak, M. (red.) (2009). *Praktijkboek Geïntegreerde Cognitieve Gedragstherapie. Protocollaire behandeling op maat*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (2000). Treatment of generalized anxiety disorder: Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification, 24*, 635-658.
- D'Zurilla, T.J., & Nezu, A.M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention (2nd ed.)*. New York, NJ: Springer.
- Fisher, P. L. (2006). The efficacy of psychological treatments for generalised anxiety disorder? In: G.C.L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, Assessment and Treatment* (pp.359-378). Chichester: Wiley.
- Heiden, C. van der (2009). *Metacognitieve therapie bij gegeneraliseerde angst*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Heiden, C. van der (dit nummer). Behandeling van de gegeneraliseerde angststoornis: anders leren denken over piekeren of leren verdragen van onzekerheden? Een gerandomiseerde, gecontroleerde studie.
- Heiden, C. van der, & Broeke, E. ten (2005). Pieker-exposure: wat is het en hoe pas je het toe? *Gedragstherapie, 38*, 193-205.
- Heiden, C. van der, Broeke, E. ten, & Verbraak, M. (2009). Gegeneraliseerde angststoornis. In: E. ten Broeke, K. Korrelboom & M. Verbraak (red.), *Praktijkboek Geïntegreerde Cognitieve Gedragstherapie. Protocollaire behandeling op maat*. (pp. 61- 92). Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Korrelboom, K., & Broeke, E., ten (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Wells, A. (1995). Metacognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*, 301-320.