

• 1 •

Het dilemma van het menselijk lijden

Niets in het leven kan ons vrijwaren van menselijk lijden. Zelfs wanneer wij mensen *alles* bezitten waaraan we gewoonlijk ons succes afmeten – uiterlijke schoonheid, liefhebbende ouders, geweldige kinderen, financiële zekerheid, een zorgzame partner – is dat soms nog niet genoeg. Ook mensen die warm en droog wonen, goed te eten hebben en lichamelijk gezond zijn, kunnen zich ellendig voelen. Mensen kunnen beschikken over talloze vormen van vermaak en plezier die buiten de mensenwereld onbekend zijn, en slechts beschikbaar zijn voor een fractie van de mensheid – HD tv's, sportauto's, exotische reisjes naar de tropen – en toch ondraaglijk psychisch lijden ervaren. Elke ochtend is er wel ergens een succesvolle zakenman die zijn kantoor binnenkomt, de deur sluit en stiekem de onderste bureaulade opentrekt om de daar verborgen fles sterke drank te pakken. Elke dag is er wel iemand die alle reden heeft om gelukkig te zijn en toch een wapen pakt, er een kogel in legt, de loop in zijn mond steekt en de trekker overhaalt.

Psychotherapeuten en toegepaste gedragswetenschappers zijn maar al te bekend met de meedogenloze statistieken die deze werkelijkheid laten zien. Zo blijkt uit Amerikaanse statistieken dat de levenslange prevalentie van psychische stoornissen nu bijna 50% bedraagt, terwijl er nog veel meer mensen lijden onder de emotionele kwelling van problemen op het gebied van werk, relaties, kinderen en de overgang van de ene levensfase naar de volgende waar we allemaal mee te maken krijgen (Kessler et al., 2005). In de Verenigde Staten zijn er bijna twintig miljoen alcoholisten (Grant et al., 2004); jaarlijks plegen tienduizenden mensen zelfmoord en talloze anderen ondernemen een poging daartoe (Centers for Disease Control and Prevention, 2007). Dergelijke statistieken zijn niet alleen van toepassing op personen die al tientallen jaren de ene tegenslag na de andere te verwerken krijgen, maar net zo goed op adolescenten en jonge volwassenen. Sinds een paar jaar voldoet

bijna de helft van de jongvolwassenen van 18-24 jaar aan de criteria van minstens één DSM-gerelateerde diagnose (Blanco et al., 2008).

Als we getallen zouden willen verzamelen om de alomtegenwoordigheid van menselijk leed in de industrielanden vast te leggen, kunnen we daarmee bijna tot in het oneindige doorgaan. Therapeuten en onderzoekers gebruiken dergelijke statistieken voor het één na het andere probleemgebied wanneer ze graag meer artsen, meer financiering voor programma's in de geestelijke gezondheidszorg of meer steun voor psychologisch onderzoek zouden willen hebben. Tegelijkertijd lijkt het erop dat zowel professionals als het grote publiek niet zien welke boodschap er achter deze cijfers schuilgaat. Als we alle personen die te maken hebben of hebben gehad met depressie, verslaving, angsten, boosheid, zelfdestructie, vervreemding, bezorgdheid, dwangmatig gedrag, werkverslaving, onzekerheid, pijnlijke verlegenheid, echtscheiding, vermijding van intimiteiten en stress bij elkaar optellen, moeten we wel een verbijsterende conclusie trekken. Psychisch lijden is een basisenkenmerk van het menselijke bestaan.

Mensen doen elkaar bovendien voortdurend ellende aan. Ga maar na hoe gemakkelijk het is om anderen te depersonaliseren en als dingen in plaats van als mensen te behandelen. De wereldgemeenschap bezwijkt bijna letterlijk onder het gewicht van depersonificatie, met alle bijkomende menselijke en economische kosten van dien. Telkens als we ons gedeeltelijk moeten uitkleden voordat we aan boord van een vliegtuig mogen, of wanneer we onze bezittingen op een lopende band moeten leggen voordat we een overheidsgebouw mogen betreden, worden we aan dat trieste feit herinnerd. Vrouwen verdienen 25% minder dan mannen, terwijl ze hetzelfde werk doen. Etnische minderheden hebben in grote steden moeite om een taxi te krijgen. Terroristen in vliegtuigen vallen wolkenkrabbers aan als een symbool van datgene wat ze haten; uit wraak worden er bommen vanuit de lucht gegooid, omdat degenen die als het kwaad worden gezien misschien wel daar beneden wonen. Mensen lijden niet alleen, maar ze veroorzaken ook leed op basis van vooroordelen, vastgeroeste meningen en stigma's, en doen dat bijna net zo vanzelf als ademen.

In onze meest bekende onderliggende modellen van psychische gezondheid en pathologie wordt nauwelijks aandacht besteed aan menselijk lijden en het toebrengen van leed aan anderen als algemeen menselijke problemen. Westerse gedragswetenschappen en medische wetenschappen lijken een goed ontwikkelde blinde vlek te hebben voor waarheden die niet netjes binnen hun geaccepteerde paradigma's passen. Ondanks overweldigend bewijs van het tegendeel conceptualiseren we menselijk leed maar al te snel door diagnostische etiketten te gebruiken, alsof het een product is van biomedische afwijkingen van de norm. We bezien depersonificatie en ontmenselijking liever

in ethische of politieke termen – alsof vooroordeel en stigma beperkt zouden zijn tot het onwetende of immorele deel van de bevolking en niet van lezers en schrijvers van boeken als dit. Er staat een spreekwoordelijke ‘olifant in de kamer’ die niemand lijkt te willen erkennen. Het valt niet mee om medeleven op te brengen voor onszelf en voor anderen. Het valt niet mee om een mens te zijn.

GEZONDE NORMALITEIT: DE ONDERLIGGENDE AANNAME VAN DE BELANGRIJKSTE PSYCHOLOGISCHE STROMINGEN

De geestelijke gezondheidszorg is getuige en oorzaak geweest van de ‘biomedicalisering’ van het menselijk leven. In de westerse wereld wordt het vrij zijn van lichamelijk en geestelijk lijden praktisch als het hoogste goed beschouwd. Door de wonderen van de moderne geneeskunde ‘waren mensen ervan overtuigd dat ze gezondheid te danken hadden aan genezing’ (Farley & Cohen, 2005, p. 33). Dat gold niet alleen voor lichamelijke gezondheid, maar voor elke vorm van gezondheid. Pijnlijke gedachten, herinneringen of lichamelijke gewaarwordingen werden steeds meer gezien als ‘symptomen’. Wanneer iemand een aantal van deze symptomen vertoont, zou hij een bepaalde afwijking of zelfs ziekte hebben. Etiketten verhullen vaak de belangrijke rol die gedrag en de sociale omgeving spelen bij het vaststellen van de lichamelijke en geestelijke gezondheid van iemand. Mensen die vroeger klachten hadden omdat ze zware en vetrijke maaltijden aten, hebben tegenwoordig een aandoening waarvoor ze een maagzuurremmer moeten innemen. Het slaapttekort dat het gevolg is van een ongezonde levensstijl in een 24-uursmaatschappij wordt nu behandeld als een stoornis. En deze kan tijdelijk worden verlicht met behulp van dure beademingsmaskers of een van de nieuwe slaapmiddelen, samen goed voor een miljardenomzet. Het signaal dat psychische problemen over het algemeen moeten worden behandeld als een ‘gewone’ ziekte heeft zelfs invloed op de hedendaagse drinkwatervoorziening in de westerse wereld. Onze rivieren en zelfs de vis die we eten bevatten namelijk meetbare hoeveelheden antidepressiva (Schultz et al., 2010)! Zelfs wanneer deze geneesmiddelen op correcte wijze worden voorgeschreven, werken ze in klinisch opzicht alleen in de meest extreme gevallen significant beter dan de placebo (Fournier et al., 2010; Kirsch et al., 2008). En als deze geneesmiddelen uitsluitend op basis van hun wetenschappelijk vastgestelde verdienste zouden worden voorgeschreven, zouden ze niet worden teruggevonden in ons drinkwater.

Het idee dat lijden het beste kan worden omschreven als een bioneurochemische afwijking heeft op het eerste gezicht een aantrekkelijke kant. Gezondheid en geluk zouden dan de natuurlijke homeostatische toestand

zijn van het menselijk bestaan. Deze *aanname van de gezonde normaliteit* vormt de kern van de traditionele medische benadering van de lichamelijke gezondheid. Gezien het relatieve succes van de somatische geneeskunde is het niet verrassend dat de gedragswetenschappen en de geestelijke gezondheidszorg deze aanname hebben overgenomen. De traditionele opvatting van lichamelijke gezondheid impliceert eenvoudigweg de afwezigheid van ziekte. Het lichaam zou in principe gezond moeten zijn als je het aan zijn lot overlaat. De lichamelijke gezondheid kan echter worden verstoord door infectie, verwonding, vergiftiging, lichamelijk verval of verstoorde lichaamsprocessen. Zo wordt ook aangenomen dat mensen in principe gelukkig zijn: verbonden met anderen, onzelfzuchtig en tevreden met hun leven. Maar deze typische staat van geestelijke gezondheid kan worden verstoord door bepaalde emoties, gedachten, herinneringen, gebeurtenissen of de toestand van de hersenen.

Een uitvloeisel van de aanname van gezonde normaliteit is de aanname dat *abnormale processen ten grondslag liggen aan geestelijke en lichamelijke stoornissen*. Deze aanname groeit uit tot syndroomgerichte denkpatronen en diagnoses. Het identificeren van syndromen – verzamelingen van kenmerken (zaken die de waarnemer ziet) en symptomen (zaken waarover de persoon klaagt) – is meestal de eerste stap in het herkennen van een ziekte. Een ziekte is een functionele entiteit. Het is een verstoring van de gezondheid met een bekende oorzaak, een bekend verloop en een bekende reactie op de behandeling. Zijn de syndromen eenmaal herkend, dan begint de zoektocht naar de abnormale processen die leiden tot dit specifieke complex van kenmerken en naar manieren om deze processen zo te veranderen dat de ongewenste kenmerken ook veranderen.

Deze aannames en de bijbehorende diagnostische strategieën zijn min of meer logisch binnen het terrein van de lichamelijke gezondheidszorg, hoewel ze zelfs daar duidelijke beperkingen hebben. Gezondheid is immers niet *uitsluitend* de afwezigheid van ziekte (Wereldgezondheidsorganisatie, 1947). Veelvoorkomende medische symptomen zoals koorts, hoesten, diarree of braken hebben in feite een adaptieve functie. Dit wordt nog wel eens over het hoofd gezien wanneer uitsluitend wordt gekeken naar de symptomen en niet naar hun mogelijke functie (Trevathan, McKenna, & Smith, 2007). De aanname van gezonde normaliteit werkt meestal redelijk goed. De structuur van het menselijk lichaam zou ontworpen moeten zijn voor een redelijke mate van lichamelijke gezondheid als natuurlijk resultaat van de biologische evolutie. Indien de genen van bepaalde mensen niet sterk genoeg zijn om een succesvolle voortplanting te garanderen, zouden deze genen door de evolutie na verloop van tijd vanzelf verdwijnen. Lichamelijke kenmerken en symptomen zijn vaak nuttig geweest als richtlijnen voor het vaststellen van een

ziekte. Door natuurlijke selectie zorgt de structurele ontwikkeling van een organisme over het algemeen voor het zelfbehoud en de voortplanting van dat organisme. Afwijkingen in de structuur duiden dus meestal op defecten, en zijn dan ook vaak nuttig om specifieke ziekten vast te stellen. In het begin van de hiv/aidsepidemie richtten onderzoekers zich bijvoorbeeld op een bepaalde subgroep van personen vanwege bijzonder zeldzame vormen van kanker. Dit maakte de ontdekking van het virus eenvoudiger. Natuurlijke selectie is niet de enige factor die bijdraagt aan het nauwe verband tussen de vorm en de functie van het gedrag. De biomedische diagnostische strategie dreigt te ver te worden opgerekt wanneer deze ook op psychisch lijden wordt toegepast.

DE MYTHE VAN DE PSYCHIATRISCHE ZIEKTE

Onze huidige benadering van psychisch lijden is gebaseerd op het idee dat het bestuderen van topografische uitingsvormen (d.w.z. kenmerken, symptomen en verzamelingen ervan) leidt tot echt functionele ziekte-entiteiten. Ze omvatten *waarom* deze kenmerken zich voordoen en *hoe* ze het beste kunnen worden gewijzigd. Deze aannames en de daaruit voortvloeiende analytische strategieën hebben de psychopathologie altijd volledig gedomineerd. Slechts enkele psychologen en psychiaters wisten deze manier van denken te vermijden. Maar psychiatrische ziekten zijn in feite meer mythe dan realiteit.

In de psychologie en psychiatrie is er buitengewoon veel aandacht geschonken aan het model van abnormaliteit. Het is dan toch wel verbazingwekkend om te zien hoe weinig vooruitgang er is geboekt bij het vastleggen van syndromen binnen de geestelijke gezondheidszorg als ziekte-entiteiten (Kupfer, First, & Regier, 2002). Met uitzondering van het afgezaagde en gedateerde voorbeeld van algehele verlamming, zijn er weinig succesverhalen. Ondanks dit gebrek aan succes blijven wetenschappers vasthouden aan het idee dat deze psychische syndromen binnenkort zullen worden gezien als afzonderlijke ziekte-entiteiten.

We hebben een hele ontwikkeling achter de rug, zo luidt het verhaal, en staan nu op het punt om het gen, de neurotransmitter of de neuromodulator te ontdekken die verantwoordelijk is voor de etiologie van psychiatrische ziekten. Naarmate de decennia verstrijken, blijkt het gelijk van degenen die hier van begin af aan sceptisch tegenover stonden. Na een snelle blik op de lijst van ziekten van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) wordt het verhaal ontmaskerd als de illusie die het is. Geen van de meest voorkomende geestelijke gezondheidssyndromen voldoet aan zelfs de eenvoudigste criteria om op legitieme wijze als een ziekte-toestand te worden beschouwd;

dat geldt zelfs voor zulke dramatische stoornissen als schizofrenie of bipolaire stoornissen.

Elke nieuwe editie van de DSM die tot dusver is verschenen, bevat een overvloed aan 'nieuwe' psychische aandoeningen, subaandoeningen en dimensies van pathologie. Uit de conceptversie van de DSM-5 blijkt dat deze zich uitbreidende trend zich nog steeds voortzet. Een toenemend percentage van de menselijke bevolking zal binnen het raamwerk van de dominante psychiatrische ziekteleer gaan vallen. Diagnostische expansiedrift zou aanvaardbaar zijn als de algemene effectiviteit van ons geestelijk gezondheidssysteem hierdoor zou toenemen, maar dat is niet gebeurd. In plaats daarvan worden we geconfronteerd met een klassieke toren van Babel, waarbij nieuwe dimensies, concepten en symptoomlijsten op een slecht functionerende ziekteleer zijn geplakt om de tekortkomingen van de gehele onderneming te verhullen (zie Frances, 2010).

Het huidige diagnostische systeem bevat talloze tekortkomingen; we stippen er hier slechts enkele kort aan. De comorbiditeit onder de stoornissen is zo hoog dat de wezenlijke zuiverheid van de definities binnen het gehele systeem wordt getart. Zo hebben ernstig depressieve stoornissen een comorbiditeit van bijna 80 procent (Kessler et al., 2005). Dergelijke verbazend hoge percentages zijn niet zozeer een teken van echte 'comorbiditeit' als wel van een slecht diagnostisch systeem. Bovendien is de bruikbaarheid van deze categorieën voor de behandeling opmerkelijk gering (Hayes, Nelson, & Jarrett, 1987), aangezien dezelfde behandelingen effect hebben bij veel syndromen (Kupfer et al., 2002). Hiermee wordt een belangrijk functioneel doel van de diagnose ondermijnd, namelijk de effectiviteit van behandelbeslissingen vergroten. Het systeem onderkent belangrijke vormen van psychisch lijden niet (relatieproblemen, existentiële crises, gedragsverslavingen, enzovoort), en zelfs de voorstanders ervan zijn het erover eens dat het soms normale levensprocessen als rouw, angst of verdriet (Kupfer et al., 2002) als ziekte lijkt te bestempelen.

Bij Amerikaanse GGZ-instellingen met voorgefinancierde zorg (waar het verzwaren van de diagnose niet meer nodig is voor een vergoeding van de zorgkosten) heeft een groot deel van de cliënten die een psychologische behandeling ondergaan helemaal geen aanwijsbare aandoening (Strosahl, 1994). Zelfs als men al een etiket kan plakken op een cliënt, zoals een 'paniekstoornis met agorafobie' of een 'compulsief-obsessieve stoornis', zal de therapie voor een groot deel ook gericht moeten zijn op problemen met werk, kinderen, relaties, seksuele geaardheid, carrière, woede, verdriet, drankproblemen of de zin van het leven.

Sinds de visie van de DSM op menselijk leed zich over de wereld heeft verspreid en normale menselijke problemen steeds meer als ziekte is gaan

behandelen, is het binnen niet-westerse culturen tragisch genoeg steeds moeilijker in plaats van gemakkelijker geworden om zodanig om te gaan met menselijk leed dat het gedrag en het sociale functioneren er niet onder lijden (Watters, 2010).

Door de focus te leggen op syndromen zijn er behandelvormen ontwikkeld die te veel nadruk leggen op een afname van de symptomen. Functionele en positieve tekenen van psychische gezondheid worden gebagatelliseerd. Vaak zijn de effecten op het algehele functioneren en de kwaliteit van leven klein. De grootste effecten zijn te zien bij instrumenten om de ernst van de symptomen te meten. De afname in de frequentie en ernst van de symptomen heeft slechts geringe invloed op verbeteringen in het sociaal functioneren of een betere kwaliteit van leven. Desondanks moeten studenten in de psychopathologie vrijwel alle kenmerken van vrijwel alle afzonderlijke syndromen kennen. Wetenschappelijke tijdschriften op het gebied van klinische psychologie en psychiatrie gaan bijna alleen over onderzoek naar syndromen. In de meeste landen met subsidies voor onderzoek naar de geestelijke gezondheidszorg worden de gelden vrijwel volledig besteed aan het onderzoek naar deze syndromen.

Het probleem ligt niet alleen bij de focus op het denken in syndromen. Zo stuurt de positieve psychologie onze focus in een nieuwe richting. We kijken daarbij naar de sterke punten en deugden die gemeenschappen en individuen in staat stellen om te gedijen. Dit komt in vele opzichten overeen met de benadering die wij in dit boek uiteenzetten en bepleiten. De diepgaande problemen in het huidige systeem kunnen echter pas volledig worden opgelost als de positieve psychologie zich ook richt op de dimensionale kernprocessen die de oorzaak zijn van het menselijk leed om ons heen. Met andere woorden, we hebben een *verklaring* nodig.

De gevestigde klinische gemeenschap heeft het terrein van de geestelijke gezondheid in het bijzonder en het menselijk lijden in het algemeen altijd benaderd vanuit de aannamen van gezonde normaliteit. Als gevolg daarvan worden kwellende geestestoestanden gezien als kenmerken van een stoornis en ziekte. Als deze strategie tot veel effectievere vormen van psychotherapie had geleid, zouden wij daar weinig bezwaren tegen kunnen hebben. 'Ja', zouden we dan misschien zeggen, 'het menselijk lijden is alomtegenwoordig, maar daar hebben we priesters, dominees en rabbijnen voor. Het is ons werk om klinische syndromen te behandelen en te voorkomen. Dat is immers wat onze cliënten willen. En daar zijn we heel goed in!'

Een dergelijke uitspraak kunnen we niet doen. In het veld zijn voor de meest voorkomende 'geestelijke stoornissen' weliswaar redelijk effectieve behandelingen ontwikkeld, maar het effect is bescheiden. Op de meeste terreinen is er

zelfs al jaren geen toename in het effect te zien. Dit probleem is mede dankzij de toenemende nadruk op evidence-based behandelingen keer op keer aan het licht gebracht, maar slechts een enkeling in de wetenschappelijke gemeenschap lijkt hier aandacht voor te hebben. Zolang de subsidiegelden bij de universiteiten of onderzoeksinstituten blijven binnenstromen, is iedereen tevreden. Zolang de wetenschappelijke tijdschriften zich zo kortzichtig op het ziektemodel blijven richten, zal er niets veranderen.

De meeste ervaren klinisch psychologen laten zich zonder aarzeling zeer sceptisch uit over het huidige diagnostische systeem. Ze hebben het gevoel dat de nadruk op de stoornisgerichte behandelingen op enkele zeer belangrijke punten tekortschiet. Hulpverleners nemen regelmatig de discrepantie waar tussen wat er is beloofd en wat er wordt geboden. Klinisch psychologen opperen vaak dat de wetenschap zich te veel bezighoudt met de vorm van psychische problemen en onvoldoende is geïnteresseerd in de functies die deze problemen hebben in het leven van de cliënt. Andere critici wijzen op de schijnbare scheiding tussen de klinische behandeling van een bepaalde stoornis en de sociale, culturele en contextuele betekenissen van deze symptomen.

Zelfs de voorstanders van de psychiatrische nosologie beginnen nu vraagtekens te plaatsen bij de syndroomgerichte benadering. Tijdens onze lezingen over de problemen die horen bij de syndroomgerichte benadering, laten we soms de bron van de hierna vermelde citaten weg. We vragen het publiek dan om de bron te raden. Er is altijd wel iemand in de zaal die meteen 'jullie!' roept. Maar dat is niet zo. De opmerkingen hierna zijn afkomstig uit het verslag van de planningscommissie van de American Psychiatric Association voor de vijfde editie van de DSM (Kupfer et al., 2002), dezelfde organisatie (handelend in dezelfde traditie) die de toren van Babel bouwde waarin we nu leven. Het verslag kan nauwelijks vernietigender zijn. We hebben sommige woorden gecursiveerd om enkele van de meest verontrustende conclusies te benadrukken:

Het doel van het valideren van deze syndromen en het ontdekken van veelvoorkomende etiologieën bleef moeilijk te realiseren. Er zijn veel mogelijke factoren voorgesteld, maar toch is er *niet één* laboratoriummarker gevonden voor een specifieke identificatie van *welk* DSM-gedefinieerd syndroom *dan ook* (p. xviii).

Uit epidemiologische en klinische onderzoeken zijn extreem hoge percentages van comorbiditeit gebleken onder de stoornissen. Dit ondermijnt de hypothese dat de syndromen duidelijk herkenbare etiologieën vertegenwoordigen. Bovendien bleek uit epidemiologische onderzoeken een hoge

mate van diagnostische instabiliteit op de korte termijn voor tal van stoornissen. Bij de behandelingen is een gebrek aan specificiteit eerder regel dan uitzondering (p. xviii).

Veel, zo niet de meeste, aandoeningen en symptomen vertegenwoordigen een wat willekeurig gedefinieerde pathologische overmaat aan normale gedragingen en cognitieve processen. Dit probleem heeft geleid tot de kritiek dat het systeem gewone ervaringen van de menselijke conditie als ziekte bestempelt (p. 2).

De *slaafse* navolging van de definities uit DSM-IV door onderzoekers kan het onderzoek naar de etiologie van geestelijke stoornissen hebben *gehinderd* (p. xix).

De concretisering van DSM-IV-entiteiten in een zodanig vergaande mate dat ze als equivalent van ziekten worden beschouwd, zal onderzoeksbevindingen *eerder belemmeren dan verduidelijken* (p. xix).

Al deze beperkingen in de huidige diagnostische denkpatronen duiden erop dat onderzoek dat exclusief is gericht op het verfijnen van de door DSM gedefinieerde syndromen wellicht *nooit* zal leiden tot het onthullen van hun onderliggende etiologieën. Daarvoor is wellicht een tot dusver ongekende verandering in de denkpatronen nodig (p. xix).

Ondanks het eerlijke karakter van het werkgroepverslag, laat de conceptuitgave van de dsm-5 duidelijk zien dat deze problemen nog niet zijn opgelost door degenen die onze psychiatrische ziekteleer aansturen (Frances, 2010).

De werkgroep merkte terecht op dat er een heel nieuwe aanpak nodig is. In dit boek wordt beschreven hoe de benodigde verandering in de denkpatronen wordt bevorderd bij onze cliënten, in ons vakgebied en bij onszelf. Deze verandering is deels speculatief, deels gedragsgericht en deels experiëntieel, maar ook intellectueel. Het veld heeft een samenhangend, transdiagnostisch model nodig om samen met bredere wetenschappelijke inspanningen een nuttigere en meer geïntegreerde psychologie te creëren (zie ook Barlow, Allen, & Choate, 2004).

PERSPECTIEF VAN DE ACCEPTANCE EN COMMITMENT THERAPIE

De aanpak die in dit boek wordt beschreven, heet Acceptance en Commitment Therapie, of ACT. ACT wordt uitgesproken als één woord, dus niet als aparte letters, wellicht omdat A-C-T doet denken aan E-C-T (de afkorting voor

elektroconvulsietherapie). Dit is niet bepaald een gunstige associatie.¹ Bovendien herinnert de Engelse uitspraak van ACT ons eraan dat deze aanpak aanmoedigt tot een actieve betrokkenheid bij ons leven.

ACT herleidt het lijden van de mens voornamelijk tot normale psychologische processen, en dan vooral die waarbij menselijke taal betrokken is. Zelfs bij een lichamelijke stoornis (bijvoorbeeld diabetes of epilepsie) is het gezegde ‘De goede arts behandelt de ziekte, de uitstekende arts behandelt de patiënt die aan de ziekte lijdt’ een gezond beginsel.

De voorgaande gedachtegang betekent niet dat er geen afwijkende processen bestaan. Dat is wel degelijk zo. Als iemand hersenletsel oploopt en zich daardoor vreemd gedraagt, is dat niet alleen te wijten aan normale psychologische processen (hoewel deze processen nog wel relevant kunnen zijn bij het omgaan met de gevolgen van het hersenletsel). Hetzelfde kan gelden voor schizofrenie, autisme, bipolaire stoornissen, enzovoort, hoewel het feitelijke bewijs voor deze eenvoudige biologische etiologie op zulke gebieden zeer beperkt is. Dit blijkt uit het ontbreken van specifieke en gevoelige biologische markers voor deze aandoeningen (zie de eerste verontrustende erkenning door Kupfer et al., 2002, hiervoor). Maar zelfs bij zulke ernstige psychische aandoeningen stelt het ACT-model dat de gewone processen binnen de zelfreflecterende taal en gedachten de kernproblemen behorende bij deze aandoeningen juist kunnen *vergroten* (voor meer gedetailleerde aanwijzingen op dit gebied, zie hoofdstuk 13). Hoeveel stemmen iemand ook hoort of hoeveel paniekaanvallen hij ook doormaakt, hij blijft een mens met gedachten, gevoelens en herinneringen. De manier waarop iemand bijvoorbeeld reageert op een hallucinatie kan belangrijker zijn voor een gezond functioneren dan de hallucinatie zelf. Volgens ACT wordt die reactie overwegend bepaald door normale psychologische processen.

Voorbeeld van zelfdoding

Het meest dramatische voorbeeld van de mate waarin lijden deel uitmaakt van het mens-zijn is zelfdoding. De dood als bewuste keuze is onmiskenbaar het minst wenselijke resultaat dat we ons kunnen voorstellen. En toch overweegt een verbazingwekkend groot deel van de mensheid op een bepaald

1 De meeste mensen die werkzaam zijn in de psychotherapie gebruiken vaak acroniemen om behandelingsbenaderingen te beschrijven. Het vermijden van deze aparte letters heeft als direct bijkomend voordeel dat iemand die blijft doorgaan op de voor- en nadelen van ‘AaCeeTee’ meteen laat zien dat hij zich op geen enkele serieuze manier heeft beziggehouden met act. Lezers weten nu dat ze de uitspraken van deze critici met een korreltje zout kunnen nemen.