



De **positieve**
focus in
psychotherapie

Tot ons genoegen zien we dat stromingen in de psychotherapie met een positieve focus meer en meer gewaardeerd en toegepast worden, óók (en juist) met mensen met ernstige psychische problematiek. We zien ook dat er inmiddels een grote diversiteit aan stromingen voorhanden is. Van methodieken waarin weleens de oefening ‘dankbaarheidsdagboek’ meegegeven wordt tot methodieken die werken op basis van Acceptance & Commitment Therapy (ACT) of oplossingsgerichte gespreksvoering.

In dit artikel willen we een overzicht bieden van wat er aan deze stromingen beschikbaar is, zonder overigens te beweren dat dit volledig is. Voor elke stroming geven we een korte beschrijving. Achtereenvolgens bespreken we: ACT, positieve psychologie, positieve psychiatrie, cliëntgerichte therapie, motiverende gespreksvoering, oplossingsgericht werken, welbevindentherapie, positieve cognitieve gedragstherapie, COMET en MBCT.

■ **Fredrike Bannink, Sergio van der Pluijm, Jeffrey van der Starre, Matthijs Steeneveld & Hein Zegers**

A **ceptance & Commitment Therapy**
Deze aanpak, afgekort tot ACT, wordt beschreven als derde generatie cognitieve gedragstherapie (Jansen & Batink, 2014). De traditionele cognitieve gedragstherapie werkt met het *weerleggen* van negatieve, automatische, storende gedachten en het bestrijden van klachten. ACT heeft als focus juist het ontwikkelen van psychologische flexibiliteit en veerkracht. *Psychologische flexibiliteit* is het vermogen om op een gezonde, flexibele manier om te gaan met de obstakels van het leven en tegelijkertijd je leven in te richten naar je waarden.

ACT is gebaseerd op de *Relational Frame Theory* (RFT). Die theorie beschrijft hoe we allerlei stimuli een bepaalde lading geven door de associaties die we maken. Hartkloppingen die je associeert met gezondheidsklachten hebben een heel andere lading dan associatie met verliefdheid of sporten. De inhoud van die (soms storende) associaties en gedachten zijn niet de focus van ACT. ACT stelt dat hoe meer je met zo'n storende gedachte bezig bent, hoe belangrijker je de gedachte maakt. In plaats daarvan leert ACT om hiermee anders om te gaan (psychologische flexibiliteit). De gedachten zijn namelijk niet het probleem, maar de impact die die gedachten kunnen hebben op ons leven zijn dat wel.

In ACT wordt gebruikgemaakt van zes verschillende processen om psychologische flexibiliteit te ontwikkelen. Dat leert je anders met obstakels om te gaan en je leven te richten op wat voor jou waardevol is.

1. Controle versus acceptatie: we hebben vaak de neiging om gedachtes, emoties en ervaringen te controleren. Daarbij proberen we vooral negatieve ervaringen te vermijden. Helaas werkt dit vaak averechts. ACT leert om te accepteren dat er soms nare ervaringen zijn. Het loslaten van de controle geeft ruimte.
2. Fusie versus defusie: we zijn vaak gefuseerd, samengesmolten, met onze gedachten. Het *is* koud, ik *ben* onhandig. Door die gedachten als werkelijkheid te zien of door er juist tegen te argumenteren, vergroten we ons lijden. ACT stelt voor om ons meer los van onze gedachtes te zien – te defuseren.
3. Piekeren versus mindfulness/contact met het hier en nu: vaak zijn we bezig met wat er in ons hoofd gebeurt – gedachten – of handelen we op de automatische piloot. Bij dit element gaat het om het bewust ervaren van wat er in het hier en nu is: niet alleen onze gedachtes, maar ook emoties, fysieke ervaringen en de buitenwereld via onze zintuigen.
4. Descriptieve zelf versus observerende zelf: onze gedachten zijn niet alleen leidend in hoe we de wereld zien, maar ook hoe we onszelf zien. Mensen leren met ACT om zich meer bewust te zijn van hun zelfdefinities ('ik ben ...'). Met allerlei technieken leren we om onszelf meer te observeren, te beschouwen, en minder onszelf te definiëren als iets dat vaststaat.
5. Regels versus waarden: we proberen ons gedrag te sturen met allerlei regels, die vervolgens kunnen doorschieten in controle. Dat zorgt dan vaak voor meer, strengere regels en meer vermijding. In deze stap leren we om te bepalen naar welke waarden we willen leven.

6. Vermijding versus toegewijde actie: vermijding is een menselijk fenomeen. Vermijden zorgt vaak alleen voor opluchting op de korte termijn. Op de lange termijn zijn we door te vermijden juist niet bezig met leven naar onze waarden. Als het op basis van de voorgaande elementen oké is om te falen, om geen controle te hebben en soms pijn tegen te komen, kunnen we waardegericht handelen. Zo zetten we psychologische flexibiliteit in voor een waardevol leven.

ACT kan worden ingezet bij een breed scala aan psychische klachten. Recente meta-analyses geven aan dat ACT een positief effect heeft bij allerlei psychische klachten, zoals angst- en stemmingsklachten (Hacker et al., 2016), en ook eetstoornissen en lichaamsbeleving (Linardon et al., 2019), en met mantelzorgers van mensen met dementie (Collins & Kishita, 2019). Op de website www.actinactie.nl vind je meer informatie en tools.

Positieve psychologie

Binnen de klassieke positieve psychologie houdt een stroming zich specifiek bezig met psychotherapie. Dit werd oorspronkelijk 'positive psychotherapy' genoemd. Positieve psychotherapie werkt anders dan standaardinterventies voor bijvoorbeeld depressie, door het verhogen van positieve emoties, engagement en zingeving (Seligman et al., 2006).

De klassieke positieve psychologie is ontworpen voor mensen die zich *niet* extreem slecht voelen, maar voor An en Jan modaal die zich ergens middenin het spectrum slecht-goed bevinden. Neem een schaal van 0 tot 10, waarbij 0 betekent 'ik voel me extreem slecht' en 10 betekent 'ik voel me extreem goed'. Dan wil de klassieke positieve psychologie vooral mensen helpen die zich ergens rond 4, 5 of 6 bevinden – en een zetje geven zodat ze kunnen evolueren naar bijvoorbeeld 7, 8 of 9.

Met dit doel zijn een aantal klassieke interventies ontworpen. Deze zijn inmiddels genoegzaam bekend. Hier een handvol voorbeelden:

- Dankbaarheidsdagboek. Hierin schrijf je elke dag of elke week een aantal dingen op waarvoor je dankbaar bent.
- Acts of kindness ('goede daden; altruïsme'). Je doet bijvoorbeeld elke dag een goede daad voor een ander: een boodschap voor iemand die minder mobiel is, een praatje met iemand die eenzaam is, een compliment aan iemand die dat kan gebruiken, enzovoort.
- Lichaamsbeweging. Dit hoeft geen topsport te zijn, gewoon wat beweging die je in je leven kunt integreren, zoals een dagelijkse wandeling of regelmatig de trap nemen in plaats van de lift.
- Dankbaarheidsbrief. Een brief naar iemand schrijven die je dankbaar bent, iemand die ooit in jouw leven veel betekend heeft, maar die je nooit echt expliciet daarvoor bedankt hebt (en daarna die brief gaan voorlezen).

Deze interventies (en vele anderen) zijn vervolgens meermaals getest bij een normale populatie. Daaruit blijkt dat hun welbevinden (iets) stijgt als gevolg van deze interventies, onderdeel van de klassieke positieve psychologie (Lee Duckworth et al., 2005).

De positieve psychotherapie onderzoekt nu in welke mate deze interventies ook gebruikt kunnen worden voor de lijdende mens: voor de mens die op de schaal van 0 tot 10 erg laag zou scoren. Kunnen deze interventies ook mensen met een score van 1, 2 of 3 een zetje geven rich-



ting hogere scores? Voor een aantal interventies blijkt dit inderdaad het geval. Bovenstaande interventies blijken bijvoorbeeld effectief met mensen met een depressie.

Wel interessant is dat niet alle positieve psychologie interventies werkzaam blijken bij een klinische populatie (bij mensen die zich erg slecht voelen dus). Zo is er de oefening 'my ideal world'. Hierbij schrijven mensen op hoe hun ideale wereld eruit zou kunnen zien. Normaalgezien een interessante interventie, maar niet bij mensen met een dysthyme stoornis, zo blijkt uit onderzoek. Wanneer mensen met een dysthyme stoornis hun ideale wereld opschrijven en merken dat die erg verschilt van hun huidige situatie, kan het gebeuren dat zij juist dieper in de put geraken.

Dit laatste voorbeeld toont aan dat je niet altijd positieve psychologie interventies kunt gebruiken. Precies daarvoor is verder onderzoek nodig. En dat gebeurt ook, tegenwoordig vooral onder de noemer 'positive clinical psychology' (Rashid & Seligman, 2018). Positieve klinische psychologie is één van de vijf officiële divisies van de International Positive Psychology Association (IPPA).

Positieve psychiatrie

In positieve psychiatrie staat de mens centraal, niet de ziekte. De focus ligt op zowel klachten als krachten: het ontdekken van veerkracht en competenties, het voeden van hoop, dankbaarheid en optimisme. Hoe verandert de psychiatrie wanneer we naast de diagnose ook de gewenste toekomst als uitgangspunt nemen? (Jeste & Palmer, 2015; Bannink & Peeters, 2018)

Vraag niet welke ziekte de patiënt heeft, maar welke patiënt de ziekte heeft

O'Hanlon & Rowan (2003, p. 49)

De ggz richtte zich tot voor kort op het verminderen van psychopathologie. Behandelaars focusten vooral op ziekten en waren minder of niet thuis in het bevorderen van welbevinden. Gelukkig zien we hierin twee recente paradigma-veranderingen.

De eerste paradigmaverandering betreft het centraal stellen van de mens in plaats van de ziekte. De tweede verandering betreft het toevoegen van het paradigma van de synthese aan het paradigma van de analyse. Het reductionistische medische model – het paradigma van de analyse – kan goed aangevuld worden met het functionele oplossingsgerichte model – het paradigma van de synthese, waarin het gaat om het ontwerpen van en bouwen aan een uitkomst die er eerder nog niet was. Symptoomreductie werkt niet goed wanneer de complexiteit van een systeem, zoals (geestelijke) gezondheid, toeneemt; het ervaren van gezondheid is het resultaat van een zeer groot aantal factoren met onderling afhankelijke interacties, dat niet louter door analyse van de afzonderlijke delen kan worden begrepen.

De positieve psychiatrie kent vier pijlers van kennis:

1. De positieve psychologie
2. Oplossingsgericht werken
3. De herstelbenadering: het perspectief van cliënten staat centraal bij het verbeteren van welbevinden, meer dan het behandelen van ziekte
4. Aspecifieke factoren: de kerncondities van de hulpverlening

Naast de twee paradigmaveranderingen dient er een cultuurverandering plaats te vinden in de psychiatrie. We moeten anders gaan denken en de focus leggen op wat werkt in plaats van op wat niet werkt. Deze omslag dient terug te komen in zowel de behandeling, opleiding als organisatie van de zorg.

Clïentgerichte therapie

De term 'positieve psychologie' is vooral aan het begin van de huidige eeuw gepopulariseerd door

Martin Seligman. Seligman is echter niet de uitvinder. De term 'positieve psychologie' is voor het eerst gebruikt door Abraham Maslow in 1954. In zijn boek *Motivation and Personality* (1954) pleit hij voor een psychologie die niet alleen focust op alles wat er kan mislopen, maar ook op sterke kanten en groeiomogelijkheden. Maslow is één van de belangrijkste figuren binnen wat later bekend zou raken als de cliëntgerichte therapie.

Maslow is vooral bekend voor zijn 'behoeftepiramide'. Onderaan staan 'basisbehoefte' zoals fysiologische en veiligheidsbehoefte, bovenaan staat 'zijnsbehoefte' als zelfactualisatie en transcendentie. De piramide staat intussen onder kritiek, maar de focus op behoeften als groei en zelfactualisatie blijft een belangrijke erfenis van zijn gedachtegoed.

Het is Carl Rogers die deze groei en zelfactualisatie centraal stelt in zijn therapie. Deze therapievorm wordt humanistische of cliëntgerichte therapie genoemd en wordt in zijn boek *Client-Centered Therapy* voor het eerst uit de doeken gedaan (1951). In plaats van wegwerken van symptomen stelt de cliëntgerichte therapie persoonlijke groei op de eerste plaats. Een centraal begrip is het einddoel van een 'fully functioning person' (volwaardig functionerend persoon). Deze term van Rogers uit de jaren 50 valt opvallend sterk samen met het concept 'flourishing' (floreren) uit de positieve psychologie.

Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering is een 'evidence based' gespreksmethode voor doelgerichte gedragsverandering. De methode wordt in 1983 beschreven door William Miller als effectieve aanpak bij alcoholverslaafden. Uit onderzoek blijkt dat motiverende gespreksvoering effectief is als kortdurende interventie of in combinatie met andere behandelmethoden, met name als er een duidelijk veranderingsdoel aangegeven kan worden. Dit is vaak een doel waarbij de cliënt ambivalente gevoelens heeft. Op dit moment wordt motiverende gespreksvoering toegepast

in meer dan twintig verschillende werkvelden, waaronder: (g)gz, verslavingszorg, jeugdzorg, onderwijs, reclassering, gevangeniswezen, arbeidsre-integratie, ontwikkelingswerk (Miller & Rollnick, 2013).

Motiverende gespreksvoering heeft haar wortels in de humanistische psychologie en het reeds vermelde werk van Carl Rogers. Dit zie je terug in de basishouding van onvoorwaardelijke acceptatie, het werkelijk willen begrijpen van de cliënt en het aansluiten op diens referentiekader in relatie tot het risicovolle of ongezonde gedrag. De methode sluit ook goed aan bij inzichten uit de positieve psychologie zoals de motivatietheorie van Ryan en Deci (2001) en het gedachtegoed rondom positieve gezondheid zoals verwoord door Machteld Huber.

Het eerste uitgangspunt is dat er altijd een bepaalde motivatie aanwezig is om iets te veranderen aan de probleemsituatie. Zo is er in ieder mens een natuurlijke neiging om gezond te willen zijn, bewegingsvrijheid te ervaren, een goede ouder of partner te zijn, iets te betekenen, mee te tellen, bij te dragen en te groeien als mens. Dat die motivatie niet altijd zichtbaar is heeft te maken met het tweede uitgangspunt: mensen hebben vaak ambivalente gevoelens ten aanzien van de gewenste verandering. Zij willen tegelijkertijd wel én niet veranderen. Kennelijk heeft het ongezonde of risicovolle gedrag een functie. Vaak is het belonend op de korte termijn, terwijl pas op lange termijn de werkelijke risico's zichtbaar en voelbaar worden.

Een motiverende professional kan deze twee uitgangspunten toepassen door drie principes aan te houden in de stijl en aanpak van de begeleiding:

1. Een op samenwerking gerichte begeleidingsstijl. De professional streeft vanuit gelijkwaardigheid naar een dialoog tussen 'twee experts': de cliënt is expert over het eigen leven en de professional is expert op het eigen vakgebied.
2. Ontlokken van motivatie, kwaliteiten en capaciteiten van de cliënt. De cliënt wordt

gevraagd naar de wensen en redenen om te veranderen én naar diens geloof-in-eigen-kunnen. Deze motivatiebronnen worden serieus genomen en zo veel mogelijk ingezet in het veranderproces.

3. De autonomie van de cliënt wordt erkend en versterkt. De professional respecteert en ondersteunt de autonomie van de cliënt, zowel impliciet als expliciet. Hij doet dat vanuit het fundamentele recht op zelfbepaling en gaat ook uit van het vermogen van de cliënt om eigen keuzes te maken.

De kern van de gespreksmethode is het ontlokken van verandertaal: zelfmotiverende uitspraken van de cliënt, gebaseerd op erkenning van het probleem. Denk aan nadelen of risico's die de cliënt ziet bij de optie 'niet-veranderen' en aan voordelen en sterke redenen bij de optie 'wel-veranderen'.

Oplossingsgericht werken

Oplossingsgericht werken (De Shazer, 1985; Bannink, 2019) heeft als doel om gespreksvoering, ook binnen de (g)gz, simpel en positief te maken. Het beoogt cliënten (men spreekt liever van cliënten dan van patiënten) te helpen een nieuw en beter leven op te bouwen. Het is een pragmatische stroming die draait om het vinden van dat wat voor deze cliënt, op dit moment, in deze context werkt. De nadruk ligt op het construeren van oplossingen als tegenwicht voor de traditionele nadruk op de analyse van problemen.

Cliënten worden uitgenodigd anders te denken, hun gewenste toekomst te beschrijven, positieve verschillen op te merken en vooruitgang te boeken. Dit wordt gemakkelijk gemaakt door het stellen van oplossingsgerichte vragen: zij vormen de kern van oplossingsgericht werken. Daarmee nodigt de therapeut de cliënt uit de eigen expertise te ontdekken en optimaal in te zetten. Deze vragen gaan over doelformulering (wat ziet de cliënt als de gewenste toekomst/uitkomst), over het vinden van uitzonderingen op het probleem of de klacht en over diens competenties en hulpbronnen. Schaalvragen worden

ingezet om ingewikkelde zaken simpel te maken, het realistische doel van de gesprekken vast te stellen, na te gaan wat werkt en vooruitgang te definiëren. Ook geven ze aan hoeveel motivatie, hoop of vertrouwen de cliënt heeft dat hij of zij het doel zal bereiken.

Met die vragen worden cliënten en behandelars uitgenodigd hun focus te verleggen van het repareren van wat er mis is naar het bouwen aan wat er goed gaat. Therapie wordt daarmee lichter en leuker. Uit onderzoek blijkt dat oplossingsgerichte therapie korter duurt dan probleemgerichte therapieën, dat de autonomie van de cliënten goed gewaarborgd is en dat er minder burn-out bij hulpverleners voorkomt. Naast psychotherapie wordt oplossingsgericht werken toegepast in onder andere de somatische gezondheidszorg, onderwijs, leidinggeven, conflict management en sport.

Het bouwen aan oplossingen is anders dan het oplossen van problemen. In de traditionele (g)gz wordt het *paradigma van de analyse* toegepast, ook wel het 'medische model' genoemd. Er wordt uitgezocht wat er aan de hand is om vervolgens een diagnose te stellen en zo mogelijk het probleem te repareren (Bannink & Jansen, 2017; Bannink & Peeters, 2018). Als het om gespreksvoering gaat heeft dit model echter een groot nadeel, namelijk dat het sterk probleemgericht is. Als het probleem en mogelijke oorzaken worden uitgediept kan er een vicieuze cirkel ontstaan met steeds groter wordende problemen. De sfeer raakt beladen met problemen, waardoor het risico ontstaat dat de oplossing steeds verder

uit het zicht verdwijnt en de hoop op verbetering afneemt. Ook zijn oorzaken vaak niet op te sporen in complexe, interactieve situaties.

Oplossingsgerichte gespreksvoering gaat uit van het *paradigma van de synthese*. Het is een belangrijk instrument bij problematiek waar het reductionistische paradigma van de analyse tekortschiet. Het paradigma van de synthese kijkt vooruit: het gaat over het ontwerpen van een uitkomst die er eerder nog niet was (de gewenste toekomst/uitkomst) en is daarmee diagnose-overstijgend.

Huisarts: *"Het consult is echt veel lichter en leuker. Het is minder zwaar allemaal. En daar kan je heel vrolijk van worden. Patiënten komen vaak ook verder; het is dikwijls effectief."*

Welbevindentherapie

In de klinische psychologie krijgt het concept *well-being* (welbevinden) steeds meer aandacht. Onderzoek toont de complexe relatie aan tussen welbevinden, stress en persoonlijkheidstrekken, zowel in klinische als niet-klinische populaties (Ruini & Fava, 2004). Zij stellen dat psychologisch welbevinden niet hetzelfde is als de afwezigheid van symptomen of persoonlijkheidstrekken. Het onderzoeken van welbevinden in klinische populaties is volgens de auteurs belangrijk en in psychotherapie moet er aandacht zijn voor veranderingen in het welbevinden.

Well-Being Therapy (WBT) is een kortdurende vorm van psychotherapie die welbevinden bevordert, en omvat het goed kunnen hanteren van de sociale omgeving, persoonlijke groei, zinvolheid, autonomie, zelfacceptatie en positieve

We zien tot onze tevredenheid dat er inmiddels veel stromingen voorhanden zijn waarmee een behandelaar met een positieve focus kan werken

relaties met anderen. WBT kan worden toegepast als strategie voor terugvalpreventie aan het eind van de behandeling van stemmings- en angststoornissen, als aanvulling op CGT, bij stemmingsstoornissen die niet goed reageren op standaard farmacologische en psychotherapeutische behandelingen, bij stoornissen in het lichaamsbeeld en bij psychosomatische klachten. De eerste onderzoeken lijken veelbelovend. Ruini en Fava hopen dat WBT een nieuwe trend zal inluiden in onderzoek en toepassing van psychotherapie in de huidige symptoomgerichte psychologische praktijk.

Positieve cognitieve gedragstherapie (CGT)

De positieve cognitieve gedragstherapie (CGT) integreert de positieve psychologie en oplossingsgerichte therapie binnen een cognitief gedragstherapeutisch kader. Het gaat niet om het reduceren van wat er mis is, maar om het bouwen aan wat er goed gaat (Bannink, 2014). Deze 'vierde generatie CGT' wordt inmiddels wereldwijd toegepast bij verschillende psychische stoornissen.

Positieve CGT gaat verder dan symptoomreductie, zoals gebruikelijk in de traditionele CGT. Het richt zich op de gewenste toekomst van de cliënt en het vinden van uitzonderingen op het probleem of de klacht en op de competenties en hulpbronnen van de cliënt.

"Positive CBT changes what we focus on and how we work in helping people change."

Prof. dr. Paul Gilbert, UK

Het betreft een competentiegerichte benadering met zo min mogelijk aandacht voor klachten en problemen en zo veel mogelijke aandacht voor wat cliënten daarvoor in de plaats willen zien. Zo stelt positieve CGT de doelformulering centraal in de plaats van de probleemanalyse, focust positieve CGT op competenties van de cliënt in plaats van op diens tekortkomingen, nodigt de cliënt uit om uitzonderingen op het probleem of de klacht te registreren in plaats

van het probleem of de klacht te registreren, maakt de therapeut samen met de cliënt positieve functieanalyses van deze uitzonderingen, gebruikt de opwaartse in plaats van de neerwaartse pijltechniek om helpende in plaats van dysfunctionele cognities op te sporen en focust op gedragsbehoud in plaats van op terugvalpreventie. De openingsvraag bij volgende sessies naar wat er beter gaat en het bijhouden van het Dagboek van Betere Momenten, waarin de cliënt de uitzonderingen op het probleem of de klacht bijhoudt) versterken de positieve focus. Daarmee verhoogt positieve CGT niet alleen het welbevinden van cliënten, maar ook van de therapeuten zelf.

"Niet alleen voor cliënten is positieve CGT een belangrijke andere invalshoek, ook voor onszelf, therapeuten, als 'antidote' tegen burn-out en algemene negativiteit."

Prof. dr. Filip Raes, Leuven, België.

Onderzoek (Geschwind et al., 2019) naar de vergelijking van positieve CGT met traditionele CGT in de behandeling van depressie laat zien dat:

- de focus op de gewenste toekomst, betere momenten (uitzonderingen), sterke kanten en positieve emoties de depressieve klachten en negatieve emoties effectief vermindert;
- er significant minder initiële drop-out was bij positieve CGT gevolgd door traditionele CGT dan andersom;
- positieve CGT door cliënten als plezieriger werd ervaren dan traditionele CGT.

De resultaten van dit eerste onderzoek naar positieve CGT zijn veelbelovend. Verder onderzoek is echter nodig, zowel bij andere psychische stoornissen als bij de ervaringen van niet alleen cliënten, maar ook de therapeuten die werken met positieve CGT. Ook hier zijn de eerste resultaten positief. Inmiddels is er een individueel protocol en een groepsprotocol positieve CGT voorhanden (Bannink & Geschwind, 2019).

Competitive Memory Training (COMET)

Competitive memory training (COMET) kan zowel groepsgewijs- als individueel ingezet worden en bestaat doorgaans uit vier tot acht sessies. De methode wordt toegepast bij zowel psychische stoornissen (zoals een angststoornis) als *transdiagnostische problemen*, bijvoorbeeld bij een negatief zelfbeeld.

Bannink (2014) beschrijft dat de methode goed past bij de therapeut die werkt vanuit een positief psychologisch kader. In tegenstelling tot sommige cognitief gedragstherapeutische stromingen ligt het accent niet op het ontkrachten van negatieve informatie, maar juist op het meer toegankelijk maken van positieve informatie. Korrelboom (2011) onderzocht deze methode. Uit diverse *randomized controlled clinical trials* blijkt dat deze onder andere effectief is in het behandelen van een negatief zelfbeeld, angstklachten en eetstoornissen (Korrelboom et al., 2009; Martens et al., 2009).

De rationale is dat ons geheugen onze emotionele reacties beïnvloedt. Autorijden is een voorbeeld; angstige chauffeurs hebben vooral toegang tot herinneringen waarin het rijden niet goed ging, terwijl zelfverzekerde chauffeurs makkelijk succeservaringen kunnen opdiepen uit het geheugen. Het doel achter COMET is om positieve informatie toegankelijker te maken, waarmee *retrieval competitie* optreedt (het fenomeen waaraan de therapie zijn naam ontleent); indien positieve rijervaringen de overhand krijgen zal de rijangst afnemen.

De eerdergenoemde positieve herinneringen kunnen levendiger gemaakt worden met een passende gezichtsuitdrukking, zelspraak, muziek en lichaamshouding. Indien het bijbehorende positieve gevoel duidelijk voelbaar is, gaat de cliënt oefenen met het oproepen van het nieuwe positieve beeld in situaties die voorheen het negatieve beeld oproepen (bijvoorbeeld in de auto). Deze fase in de behandeling heet 'contraconditionering'. Op termijn passen therapeut

en cliënt 'schakelen' toe, waarin eerst het negatieve beeld wordt opgeroepen en vervolgens het positieve beeld.

COMET baseert zich op de retrieval-hiërarchie theorie van Brewin (2006) en is een uitbreiding van eerdere contraconditioneringstherapieën.

Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)

In de jaren negentig waren drie Britse onderzoekers op zoek naar een effectieve vorm van terugvalpreventie voor mensen met een depressie. Mensen die een depressieve episode hebben ervaren lopen een groter risico om opnieuw een depressieve episode mee te maken. Onderzoekers Segal, Williams en Teasdale (2002) bemerkten dat depressieve episodes vaak heel gewoon beginnen. Een nacht slecht slapen, een stressvolle gebeurtenis, sombere gedachten, gepieker: iedereen heeft dat zo nu en dan. Bij mensen die herhaaldelijk depressieve episodes ervaren roept een lichte toename van somberheid echter depressieve denkpatronen en gepieker op. Dat vergroot het risico op een volgende episode. Het is echter niet mogelijk om al die gewone stressmomenten te voorkomen. Daarom lieten de onderzoekers zich inspireren door het werk van Jon Kabat-Zinn. Hij ontwikkelde de *Mindfulness Based Stress Reduction*, een training van acht weken voor mensen met chronische fysieke klachten. Doel is niet om de klachten te verhelpen, maar mensen te helpen er minder onder te lijden.

Zo is ook de *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT) tot stand gekomen. In acht wekelijkse sessies van zo'n twee uur beoefenen de deelnemers mindfulness. Mindfulness wordt door Bishop en collega's (2004) als volgt gedefinieerd: "Mindfulness involves the self-regulation of attention with an approach of curiosity, openness, and acceptance."

Het gaat dus om het (steeds opnieuw) richten van je aandacht op wat je ervaart, met een open, nieuwsgierige en accepterende houding. Die houding was in de ogen van de auteurs

bruikbaar voor mensen die risico liepen op een depressieve episode. Zij leren met mindfulness anders om te gaan met sombere gedachten en andere stressoren. Ze bemerken het sneller als hun oude, depressieve gedachtepatronen de kop op steken. Ze gaan zichzelf minder bekritisieren en piekeren er minder over dat dit wel eens de voorbode van een nieuwe episode kan zijn. In plaats daarvan brengen ze vriendelijk hun aandacht terug naar wat ze op dat moment doen. Zo helpt MBCT om niet in depressieve denkpatronen te vervallen.

De link tussen positieve psychologie en mindfulness wordt vaak gelegd. Net als bij ACT wordt de worsteling met klachten losgelaten. Ook de vriendelijke, open en aanvaardende houding van mindfulness is passend bij de positieve focus. MBCT heeft positieve gezondheidseffecten, zoals verhoogd subjectief welbevinden, vermindering van psychische symptomen en emotionele reactiviteit en verbeterde gedragsregulatie (Keng, Smoski & Robins, 2011). In beginsel is MBCT niet bedoeld om mensen te laten floeren, maar om de last van depressieve klachten te verminderen. Tegenwoordig zijn er varianten ontwikkeld vanuit een positief psychologisch perspectief, zoals *Mindfulness-Based Strengths Practice* (MBSP) (Steenefeld, 2018).

Conclusie

We zien tot onze tevredenheid dat er inmiddels veel stromingen voorhanden zijn waarmee een behandelaar met een positieve focus kan werken. Met dit overzicht willen we een lans breken voor psychotherapie met een positieve insteek. Er zijn goed uitgewerkte behandelmethodes waar veel onderzoek naar is gedaan voorhanden. We hopen therapeuten en alle overige behandelaars bewust te maken van deze mogelijkheden. ■

Auteurs

Fredrike Bannink, klinisch psycholoog en jurist.
Opleider/supervisor van o.a. de VGCT.
www.fredrikebannink.com

Matthijs Steeneveld, trainer, adviseur, auteur, spreker, mindfulnesstrainer.
www.msteeneveld.nl

Jeffrey van der Starre, GZ-psycholoog bij PsyQ Eetstoornissen.

Sergio van der Pluijm, zelfstandig trainer motiverende gespreksvoering en oprichter van Bureau Bewezen Effect.
www.bewezeneffect.nl

Hein Zegers, klinisch psycholoog en eerste positieve psycholoog van België.
www.HeinZegers.com

Referenties

- Bannink, F.P. (2014). *Positieve cognitieve gedragstherapie*. Amsterdam: Pearson.
- Bannink, F.P. (2019). *Oplossingsgerichte vragen. Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering* (4e geheel herziene druk) Amsterdam: Pearson.
- Bannink, F.P. & Jansen, P. (2017). *Positieve gezondheidszorg. Oplossingsgericht werken in de huisartsenpraktijk*. Amsterdam: Pearson.
- Bannink, F.P. & Peeters, F. (2018). *Positieve psychiatrie*. Amsterdam: Boom.
- Bannink, F.P. & Geschwind, N. (2019). *Positieve CGT. Behandelprotocol in 8 sessies*. Amsterdam: Boom.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S. L., Carlson, L., Anderson, N. D., & Carmody, J. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(1), 230-241.
- Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behavior therapy: a retrieval competition account. *Behavior Research and Therapy*, 44, 765-784.
- Collins, R.N., & Kishita, N. (2019). The Effectiveness of Mindfulness- and Acceptance-Based Interventions for Informal Caregivers of People With Dementia: A Meta-Analysis. *The Gerontologist*, 59-4, 363-379.

- Jeste, D.V., & Palmer, B.W. (eds) (2015). *Positive psychiatry: A clinical handbook*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Geschwind, N., Arntz, A., Bannink, F. & Peeters, F. (2019). Positive cognitive behavior therapy in the treatment of depression: A randomized order within-subject comparison with traditional cognitive behavior therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 116, 119-130.
- Hacker, T., Stone, P. & MacBeth, A. (2016). Acceptance and commitment therapy—do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 190, 551-565.
- Jansen, G. & Batink, T. (2014). *Time to ACT: het basisboek voor professionals*. Zaltbommel: Thema.
- Keng, S.L., Smoski, M.J., & Robins, C.J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31, 1041–1056.
- Korrelboom, K. (2011). *COMET voor negatief zelfbeeld: Competitive Memory Training bij lage zelfwaardering en negatief zelfbeeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Korrelboom, K., De Jong, M., Huijbrechts, I., & Daansen, P. (2009). Competitive memory training (COMET) for treating low self-esteem in patients with eating disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 974–980.
- Lee Duckworth, A., Steen, T. A., & Seligman, M. E. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 629-651.
- Linardon, J., Gleeson, J., Yap, K., Murphy, K., & Brennan, L. (2019). Meta-analysis of the effects of third-wave behavioural interventions on disordered eating and body image concerns: implications for eating disorder prevention. *Cognitive Behavioural Therapy*, 48, 15-38.
- Martens, S., Korrelboom, K., & Huijbrechts, I. (2009). Competitive memory training (COMET) voor piekeren. *Directieve Therapie*, 29, 254–277.
- Miller W.R. & Rollnick S. (2013) *Motivational interviewing, helping people change*. Third edition. New York: The Guilford Press.
- O’Hanlon, B. & Rowan, T. (2003). *Solution-oriented therapy for chronic and severe mental illness*. New York: Norton.
- Rashid, T., & Seligman, M. P. (2018). *Positive psychotherapy: Clinician manual*. Oxford University Press.
- Rogers, Carl (1951). *Client-centered therapy*. Cambridge Massachusetts: The Riverside Press.
- Ruini, C., & Fava, G.A. (2004). Clinical applications of well-being therapy. In: P.A. Linley and S. Joseph (Eds), *Positive psychology in practice*. Hoboken: John Wiley & Sons, pp. 371-387.
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudemonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*, New York: The Guilford Press.
- Seligman, M. E., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American psychologist*, 61(8), 774.
- Shazer, S. de (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.
- Steeneveld, M. (2018). Mindfulness en sterke kanten: Integratie van mindfulness en positieve psychologie. *Tijdschrift Positieve Psychologie*, 1, 69-73.