



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Trauma, geheugen en contra-conditionering van UCS-representatie

Kees Korrelboom en Erik ten Broeke*

Samenvatting

Vastgesteld wordt dat er, ondanks de aangetoonde effectiviteit van imaginaire exposure nog geen definitieve interventie bestaat voor de behandeling van traumagerelateerde problematiek. Vervolgens wordt vastgesteld dat habituatie, het mechanisme dat volgens Foa en Kozak verantwoordelijk is voor de werking van imaginaire exposure, waarschijnlijk niet het enige mechanisme is dat kan worden afgeleid uit de huidige psychologische theorieën over emotie. Omdat dergelijke theorieën wel beloftes lijken in te houden voor het ontwikkelen van nieuwe effectieve interventies bij psychotrauma, wordt de bioinformatie theorie toegelicht van P.J. Lang. Vanuit deze theoretische opvattingen worden vervolgens twee varianten voorgesteld van een procedure die contra-conditionering van de UCS-representatie wordt genoemd. In de discussie wordt ingegaan op de klinische status van de procedure.

Inleiding

Niet het nu kwelt de PTSS-patiënt, maar het toen. Liggend in bed ziet hij opnieuw de beelden van het dramatische auto-ongeluk dat al weer zo lang geleden plaatsvond. Zodra de hand van haar wederhelft haar schouder beroert, walgt de patiënt met PTSS alsof het seksueel misbruik zich herhaalt. Het bankgebouw wordt nog slechts met de grootste waakzaamheid betreden door wie daar drie jaar geleden werd gegijzeld. Bij mensen met herinneringen aan schokkende gebeurtenissen worden de eigen reacties daarop en de anticipatie op mogelijke herhaling geactiveerd wanneer daar, objectief gezien, nauwelijks aanleiding voor is. De getraumatiseerde patiënt wordt kennelijk vooral geplaagd door zijn geheugen. Blijkbaar is de herinnering aan het traumatisch voorval zodanig in het geheugen gecodeerd dat deze te gemakkelijk en te heftig wordt geactiveerd.

Met trauma samenhangende moeilijkheden worden op diverse manieren behandeld. Van enkele behandelmethoden is de effectiviteit inmiddels aangetoond in gecontroleerd, patiëntgebonden onderzoek; van een aantal andere methoden wordt op grond van klinische ervaring vermoed dat ze effectief zijn. Vooralsnog bestaat er geen interventie die het zoeken naar meer effectieve methoden overbodig maakt. Bestaande behandelmethoden tracht men te verbeteren door systematisch de resultaten te bestuderen die optreden wanneer bepaalde onderdelen worden toegevoegd dan wel weggelaten. Door de waarde te onderzoeken van psychologische theorieën voor de praktijk van psychotherapie probeert men nieuwe interventies te ontwikkelen.

* DR. C.W. KORRELBOOM, psycholoog, psychotherapeut, RIAGG Westhage, Verhulstplein 14, 2517 SC Den Haag
DRS. E. TEN BROEKE, vrijgevestigd psycholoog/psychotherapeut.

De laatste weg wordt gevolgd in deze bijdrage. Vanuit de gedachte dat getraumatiseerde patiënten vooral worden geplaagd door de werking van het geheugen, wordt in dit artikel nagegaan in hoeverre theorieën over geheugen en emotie richting kunnen geven aan de behandeling van trauma. Met name zal worden ingegaan op de emotietheorie van Lang. Nadat een toelichting op deze theorie is gegeven, zal een aantal praktische consequenties worden besproken voor de behandeling. Eerst wordt echter kort stilgestaan bij toepassing, effectiviteit en theoretische onderbouwing van imaginaire exposure (IE), een methode waarvan de effectiviteit inmiddels is aangetoond in gecontroleerd onderzoek bij klinische populaties.

Imaginaire exposure

Tijdens IE worden patiënten imaginair geconfronteerd met herinneringen aan de traumatische gebeurtenissen. Een seksueel misbruikte vrouw moet zich de verkrachting opnieuw zo levensecht mogelijk voor de geest halen. Zij moet, als het ware, het mes weer op de keel voelen staan. Als huiswerk moet de patiënt, tussen de therapiezittingen in, op cassetteband opgenomen beschrijvingen van het trauma afluisteren. Naast imaginaire exposure aan beelden van het trauma zoals dat daadwerkelijk plaatsvond, wordt in deze benadering ook exposure in vivo toegepast. De patiënt wordt gestimuleerd om zich te confronteren met prikkels die aan het trauma doen terugdenken. De plaats waar de verkrachting heeft plaatsgevonden moet worden bezocht en foto's van de zo dramatisch om het leven gekomen medereizigers moeten aandachtig worden bestudeerd (vgl. Foa et al., 1991).

IE blijkt een tamelijk effectieve methode te zijn. Een flink gedeelte van de behandelde patiënten verbetert, en die verbeteringen houden ten minste enige tijd stand (Emmelkamp et al., 1996). Er moet wel een aantal kanttekeningen worden gemaakt. Het aantal gecontroleerde onderzoeken is, bijvoorbeeld, beperkt en de groepen patiënten bij wie de effectiviteit van IE is onderzocht verschillen nogal van elkaar qua type trauma, duur van de klachten en comorbiditeit. Verder is de follow-up-periode dikwijls betrekkelijk kort, zijn er veel drop-outs, en ook na een geslaagde behandeling blijft nogal wat symptomatologie bestaan. Sommige symptomen lijken na verloop van tijd zelfs terug te keren en er kunnen zich psychiatrische complicaties ten gevolge van de behandeling voordoen (Pitman et al., 1991, 1988; Scott & Stradling, 1992; Ten Broeke et al., 1997).

De meest uitgewerkte verklaring voor de werking van IE wordt gegeven door Foa (Foa & Kozak, 1985). Foa baseert zich op de emotietheorie van Lang. Deze gaat uit van een 'emotioneel geheugen', waarin kennis is gerepresenteerd over de emotionerende gebeurtenis zelf, over de reacties van betrokkene op die gebeurtenis en over semantische informatie die is geassocieerd met zowel de betreffende gebeurtenis als de eigen reacties (Lang, 1985). Op deze theorie wordt hieronder uitvoerig ingegaan. Kort gezegd komt de opvatting van Foa erop neer dat door langdurige blootstelling de emotionele responsen tijdens de zitting (of tijdens de uitvoering van het huiswerk) afnemen door een proces van habituatie. Deze afname van emotionaliteit zou vervolgens als nieuwe kennis worden toegevoegd aan de geheugenrepresentatie van het trauma. Bij een volgende confrontatie met stimuli die aan het trauma refereren, zo gaat de redenering verder, wordt dus deze vernieuwde traumarepresentatie geactiveerd. De gewijzigde

representatie impliceert een gewijzigde (minder heftige) emotionele reactie. In meer klinische zin wordt dit proces 'verwerking' genoemd.

Het is duidelijk dat IE nuttig is en het is niet onwaarschijnlijk dat deze effectiviteit inderdaad berust op het door Foa beschreven mechanisme van habituatie. Het is echter evenzeer duidelijk dat IE niet de enige effectieve procedure is bij de behandeling van traumatische herinneringen (Ten Broeke et al., 1997) en het is bovendien zeer de vraag of habituatie noodzakelijk is om traumaverwerking tot stand te brengen (Rachman, 1985; Ten Broeke et al., in voorbereiding). Hieronder wordt een interventie voor traumaverwerking beschreven die uitgaat van dezelfde theorie als die van waaruit Foa vertrekt. Deze keer wordt echter verondersteld dat contra-conditionering het werkzame mechanisme is en niet habituatie.

Trauma, geheugen en het model van Lang

Aan trauma gerelateerde problemen lijken samen te hangen met de wijze waarop de patiënt informatie verwerkt. Om verder te onderzoeken of theorieën over informatieverwerking praktisch nut hebben voor de behandeling van trauma wordt hieronder eerst een toelichting gegeven op een van deze theorieën, de informatieverwerkingstheorie van Lang (1985). Zijn theorie lijkt vooralsnog het beste aan te sluiten op de therapeutische praktijk (Foa & Kozak, 1985; Van den Bergh & Eelen, 1986; Korrelboom & Kernkamp, 1993; Orlemans et al., 1995).

Lang ontwikkelde een zogenaamde netwerktheorie. Deze veronderstelt dat informatie in het geheugen is georganiseerd als proposities in de vorm van meer of minder coherente netwerken. Dat geldt ook voor emotionele informatie. De netwerken zijn primair gericht op het genereren van actie. Evenals, bijvoorbeeld, bij Frijda (1987) zijn emoties voor Lang allereerst actietendensen. Wie is geëmotioneerd, wil iets doen; of wil juist iets niet doen. 'Actiebereidheid' wordt beschouwd als de kern van emotie. Voorbereiding op actie is daarom een centraal thema in het emotionele geheugennetwerk.

Langs model stelt dat emotionele informatie op drie niveaus is gecodeerd. De meest basale code is dus de actie- of responscode. Deze bevat informatie over de responsen die horen bij een emotionele gebeurtenis. Het gaat om programma's die de motoriek aansturen (vechten of vluchten, bijvoorbeeld), maar ook de fysiologie die zulke motorische programma's ondersteunt (hartslag en ademhaling, bijvoorbeeld) en bij de actie horende verbale uitingen (schreeuwen en dreigen, bijvoorbeeld).

Stevig gekoppeld aan de responsprogramma's is het tweede niveau van informatie, de stimuluscode. Deze code bevat informatie over de uiterlijke kenmerken van de emotionerende gebeurtenis. Beelden (kale koppen en 'bomberjacks', bijvoorbeeld), geluiden (gedonder, bijvoorbeeld) en geur (de lucht van zweet en whisky, bijvoorbeeld), na respectievelijk: mishandeling, een natuurramp of een verkrachting worden volgens de theorie apart gecodeerd in het geheugen. Het gaat dus om de informatie die, als het ware, om actie vraagt.

Het derde niveau van informatiecodering is voor Lang dat van de betekenis. Het gaat om 'talige' interpretaties van en associaties rondom de stimulus- en responsrepresentaties. 'De kale koppen zullen mij aanvallen, ik loop gevaar en moet vluchten', is een voorbeeld.

Anders dan in sommige populaire opvattingen, is Langs geheugen niet een soort plaatjesboek met geluid en ondertiteling. Ook het 'emotionele geheugen' wordt opgevat als een abstract informatieverwerkend systeem waarin telkens opnieuw het herinnerde wordt gereconstrueerd. Reconstructie vindt plaats op basis van op dat moment beschikbare waargenomen informatie, maar is ook afhankelijk van de toestand waarin het geheugen zich bevindt op het moment van waarnemen. Wie al angstig is zal een ambigue stimulus eerder als bedreigend kwalificeren dan iemand die niet in zo'n gemoedstoestand verkeert. De verliefde zal relatief snel prikkels waarnemen die doen denken aan de beminde en de verdrietige wordt, eerder dan anderen, getroffen door de tragiek der dingen.

Toch is emotie beslist niet abstract in de beleving van een geëmotioneerd mens. De geëmotioneerde voelt denkt en doet van alles, of verlangt in ieder geval van alles te doen. Doorgaans wil men ophouden met datgene waarmee men op dat moment bezig is. De belangstelling wordt afgeleid en men zal de neiging hebben om een andere, door de betreffende emotie ingegeven, actie te ondernemen. Afhankelijk van diens inschatting van de situatie en van het appèl van de actietendens zal de betrokkene wel of niet toegeven aan deze neiging. Dergelijke als daadwerkelijke emotie beleefde (en dikwijls voor buitenstaanders als zodanig zichtbare) activering ontstaat volgens deze theorie, wanneer voldoende elementen in het emotionele geheugen zijn geprikkeld. Zo'n prikkeling kan op twee manieren ontstaan. Ten eerste kan een 'match' ontstaan tussen de actuele situatie en de geheugenrepresentatie wanneer stimuli worden waargenomen of wanneer responsen worden ervaren, of wanneer bepaalde betekenisvolle gedachten naar voren komen die gelijksoortig zijn aan elementen van die geheugenrepresentatie. Daarnaast zal activering zich binnen het netwerk verspreiden naar andere elementen, wanneer eenmaal een kritisch aantal elementen is geactiveerd. In een coherent netwerk is een dergelijke kritische activering eerder bereikt dan in een minder coherent netwerk (Van den Bergh & Eelen, 1986).

Implicaties voor de behandeling van psychotrauma; theoretisch perspectief

Een centraal kenmerk van met trauma samenhangende moeilijkheden lijkt dus te zijn dat kennis over de schokkende gebeurtenis zoals deze is gecodeerd in het geheugen te gemakkelijk kan worden geactiveerd, waarbij deze codering weinig 'verwerking' heeft ondergaan. Daarmee wordt bedoeld dat de gebeurtenis min of meer is opgeslagen zoals de patiënt deze destijds heeft ervaren. Herevaluatie of integratie in bestaande opvattingen of kennisstructuren heeft blijkbaar niet of onvoldoende plaatsgevonden. Effectieve behandeling zou dus moeten leiden tot wijziging van de codering in het geheugen.

Eerder werd stilgestaan bij het verklaringsmodel van Foa (Foa & Kozak, 1985) met betrekking tot IE. Hieronder wordt een andere methode van interventie bij trauma besproken. Evenals de interventie van Foa is deze interventie, contra-conditionering

van de UCS-representatie, geïnspireerd door de emotietheorie van Lang. In beide gevallen wordt er vanuit gegaan dat nieuwe, met de traumatische beleving onverenigbare, informatie moet worden toegevoegd aan het emotionele netwerk. Waar Foa die incompatibele informatie introduceert door middel van habituatie, tracht contra-conditionering van de UCS-representatie dit doel op een andere wijze te bereiken.

Bij het vertalen van Langs toch tamelijk abstracte theorie naar een concrete therapeutische procedure wordt uitgegaan van twee vooronderstellingen. Daarbij wordt de volgende redenering gevolgd. Herinneringen worden, volgens Langs theorie constant gereconstrueerd op basis van actuele waarnemingen en gewaarwordingen. Aan die reconstructies liggen associatieve processen ten grondslag waarbij sommige stimulus-, respons-, en betekenisrepresentaties elkaar gemakkelijker activeren dan andere. Het gemak waarmee dergelijke onderdelen van de geheugenrepresentatie elkaar oproepen wordt (althans gedeeltelijk) bepaald door conditionering. Dit is de eerste aanname in de vertaalslag van Langs' emotietheorie naar de therapeutische procedure. Contra-conditionering beoogt deze conditioneringen te beïnvloeden. Daartoe wordt gebruik gemaakt van imaginaire oefeningen waarbij doelbewust, bijvoorbeeld, incompatibele responsinformatie wordt geassocieerd met tot de traumatische herinnering behorende stimulusinformatie. Verondersteld wordt dat de abstracte stimulus-, respons- en betekenisrepresentaties uit Langs model kunnen worden geactiveerd en gemanipuleerd door de patiënt concreet te confronteren met de prikkels en acties waarvoor deze abstracte representaties staan. Concreter gezegd: door de patiënt een bepaalde lichaamshouding te laten aannemen, zal de responsrepresentatie die zo'n lichaamshouding aanstuurt worden geactiveerd; door de patiënt imaginair bepaalde beelden te laten oproepen, zal de stimulusrepresentatie die bij die beelden hoort, worden geprikkeld; door de patiënt, al dan niet hardop, een bepaalde betekenisvolle zin te laten zeggen, zal de betekenisrepresentatie worden gestimuleerd die zo'n zin representeert. Dit is de tweede aanname waarop de procedure van contra-conditionering van de UCS-representatie is gebaseerd.

Implicaties voor de behandeling van psychotrauma; praktische uitwerking

Contra-conditionering van de UCS-representatie dient ertoe om de emotionele lading van herinneringen aan schokkende gebeurtenissen te reduceren. Er wordt naar gestreefd om doelbewust de abstracte cognitieve representaties te manipuleren die verondersteld worden ten grondslag te liggen aan deze individuele lading. Voorlopig worden twee vormen van de interventie onderscheiden: contra-conditionering in engere zin en het stopmechanisme. Bij contra-conditionering in engere zin wordt getracht de intrinsieke emotionele betekenis te beïnvloeden van zich aan de patiënt opdringende meer of minder bewuste herinneringen, terwijl het er bij het stopmechanisme om gaat de patiënt controle te geven over het optreden zelf van zulke herinneringen.

Contra-conditionering in engere zin is, volgens de hier verdedigde visie, vooral geïndiceerd wanneer het mogelijk wordt geacht om een patiënt die voortdurend allerlei heftige emoties ervaart rondom een specifieke traumatische gebeurtenis of rondom situaties die gerelateerd zijn aan zo'n gebeurtenis, te leren op een andere manier naar die gebeurtenis te kijken. Het gaat om de dimensie die 'valentie' wordt genoemd (Lang,

1985). Zo kan een ontroostbaar verdrietige patiënt soms leren om een verlies te accepteren, terwijl een mateloos woedende patiënt wel eens kan leren om vergeving te schenken aan of minachting te ervaren voor wie verantwoordelijk is voor zijn pijn. In beide voorbeelden gaat de patiënt de schokkende gebeurtenis intrinsiek anders evalueren, zodat aard en heftigheid van de emotie vanzelf veranderen.

Wanneer echter geen alternatieve invalshoek kan worden gevonden van waaruit de schokkende gebeurtenis anders kan worden geëvalueerd, is het stopmechanisme geïndiceerd. Het stopmechanisme biedt de patiënt een zekere controle over zich aan hem opdringende aversieve beelden en herinneringen. Het gaat om de dimensie 'controle' (Lang, 1985). De interventie stelt de patiënt in staat deze te blokkeren, zodat de emotionele impact van herinneringen en beelden wordt gereduceerd.

Hieronder wordt de praktische uitvoering van beide interventies nader toegelicht.

Contra-conditionering van de UCS-representatie in engere zin

Nadat op grond van klachtenpresentatie en diagnostiek is besloten om contra-conditionering in engere zin toe te passen, wordt eerst bepaald aan welk emotioneel thema het trauma appelleert. Zo'n emotioneel thema gaat altijd over de vraag: 'Wat zegt dit voorval of deze reeks voorvallen over mij?' (of 'over de wereld waarin ik leef?' of 'over de toekomst die mij wacht?'). Het antwoord op deze vragen wordt uitgedrukt in een woord of in een zin. Voorbeelden: 'Vernedering', 'oncontroleerbaarheid', 'bedreiging' en 'onvoorspelbaarheid' (vgl. Mineka & Henderson, 1985; Korrelboom & Kernkamp, 1993). Omdat de gevoeligheid voor zulke thema's zowel kan zijn aangeboren als kan zijn verworven, is het aantal emotionele thema's in principe onbegrensd.

Vervolgens wordt geïnventariseerd welke traumatische gebeurtenissen tot het zojuist benoemde thema behoren. Als het thema 'vernedering' is, wordt nagegaan welke vernederende ervaringen zijn gerepresenteerd in het netwerk 'vernedering'. Wanneer stilstaan bij sommige van deze ervaringen ook in de therapeutische context te moeilijk is voor de patiënt, worden deze traumatische voorvallen hiërarchisch geordend op geleide van de heftigheid van de emoties welke er nu door worden opgeroepen. Omdat representaties nooit objectief kunnen worden vastgesteld (niemand heeft ooit een responscode waargenomen), overstijgt het inventariseren van cognitieve representaties nooit het niveau van hypothesevorming.

Hierna wordt een tegenthema of inhiberend thema geformuleerd. Theoretisch gezien gaat het om emotionele thema's welke aan het traumatisch thema tegengestelde responsrepresentaties hebben. Vanuit een meer klinisch standpunt bezien, gaat het om een emotionele toestand die onmogelijk gelijktijdig kan worden ervaren met de emotionele toestand welke past bij het trauma. Als het emotionele thema in het trauma 'oncontroleerbaarheid' is, zou het tegenthema 'controle' of 'beheersing' kunnen zijn. Is het thema 'vernedering' dan is het tegenthema, bijvoorbeeld, 'trots' of 'zelfrespect', terwijl dat van 'bedreiging' 'opluchting' kan zijn en dat van 'afkeerwekkend' 'verbondenheid' of 'kameraadschap'. Soms zijn in affectieve betekenis verschillende tegenthema's mogelijk. Een emotioneel thema als 'krenking' is, bijvoorbeeld, incompatibel met 'vergeving' of 'medelijden' maar ook met 'minachting'. In een

dergelijke situatie wordt gekozen voor het tegenthema dat het beste past bij de patiënt in termen van geloofwaardigheid en operationaliseerbaarheid.

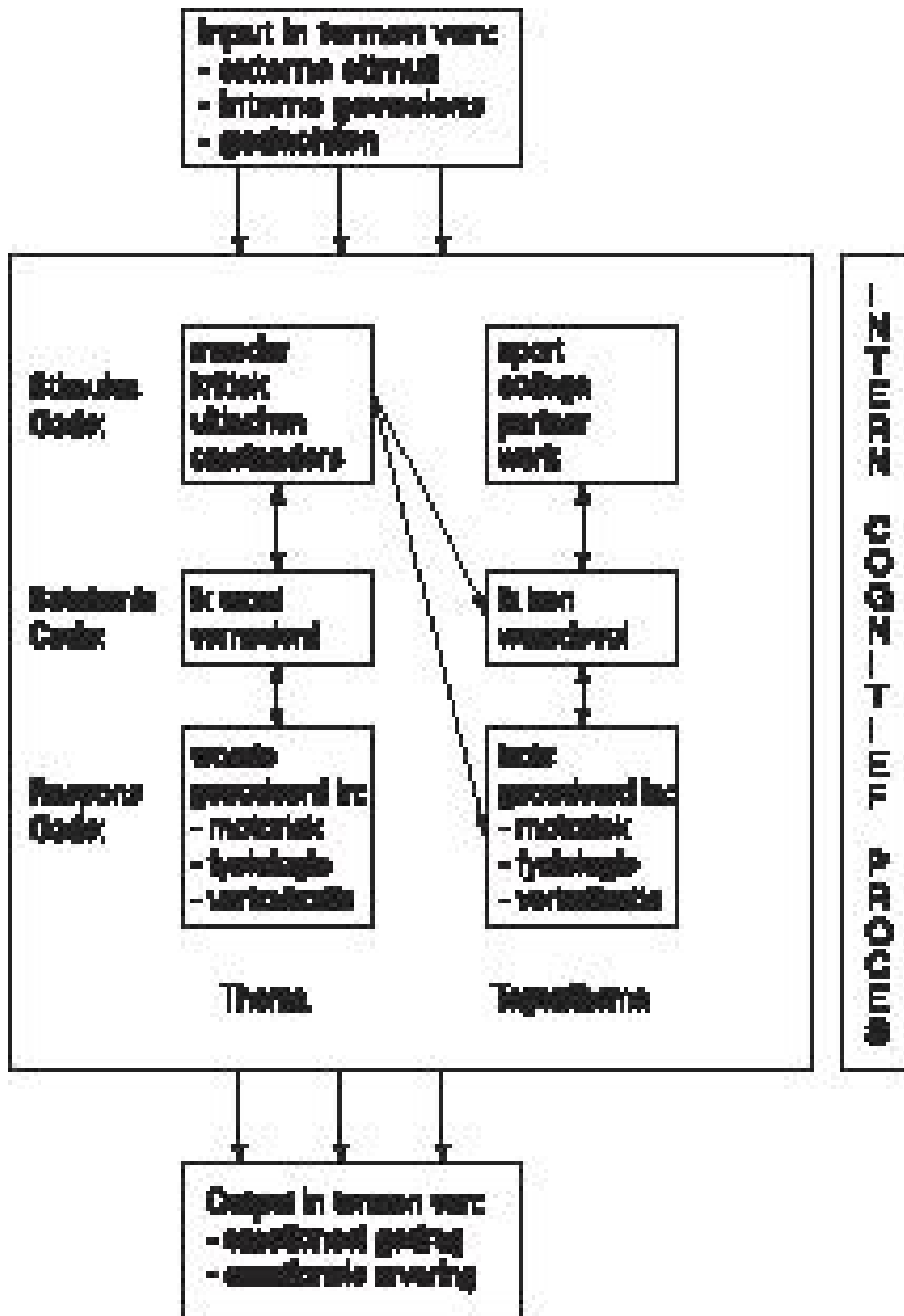
De volgende stap in de interventie is het operationaliseren van het tegenthema. Daarmee wordt bedoeld dat de patiënt moet leren om het bij het tegenthema behorende gevoel op te roepen. Theoretisch gaat het dus om het activeren van die geheugenrepresentaties die het tegenthema sturen. De klinische implicatie is dat de patiënt een gevoel oproept dat incompatibel is met het gevoel dat door de herinnering aan het trauma wordt geactiveerd. Er zijn verschillende mogelijkheden om dit tot stand te brengen.

Het is het meest rechtstreeks om de patiënt eenvoudig te vragen het 'tegengevoel' op te roepen: 'Voel je trots'. Wanneer dat niet goed lukt kan een beroep worden gedaan op diens voorstellingsvermogen: 'Denk aan het moment dat je zojuist bent gefinished na je eerste halve marathon en ervaar die trots opnieuw'. Wanneer ook een dergelijke instructie onvoldoende 'trots gevoel' oplevert, kan meer direct worden gestreefd naar het activeren van responsrepresentaties: 'Neem een trotse houding aan, zet je gezicht in een trotse stand en zeg tegen jezelf: "Ik heb het goed gedaan". Vanzelfsprekend kunnen de verschillende methodes ook tegelijkertijd worden gebruikt: 'Roep een trots gevoel op door te denken aan de finish van je eerste halve marathon en neem daarbij een trotse lichaamshouding aan', enzovoort.

Dan volgt de feitelijke counterconditionering in engere zin. Representaties welke behoren bij het tegenthema moeten nu worden geassocieerd met het traumatische thema. Verondersteld wordt dat zo de associatiesterkte tussen de diverse oorspronkelijke representaties in het geheugen netwerk rondom het trauma wordt verzwakt, zodat de emotionele beladenheid van het trauma afneemt. Vermoed wordt dat vooral het conditioneren van associaties tussen stimulusrepresentaties van het trauma en responsrepresentaties van het tegenthema therapeutische effecten heeft. De procedure start wanneer de patiënt eenmaal het bij het tegenthema behorende emotionele thema kan oproepen zonder een beroep te hoeven doen op faciliterende beelden of andere stimulusrepresentaties van dat tegenthema. Op dat moment wordt aan de patiënt gevraagd om de traumatische herinnering terug in gedachten te roepen. Zodra aldus het emotionele geheugen netwerk is geactiveerd moet de patiënt, terwijl hij de herinnering aan de stimulusaspecten van het trauma blijft vasthouden, de betekenis en responsrepresentaties van het tegenthema activeren. Op die manier kunnen nieuwe, met de oorspronkelijke betekenis en responsrepresentaties onverenigbare representaties worden opgenomen in het associatieve netwerk rondom het trauma. Hierdoor, zo is de veronderstelling, verandert de algehele representatie van het trauma en daardoor de intrinsieke betekenis ervan.

Het kan zinvol dan wel noodzakelijk zijn om de patiënt in eerste instantie een anti-exposure-instructie te geven. Dat wil zeggen dat hij zich in de beginfase van de procedure zo min mogelijk moet blootstellen aan situaties die herinneringen aan het trauma activeren. Aan het eind van de procedure moet de patiënt zich juist wel doelbewust confronteren met situaties die dergelijke herinneringen oproepen. Dit kan doorgaans aan de patiënt worden gepresenteerd als 'oefening' of 'test'.

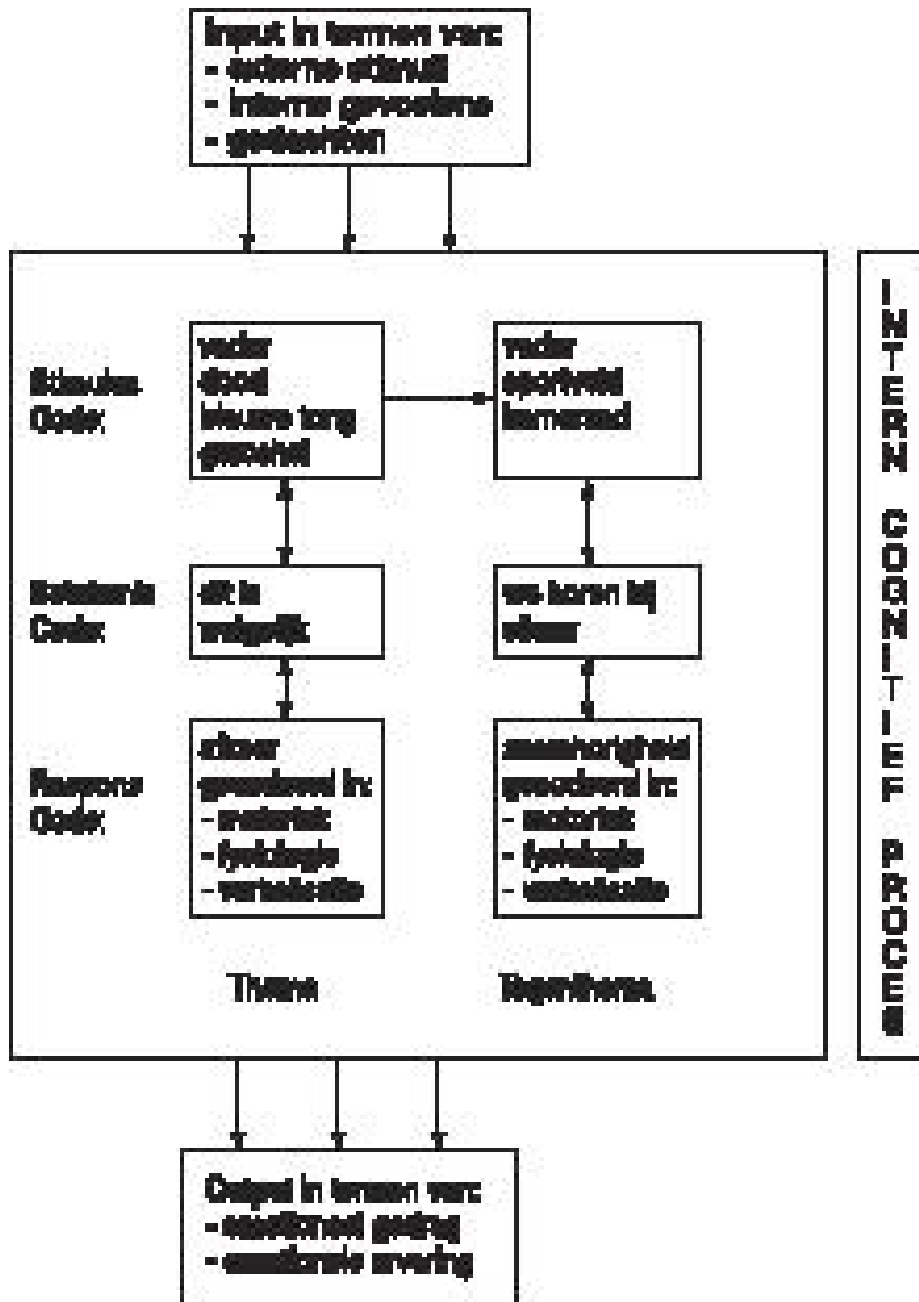
De verschillende stappen van de procedure staan vermeld in figuur 1



Figuur 1

. Het volgende voorbeeld kan de procedure wellicht verder verhelderen. Een patiënt is dikwijls vernederd door, onder andere, zijn moeder. Hij is erg gevoelig voor opmerkingen van anderen die hij al snel als krenkend ervaart. Ook zijn er veel nare herinneringen

aan en dromen over gebeurtenissen uit het verleden. Nadat het thema 'vernederings' is benoemd, nadat een aantal vernederende ervaringen is beschreven en hiërarchisch is geordend en nadat als tegenthema 'trots' is geformuleerd, leert de patiënt op de eerder beschreven wijze dit tegenthema te activeren. Aanvankelijk maakt hij daartoe gebruik van herinneringen aan voorvallen waarop hij trots is, later kan hij het trotse gevoel oproepen door een fiere lichaamshouding aan te nemen en door zichzelf in lovende bewoordingen toe te spreken. Wanneer hij eenmaal trots kan ervaren door uitsluitend gebruik te maken van lichaamshouding en zelfspraak, wordt een vernederende traumatische herinnering uit de hiërarchie opgeroepen: zijn moeder maakt hem ten opzichte van de familie belachelijk. Zodra op deze wijze het geheugenennetwerk rond vernedering is geactiveerd, moet de patiënt, terwijl hij zich de betreffende situatie voor ogen houdt, het trotse gevoel oproepen. Met dit trotse gevoel treedt hij vervolgens in de geïmagineerde situatie op tegen de vernederingen door zijn moeder. Indien de patiënt erin slaagt om tijdens deze imaginatie het trotse gevoel vast te houden, of het gevoel vernederd te worden althans niet te laten overheersen, moet hij deze oefening dagelijks thuis uitvoeren. Wanneer dit lukt worden situaties die hoger staan in de hiërarchie op vergelijkbare wijze in de behandeling betrokken. In figuur 2 wordt schematisch weergegeven hoe, naar wordt vermoed, de geheugenstructuur rondom het thema 'vernederings' wordt herordend door er elementen van incompatibele betekenisstructuren ('trots' in dit geval) met behulp van contra-conditionering aan toe te voegen.



Figuur 2

Tabel I Uitvoering procedure contra-conditionering i.e.z.

tijdelijke vermijding van situaties die herinneringen aan trauma activeren	
bepaal emotioneel thema van trauma:	
	vernedering
	oncontroleerbaarheid
	bedreiging
	afkeerwekkendheid
	etc.
inventariseer schokkende ervaringen rondom thema	
optie: hiërarchische ordening naar 'emotionele impact'	
formuleer emotioneel tegenthema:	
	trots
	beheersing
	opluchting
	verbondenheid/liefde/kameraadschap
	etc.
roep emotioneel tegenthema op door:	
	directe suggestie
	passende herinneringen
	passende lichaamshouding en gelaatsuitdrukking
	combinatie
oefen oproepen tegenthema	
roep trauma op uit hiërarchie	
koppel responscode tegenthema aan traumatisch thema	
koppeling oefenen	
exposure aan situaties die traumatische herinnering activeren	

Grafiek 1 t/m 7: Behandelresultaten bij de patiënten 1 t/m 7. Patiënt 1 t/m 6: Verticaal: frequentie automulitatie per week. Horizontaal: tijd, baseline (bl), week 1 t/m 3 (1,2,3), follow-up (fu). Patiënt 7: Verticaal: frequentie automulitatie per dag. Horizontaal: tijd, baseline (bl), dag 1 t/m 26 (1,2,3 enz.), follow-up (fu).

Stopmechanisme

Het stopmechanisme, de tweede variant van contra-conditionering van de UCS-representatie, wordt toegepast wanneer het niet mogelijk wordt geacht om de intrinsieke betekenis van intrusies te beïnvloeden. Het stopmechanisme dient om de patiënt meer controle te geven. Het belangrijkste onderscheid tussen het stopmechanisme en contra-conditionering van de UCS in engere zin is dan ook, dat het stopmechanisme gebruik maakt van een incompatibel beeld of gevoel dat de traumagerelateerde intrusie in zijn geheel wegdrukt. Contra-conditionering in engere zin probeert daarentegen nieuwe responsrepresentaties toe te voegen aan de al bestaande stimulusrepresentaties van de intrusies. Dikwijls is de invalshoek van het stopmechanisme de stimulusrepresentatie. Eerst wordt een voorbeeld gegeven ter illustratie.

Een patiënt was getuige van de dood van zijn vader. De man kreeg een hartaanval, liep blauw aan waarbij zijn tong uit de mond kwam te hangen. De patiënt trachtte samen met een nerveuze, pas beginnende huisarts eerste hulp te verlenen met behulp van hartmassage en mond op mond beademing. Het mocht niet baten: vader stierf in de armen van de patiënt en zijn huisarts. Regelmatig dringt zich sindsdien het traumatische

beeld op van de blauw aangelopen, rochelende, stervende vader. Patiënt ervaart de beelden als bijzonder afkeerwekkend en oncontroleerbaar. Er wordt ingeschat dat het niet goed mogelijk is om patiënt te helpen om deze beelden als minder afkeerwekkend te ervaren. Daarom wordt gekozen voor toepassing van het stopmechanisme.

De stappen zijn als volgt. Tegenover 'afkeerwekkend' wordt 'betrokkenheid' gekozen als emotioneel tegenthema. Betrokkenheid in relatie tot vader wordt allereerst geoperationaliseerd door het beeld van een gezonde vader die lachend langs de zijlijn toekijkt terwijl zijn zoon voetbalt. Dit beeld roept de patiënt imaginair op. Door zijn eigen lichaam te ontspannen en zijn gezicht een uitdrukking mee te geven van acceptatie en tevredenheid ('Laat zien dat je blij bent dat hij je vader is en realiseer je wat jullie samen allemaal aan goede dingen hebben meegemaakt') tracht de patiënt het gevoel van betrokkenheid met zijn vader verder te versterken. In deze accepterende houding en met het 'voetbalbeeld' van vader voor ogen zegt de patiënt tegen zichzelf: 'Ik wil de goede herinneringen aan mijn vader bewaren'. Wanneer het activeren van het tegenthema na enige oefening goed lukt, roept de patiënt het traumatische beeld op inclusief het gevoel van afkeer dat daarbij hoort. Zodra eenmaal het traumatische beeld is geactiveerd vervangt hij dit door het positieve tegenbeeld. Tegelijkertijd wordt de 'accepterende' lichaamshouding aangenomen en de ingestudeerde positieve zin gedacht.

Zo nodig kan het wegdrücken van het traumatische beeld worden bevorderd door gebruik te maken van bepaalde technieken uit de hypnotherapie. De patiënt kan zich, bijvoorbeeld, voorstellen dat hij het traumatische beeld ziet op de televisie en dat hij naar een andere zender overschakelt om het positieve beeld te zien. Ook kan het traumatische beeld eerst, als door een camera, op onscherp worden gesteld ('blurren') voordat op het tegenbeeld opnieuw wordt scherpgesteld (Cladder & Lens, 1985).

Zodra de patiënt er tijdens de therapiezitting in is geslaagd om het traumatische beeld weg te drukken met behulp van het alternatieve, in emotioneel opzicht incompatibele beeld, moet hij hiermee thuis gaan oefenen. Beoogd wordt om het goede beeld zodanig te associëren met het traumatische beeld dat het wegdrücken steeds meer geautomatiseerd gaat verlopen. Evenals dat het geval is bij contra-conditionering in engere zin kan het stopmechanisme worden voorafgegaan door een anti-exposure-instructie. De interventie wordt altijd afgesloten, voor zover dat relevant is, met de opdracht om doelbewust situaties op te zoeken die herinneringen aan het trauma activeren.

De verschillende stappen van het stopmechanisme worden nog eens weergegeven in tabel 2. Het veronderstelde werkingsmechanisme wordt geïllustreerd aan de hand van de zojuist besproken casus in figuur 2.

Tabel 2 Uitvoering procedure stopmechanisme.

tijdelijke vermijding van situaties die intrusies activeren
bepaal emotioneel thema intrusies
vernedering
oncontroleerbaarheid
bedreiging
afkeerwekkendheid
etc.
optie: hiërarchische ordening intrusies naar 'impact'
formuleer emotioneel tegenthema:
trots
beheersing
opluchting
verbondenheid/liefde/kameraadschap
kies bij tegenthema passend beeld
roep tegenthema en -beeld op door:
beeld + directe suggestie
passende herinneringen waarin beeld thuishoort
beeld + passende lichaamshouding en gelaatsuitdrukking
combinatie
oefen oproepen tegenthema en -beeld
roep intrusie op uit hiërarchie
druk intrusie weg met tegenthema en -beeld
oefen wegdrücken
exposure aan situaties die intrusies activeren

Grafiek 1 t/m 7: Behandelresultaten bij de patiënten 1 t/m 7. Patiënt 1 t/m 6: Verticaal: frequentie automulitatie per week. Horizontaal: tijd, baseline (bl), week 1 t/m 3 (1,2,3), follow-up (fu). Patiënt 7: Verticaal: frequentie automulitatie per dag. Horizontaal: tijd, baseline (bl), dag 1 t/m 26 (1,2,3 enz.), follow-up (fu).

Bezinning en discussie

Er zijn twee varianten beschreven van een behandelprocedure die contra-conditionering van de UCS-representatie werd genoemd. Het is een methode waarnaar nog geen systematisch effectonderzoek is gedaan. De methode kan derhalve slechts bogen op positieve klinische ervaringen en op een zekere inbedding in geaccepteerde theorievorming binnen de experimentele psychologie.

Allereerst moet daarom de vraag worden gesteld of er wel behoefte bestaat aan alweer een nieuwe behandelmethode voor aan trauma gerelateerde problemen. Moeten we ons niet voorlopig tevreden stellen met het feit dat IE redelijke effecten blijkt te hebben bij getraumatiseerde patiënten? En moeten we niet eerst onderzoeken of de effecten van die interventie verder kunnen worden verbeterd door er systematisch verschillende variaties in aan te brengen?

Een dergelijke werkwijze moet zeker niet worden nagelaten. Het lijkt echter onverstandig om nu al IE als enig vertrekpunt te nemen voor de verdere ontwikkeling van behandelmethodes voor trauma. Ten eerste moet worden vastgesteld dat de gegevens uit gecontroleerd onderzoek nog betrekkelijk schaars zijn en zich beperken tot enkele welomschreven groepen getraumatiseerde mensen. Bovendien zijn de

resultaten vooralsnog tamelijk bescheiden, zeker wanneer rekening wordt gehouden met de aantallen drop-outs. Verder lijkt een geheel verschillende procedure als EMDR qua aangetoonde effectiviteit goed te kunnen concurreren met IE (Ten Broeke et al., 1997; Van Etten & Taylor, in druk). Dat twee zulke verschillende interventies een vergelijkbare effectgrootte hebben, doet vermoeden dat beide methodes of een zelfde, vooralsnog onbekend, werkingsmechanisme in gang zetten, of dat meerdere mechanismen kunnen leiden tot verwerking van psychotrauma. Beide mogelijkheden, in combinatie met de nog niet optimale effecten van genoemde methodes, rechtvaardigen vooralsnog het zoeken naar andere mogelijkheden voor traumabehandeling. Dat daarbij inspiratie wordt gezocht bij psychologische theorieën over informatieverwerking lijkt geen al te bizarre gedachtesprong. Het spreekt vanzelf dat ook de hier beschreven procedure uiteindelijk op zijn waarde zal moeten worden getoetst in goed gecontroleerd effectonderzoek bij getraumatiseerde patiënten.

Vervolgens moet de vraag worden gesteld of contra-conditionering van de UCS-representatie eigenlijk wel zo'n nieuwe interventie is. De procedure doet immers sterk denken aan Wolpes systematische desensitisatie (SD) (Wolpe, 1990). Waar Wolpe met name ontspanning als antagonistische respons gebruikte, wordt hier vooral een beroep gedaan op lichaamshouding, gelaatsuitdrukking, beelden en verbalisaties. Dat gaat echter niet principieel in tegen Wolpes opvattingen. Wolpe beschouwde behalve ontspanning ook eten, seks en assertiviteit als met angst onverenigbare responsen. Verder lijken er behoorlijke overeenkomsten te bestaan tussen procedurele varianten binnen SD en binnen contra-conditionering van de UCS-representatie. Het stopmechanisme, bijvoorbeeld, doet enigszins denken aan Goldfrieds variant van SD (Goldfried, 1986). Ook is het mogelijk om de patiënt eerst de antagonistische respons (houding en zin) te laten uitvoeren, alvorens de traumatische stimuli te presenteren (Korrelboom & Kernkamp, 1993).

Het belangrijkste principiële verschil tussen beide methoden ligt in de mechanismen die worden verondersteld ten grondslag te liggen aan SD enerzijds en contra-conditionering van de UCS-representatie anderzijds. Hoewel ook andere verklaringen zijn gegeven voor de werking van SD (habituatie: Lader & Mathews, 1968; Watts, 1979; 'expectancy': Kazdin & Wilcoxon, 1976, en het endogene opiaat systeem: Egan et al., 1988), is Wolpe de werkzaamheid van SD altijd blijven toeschrijven aan het principe van reciproke inhibitie. Door van twee antagonistische responsen de gewenste respons (relaxatie) door training te optimaliseren en de andere, ongewenste respons (angst) door het hiërarchisch aanbieden van stimuli te minimaliseren, zou op basis van responscompetitie de gewenste respons worden geassocieerd met de CS, terwijl de associatie met de angstrespons tegelijkertijd juist zou verzwakken (Wolpe, 1990).

Anders dan de hierboven genoemde verklaringen voor SD, gaat contra-conditionering van de UCS-representatie uit van een geheugenmodel. Daarmee is het veel meer een cognitieve interventie dan SD. Door zoveel belang te hechten aan responsrepresentaties benadrukt contra-conditionering van de UCS-representatie, veel meer dan SD dat doet, het belang van actieve participatie door de patiënt. Tevens suggereert contra-conditionering van de UCS-representatie een grotere variëteit aan betekenisvolle

incompatibele thema's en aan methodes om die thema's te activeren. Het is, bijvoorbeeld, voorstelbaar dat incompatibele emotionele thema's kunnen worden geactiveerd door muziek. Gezien het bovenstaande moet de patiënt daarbij dan wel een actieve rol spelen (meezingen, -hummelen, -playbacken of dirigeren). Ook het mogelijke werkingsmechanisme van een bestaande interventie als symbolisch schrijven (Lange, 1994) kan goed worden begrepen vanuit het hier geschetste theoretisch kader. Hetzelfde geldt voor een voor sommigen op het eerste gezicht wellicht enigszins merkwaardige interventie als 'vergeving schenken' bij de behandeling van incestslachtoffers (Freedman & Enright, 1996). In beide gevallen worden qua betekenis en, vermoedelijk dus ook, qua interne representatie incompatibele actietendensen geassocieerd met de traumatische stimulusrepresentatie.

Of nu met exposure wordt behandeld of met contra-conditionering, een belangrijk punt tijdens de behandeling is steeds dat de opgeroepen gevoelens 'echt' moeten zijn. Dat wat moet worden gevoeld, moet 'echt' worden gevoeld. Dat geldt voor het vergeven van degene door wie je ooit seksueel bent misbruikt, dat geldt ook voor de gevoelens in andere traumatische situaties. Hoe vaak ook afscheid wordt genomen van de overledene, definitieve rust wordt pas gevonden wanneer men 'echt' afscheid heeft genomen. Hoe dikwijls ook de minachting tegenover de overvaller is ervaren, men is er pas mee klaar wanneer de minachting ook 'werkelijk' wordt ervaren.

In exposure wordt deze problematiek tegemoet getreden door naar 'functionele exposure' te streven (Borcovec, 1982). Onder andere door de patiënt actief te laten participeren in zowel imaginaire exposure als in exposure in vivo, worden de mogelijkheden geminimaliseerd om afleiding te zoeken of om de impact van exposure te bagatelliseren ('het is niet echt, het is maar therapie'). In contra-conditionering van de UCS-representatie wordt naar 'echt' voelen en 'echt' ervaren gestreefd door gebruik te maken van middelen die minder gemakkelijk kunnen worden ontkend dan taal. Verondersteld wordt dat dit het geval is wanneer lichaamshouding en gelaatsuitdrukking worden aangesproken als responscodes. Dikwijls lijkt lichaamstaal beter dan woorden te verwoorden wat men voelt. Overigens berust deze notie niet alleen op common sense. Wetenschappelijke bevindingen onderstrepen de relatie tussen lichaamshouding en gelaatsuitdrukking enerzijds en emotie anderzijds (Laird et al., 1982; Ekman, 1983; Frijda, 1986).

Het is van belang dat therapeutische interventies aantoonbaar effectief zijn. Het is ook van belang dat therapeutische interventies voortkomen uit een samenhangend, goed in empirische bevindingen verankerd theoretisch kader. Dat waarborgt de voortgang van kennis over de behandeling van psychiatrische stoornissen en emotionele problemen meer dan wanneer geheel moet worden vertrouwd op 'trial and error'. Langs emotiemodel lijkt zo'n theoretisch kader te zijn (Rachman, 1985; Van den Bergh & Eelen, 1986; Korrelboom & Kernkamp, 1993; Orlemans et al., 1995).

Abstract

While imaginal exposure is considered an effective intervention in the treatment of traumarelated problems, there still is no definitive cure for these disorders. It is concluded

that habituation, the mechanism that according to Foa and Kozak is responsible for the efficacy of prolonged imaginal exposure, is not the only mechanism that can be derived from modern psychological theories of emotion. Because such theories seem to be worthwhile in the conception of new effective psychological interventions for psychotrauma, the theory of Lang is amplified. Two examples of an intervention called 'counterconditioning of the UCS-representation' are explained. This intervention is inspired by Lang's theory. The discussion elaborates on the clinical status of the intervention.

Referenties

- Bergh, O. van den & Eelen, P. (1986). Emotie en representatie. In: J.W.G. Orlemans, P. Eelen & W.P. Haaijman (red.): *Handboek voor gedragstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Borcovec, T. (1982). Functional CS exposure in the treatment of phobias. In: J. Boulougouris (ed.): *Learning theory approaches tot psychiatry*. New York, Wiley.
- Broeke, E. ten, Jongh, A. de, Wiersma, K. & Gimbrere, F. (1997). Psychotherapie bij posttraumatische stress-stoornis. De Stand van zaken. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 23, 305-328.
- Broeke, E. ten, Korrelboom, C.W. & Jongh, A. de (in voorbereiding). Over de noodzaak van (langdurige) blootstelling aan traumatische herinneringen bij de behandeling van posttraumatische stress stoornis (PTSS).
- Cladder, J.M. & Lens, J.W.M. (1985). *Moderne hypnotherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Egan, K.J., Carr, J.E., Hunt, D.D. & Adamson, R. (1988). Endogenous opiate system and systematic desensitization. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 56, 287-29.
- Ekman, P. (1983). Felt, false and miserable smiles. *Journal of Nonverbal Behavior*, 6, 238-252.
- Emmelkamp, P.M.G. & Balkom, A.J.L.M. van (1996). Angststoornissen. In: W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.): *Handboek psychopathologie*. Deel 3. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Foa, E.B. & Kozak, M.J. (1985). Treatment of anxiety disorders: implications for psychopathology. In: A.H. Tuma & J.D. Maser (eds.): *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Foa, E.B. & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Riggs, D.S. & Murdock, T.B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Freedman, S.R. & Enright, R.D. (1996). Forgiveness as an intervention goal with incest survivors. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64, 983-992.
- Frijda, N.H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Goldfried, M.R. (1986). Selfcontrol skills for the treatment of anxiety disorders. In: B.F. Shaw, Z.V. Segal, T.M. Vallis & F.E. Cashman (ed.): *Anxiety disorders. Psychological and biological perspectives*. New York: Plenum Press.
- Kazdin, A. & Wilcoxon, L. (1976). Systematic desensitization and nonspecific treatment effects: a methodological evaluation. *Psychological Bulletin*, 83, 729-758.
- Korrelboom, C.W. & Kernkamp, J.H.B. (1993). *Gedragstherapie. Basiskennis voor de praktijk van de psychotherapie*. Muiderberg: Coutinho.
- Lader, M.H. & Mathews, A.M. (1968). A physiological model of phobic anxiety and desensitization. *Behaviour Research & Therapy*, 6, 411-421.
- Laird, J.D., Wagener, J.J., Halal, M. & Szegda, M. (1982). Remembering what you feel: effects of emotion on memory. *Journal of Personality & Social Psychology*, 2, 475-486.
- Lang, P.J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: fear and anxiety. In: A.H. Tuma & J.D. Maser (eds.): *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Lange, A. (1994). *Gedragsverandering in gezinnen*. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Mineka, S. & Henderson, R.W. (1985). Controllability and predictability in acquired motivation. *Annual Review of Psychology*, 36, 495-529.
- Orlemans, J.W.G., Eelen, P. & Hermans, D. (1995). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Pitman, R.K., Altman, B., Greenwald, E., Longpre, R.E., Macklin, M.L., Poire, R.E. & Steketee, G. (1991). Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 1720.
- Rachman, S. (1985). The treatment of anxiety disorders: a critique of the implications for psychopathology. In: A.H. Tuma & J.D. Maser (eds.): *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Scott, M.J. & Stradling, S.G. (1992). *Counselling for posttraumatic stress disorder*. London: Sage Publications.
- Van Etten, M.L. & S. Taylor (in druk). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.
- Watts, F.N. (1979). Habituation model of systematic desensitization. *Psychological Bulletin*, 86, 627-637.
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. 4th edition. New York: Pergamon Press.