

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

.....

*Natuurlijk kan
cognitieve gedragstherapie
worden toegepast bij
'existentiële problemen'*

.....

Reactie op

VAN BRUGGEN, VOS, BOHLMEIJER & GLAS
in *Gedragstherapie* 46, 2

KEES KORRELBOOM & ERIK TEN BROEKE

In *Gedragstherapie* 46, 2 (2013) vragen Van Bruggen, Vos, Bohlmeijer en Glas zich af of binnen de gangbare gedragstherapeutische praktijk plaats is voor de behandeling van patiënten die klachten en problemen ontwikkelen vanwege existentiële levensvragen. Hoort het bespreken van dergelijke problemen rondom 'sterfelijkheid', 'vrijheid/verantwoordelijkheid', 'eenzaamheid' en 'zinloosheid' wel thuis in de cognitieve gedragstherapie (CGT) en, *if so*, staan binnen de CGT dan voldoende werkzame methodes ter beschikking om deze existentiële problemen adequaat het hoofd te kunnen bieden?

Eerst wordt kort de existentiële psychotherapie besproken, een reeks van onderling tamelijk los van elkaar opererende benaderingen die doorgaans een kritische houding ten opzichte van gestandaardiseerde en klachtgerichte therapieën gemeen hebben en die het bespreken van de genoemde levensvragen bij uitstek tot hun werkterrein rekenen. Over de toepasbaarheid van existentiële psychotherapie bij existentiële problemen lijken de auteurs dan ook weinig aarzelingen te hebben. Hoewel tot nu toe geen enkele interventie voor het behandelen van dergelijke problemen op effectiviteit is onderzocht, en existentiële psychotherapie dus ook niet, lijken Van Bruggen et al. niet-

temin van mening te zijn dat existentiële problemen binnen de existentiële psychotherapie goed kunnen worden behandeld.

Vervolgens vragen de auteurs zich af in hoeverre dat ook kan worden gezegd van CGT. Over de kwestie of existentiële hulpvragen passen binnen CGT zijn zij betrekkelijk kort: deze passen er in principe wel in. Binnen de cognitief-gedragstherapeutische literatuur vinden zij hiervoor voldoende aanwijzingen. Het kost hen meer moeite om te besluiten dat cognitieve gedragstherapie ook over passende methodes beschikt waarmee zulke existentiële problemen adequaat kunnen worden behandeld. Uiteindelijk vinden de auteurs dergelijke geschikte methodes met name binnen Acceptance and Commitment Therapy (ACT).

Zowel bij de moeite die het Van Bruggen et al. kost om te concluderen dat voor het behandelen van existentiële problemen wel degelijk ook binnen CGT passende methodes bestaan, als over de CGT stroming waar die behandelingen dan bij voorkeur zouden moeten plaatsvinden (ACT) willen wij hier een paar kanttekeningen maken. Deze kanttekeningen komen erop neer dat Van Bruggen et al. de mogelijkheden van 'gewone' CGT naar onze mening onvoldoende onderkennen en dat een exclusief beroep op ACT daarom niet noodzakelijk is.

We lichten deze stellingname toe.

Casusconceptualisatie, de basis van CGT

Van Bruggen et al. leiden hun betoog in met een wat gedramatiseerde therapiescène. Daarin wordt een cognitief gedragstherapeut onaangenaam verast doordat zijn patiënt, na een kennelijk 'vernuftig uitgevoerde Socratische dialoog', meldt dat zij 'best begrijpt dat paniekaanvallen niet gevaarlijk zijn', maar dat zij veeleer 'worstelt met het gegeven dat ze ooit zal doodgaan'. Een existentieel probleem. Hoe heeft het tussen therapeut en patiënt zo kunnen mislopen? Schiet de CGT tekort? Of heeft deze cognitief gedragstherapeut ergens de juiste CGT afslag gemist?

Wij vermoeden dat het laatste het geval is. Een goed behandelplan en de op basis daarvan in stelling gebrachte interventies dienen gebaseerd te zijn op een adequate diagnostiek en taxatie. In onze ogen kennen diagnostiek en taxatie twee aspecten: [1] de DSM-classificatie die de toegang vormt tot gestandaardiseerde, in onderzoek effectief gebleken interventies en [2] een individu-specifieke inschatting die, wat ons betreft, bestaat uit een of meer relevante functie- en/of betekenisanalyses. De functieanalyse (FA) is daarbij een verklarende hypothese over de factoren die problematisch gedrag in stand houden. Die verklaring wordt gezocht in de cognitieve representaties van positieve consequenties die, althans in de beleving van de patiënt, zijn verbonden aan dat problematische gedrag. De betekenisanalyse (BA) is een verklarende hypothese over de wijze waarop in eerste instantie neutrale situaties en gebeurtenissen een specifieke (in het geval van psychopathologie,

problematische) betekenis hebben verkregen. Die verklaring wordt gezocht in de associatieve banden die zijn gevormd tussen deze voorheen neutrale situaties en gebeurtenissen en cognitieve representaties van andere, problematische situaties en gebeurtenissen. Het analyseschema van de FA is gebaseerd op de principes van het operante leerparadigma, dat van de BA op die van de klassieke conditionering (Korrelboom & Ten Broeke, 2004; Korrelboom & Ten Broeke, in druk).

Deze FA's en BA's dienen er altijd toe om de gestandaardiseerde behandeling te finetunen op de individuele patiënt (aan welke prikkels moet *deze* patiënt tijdens exposure in vivo worden blootgesteld en welke disfunctionele verwachtingen moeten daarbij *in dit geval* worden onderzocht en bij voorkeur worden ontkracht) en soms om de gestandaardiseerde behandeling aan te vullen met een extra interventie (naast het falsificeren van de disfunctionele verwachting te zullen worden afgewezen moet bij *deze* patiënt wellicht ook een interventie worden ingezet die de zelfwaardering versterkt). Een enkele keer moet de gehele behandeling worden gebaseerd op de geïndividualiseerde FA's en BA's. Dat laatste is onder meer het geval wanneer er geen bewezen effectieve interventies bestaan voor de problematiek waarvoor de patiënt behandeling zoekt. Een sprekend voorbeeld daarvan is de worsteling met existentiële kwesties.

*Vermoedelijke casusconceptualisatie
bij Van Bruggen et al.*

.....

Hoewel in het artikel geen melding wordt gemaakt van de DSM-classificatie die men van toepassing acht op de problemen van de patiënt en wij de desbetreffende patiënt natuurlijk niet kennen, lijkt het erop dat men is uitgegaan van de classificatie paniekstoornis. De gestrande Socratische dialoog en daarmee kennelijk de behandeling als geheel, waarin het oorzakelijk verband tussen panieksensaties en doodgaan ter discussie werd gesteld, wekt in ieder geval die suggestie. Wij maken ons echter sterk dat er naar alle waarschijnlijkheid geen sprake is van een paniekstoornis en dat als daarvan al sprake zou zijn dit zeker niet het hoofdprobleem van de patiënt is: zij lijkt vooral bang te zijn voor De Dood en niet zozeer voor paniekaanvallen en het gevaar dat daarin schuilt, wat toch het centrale kenmerk is van de paniekstoornis. Daarnaast is er vrijwel zeker geen adequate betekenisanalyse opgesteld. In de summiere casusbespreking vinden wij in ieder geval niets terug dat daar ook maar enigszins op lijkt.

Waarschijnlijk had een adequate betekenisanalyse de therapeut kunnen behoeden voor een vroegtijdige strandings. Zij had richting kunnen geven aan een behandelplan dat beter bij de problemen van de patiënt had gepast. Zo'n adequate betekenisanalyse zou allereerst gericht zijn geweest op het aspect waar de patiënt het meest last van heeft: een existentiële angst voor De Dood. We mogen veronderstellen dat die angst niet alleen optreedt bij paniekcues

(CS'en zoals die in 'onze' betekenisanalyses worden genoemd), waaronder waarschijnlijk een (gepercipieerde) versnelde hartslag, winkels en een slap gevoel in de benen, maar ook bij allerlei andere CS'en, zoals gesprekken over de dood, het zien van een kerkhof of begrafenisstoet, de naderende verjaardag (dichter bij de dood) en het moment dat het oudste kind naar de middelbare school gaat (de tijd glijdt voort, de dood nadert). In al die gevallen zal een cognitieve representatie (UCS/UCR-representatie) van de gevreesde situatie (De Dood) worden geactiveerd. Een dergelijke analyse zou al meteen de vraag hebben opgeroepen of er inderdaad (uitsluitend of vooral) sprake was van een paniekstoornis, zoals die, al dan niet terecht, op basis van DSM-criteria was vastgesteld.

Sequentiële associaties of referentiële?

.....

Wanneer deze veronderstellingen ook maar enigszins kloppen, is de vraag aan de orde of de genoemde (en waarschijnlijk nog vele andere) CS'en nu *voorspellers* zijn van de feitelijke dood (de kans om dood te gaan wordt verhoogd in aanwezigheid van deze CS'en), of dat die CS'en veel eerder aanleidingen zijn om aan De Dood *te denken*, inclusief alle horror die daar bij hoort. In het eerste geval wordt in 'onze' betekenisanalyses gesproken over sequentiële associaties, in het tweede geval over referentiële associaties. Wij schatten in dat het hier veel eerder om een referentieel verband gaat tussen allerlei CS'en en de UCS/UCR-representatie 'De Dood', dan om een sequentiële associatie: een begrafenisstoet is voor deze patiënt naar alle waarschijnlijkheid geen aannemelijke *voorspeller* van sterven. In dat laatste geval is exposure — de primaire interventie om disfunctionele verwachtingen te falsificeren en, in de vorm van interoceptieve exposure, een essentieel onderdeel van iedere psychologische behandeling van paniekstoornis — niet de meest voor de hand liggende therapeutische maatregel. In onze ogen adequate CGT zou hier dan ook bestaan uit interventies die de referentiële associaties als aangrijpingspunt hebben.

Niettemin bespreken Van Bruggen et al. exposure als voor de hand liggende behandeloptie als zou worden gekozen voor CGT. Zij gaan er daarbij waarschijnlijk vanuit dat exposure volgens de CGT literatuur nu eenmaal de interventie van voorkeur is bij angst(stoornissen). Helemaal overtuigd van de zin van zo'n aanpak lijken zij zelf echter niet te zijn, zoals blijkt uit hun (overigens terechte) vraag waaraan de patiënt dan zou moeten worden blootgesteld en uit hun observatie dat in veel publicaties voorbij wordt gegaan aan het antwoord op de vraag *hoe* deze en andere voorgestelde interventies ten aanzien van doodsangst er dan precies moeten uitzien. Zich baserend op andere CGT literatuur opperen Van Bruggen et al. ook nog imaginaire exposure, EMDR, contraconditionering en (verbale) cognitieve interventies als mogelijkheden om (existentiële) doodsangst binnen CGT te behandelen. Het

lijkt meer een willekeurige greep uit de CGT gereedschapskist dan een berekeneerde keuze voor dat gereedschap.

Ook hierbij had een adequate betekenisanalyse bij de gepresenteerde patiënt verheldering kunnen geven. Nadat men zou hebben vastgesteld dat allerlei prikkels (waaronder paniekcues) CS'en zijn die referentieel naar het thema 'De Dood' verwijzen, zou men met een nieuwe betekenisanalyse de betekenissen die de patiënt toekent aan De Dood in kaart hebben gebracht. Deze keer is 'De Dood' de CS, waarna men de betekenissen die de patiënt aan De Dood hecht in de UCS/UCR-representatie opneemt. Die betekenissen kan men vervolgens nader onderzoeken: verbindt de patiënt een juiste betekenis aan 'De Dood', of zijn deze voor correctie vatbaar? Betekenissen als 'dan zal ik nooit de ruzie met mijn ouders hebben bijgelegd', 'de dood markeert het begin van oneindig lijden in de hel' of 'dan zullen mijn kinderen onverzorgd achterblijven' zullen daarbij tot andere therapeutische maatregelen uitnodigen dan een betekenis als 'dan is er niets meer'. Wanneer de toegekende betekenis op zich juist is, kan de vraag worden gesteld of het om een belangrijke juiste betekenis gaat, waardoor de patiënt zich in haar doen en laten zou moeten laten leiden, of dat zij zich van deze implicaties van doodgaan minder zou moeten aantrekken en er meer emotionele afstand van zou moeten nemen. Aansluitend kan men dan de vraag stellen of de patiënt op een adequate wijze vorm geeft aan het omgaan met deze al dan niet belangrijk geachte betekenis. De antwoorden op dergelijke vragen kunnen aanleiding zijn om een andere coping aan te leren of om andere, meer functionele betekenissen te versterken. Eveneens kan worden gezien of er specifieke (leer) ervaringen zijn die de buitengewone angst voor de dood begrijpelijk kunnen maken, hetgeen zou vragen om interventies die de invloed van die ervaringen op het heden kunnen verminderen.

Dergelijke therapeutische strategieën kunnen verschillende vormen aannemen. Bij existentiële problemen als doodsangst kan men uitkomen op het versterken van de acceptatie van het onvermijdelijke, of op het leren afstand te nemen van het gepieker daarover. Het is waar en terecht dat ACT een belangrijke plek inruimt voor strategieën die op acceptatie en distancing zijn gericht. Het is echter te veel eer om te menen dat ACT hierin de eerste en enige CGT benadering is. Ook in 'gewone', mainstream CGT gebruikt men al jaren technieken die op acceptatie en afstand nemen zijn gericht. Dat geldt voor bepaalde schrijfopdrachten bij, bijvoorbeeld, rouwtherapie (van den Bout, 2001), voor Competitive Memory Training (COMET) bij piekeren (Ekkers, Korrelboom & Van der Gaag, 2013), voor Attention Training Technique (ATT) bij het behandelen van, onder andere, psychotische patiënten die moeten leren meer afstand te nemen van hun stemmen (Valmaggia & Morris, 2010), voor gevoelsurfen (*urge surfing*) bij verslaving, waarbij patiënten leren om episodes van heftige craving te accepteren en te doorstaan (De Wildt, Merckx, Vedel & Schippers, 2011) en voor zogenaamde 'flash-forward' technieken

waarmee angstige anticipaties kunnen worden afgezwakt (Engelhard, Van den Hout, Janssen & Van der Beek, 2010; Korrelboom & Ten Broeke, in druk). Voor dergelijke technieken hoef je geen exclusief beroep te doen op 'de derde generatie' gedragstherapie.

Het spreekt kortom, naar onze mening, vanzelf dat problemen die voorkomen uit existentiële kwesties met 'gewone' CGT kunnen worden behandeld. Er bestaan weliswaar nog geen bewezen effectieve behandelprotocollen voor deze problematiek, maar een degelijke toepassing van wat de basis is van CGT, het maken van individu-specifieke analyses met behulp van zoekschema's die zijn gebaseerd op kennis uit de experimentele psychologie, biedt zinnige perspectieven op een adequate behandeling van deze patiënten. Het spreekt evenzeer vanzelf dat deze mening geldt 'tot nader orde', namelijk tot het moment waarop zou worden vastgesteld dat CGT niet werkt bij existentiële problemen, of wanneer zou blijken dat andere benaderingen beter werken.

KEES KORRELBOOM Hoofd Wetenschappelijk Onderzoek & Zorginnovatie van PsyQ Haaglanden. Correspondentie: k.korrelboom@wxs.nl.

ERIK TEN BROEKE Visie, praktijk voor cognitieve gedragstherapie te Deventer; Mede-eigenaar Ster opleidingen te Deventer.

Literatuur

- Bout, J. van den (2001). Schrijven bij rouw: (on)duidelijkheden en (on)mogelijkheden. In: J.G. Goekoop (red.), *Schrijven en lezen in psychiatrie en psychotherapie*. Leiden: Boerhaave Commissie.
- Bruggen, V. van, Vos, J., Bohlmeijer, E.T., & Glas, G. (2013). Over de plaats van existentiële thema's in cognitieve gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 46, 119-134.
- Ekkers, W. Korrelboom, C.W. & Gaag, M. van der (2013). Minder rumineren, minder depressief? De behandeling van depressief rumineren. *Directieve Therapie*, 33, 237-248.
- Engelhard, I.M., Hout, M.A. van den, Janssen, W.C., & Beek, J. van der (2010). Eye movements reduce vividness and emotionality of 'flashforwards'. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 442-447.
- Korrelboom, C.W. & Broeke, E. ten (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- Korrelboom, C.W. & Broeke, E. ten (in druk). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Tweede, geheel herziene druk. Bussum: Coutinho.
- Valmaggia, L.R., & Morris, E. (2010). Attention training technique and acceptance and commitment therapy for distressing auditory hallucinations. In: F. Laroi & A. Aleman (eds.), *Hallucinations. A guide to treatment and management*. Oxford: Oxford University Press.
- Wildt, W. de, Merckx, M., Vedel, E., & Schippers, G. (2011). Protocollaire behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol. In: G. Keijsers, A. van Minnen & K. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten. Deel 2*. Amsterdam: Boom.