

Uitgangspunt: Emotieregulatie en psychische gezondheid

Samenvatting

Verschillen in definitie en operationalisering van het begrip emotieregulatie bemoeilijken de interpretatie van actuele bevindingen over de relatie tussen emotieoverkoepelende regulatiecompetenties en psychische stoornissen. Zo is bijvoorbeeld een hele reeks van mogelijk relevante bevindingen afkomstig uit het zogenaamde copingonderzoek, waarbij onze reacties op 'stress' of op 'belastende gebeurtenissen' worden onderzocht. Bij zulke bevindingen blijft echter vaak onduidelijk in hoeverre emoties verband houden met het omgaan met spanningen. Dergelijke moeilijkheden ten spijt laat een verscheidenheid aan empirisch bewijs zien dat bepaalde vormen van omgang met negatieve emoties vooral worden waargenomen bij mensen met psychische stoornissen. Deze bevindingen treft men niet alleen aan in studies met klinische steekproeven van verschillende stoornissen (Garnefski et al. 2002; Sandin en Chorot 1995), maar tevens bij specifieke stoornisbeelden.

- 2.1 In hoeverre bestaat er een samenhang tussen deficiënte emotieregulatie en psychische stoornissen? – 8**
- 2.2 In hoeverre kan het succes van de therapie worden bevorderd door de emotionele competenties met gerichte maatregelen te verbeteren? – 11**
- 2.3 Welke competenties zijn vooral relevant? – 14**

2.1 In hoeverre bestaat er een samenhang tussen deficiënte emotieregulatie en psychische stoornissen?

Verschillen in definitie en operationalisering van het begrip emotieregulatie bemoeilijken de interpretatie van actuele bevindingen over de relatie tussen emotieoverkoepelende regulatiecompetenties en psychische stoornissen. Zo is bijvoorbeeld een hele reeks van mogelijk relevante bevindingen afkomstig uit het zogenaamde copingonderzoek, waarbij onze reacties op 'stress' of op 'belastende gebeurtenissen' worden onderzocht. Bij zulke bevindingen blijft echter vaak onduidelijk in hoeverre emoties verband houden met het omgaan met spanningen. Dergelijke moeilijkheden ten spijt laat een verscheidenheid aan empirisch bewijs zien dat bepaalde vormen van omgang met negatieve emoties vooral worden waargenomen bij mensen met psychische stoornissen. Deze bevindingen treft men niet alleen aan in studies met klinische steekproeven van verschillende stoornissen (Garnefski et al. 2002; Sandin en Chorot 1995), maar tevens bij specifieke stoornisbeelden.

Zo maken mensen die aan een **depressie** lijden vaak melding van problemen bij het identificeren van hun eigen emoties (Honkalampi et al. 1999; Rude en McCarthy 2003) en zeggen ze moeite te hebben met het accepteren en verdragen van hun eigen negatieve gevoelens (Brody et al. 1999; Campbell-Sills et al. 2006; Conway et al. 2000; Hayes et al. 2004). Wanneer ze onder hun negatieve emoties lijden, vinden deze mensen het bovendien moeilijk om zichzelf empathisch te ondersteunen (Gilbert et al. 2006; Hofmann et al. 2011) en de intensiteit of de duur van ongewenste gevoelens in een gewenste richting te beïnvloeden (Catanzaro et al. 2000; Ehring et al. 2008; Kassel et al. 2007). Depressieve klachten gaan vaak samen met specifieke gedragingen zoals piekeren, catastroferen en onderdrukking van emotionele expressie (Aldao et al. 2010; Conway et al. 2000; Ehring et al. 2010; Garnefski en Kraaij 2006; Kraaij et al. 2002; Morrow en Nolen-Hoeksema 1990), die vaak worden opgevat als disfunctionele emotieregulatiestrategieën (Berking en Wuppermann 2012; Moulds et al. 2007).

Weliswaar zijn er bewijzen aan te voeren voor de (crosssectionele) relatie tussen depressie en deficiënte emotieregulatie die de hypothese ondersteunen dat een tekortschietende emotieregulatie een negatieve uitwerking heeft op de geestelijke gezondheid. Het blijkt echter niet mogelijk om te onderzoeken in hoeverre de deficiënte emotieregulatie (als vermoedelijke oorzaak) aan de depressieve symptomen (als vermoedelijk effect) voorafgaat. Het blijft dus onduidelijk of een tekortschietende emotieregulatie niet juist het gevolg is van een door andere oorzaken veroorzaakte stoornis, ofwel dat deze slechts een symptoom van de stoornis vormt. Een dergelijke causale richting zou ook plausibel zijn, wanneer men bedenkt dat depressies en dergelijke vaak samengaan met concentratieproblemen, die de emotieregulatie aanzienlijk kunnen schaden. Om erachter te komen in welke mate moeilijkheden bij de regulatie oorzakelijk bijdragen aan de ontwikkeling van psychische stoornissen, dient de relatie tussen deze twee fenomenen met longitudinale en experimentele studies nader te worden onderzocht.

Met betrekking tot depressieve stoornissen is uit longitudinaal onderzoek gebleken dat zelfeffectiviteit de eigen emotionele toestand beïnvloedt, net als veelvuldig gebruik van disfunctionele regulatiestrategieën, de toekomstige depressieve symptomen significant voorspelden (Aldao en Nolen-Hoeksema 2012; Kassel et al. 2007; Kraaij et al. 2002). Andere onderzoeken toonden aan dat negatief-affectieve reacties op ongewenste gebeurtenissen bij depressieve personen langer aanhielden dan bij niet-depressieve personen het geval was (Peeters et al. 2003). Bovendien voorspelde de neiging om met negatieve emoties op belastende gebeurtenissen te reageren, twee maanden na de eerste beoordeling, de intensiteit van de depressieve symptomen (O'Neill et al. 2004). Bij therapieonderzoek is verder gebleken dat de neiging om op belastende gebeurtenissen zowel met negatieve emoties als met weinig vertrouwen in de eigen regulatie te reageren, bij een cognitief-gedragstherapeutische depressietherapie een geringere afname van de symptomen voorspelt (Cohen et al. 2005; Backenstrass et al. 2006). Bovendien werd wat betreft de omgang met positieve emoties duidelijk dat de neiging om op positieve emoties

vooral met scepsis en afwijzing te reageren en deze niet bewust op waarde te schatten, minder positieve emoties en meer depressieve symptomen voorspelt (Raes et al. 2012).

Verder bewijs voor een causale invloed van deficiënte emotieregulatie op depressieve symptomen bieden experimentele onderzoeken die systematisch de emotieregulatie manipuleren en de effecten van deze manipulatie op depressieve symptomen vaststellen en evalueren. Deze onderzoeken lieten zien dat maladaptieve reacties op neerslachtige stemmingen (bijv. piekeren of onderdrukking) deze stemmingen kunnen versterken (Campbell-Sills et al. 2006; Ehring et al. 2010; Liverant et al. 2008; Morrow en Nolen-Hoeksema 1990). Tevens werd vastgesteld dat personen met een depressie in vergelijking met gezonde controlepersonen meer geneigd zijn maladaptieve emotieregulatiestrategieën te gebruiken (Ehring et al. 2010).

Op het gebied van **angststoornissen** duiden eveneens talrijke onderzoeken erop dat deficiënties in de emotieoverkoepelende regulatiecompetenties in belangrijke mate bijdragen aan zowel de ontwikkeling als de instandhouding van zulke stoornissen (Aldao en Nolen-Hoeksema 2012; Aldao et al. 2010; Amstadter 2008; Berking en Wupperman 2012; Campbell-Sills et al. 2014; Cisler et al. 2010; Kashdan et al. 2008; Suveg et al. 2010). Zo voorspelden emotieregulatiedeficiënties in een niet-klinische steekproef van 631 deelnemers de intensiteit van later optredende angstsymptomen (Berking et al. 2008). In een andere niet-klinische steekproef voorspelde de mate van vertrouwen goed met negatieve stemmingen te kunnen omgaan bij de deelnemers aan het onderzoek, de intensiteit van angstsymptomen na een acht weken durend interval (Kassel et al. 2007). In een niet-klinische steekproef onder adolescenten voorspelde een tekortschietende emotieregulatie de intensiteit van angstsymptomen zeven maanden later (McLaughlin et al. 2011). In een steekproef van studenten gingen moeilijkheden bij het beschrijven en identificeren van emoties gepaard met een verhoogd niveau aan angstsymptomen een jaar later (Ciarrochi en Scott 2006). Bovendien voorspelde in een steekproef van 131 deelnemers het vermogen tot emotieregulatie een

verergering van angstsymptomen gedurende een periode van vijf jaar (terwijl de intensiteit van de angstsymptomatiek niet voorspellend bleek voor toekomstige emotieregulatiecompetenties; Wirtz et al. 2014).

Onderzoek met klinische steekproeven laat onder meer zien dat personen die lijden aan een **gegeneraliseerde angststoornis** (GAS) deficiënties in emotionele helderheid, een geringer begrip van emoties, een grotere reactiviteit op emoties, een geringere acceptatie en een minder succesvolle verwerking van emoties vertonen (McLaughlin et al. 2007; Mennin et al. 2005; Turk et al. 2005; Salters-Pedneault et al. 2006). Verder voorspelden deficiënties in de emotieregulatie bij personen die lijden aan GAS-symptomen, problemen in de verwerking van hun ervaringen naar aanleiding van de terreuraanslagen in de Verenigde Staten op 11 september 2001 (Farach et al. 2008).

Klinische studies tonen tevens aan dat mensen die voldoen aan de criteria voor een **paniekstoornis** meer dan gemiddeld vaak melding maken van moeilijkheden bij het identificeren, accepteren en verdragen van ongewenste emoties (Baker et al. 2004; Naragon-Gainey 2010; Parker et al. 1993; Shear et al. 1993). Verdere resultaten tonen aan dat deze personen disfunctionele vermijdingsstrategieën inzetten indien zij worden geconfronteerd met angstwekkende of andere belastende situaties (Tull en Roemer 2007). Het gebruik van zulke vermijdingsstrategieën leidt paradoxaal genoeg vaak tot een toename van de angst (Eifert en Hefner 2003; Feldner et al. 2003; Feldner et al. 2006; Karekla et al. 2004; Spira et al. 2004) en kan aldus bijdragen aan de verdere ontwikkeling en instandhouding van angststoornissen (Craske et al. 1990; Hino et al. 2002; Levitt et al. 2004).

Bij personen met een **sociale fobie** duiden wetenschappelijke onderzoeken erop dat de betrokkenen in vergelijking met een gezonde controlegroep meer problemen ervaren bij de beschrijving en de identificatie van emoties (Turk et al. 2005), meer schaamte voelen (Fergus et al. 2010) en het moeilijker vinden om de emotionele gevolgen van belastende ervaringen te accepteren (Kashdan en Steger 2006). Mensen die lijden aan specifieke fobieën melden regelmatig zelfverwijten, piekeren, catastroferen en weinig vertrouwen

in positieve herwaarderingen, wanneer ze proberen om moeilijke ervaringen te verwerken (Davey et al. 1995; Kraaij et al. 2003).

Bij personen met een **posttraumatische stressstoornis** (PTSS) werd een correlatie gevonden tussen de ernst van de stoornis, het gebrek aan emotionele helderheid, aan acceptatie van emoties en aan actieve verandering van emoties (Cloitre et al. 2005; Ehring en Quack 2010; Roemer et al. 2001; Tull et al. 2007; Weiss et al. 2012). Moeilijkheden bij de emotieregulatie lijken tevens bij patiënten met misbruikervaringen tijdens de kindertijd een rol te spelen bij de samenhang tussen de ernst van de PTSS-symptomatiek en middelenmisbruik (Staiger et al. 2009).

Verdere onderzoeken tonen aan dat patiënten met **eetstoornissen** de neiging vertonen om emoties intenser waar te nemen dan controlepersonen (Overton et al. 2005; Svaldi et al. 2012). In het bijzonder ervaren deze patiënten frequentere en heviger angsten, vrees, spanningen en nervositeit (McClenny 1998). Zij melden bovendien regelmatig problemen bij de acceptatie en verwerking van hun gevoelens en vertonen (om die reden) eerder de neiging om intense emotionele ervaringen te vermijden (Aldao et al. 2010; Bydlowski et al. 2005; Carano et al. 2006; Corstorphine et al. 2007; Svaldi et al. 2010; Whiteside et al. 2007). Vooral patiënten met **boulimia nervosa** vertonen in vergelijking met niet-klinische controlegroepen een beperkt vermogen tot waarneming en identificatie van hun eigen emotionele toestand (Sim 2002; Sim en Zeman 2004). Daarnaast toonden verdere onderzoeken met gebruik van de Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz en Roemer 2004) aan dat vrouwen met **anorexia nervosa** significant meer problemen ondervinden met die aspecten van emotieregulatie die door deze vragenlijst worden vastgesteld (perceptie van emoties, acceptatie van emoties, de inzet van effectieve veranderingsstrategieën, etc.; Harrison et al. 2009). In longitudinaal onderzoek voorspelde een negatieve stemming bovendien eetbuien bij personen met een **eetbuistoornis** (Chua et al. 2004; Hilbert en Tuschen-Caffier 2007; Stein et al. 2007; Wild et al. 2007) evenals eetbuien plus purgeergedrag bij boulimia (Crosby et al. 2009; Smyth et al. 2007, 2009). Verder bewijs voor het causale effect

van emotieregulatiedeficiënties op eetstoornissen bieden experimentele onderzoeken waaruit blijkt dat een negatieve stemming of stress de daaropvolgende voedselinname en/of de waarschijnlijkheid van eetbuien bij personen met een eetbuistoornis verhoogt (Agras en Telch 1998; Chua et al. 2004; Laessle en Schulz 2009; zie voor tegengestelde resultaten Dingemans et al. 2009).

Het gebruik van drugs en alcohol in het kader van **middelengerelateerde stoornissen** wordt algemeen beschouwd als een poging negatieve emoties te reguleren of te vermijden (Baker et al. 2004; Cooper et al. 1995; Weiss et al. 1992; Wupperman et al. 2012). Aangezien negatieve emoties een belangrijke oorzaak zijn van terugval bij verslavingen (Cooney et al. 1997; El-Sheikh en Bashir 2004; Isenhardt 1991), zou het vermogen tot effectieve emotieregulatie betrokkenen helpen zelfs bij aanwezigheid van dergelijke emoties abstinente te blijven (Berking et al. 2011). Het eerste bewijs voor deze hypothese stamt uit onderzoeken die aantonen dat patiënten met zogenaamde 'emotionele stoornissen' (affectieve en angststoornissen; Ellard et al. 2010) die bovendien lijden aan een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, vaak ook aan de criteria voor verslavingsaandoeningen voldoen (Hasin et al. 2007; Bradizza et al. 2006). Bovendien kon een gering niveau van 'emotionele intelligentie' (gedefinieerd door Salovey en Mayer 1990, p. 189, als de 'vaardigheid om de eigen gevoelens en de gevoelens van anderen waar te nemen, deze te onderscheiden en de informatie te gebruiken om de eigen gedachten en handelingen te sturen') herhaaldelijk in verband worden gebracht met een manifest drugs- en alcoholgebruik (Kun en Demetrovics 2010). Personen met middelengerelateerde stoornissen melden vaak meer moeilijkheden bij de emotieregulatie dan gezonde controlepersonen, met name tijdens fases van onthouding (Berking et al. 2011; Fox et al. 2007). Bovendien voorspelden negatieve affecten en deficiënte emotieregulatie in een groot aantal longitudinale onderzoeken op voorhand toekomstige consumptiehoeveelheden en het verlangen om te drinken (Berking et al. 2011; Falk et al. 2008; Gamble et al. 2010; Hodgins et al. 1995; Swendsen et al. 2000; Willinger et al. 2002). In experimentele onderzoeken werd tevens aangetoond dat het teweegbrengen van een negatief

affect leidt tot een groter verlangen om te drinken (Birch et al. 2004; Cooney et al. 1997; Sinha et al. 2009). Ten slotte is van belang dat interventies die depressieve en angstsymptomen bij patiënten met middelenmisbruik doen afnemen, tevens de intensiteit van de afhankelijkheidsstoornis en de kans op terugval verminderen (Brown et al. 1997; Watt et al. 2006).

Uitgebreide onderzoeksresultaten suggereren dat deficiënties in de emotieregulatie als een kern-element van de **borderlinepersoonlijkheidsstoornis** kunnen worden beschouwd (Linehan 1993). Deze stoornis wordt onder meer gedefinieerd en gekenmerkt (APA 2014) door hevige en instabiele stemmingen (Austin et al. 2007; Kuo en Linehan 2009; Weinberg et al. 2009). Patiënten met deze persoonlijkheidsstoornis ervaren minder emotionele helderheid (Leible en Snell 2004; Wolff et al. 2007; Svaldi et al. 2012) en zijn minder goed in staat om aversieve emoties te verdragen (Grazt et al. 2006). Deze patiënten vertonen tevens de neiging om vermijdende en schadelijke emotieregulatiestrategieën te gebruiken (bijv. zelfbeschadigend gedrag) wanneer ze onder stress staan (Berking et al. 2009; Wupperman et al. 2009). Ze hebben bovendien meer moeite om hun emoties met behulp van adaptieve technieken effectief te veranderen (Gruber et al. 2012; Schulze et al. 2011). Interessant is dat het verloop van de stoornis op basis van dergelijke deficiënties in de emotieregulatie beter kon worden voorspeld dan op basis van de impulsiviteit (Tragesser et al. 2007).

Op het gebied van **somatoforme stoornissen** wordt onder meer in de traditie van het alexithymieconcept verondersteld dat somatische componenten van emoties verkeerdelijk worden geïnterpreteerd als ernstige gezondheidsproblemen, die op hun beurt door de nadruk op de aandachtscomponent en door vermijdingsgedrag tot een verhoogde symptoomperceptie leiden (Bleichardt 2012; Nemiah en Sifneos 1970; Sifneos 1973). In overeenstemming met deze theorie lieten sommige onderzoeken zien dat het vermogen tot bewuste waarneming en het verdragen van emoties, de correcte identificatie van emoties en het nauwkeurig in kaart brengen van emoties en lichamelijke gewaarwordingen, samengaan met meer uitgesproken somatoforme symptomen (Gucht en Heiser 2003;

Lumley et al. 1996; Schweinhardt et al. 2008; Subic-Wrana et al. 2010, 2002, 2005; Waller en Scheidt 2004, 2006).

Ten slotte kan worden verwezen naar de bevindingen waaruit blijkt dat er ook op het gebied van **stoornissen die normaalgesproken in de jeugd of adolescentie** voorkomen een significant verband bestaat tussen emotieregulatiedeficiënties en psychopathologische symptomen. Zulke bevindingen zijn onder andere bekend met betrekking tot de aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD) en voor een aantal internaliserende (bijv. sociaal isolement, depressie en angst) en externaliserende (bijv. agressie, woede en gedragsproblemen) gedragsafwijkingen (Calkins en Howse 2004; Kim en Cicchetti 2010; McLaughlin et al. 2011).

2.2 In hoeverre kan het succes van de therapie worden bevorderd door de emotionele competenties met gerichte maatregelen te verbeteren?

In de mate waarin het empirisch onderzoek bewijzen levert voor de aanname dat deficiënte emotieregulatie een belangrijke rol speelt bij de vorming en instandhouding van psychische stoornissen, rijst de vraag of psychische stoornissen door systematische therapie van zulke deficiënties met succes te behandelen zijn. Aangezien affectieve factoren een rol spelen in de stoornisconcepten van bijna alle psychotherapeutische benaderingen, besteden eveneens bijna alle therapeutische benaderingen meer of minder intensieve aandacht aan de omgang met belastende emoties. Het werken aan emotionele competenties kan daarbij heel goed de praktische aanpak bepalen, ook al zijn deze competenties geen expliciet element van de stoornis- of veranderingstheorieën. Zo geldt de onvoorwaardelijke waardering van de patiënt als een klassieke techniek van de cliëntgerichte psychotherapie. Met deze techniek (resp. 'grondhouding') wordt de patiënt onder meer duidelijk gemaakt dat hij ook bij het uiten van negatieve gevoelens niet zal worden afgewezen. Deze ervaring kan er in belangrijke mate aan bijdragen dat de patiënt in de toekomst ongewenste emoties beter kan accepteren.

In de **cognitieve gedragstherapie** (CGT) werken therapeuten regelmatig expliciet en systematisch aan de verbetering van de emotieregulatie. Echter, de focus ligt daarbij vaak op die emoties die zich manifesteren binnen de stoornis die wordt behandeld en dan meestal door prototypische CGT-methodes in te zetten. Dit roept de vraag op of bij bepaalde problematieken een focus op de emotieoverkoepelende regulatiecompetenties gunstig zou werken en in hoeverre daarbij ook technieken uit andere methoden (zoals de tweestoelementechniek of op empathie gebaseerde benaderingen) zouden kunnen worden toegepast. Historisch beschouwd speelden andere emoties dan angst in de gedragstherapeutische theorievorming slechts een ondergeschikte rol (op grond van de vermeende moeilijkheid om die objectief te meten). Als gevolg van de voortschrijdende klinische bruikbaarheid van deze concepten werd de grote klinische relevantie van emoties steeds meer erkend (Caspar 2002). Emoties werden daarbij vooral beschouwd als te veranderen streefdoel. De nadruk bij de therapie lag vooral op de cognities en gedragingen die problematische emoties mede in stand hielden.

In de zogenoemde '**derde generatie van de gedragstherapie**' (Hayes 2004) werden steeds vaker ook emotieoverkoepelende regulatiecompetenties gethematiseerd. Baanbrekend was daarbij zeker de **dialectische gedragstherapie** (DGT; Linehan 1993), die werd ontwikkeld voor de behandeling van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en die expliciet op het aanleren van adaptieve emotieregulatiestrategieën was afgestemd. Een andere 'derde-generatie'-therapie vormt de **acceptance and commitment therapy** (ACT; Hayes et al. 1999). Deze methode is gericht op het verminderen van vermijdingsgedrag als reactie op aversieve ervaringen (en op steun in het streven naar en het bereiken van belangrijke persoonlijke doelen). Het sterkere verband met emoties wordt bepaald doordat 'aversieve' innerlijke ervaringen worden gedefinieerd door de aanwezigheid van ongewenste emoties. Andere belangrijke vertegenwoordigers van de derde generatie zijn het **mindfulness-based stress reduction programm** (MBSR) van Kabat-Zinn (2015), de op mindfulness gebaseerde cognitieve therapie voor depressie

(Eng. *mindfulness based cognitive therapy*, MBCT; Segal et al. 2013) en het programma voor op **mindfulness gebaseerde terugvalpreventie** (Eng. *mindfulness-based relapse prevention*; MBRP; Bowen et al. 2010). In deze benaderingen moeten patiënten leren om verontrustende gedachten, gevoelens en belevingen te beschouwen als '[...] mentale gebeurtenissen in plaats van als aspecten van hun zelf of als absoluut nauwkeurige weerspiegelingen van de werkelijkheid' (Teasdale et al. 2000, p. 616). In tegenstelling tot DGT focussen ACT, MBSR, MBCT en MBRP niet per se sterker op emoties dan op percepties of cognities. In het beste geval worden ze gekenmerkt door een bijzondere nadruk op de perceptie en de niet-beoordelende omgang met lichamelijke sensaties. Als voorbeeld van de huidige ontwikkelingen in de CGT wordt hier naar op **empathie gebaseerde benaderingen** verwezen (Gilbert en Proctor 2006; Neff en Germer 2013), die de boeddhistische concepten en oefeningen voor 'Compassion and Loving Kindness' (Weißmann en Weißmann 1996) in het westerse psychotherapiediscours integreerden. Het verband met emoties blijkt bij deze aanpak uit het oefenen met de empathie voor een lijdende persoon (resp. een lijdend onderdeel van het zelf), waarbij 'lijden' wordt gedefinieerd als de aanwezigheid van ongewenste emoties.

Ook buiten de zogenaamde derde generatie richt men zich bij de CGT in toenemende mate op het bevorderen van de emotieregulatie. Zo ontwikkelden bijvoorbeeld Keuthen en Sprich (2012) een gedragstherapeutisch programma voor de behandeling van trichotillomanie, dat onder meer beoogde de competenties voor het verbeteren van de emotieperceptie, de emotieregulatie en het verdragen van stress te versterken. Zoals verwacht konden de auteurs tijdens de behandeling een aanzienlijke verbetering van de emotieregulatie vaststellen, die correleerde met een vermindering van de ernst van de stoornis (Keuthen et al. 2010, 2011). In een ander onderzoek naar een op CGT gebaseerd programma dat wordt gekenmerkt door een expliciete focus op het verbeteren van de affectregulatie (Slee et al. 2008), werden negentig personen die zelfbeschadigend gedrag vertoonden aan twee behandelingsgroepen toegewezen. In de ene groep konden deelnemers hun vorm van

behandeling vrij kiezen, bijvoorbeeld CGT, interpersoonlijke psychotherapie of een sociale vaardigheden. De behandeling van de andere groep bestond uit een CGT die was gericht op de 'ontwikkeling van emotieregulatiestrategieën voor het verwerken van situaties die een effectieve emotieregulatie belemmeren'. De resultaten tonen aan dat patiënten die CGT met ondersteuning van emotieregulatie hadden ontvangen, na de therapie significant lagere waarden rapporteerden met betrekking tot zelfbeschadiging, emotieregulatieproblemen, depressie, angsten en zelfmoordgedachten. Mediatie-analyses lieten bovendien zien dat veranderingen in zelfbeschadigingsgedrag door veranderingen in de emotieregulatiecompetenties werden bemiddeld.

Een ander voorbeeld van een gedragstherapie met een expliciete focus op emotieregulatie is de **emotieregulatietherapie** (ERT; Mennin en Fresco 2014). De ERT werd oorspronkelijk ontwikkeld voor de behandeling van de gegeneraliseerde angststoornis (GAS) en ziet een deficiënte emotieregulatie als een essentieel kenmerk van deze (en andere) stoornis(sen). Daarom is deze behandeling gericht op de ontwikkeling van emotieregulatiestrategieën, waartoe bijvoorbeeld het identificeren en accepteren van emoties behoren (Mennin 2006; Mennin en Fresco 2013).

Op het gebied van stoornissen met de oorsprong in de kindertijd hebben Kendall en Suveg (2005) de '**emotiegerichte CGT**' (Eng. *emotion-focused cognitive behavioral therapy*; ECBT) ontwikkeld om de emotieregulatiecompetenties van kinderen met angststoornissen te versterken. Het programma omvat klassieke aspecten van de CGT en vult die aan met emotiespecifieke componenten, zoals de confrontatie met emotie-inducerende situaties en instructies met betrekking tot de erkenning en de verwerking van gevoelens. Terwijl de traditionele CGT-werkwijzen bij angststoornissen met name (of vrijwel uitsluitend) gericht zijn op de verwerking van angstwekkende emoties, worden bij de ECBT ook gewerkt aan andere emoties die moeilijk voor het kind kunnen zijn (bijv. schuldgevoelens of woede). In een onderzoek ter evaluatie van de ECBT toonde een groot aantal van de deelnemende kinderen verbeteringen met betrekking tot hun symptomen van angst en hun

vermogen de eigen emoties te begrijpen en die succesvol te kunnen reguleren (Suveg et al. 2006).

De verschuiving van de focus naar emotieregulatie doet zich evenwel niet alleen voor in de CGT. Ook voor psychodynamische methoden, waarin de thema's affecten en omgang met affecten een lange traditie hebben (Blagys en Hilse Roth 2000), zijn de laatste tijd nieuwe benaderingen ontwikkeld met als uitdrukkelijke doelstelling het versterken van de regulatie van emoties. Een dergelijke behandelingsvorm is bijvoorbeeld de door Fosha (2000) ontwikkelde '**accelerated experiential-dynamic psychotherapy**' (AEDP), die is ontworpen om de patiënt te helpen diens emoties bewust te ervaren en '[...] emotioneel betekenisvolle relaties te gebruiken voor het reguleren van affectieve ervaringen die te hevig of te pijnlijk zijn om alleen te verwerken' (Fosha 2001, p. 227–228).

Op het gebied van de humanistische respectievelijk gesprekstherapeutische benaderingen weerspiegelt zich de trend naar meer aandacht voor emotionele competenties, vooral in de ontwikkeling van de **emotiegerichte therapie** (Eng. *emotion-focused therapy*, EFT; Greenberg 2004). De EFT berust op een uitgewerkte therapie, waarbij emoties een centrale rol bij de ontwikkeling en behandeling van psychische stoornissen worden toegeschreven. In de therapie neemt de therapeut de belangrijke rol van 'emotiecoach' op zich en probeert de patiënt de competenties bij te brengen die nodig zijn voor een constructieve omgang met emoties. Typisch voor deze werkwijze is het gebruik van de twee- (of meer) stoelentechniek(en), die een enorm potentieel heeft emoties te triggeren waarmee rechtstreeks kan worden gewerkt.

Ook klinici die zichzelf niet tot een bepaalde therapeutische school rekenen, ontwikkelden in de afgelopen jaren een aantal expliciete, emotiegerichte interventiebenaderingen. Zo ontwikkelden bijvoorbeeld Izard en collega's (2008) het op **emoties gebaseerde programma** (Eng. *emotion-based program* EBP). Het doel van EBP is '[...] het vergroten van het vermogen van jonge kinderen om emoties te reguleren en te begrijpen, aangepaste emoties te gebruiken en maladaptief gedrag te reduceren' (p. 373). In een effectonderzoek vergeleken de auteurs de effectiviteit van dit programma

met het 'Standard Head Program' (een programma in de Verenigde Staten waarmee kinderen uit kansarme gezinnen op de eerste schooldag worden voorbereid). De resultaten lieten zien dat kinderen die aan het EBP hadden deelgenomen een grotere toename aan kennis over emoties en emotieregulatie vertoonden dan de kinderen uit het Standard Head Program. Bovendien lieten de kinderen uit de EBP-groep een sterkere afname zien van negatieve emotionele uitingen, agressie, angstig en depressief gedrag, en van negatieve interacties met leeftijdsgenoten en volwassenen.

Ten slotte zij nog verwezen naar de door Gratz en Gunderson (2006) ontwikkelde **op acceptatie gebaseerde emotieregulatietherapie voor borderlinepersoonlijke stoornissen** (BPS). Deze therapie is specifiek gericht op het vergroten van de vaardigheid om aversieve emoties zo nodig ook te accepteren en te verdragen. In een pilotonderzoek werden vrouwen met BPS die tevens zelfbeschadigend gedrag vertoonden, behandeld in ofwel hun huidige ambulante groepstherapie ofwel dezelfde groepstherapie aangevuld met het op acceptatie gebaseerde emotieregulatieprogramma. Vrouwen die een aanvullende behandeling hadden ontvangen, vertoonden een significante verbetering in hun emotieregulatie en een significante vermindering van emotionele vermijding, frequentie van zelfbeschadiging, BPS-symptomen, depressie, angst en stress (Gratz en Gunderson 2006). Uit een mediatieanalyse van de gegevens bleek verder dat veranderingen in de zelfbeschadiging werden gemedieerd door veranderingen in de emotieregulatie en in de mate van emotionele vermijding (Gratz en Tull 2010).

Globaal gezien kunnen de toonaangevende wetenschappelijke bevindingen als volgt worden samengevat:

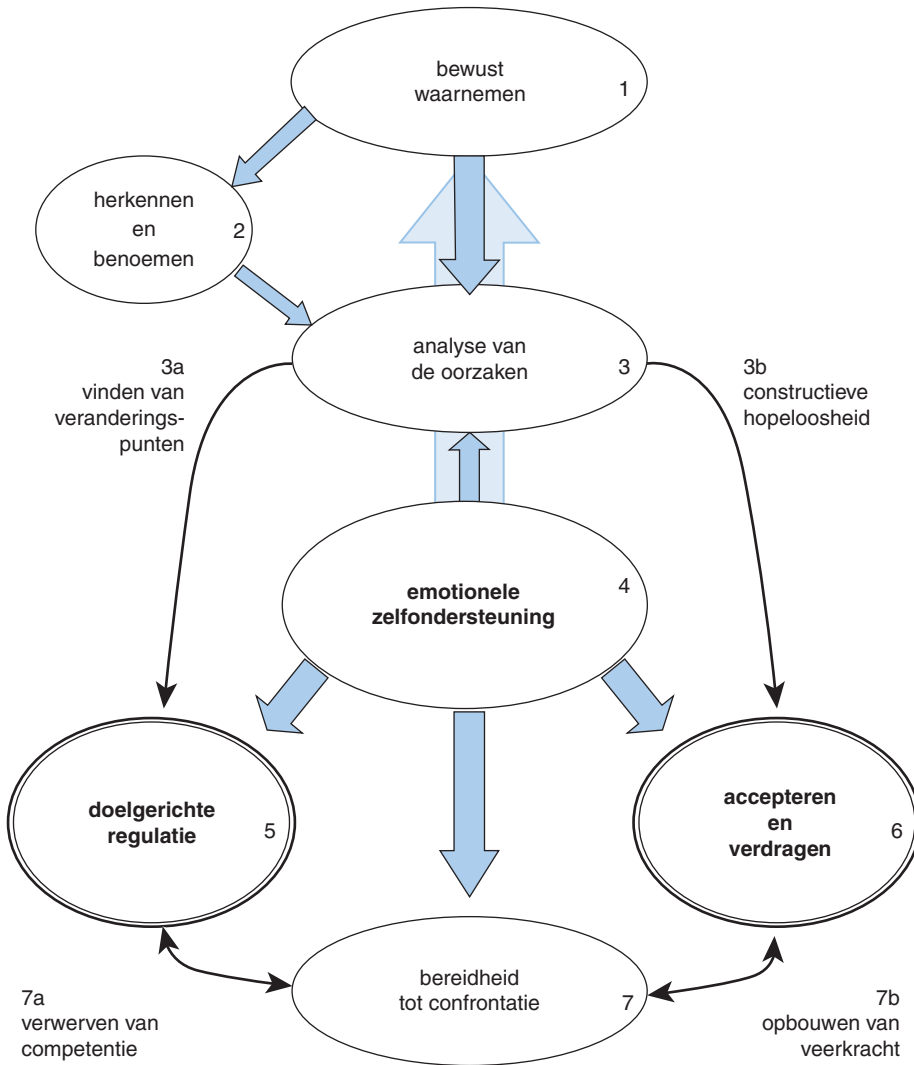
1. Bij patiënten die aan psychische stoornissen lijden, worden vaak stoornisoverkoepelende emotieregulatieproblemen vastgesteld.
2. Deze problemen spelen een belangrijke rol bij de ontwikkeling en de instandhouding van een groot aantal psychische stoornissen.
3. Interventies die gericht zijn op het verbeteren van de algemene emotieregulatiecompetenties, blijken bij een groot aantal psychische stoornissen effectief.

2.3 Welke competenties zijn vooral relevant?

Om deze vraag te beantwoorden, stelden we allereerst op grond van onze klinische ervaringen en de analyse van relevante literatuur (bijv. Eisenberg en Spinrad 2000; Gottman en Katz 1989, Gross 1998; Larsen 2000; Lazarus 1991; Leahy 2002; Saarni 1999; Salovey en Mayer 1990) een lijst op van **zeven competenties** die we voor de regulatie van de eigen emoties bijzonder belangrijk achten. Deze hebben we geïntegreerd in het 'TEC-model van het constructief omgaan met negatieve emoties'. Het model wordt in [fig. 2.1](#) weergegeven. De relevantie van de afzonderlijke competenties wordt hieronder toegelicht.

1. **Het bewust kunnen waarnemen van de eigen gevoelens** Een constructieve omgang met problematische gevoelens is een zeer complexe daad van zelfregulatie, die sterk afhankelijk is van het gebruik van cognitieve verwerkingshulpbronnen. Basisvereiste voor het gebruik van deze hulpbronnen is dat het te verwerken probleem of thema (in dit geval de eigen emoties) in de focus van de bewuste aandacht wordt geplaatst.
2. **De eigen gevoelens kunnen herkennen en benoemen** Wanneer men de bewuste waarneming van een gevoel aan een zo concreet mogelijk semantisch concept kan koppelen (bijv. het concept 'woede'), dan kan men alle kennis die men heeft over dit concept gebruiken om voor dit gevoel een constructieve aanpak te vinden (bijv. 'vijf minuten woede is oké, dan moet er iets aan worden gedaan').
3. **De oorzaken van de actuele toestand kunnen herkennen** Wanneer men inzielt waarom een bepaald gevoel is geactiveerd, dan kan men daaruit een aanknopingspunt voor verandering afleiden. Bovendien zal een dergelijke analyse helpen om te beseffen dat men dit gevoel nu niet kan veranderen. Deze 'constructieve hopeloosheid' beschouwen wij als een belangrijke voorwaarde om vergeefse pogingen tot regulatie te staken en zich tot doel te stellen de emotie althans voor een bepaalde tijd te aanvaarden en te verdragen (Margraf en Berking 2005).

het TEC-model van de adaptieve omgang met gevoelens



■ **Figuur 2.1** TEC-model van een adaptieve omgang met negatieve emoties

4. **Zichzelf in belastende situaties innerlijk emotioneel kunnen steunen** De vaardigheid van de 'zelfondersteuning in emotioneel belastende situaties' is van belang voor het kunnen oproepen van een hele reeks competenties. Het gebruik ervan voor de omgang met negatieve emoties leidt vaak tot andere negatieve

gevoelens, bijvoorbeeld wanneer het begrijpen van de emoties met pijnlijke inzichten verbonden is, of wanneer het reguleren vermoeiend is en niet onmiddellijk tot succes leidt et cetera. Als tijdens de actieve emotieregulatie de stemming te veel daalt, is het gevaar groot dat het proces van bewuste emotieregulatie

wordt gestopt, zelfs als dit gepaard gaat met problematische gevolgen op de lange termijn. Tegen deze achtergrond kan zelfondersteuning in emotionele stresssituaties als een soort 'mood repair' worden gezien. Het gebruik van deze kennis is belangrijk om de cognitieve vermogens te waarborgen en zo het gebruik van bewust geïnitieerde copingvaardigheden mogelijk te maken.

5. **De eigen gevoelens actief positief kunnen beïnvloeden** De doelgerichte regulatie is in onze visie nog steeds de 'koninklijke weg naar een goede omgang met de eigen emoties'. Hoe beter men in staat is met weinig moeite en zonder negatieve gevolgen op de lange termijn een belastend gevoel positief te beïnvloeden, des te minder kwetsbaar is men voor het chronisch worden van negatieve emoties en voor de ontwikkeling van psychische stoornissen.
6. **Negatieve gevoelens zo nodig kunnen accepteren en verdragen** Het accepteren en kunnen verdragen van emoties vertegenwoordigt het alternatief voor het 'reguleren' voor het geval dat een verandering van het gevoel niet mogelijk is of dat er hoge 'kosten' aan verbonden zijn. De competentie van het accepteren en verdragen is daarom zo belangrijk, omdat emoties vaak niet door louter wilskracht kunnen worden veranderd. Bovendien verschaft deze competentie vrijheid tegenover de eigen gevoelens: hoe beter de competenties van accepteren en verdragen zijn, hoe minder men erop is aangewezen negatieve gevoelens te vermijden.
7. **Zichzelf met emotioneel belastende situaties kunnen confronteren** Zichzelf ook in emotioneel belastende situaties begeven om belangrijke doelen te bereiken, is een belangrijke voorwaarde voor de bevrediging van de eigen behoeften op lange termijn. Bovendien kunnen de eerdergenoemde competenties alleen dan worden getraind en verder uitgebreid, wanneer men tenminste af en toe geconfronteerd wordt met negatieve emoties (bijv. het verwerven van veranderingscompetenties of 'het ontwikkelen van veerkracht'). Er moet echter worden opgemerkt dat een dergelijke confrontatie

weliswaar een noodzakelijke voorwaarde is voor het bijleren, maar niet een voldoende. Belangrijk is daarnaast nog een op zijn minst gedeeltelijk, subjectief ervaren succes bij de omgang met de negatieve gevoelens.

Om een Training Emotionele Competenties zo doelmatig mogelijk vorm te geven onderzochten we met behulp van de EMO-check (►H. 19 Oefenmaterialen, ►fig. 19.1), welke emotionele competenties voor de geestelijke gezondheid bijzonder relevant zijn. Het bleek dat alle competenties uit het model in zekere mate met de geestelijke gezondheid verbonden zijn en de toekomstige gezondheidstoestand voorspelden. Bovendien kon worden aangetoond dat een toename van emotionele competenties tijdens psychotherapeutische behandelingen samenhangt met een afname van psychopathologische symptomen. Zogenaamde 'multivariate analyses' van deze gegevens duiden erop dat alleen al de competenties om emoties met succes te veranderen en het vermogen deze zo nodig ook te accepteren of uit te kunnen houden, een unieke bijdrage aan de voorspelling van het therapeutische succes leverden (Berkling et al. 2008).

Deze bevindingen suggereren dat het uiteindelijk voor de geestelijke gezondheid **essentieel is dat men de eigen emoties ofwel gericht ten positieve kan veranderen, ofwel deze kan accepteren en verdragen**. De andere in het model geëxpliciteerde competenties zijn echter eveneens van groot belang, aangezien zij het veranderen, het accepteren en het verdragen aanzienlijk kunnen vergemakkelijken.

Voor de therapie betekent het dat die ene bijzondere copingvaardigheid die altijd boven alle anderen uitsteekt, niet bestaat. In plaats daarvan zijn er veel aanwijzingen dat het **helpt om een breed repertoire aan regulatiestrategieën** aan te leren die elkaar wederzijds ondersteunen dan wel aanvullen. Afhankelijk van de vereisten van de specifieke situatie kan de patiënt dan ofwel de ene ofwel de andere strategie gebruiken (Paul 2004). Bovendien heeft het aanleren van vele strategieën als voordeel dat de patiënt dus weet te beschikken over een hele reeks competenties. Dit is de beste

2.3 · Welke competenties zijn vooral relevant?

bescherming tegen de bedreigende toestand van controleverlies (► H. 3).

Deze **systemische zienswijze** betekent echter ook dat de patiënt, naast het gevoel van altijd een goed gevulde koffer met nuttige strategieën bij zich te hebben, in de therapie **ook metastrategieën** dient aan te leren die hem erbij helpen om in een specifieke situatie de optimale strategie of reeks van strategieën te kiezen. Het beste worden dergelijke metastrategieën als regels met eenduidige als-dan-redeneringen overgedragen ('Als de situatie x optreedt, gebruik dan de strategie y'). Een andere implicatie is dat competenties zoals 'De eigen gevoelens zo goed mogelijk **kunnen herkennen en benoemen**' geen doel op zichzelf zijn. Naar onze mening hangt de waarde van deze competenties er bijna volledig vanaf in hoeverre ze het reguleren of accepteren kunnen vergemakkelijken.

Emotieregulatie

Training voor psychotherapeuten, klinisch psychologen
en psychiaters

Berking, M.

2017, X, 188 p. 163 illus., 155 illus. in color., Softcover

ISBN: 978-90-368-1410-2