



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

Over gebeurtenissen van toen en problemen van nu

Paul Boelen en Marleen Rijkeboer *

Samenvatting

In dit artikel beschrijven we drie theorieën over het verband tussen een ingrijpende gebeurtenis en psychische problemen daarna. We betogen dat deze theorieën niet alleen relevant zijn voor het begrijpen en behandelen van psychische stoornissen die samenhangen met ernstige traumatische gebeurtenissen (zoals gecompliceerde rouw, posttraumatische stress-stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen), maar ook voor het begrijpen en behandelen van klachten die op enigerlei wijze samenhangen met 'objectief' gezien minder ernstige gebeurtenissen. Voorts beschrijven we interventies waarover cognitieve-gedragstherapeuten kunnen beschikken om problemen die samenhangen met betekenisvolle gebeurtenissen uit het verleden te behandelen.

Inleiding

Ingrijpende gebeurtenissen kunnen de voedingsbron vormen voor psychopathologie. Verkrachtingen, fysiek geweld, oorlogsgeweld of rampen kunnen leiden tot psychische problemen als een posttraumatische stress-stoornis (PTSS), depressieve stoornissen en (andere) angststoornissen (Kleber & Brom, 1992). Voorts kunnen traumatische gebeurtenissen die zijn voorgevallen in de relatie met verzorgers in de jeugd, aanleiding zijn voor de ontwikkeling van persoonlijkheidsproblematiek (Weaver & Clum, 1993), terwijl ingrijpende verliezen kunnen leiden tot het ontstaan van gecompliceerde rouw (Boelen & Van den Bout, 1999). Behalve trauma's en verliezen kunnen ook objectief gezien minder ernstige gebeurtenissen aanleiding geven tot, of voeding geven aan psychische problemen. Denk aan conflicten op het werk, nare ervaringen binnen een liefdesrelatie, echtscheidingen en onaangename bejegeningen door een van de ouders in de jeugd.

In dit artikel bepleiten we dat hulpverleners, ook wanneer geen sprake is van traumaverwerkings- of persoonlijkheidsproblematiek, oog moeten hebben voor betekenisvolle gebeurtenissen uit het verre of nabije verleden van cliënten, niet alleen bij traumaverwerkings- of persoonlijkheidsproblematiek. We beweren daarmee niet dat het per definitie zinvol is om aandacht te besteden aan 'vroegkinderlijke ervaringen', die als 'traumatisch' kunnen worden bestempeld. Maar wanneer in de diagnostische fase blijkt dat akelige gebeurtenissen uit het verleden voeding hebben gegeven aan de problemen in het hier en nu, kan het nuttig zijn deze gebeurtenissen in de behandeling expliciet onder de loep te nemen. Zo kan bijvoorbeeld blijken dat de problematiek van

* DRS. P.A. BOELEN, gezondheidszorgpsycholoog en gedragstherapeut, is verbonden aan de Capaciteitsgroep Klinische Psychologie en het Ambulatorium van de Universiteit Utrecht en aan Psychologenpraktijk SPEL Soest. Correspondentieadres: Drs. P.A. Boelen, Capaciteitsgroep Klinische Psychologie, Universiteit Utrecht, Postbus 80140, 3508 TC Utrecht; P.Boelen@fss.uu.nl.
DRS. M.M. RIJKEBOER, gezondheidszorgpsycholoog, is verbonden aan de Capaciteitsgroep Klinische Psychologie en het Ambulatorium van de Universiteit Utrecht.

de cliënt, in termen van de leertheorie, een referentiële associatieve basisstructuur heeft, waarbij neutrale stimuli steeds opnieuw representaties van onaangename gebeurtenissen activeren. In die gevallen is het van belang aandacht te besteden aan de herevaluatie van deze gebeurtenissen. Voorts kan blijken dat vroegere gebeurtenissen, in termen van de cognitieve therapie, belangrijke bewijzen vormen voor disfunctionele cognities, die de cliënt plagen. Ook dan kan het zinvol zijn de problemen expliciet in verband te brengen met die vroegere gebeurtenissen.

In de loop van de tijd zijn verschillende theorieën ontwikkeld om klachten die samenhangen met onverwerkte, traumatische gebeurtenissen te begrijpen en te behandelen. In dit artikel geven we allereerst een korte impressie van drie van deze theoretische perspectieven. Duidelijk zal worden dat deze ook waardevol zijn voor het begrijpen en behandelen van klachten die hun oorsprong hebben in objectief gezien niet zulke ernstige gebeurtenissen. Daarna beschrijven we interventies waarover directieve therapeuten kunnen beschikken om problemen die samenhangen met dergelijke gebeurtenissen aan te pakken. We willen therapeuten inspireren tot het toepassen van binnen de behandeling van as-I-problematiek nog weinig gebruikte interventies, zoals de stoelentechniek en imaginatie met *rescripting* en het gebruik van klassiekere interventies als schrijfopdrachten en counterconditionering, die van oudsher deel uitmaken van het repertoire van de directieve therapeut.

Theorieën over verwerken

In de voorbije decennia zijn diverse theorieën geformuleerd over de psychologische processen die mediëren tussen een ingrijpende gebeurtenis en psychische problemen. We beschrijven kort drie van deze theoretische perspectieven: de cognitieve benadering, de geheugenbenadering en de leertheoretische benadering. Op voorhand zij opgemerkt dat deze driedeling tamelijk arbitrair is, omdat de drie benaderingen conceptueel moeilijk van elkaar te onderscheiden zijn. Begrippen als cognitie, geheugen en conditionering maken bijvoorbeeld meer of minder expliciet van elk van deze benaderingen onderdeel uit. Bovendien tonen de cognitieve modellen van PTSS zoals beschreven door Ehlers en Clark (2000) en Foa en Rothbaum (1998), dat de integratie van verschillende theoretische perspectieven leidt tot een vergroting van de kennis over factoren die bij het ontstaan en aanblijven van verwerkingsproblemen een rol spelen.

De cognitieve benadering

Vanuit een cognitief perspectief wordt verwerking gezien als een proces waarbij een ingrijpende gebeurtenis wordt opgenomen in bestaande cognitieve schema's en waarbij op grond van informatie die uit de gebeurtenis voortkomt, nieuwe schema's worden ontwikkeld (Arntz, 1995; Kindt & Arntz, 1999). Hoewel dit verwerkingsproces meestal voorspoedig verloopt, zijn er diverse wegen waarlangs dit proces kan vastlopen. Anders gezegd: in de nasleep van een ingrijpende gebeurtenis kunnen disfunctionele schema's ontstaan, die de voedingsbodem vormen voor psychische problematiek (Ehlers & Clark, 2000; Foa & Rothbaum, 1998).

De verwerking kan in de eerste plaats vastlopen wanneer de gebeurtenis incongruent is met bestaande schema's die het slachtoffer heeft over zichzelf, anderen of de wereld. Wanneer een gebeurtenis volledig indruist tegen bestaande schema's, kan dit leiden tot disfunctionele accommodatie: in aanleg positieve schema's worden zodanig vervormd tot absolute, negatieve schema's, dat de gebeurtenis weer in overeenstemming raakt met de schema's van het slachtoffer (Resick & Schnicke, 1992). Zo kan de overtuiging in een veilige wereld te leven veranderen in de overtuiging dat men 'nergens veilig' is, na een ongeval of ramp. In de tweede plaats kan de verwerking van een ingrijpende gebeurtenis vastlopen wanneer men al negatieve overtuigingen had, die de gebeurtenis bevestigt of opnieuw activeert. Een verkrachting kan een bevestiging betekenen van de overtuiging 'niets waard te zijn' (Foa & Rothbaum, 1998). Negatieve interpretaties van hetgeen tijdens de ingrijpende gebeurtenis plaatsvond, kunnen eveneens een rol spelen bij verwerkingsproblemen. De constatering dat men zich ten tijde van een overval niet heeft weten te verweren, kan leiden tot de overtuiging dat men 'niet op zichzelf kan vertrouwen', of dat men volkomen 'machteloos' is wanneer gevaar dreigt. Ook disfunctionele interpretaties van ervaringen ná de gebeurtenis kunnen aanleiding geven tot problemen bij de verwerking. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat het toekennen van een negatieve betekenis ('Ik word gek', 'Ik verlies de controle') aan in beginsel normale verwerkingsreacties zoals herbelevingen kan leiden tot een verergering van deze herbelevingen en tot vermijden, dat de verwerking verder hindert (Ehlers, Mayou, & Bryant, 1998; Steil & Ehlers, 2000). Ook reacties uit de sociale omgeving geven soms aanleiding tot disfunctionele cognities; het uitblijven van steun na een ingrijpende gebeurtenis kan men opvatten als teken dat men schuldig is aan de gebeurtenis, of dat men het verdiend had om slachtoffer te worden (Ehlers & Clark, 2000).

In termen van de cognitief-therapeutische benadering is een ingrijpende gebeurtenis te weinig verwerkt, zolang men wordt geplaagd door disfunctionele cognities en schema's die uit de gebeurtenis zijn afgeleid. De angst van een man die na een beroving niet meer alleen de straat op durft, is niet rechtstreeks het gevolg van de gebeurtenis zelf, maar komt voort uit de overtuiging 'nergens meer veilig te zijn', die zich op grond van de gebeurtenis heeft gevormd. Ook ogenschijnlijk onschuldige gebeurtenissen kunnen 'langs cognitieve weg' tot problemen leiden. Pesterijen in de werksfeer kunnen voeding geven aan depressieve gevoelens, wanneer men deze beschouwt als bewijs voor de overtuiging een waardeloos of minderwaardig mens te zijn. Een klinische implicatie van de cognitieve benadering is dat het, wanneer de actuele problemen van de cliënt samenhangen met een onverwerkte gebeurtenis, zinvol is om de disfunctionele cognities te bewerken die de cliënt uit deze gebeurtenis heeft afgeleid.

De geheugenbenadering

In geheugenmodellen staan kennisnetwerken in het geheugen centraal, waarin informatie over de ingrijpende gebeurtenis is opgeslagen (Leskin, Kaloupek, & Keane, 1998). Bij de 'normale', niet-problematische verwerking van een ingrijpende gebeurtenis, integreert men de herinneringen aan deze gebeurtenis in het autobiografische geheugen, dat is georganiseerd rondom specifieke thema's en tijden. Problematische verwerking daarentegen, wordt gekenmerkt door een inadequate, gebrekkige integratie van deze herinneringen in de juiste context van tijd en plaats en andere, bestaande autobiografische herinneringen (Ehlers & Clark, 2000).

Zolang een ingrijpende gebeurtenis nog niet voldoende verwerkt is, kan het traumanetwerk waarin informatie over de gebeurtenis ligt opgeslagen, snel en gemakkelijk worden geactiveerd (Foa & Rothbaum, 1998; Kindt & Arntz, 1999). Activering kan onder meer plaatsvinden wanneer interne stimuli (gedachten of gevoelens) of externe stimuli (plaatsen of objecten) worden waargenomen die overeenkomen met de informatie in het netwerk. Aangezien het traumanetwerk zowel informatie bevat over de stimulus- en responskenmerken van de gebeurtenis, als over de betekenis van de gebeurtenis, kan deze activering gepaard gaan met een herbeleving van hetgeen men ten tijde van de gebeurtenis gezien, gevoeld en gedacht heeft (Ehlers & Clark, 2000). De man uit het eerdergenoemde voorbeeld die na een beroving niet meer op straat durft, is op straat niet alleen bang dat de gebeurtenis zich zal herhalen, maar beleeft de beroving bovendien telkens weer opnieuw.

Hoewel het een simplistische samenvatting is (vgl. Candel & Merckelbach, 2001), betekent het 'onverwerkt' zijn van een bepaalde gebeurtenis in termen van geheugenmodellen dat gevoelens, gedachten en gewaarwordingen nog altijd in het geheugen zijn opgeslagen, zoals men die ten tijde van de gebeurtenis heeft waargenomen (Van der Kolk & Fisler, 1995). Een belangrijke klinische implicatie hiervan is dat het voor de verwerking van een gebeurtenis van belang is dat de herinneringen aan de gebeurtenis geïntegreerd worden in bestaande kennisstructuren in het autobiografische geheugen (Ehlers & Clark, 2000). Dit kan gerealiseerd worden door het herhaaldelijk activeren van het traumanetwerk en het toevoegen van nieuwe informatie aan dit netwerk, bijvoorbeeld met behulp van imaginaire exposure (Foa & Kozak, 1986; Foa & Rothbaum, 1998) of experiëntiële interventiemethoden (Arntz & Weertman, 1999).

De leertheoretische benadering

Volgens leertheoretische benaderingen ontstaan en persisteren emotionele problemen na ingrijpende gebeurtenissen door conditioneringsprocessen (Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989). In beginsel neutrale stimuli, die ten tijde van de gebeurtenis aanwezig waren (gedachten, gevoelens, omgevingskenmerken), raken door klassieke conditionering geassocieerd met de ingrijpende gebeurtenis. Hierdoor kan een latere confrontatie met deze stimuli (CS-en) leiden tot activering van de informatie die over de ingrijpende gebeurtenissen is opgeslagen (UCS/UCR-representatie) en dientengevolge tot een angstreactie (CR). Bij het naderen van de straat waar de beroving plaatsvond, ervaart de beroofde man telkens angst, omdat deze situationele stimulus sterk geassocieerd is met de beroving. Evenzo raakt de gepeste werknemer steeds gespannen en angstig als hij geconfronteerd wordt met stimuli die geassocieerd zijn met de werkvloer waar de pesterijen plaatsvonden. Het moge duidelijk zijn waar deze benadering raakt aan de eerder beschreven geheugenbenadering; de UCS/UCR-representatie van de ingrijpende gebeurtenis is grofweg hetzelfde als het traumanetwerk, waarin informatie over de ingrijpende gebeurtenis is opgeslagen (Korrelboom & Kernkamp, 1993).

Vermijdingsgedrag, dat ontstaat onder invloed van operante conditionering, speelt een rol bij het voortduren van verwerkingsproblemen. In hun cognitieve model van PTSS beschrijven Ehlers en Clark (2000) diverse wegen waarlangs vermijding leidt tot het aanblijven of verergeren van de emotionele reacties die zich in de nasleep van een ingrijpende gebeurtenis voordoen. In de eerste plaats kan vermijding leiden tot een

directe toename van problematische verwerkingsreacties. Zo kan het moedwillig onderdrukken van gedachten aan de gebeurtenis via de paradoxale effecten van gedachteonderdrukking (Wegner, 1989) leiden tot een toename van deze gedachten. Daarnaast kan vermijdingsgedrag de integratie van het trauma in bestaande kennisstructuren in de weg staan. Het vermijden van de plaats waar men het slachtoffer werd van een ongeval, verhindert dat deze gebeurtenis als afgebakende gebeurtenis wordt geïntegreerd in andere autobiografische herinneringen (Ehlers & Clark, 2000). Ten slotte kan vermijdingsgedrag de correctie van disfunctionele cognities in de weg staan. Zo wordt de correctie van het idee dat het toelaten van gevoelens over de gebeurtenis leidt tot 'controleverlies', verhindert door het vermijden van deze gevoelens (Steil & Ehlers, 2000). Aangezien vermijdingsgedrag de verwerking van een ingrijpende gebeurtenis in de weg kan staan, wordt aan het doorbreken van deze vermijding veel belang gehecht in de behandeling van verwerkingsproblemen.

Interventies gericht op verwerken

Twee interventies die veelvuldig gebruikt worden in op verwerking gerichte therapieën zijn cognitieve herstructurering en imaginaire exposure. De eerste interventie is gericht op het betwisten van de houdbaarheid, geldigheid en functionaliteit van de problematische cognities die de cliënt uit de gebeurtenis heeft afgeleid, waarbij een beroep wordt gedaan op het logisch redeneervermogen van de cliënt. Bij de tweede interventie probeert men de verwerking van de gebeurtenis op gang te brengen door het herhaaldelijk opnieuw laten beleven van de gebeurtenis.

Hierna beschrijven we andere interventies die men kan gebruiken als akelige gebeurtenissen uit het verleden de problemen in het hier en nu versterken. Kenmerkend voor deze interventies is dat ze een beroep doen op het denkvermogen van de cliënt, op diens bereidheid zich aan de gebeurtenis bloot te stellen en op zijn verbeeldingskracht. Hoewel precieze indicaties voor het gebruik van deze interventies moeilijk te geven zijn, zijn de onderstaande interventies vooral van nut als de gebruikelijke cognitieve herstructurering en imaginaire exposure weinig of geen effect sorteren. Maar de interventies zijn vooral zinvol als cliënten sterk vermijden en zij moeite hebben om hun negatieve cognities expliciet op houdbaarheid te onderzoeken, of herinneringen aan akelige ervaringen opnieuw te beleven.

Desidentificeren, of het loslaten van negatieve gedachten

Binnen de cognitief-therapeutische aanpak van traumatische problematiek, vormt het opsporen en uitdagen van disfunctionele cognities een belangrijk bestanddeel (Kindt & Arntz, 1999). Het uitdagen is erop gericht twijfel te zaaien in de houdbaarheid van deze cognities, om uiteindelijk te komen tot een herformulering daarvan. Hoewel het gebruikelijk is om problematische cognities nadrukkelijk ter discussie te stellen, kunnen cliënten ook leren om anders met dergelijke cognities om te gaan. Evers (1994) beschrijft een procedure waarmee cliënten leren om storende negatieve gedachten te laten voor wat ze zijn. De begrippen 'identificeren' en 'desidentificeren' zijn hierbij belangrijk. Wanneer iemand zich met zijn negatieve gedachten identificeert, gaat hij ervan uit dat deze gedachten waar zijn en dat deze tot het zelf behoren. Desidentificeren daarentegen

'houdt in dat iemand zich zijn identificatie met een cognitieve structuur realiseert en vervolgens oefent om zich er niet langer mee te identificeren' (Evers, 1994, p. 128).

Bij het desidentificeren volgt de therapeut drie stappen. Allereerst spoort hij de centrale problematische cognities van de cliënt op. Vervolgens maakt hij deze cognities ego-dystoon. De therapeut laat de cliënt ontdekken dat hij zijn gedachten ten onrechte voor waar aanneemt. Als de cliënt inziet dat het beter is om zijn gedachten niet langer serieus te nemen, wordt hij aangemoedigd om te oefenen met het zich niet langer identificeren met zijn negatieve gedachten, ofwel om deze los te leren laten (Evers, 1994). Dit zogeheten 'eliminieren' van de negatieve gedachten kan enige tijd in beslag nemen, aangezien deze gedachten veelal gewoonten zijn geworden. In het volgende voorbeeld illustreren we deze procedure.

Marjan is 23 jaar. Zij is ervan overtuigd dat zij allesbehalve aantrekkelijk is. Ze vindt zichzelf dik, lelijk en lomp, ondanks dat mensen uit haar omgeving, waaronder haar vriend, haar herhaaldelijk hebben verteld dat dit niet het geval is. De overtuiging dik en lelijk te zijn, die zo sterk is dat de diagnose een 'stoornis in de lichaamsbeleving' gerechtvaardigd is, leidt tot somberheid, het zich onthouden van sociale activiteiten en tot allerlei handelingen waarmee Marjan probeert om haar uiterlijk, zoals zij het zelf zegt, 'nog enigszins toonbaar' te houden (weinig eten, veel sporten).

In de eerste gesprekken probeert de therapeut de belangrijkste cognities van Marjan boven tafel te krijgen en deze met behulp van een socratische dialoog en gedragsexperimenten te nuanceren. Deze cognities, waaronder 'Ik ben lomp en dik en de buitenwereld vindt dat ook', en 'Mijn vriend liegt als hij zegt dat hij mij mooi vindt', laten zich moeilijk ontcrachten. Pas wanneer Marjan een kleine enquête houdt onder haar vrienden om het realiteitsgehalte van haar ideeën te onderzoeken, boeten de cognities enigszins aan geloofwaardigheid in.

In de therapie komt aan het licht dat de moeder van Marjan ontevreden was met haar eigen uiterlijk. Zij was voortdurend aan het lijnen en had het motto dat je 'met een lelijk uiterlijk nergens komt in het leven'. Marjans moeder was ook sterk gefocust op het uiterlijk van haar dochter. Marjan was als kind 'wat forser dan nu' en hoewel haar moeder het niet kwaad bedoelde, noemde zij Marjan regelmatig 'een dikkerdje'. Ook zei ze vaak tegen Marjan dat zij ervoor moest waken 'niet te dik te worden', omdat dat hoe dan ook in haar nadeel zou werken. Marjan merkt op dat deze woorden nog elke dag door haar hoofd spoken, alsof deze op een cassettebandje zijn opgenomen. Ze weet best dat het niet noodzakelijk is voortdurend met het dik-zijn bezig te zijn en dat zij op zich 'niet heel onaantrekkelijk' is. Toch blijven de negatieve gedachten haar plagen.

De therapeut vraagt Marjan of het zinvol is om te luisteren naar de stem van haar moeder die haar telkens probeert wijs te maken dat zij een dikkerdje is en ervoor moet waken dat zij niet al te dik wordt. Marjan geeft toe dat dit niet het geval is. Vervolgens legt de therapeut uit dat zij twee dingen kan doen met haar gedachten: ze kan deze loslaten en ze laten voor wat ze zijn, maar ze kan de gedachten ook serieus nemen, ze omarmen en doen alsof ze waar zijn. Hij geeft daarbij aan dat het laatste Marjan tot nog toe weinig heeft opgeleverd. Marjan wil graag een poging wagen om haar gedachten los te leren laten. Daarom stelt de therapeut voor om de negatieve gedachten structureel te gaan benoemen als 'het bandje van moeder' en om te proberen deze niet langer serieus te nemen. In de loop van de volgende weken lukt het Marjan geleidelijk aan steeds beter om afstand te doen van haar gedachten. Het vermijdingsgedrag kan zij vervolgens afbouwen.

Vooraf omdat de negatieve cognities van Marjan een obsessief karakter hadden gekregen, was het uitdagen van deze cognities met gedragsexperimenten (zie Evers & Van der Velden, 1991) maar beperkt effectief. Derhalve werd gekozen voor 'desidentificeren'. Marjan was geneigd om zichzelf negatief toe te spreken, iets wat haar moeder in vroeger tijden gedaan had. Mede door de gedragsexperimenten had zij al vrij snel door dat er weinig redenen waren om haar negatieve gedachten voor waar aan te nemen. Hiermee had zij al een belangrijke stap gezet in de richting van het zich desidentificeren. Toen Marjan zich realiseerde dat het niet haar eigen stem, maar de

stem van haar moeder was die haar voortdurend negatieve gedachten influisterde, leerde zij om te oefenen met het niet langer serieus nemen van haar gedachten. Hierbij maakte de therapeut gebruik van de door haar zelf geïntroduceerde metafoer (het bandje van moeder).

De casus illustreert dat negatieve cognities die hun oorsprong hebben in betekenisvolle interacties of gebeurtenissen uit het verleden een hardnekkig karakter kunnen hebben. Waar met behulp van uitdaagtechnieken als de socratische dialoog en gedragsexperimenten doorgaans wel enige twijfel gezaaid kan worden in de houdbaarheid van negatieve gedachten, is het voor cliënten vaak lastig om vervolgens afstand van dergelijke gedachten te doen. De hier beschreven procedure laat zien op welke wijze dit cliënten geleerd kan worden.

Het opgeven van een oude regel

Slachtoffers van ingrijpende gebeurtenissen zijn soms geneigd om cognities uit de gebeurtenis af te leiden die een negatief en absoluut karakter hebben. Zo kan een cognitie als 'De wereld is onveilig' afgeleid worden uit een beroving en kan een slachtoffer van een ramp een cognitie ontwikkelen als 'Ik heb nergens controle over'. Bij het bewerken van dergelijke cognities probeert de therapeut het extreme karakter van de overtuigingen te nuanceren en de disfunctionaliteit ervan aan te tonen. Voorts probeert de therapeut de cliënt meestal te leren om het daar en toen los te koppelen van het hier en nu. Hoewel de cognitie mogelijk geldig was onder de omstandigheden van het daar en toen, is de gedachte in het hier en nu niet langer geldig. In de volgende casus illustreren we dat ook objectief gezien minder ernstige gebeurtenissen de basis kunnen vormen voor extreme regels. Ook in die gevallen is het zinvol de cliënt te laten inzien dat deze regels onder de omstandigheden van toen wellicht geldig waren, maar dat deze dat nu niet langer zijn, en om de cliënt te leren om de oude regel op te geven.

Meneer Van Kesteren, een IT-er van 39 jaar, meldt zich aan met obsessieve klachten. Zo is hij bij het rijden op de snelweg bang dat hij 'in een onbeheerst moment het stuur om zal gooien en anderen schade zal berokkenen'. Dientengevolge rijdt hij kilometers om, via stille provinciale weggetjes, om bij zijn werk te komen. Voorts is hij in sociale situaties bang dat hij rare dingen zal doen of zeggen, bijvoorbeeld dat hij zijn gesprekspartner een klap in het gezicht geeft of in het bijzijn van anderen plotseling hard begint te gillen of schelden. Angst voor controleverlies staat duidelijk centraal in zijn klachten; in diverse situaties vreest hij zijn zelfbeheersing te verliezen en als gevolg daarvan te worden afgekeurd of bestraft. Onder aanmoediging van de therapeut doet meneer Van Kesteren gedragsexperimenten die erop gericht zijn te ervaren dat hij niet zomaar de controle zal verliezen. Zo bezoekt hij een verjaardag – iets wat hij vanwege de aanwezigheid van vreemde mensen eigenlijk erg eng vindt – en probeert hij in bijzijn van zijn vrouw een klein stukje op de snelweg te rijden. Dit alles levert echter weinig effect op.

Wanneer de therapeut nog eens expliciet navraagt wat de eerste herinneringen zijn aan de angst voor controleverlies, blijkt dat deze angst al van kind af aan een grote rol speelt in het leven van meneer Van Kesteren. Hij is opgevoed door strenge ouders. Zijn vader was burgemeester van het dorp en eiste van zijn zoon respectabel gedrag. Zijn motto was: 'Mijn kinderen moeten een voorbeeld zijn voor de andere kinderen uit het dorp en zich te allen tijde keurig gedragen.' Gedrag dat in de ogen van vader ondeugdelijk was, werd onmiddellijk afgestraft. Niet zelden werd meneer Van Kesteren door zijn vader of moeder in het bijzijn van anderen op zijn nummer gezet.

Al pratend legt meneer Van Kesteren een duidelijk verband tussen de situatie van destijds en de angstige momenten van nu: 'De schaamte en angst die ik toen vaak voelde, komt overeen met hoe ik me nu voel in situaties waarin ik denk de controle te verliezen.' De therapeut merkt op dat meneer al van kindsaf leeft met de strenge regel dat hij te allen tijde respectabel gedrag moet vertonen, in het gareel moet blijven en geen afwijkend gedrag mag vertonen, omdat er anders nare dingen gebeuren. Dit maakt begrijpelijk waarom situaties waarin hij vreemde, gênante of fatale dingen zou *kunnen* doen voor hem zo angstaanjagend zijn. De therapeut labelt de regel als 'misleidende regel', die niet thuishoort in het hier en nu en die meneer ten onrechte nog altijd voor waar houdt.

Met dit alles in het achterhoofd zet de therapeut opnieuw enkele gedragsexperimenten op, om te onderzoeken wat er gebeurt als meneer eens niet in het gareel loopt. Meneer Van Kesteren begint met relatief gemakkelijke experimenten, zoals slordig gekleed naar zijn werk gaan en onaardig zijn tegen caissières bij de supermarkt. Dat dit geen nare consequenties heeft of tot bestraffing leidt, vormt het bewijs voor de ongeldigheid van de regel. Later worden ook moeilijkere experimenten opgezet en meneer Van Kesteren ervaart telkens weer dat de oude regel in het hier en nu inderdaad geen hout meer snijdt. Aangezien de preoccupatie met 'dingen fout kunnen doen' steeds verder afneemt, durft hij het uiteindelijk ook aan om weer op de snelweg te rijden.

Uiteindelijk werd duidelijk waarom de gedragsexperimenten in de behandeling van meneer Van Kesteren aanvankelijk maar weinig effect sorteerden. Immers, bij het opzoeken van sociale situaties ervoer hij weliswaar dat hij niet begon te schelden of

slaan, maar de mogelijkheid dat hij wellicht toch de controle zou verliezen bleef intrinsiek aversief. Pas toen hij inzag dat hij nog altijd leefde naar de oude regels van vader en dat hij de keuze kon maken om zich daar niet langer aan te houden, veranderde de emotionele lading van het mogelijke controleverlies zodanig, dat hij van de gedragsexperimenten kon gaan profiteren.

Schrijfoopdrachten

Binnen de directieve therapie is therapeutisch schrijven van oudsher een veelgebruikte techniek om verlies- en traumaverwerkingsproblematiek te behandelen (De Keijser, Boelen, & Van den Bout, 1998; Lange, 2000). Varianten van therapeutisch schrijven zijn de 'drie-brievenmethode', de therapeutische brief en de gestructureerde schrijfoopdracht. De drie-brievenmethode (Hoogduin, 1980) is in het bijzonder geschikt voor cliënten die geplaagd worden door ambivalente gevoelens jegens een bepaald persoon, zoals een overleden dierbare. Bij deze interventie schrijven cliënten drie losse brieven: één brief waarin zij positieve gevoelens en herinneringen over die persoon uiteenzetten, één brief waarin zij negatieve gevoelens (verwijten, boosheid) noteren en ten slotte een brief waarin zij beide brieven tot een evenwichtig geheel integreren. De therapeutische brief is een variant op de drie-brievenmethode. Cliënten zetten in één brief alle onuitgesproken gevoelens jegens een bepaald persoon uiteen. Het gebruik van deze interventie is onder meer zinvol wanneer cliënten met gevoelens en gedachten worstelen die zij niet in de richting van de betreffende persoon kunnen of durven uitspreken. Bij een gestructureerde schrijfoopdracht schrijven cliënten alle gedachten, herinneringen en gevoelens over een traumatische of anderszins aangrijpende gebeurtenis op. De rationale hiervan is dat cliënten in de gelegenheid worden gesteld om zich in hun eigen tempo bloot te stellen aan hetgeen zij hebben meegemaakt, zodat verwerking van de gebeurtenis kan plaatsvinden.

Verschillende instructies kunnen bij een dergelijke opdracht worden gegeven. In de *cognitive processing therapy* voor slachtoffers van verkrachting, vragen Resick en Schnicke (1992) hun cliënten om een gedetailleerde beschrijving te geven van de verkrachting, inclusief sensorische gewaarwordingen, gevoelens en gedachten die zij hebben ervaren. Er kan ook gekozen worden voor een open opdracht, waarbij de therapeut de cliënt minder nadrukkelijk in een bepaalde richting stuurt.

Hierna geven we een voorbeeld van de drie-brievenmethode.

Mevrouw De Wit is 62 jaar. Vier jaar geleden heeft haar man haar, zoals zij zegt, 'ingeruild' voor een jongere vrouw. Mevrouw ervaart ambivalente gevoelens: enerzijds mist zij haar man en anderzijds is zij woedend en vastberaden vergeldingsacties op touw te zetten. Mevrouw De Wit vindt het moeilijk om haar gevoelens toe te laten. De boosheid is zo hevig dat zij er soms bang voor is. Ook schaamt zij zich voor deze gevoelens, omdat zij vindt dat zo'n enorme woede niet bij haar past. Het gemis en verlangen stopt zij weg, omdat zij meent dat deze gevoelens volslagen ongepast zijn, gezien hetgeen haar man haar heeft aangedaan. De therapeut geeft mevrouw de opdracht om twee aparte brieven aan haar man te schrijven: een brief waarin zij al haar boosheid uiteenzet en een brief waarin zij haar positieve gevoelens jegens haar man verwoordt. Om te zorgen dat mevrouw niet wordt gehinderd door allerlei regels, zegt de therapeut dat beide brieven door niemand zullen worden gelezen en dat het niet de bedoeling is ze op te sturen.

In de volgende sessie geeft mevrouw De Wit aan dat het erg geholpen heeft om alles van zich af te schrijven. Ze heeft haar tegenstrijdige gevoelens en gedachten geordend en vooral geleerd dat deze gevoelens best naast elkaar kunnen bestaan: enerzijds heeft zij alle redenen om boos te zijn, anderzijds is het begrijpelijk dat zij haar man en alles wat zij met hem heeft gedeeld, mist.

Nadat de beide brieven in de ogen van mevrouw De Wit voldoende zijn uitgewerkt, krijgt zij de opdracht de brieven te integreren tot één brief. Hierin dient zij de belangrijkste punten uit beide brieven tot een evenwichtig geheel samen te voegen. Mevrouw komt de volgende sessie met een brief, die in haar beleving zo goed is dat zij besluit om hem, ook al is de opdracht daarvoor niet bedoeld, aan haar ex-man te sturen. Nu de intensiteit van haar gevoelens is bedaard en zij zich, zoals zij zegt, realiseert dat zij recht heeft op haar boosheid en haar gemis, vindt zij dat haar ex-man wel mag weten hoe zij zich voelt.

Schrijfopdrachten stellen cliënten in de gelegenheid om 'de verschillende facetten van de schokkende gebeurtenis stelselmatig onder de loep te nemen en zich bloot te stellen aan bijbehorende emoties' (Schoutrop et al., 1995, p. 113). Voorts helpen schrijfopdrachten bij het ordenen van al dan niet disfunctionele gedachten over de gebeurtenis die, indien nodig, later in de therapie bewerkt kunnen worden (Schoutrop & Lange, 1997). Schrijfopdrachten kunnen bovendien betrokken worden bij een (afscheids)ritueel, waarmee de periode waarin de ingrijpende gebeurtenis het leven heeft beheerst, op symbolische wijze kan worden afgesloten (Van der Hart & Boelen, 2001).

Imaginatie met rescripting

Imaginatie met rescripting is, evenals de stoelentechniek, een experiëntiële interventie. Kenmerkend voor dit type interventie is dat andere perspectieven worden aangeboden op belangrijke gebeurtenissen uit het leven van de cliënt die met de actuele problematiek samenhangen, en dat nieuwe emoties met deze gebeurtenissen worden geassocieerd (Arntz & Weertman, 1999). Bij imaginatie met rescripting wordt de herinnering aan een traumatische of anderszins aangrijpende gebeurtenis opgehaald, waarna het verloop van de gebeurtenis in de verbeelding wordt bijgesteld (Arntz & Weertman, 1999;

Smucker, Dancu, Foa, & Niederee, 1995). Bij de toepassing van deze techniek in de behandeling van chronische PTSS en persoonlijkheidsstoornissen gebruikt men vaak herinneringen aan ingrijpende gebeurtenissen uit de kindertijd. Hierbij worden de volgende drie stappen onderscheiden (zie Arntz & Weertman, 1999 en Van den Bout, Boelen, & Arntz, 1999 voor een uitwerking). Bij de eerste stap dient de cliënt de gebeurtenis die aan de basis heeft gestaan van de disfunctionele schema's, voor de geest te halen. Hierbij kan het gaan om de herinnering aan een problematische interactie met een van de ouders, of om een traumatische gebeurtenis. Bij de tweede stap gaat de cliënt vanuit het hier en nu naar de verbeelde scène kijken. Voorts onderzoekt de cliënt op welke wijze hij zichzelf zou kunnen helpen. De cliënt verlost zichzelf daarna in het daar en toen van de situatie, bijvoorbeeld door de dader te verdrijven, en zichzelf te geven wat hij (in de situatie zoals die heeft plaatsgevonden) nodig heeft, bijvoorbeeld steun of troost. Bij de laatste stap dient de cliënt de situatie wederom vanuit het perspectief van het daar en toen te beleven, maar nu inclusief de interventie van zichzelf vanuit het hier en nu. De cliënt vertelt wat het betekent om geholpen en gesteund te worden en welke gevoelens en gedachten hij daarbij beleeft.

Hoewel imaginatie met rescripting vooral wordt toegepast wanneer de actuele problemen samenhangen met gebeurtenissen uit de kindertijd (vergelijk Smucker et al., 1995), kan deze interventie ook nuttig zijn als de problemen worden gevoed door een recente, interpersoonlijke gebeurtenis, waarbij de cliënt zich niet goed heeft kunnen verweren.

Mevrouw Van Vliet is een vriendelijke, licht histrionische vrouw van 46 jaar. In de nasleep van het overlijden van haar man, tien jaar geleden, heeft zij diverse spanningsgerelateerde pijnklachten ontwikkeld. Ook heeft zij last gekregen van somberheid en angstklachten. Mevrouw acht zichzelf vanwege haar klachten niet in staat om te werken. De sociale dienst, waar mevrouw al geruime tijd een beroep op doet, denkt daar heel anders over. Al meerdere keren heeft mevrouw zoals zij zegt 'zeer vernederende gesprekken' gehad met mensen van de sociale dienst, die haar en haar klachten 'helemaal niet serieus nemen' en haar herhaaldelijk met klem hebben verzocht werk te zoeken. Een van die bewuste gesprekken waarin mevrouw zoals zij zegt 'uitgekafferd' en 'vernederd' is, keert regelmatig terug in de herinnering van mevrouw. De herinneringen aan dat gesprek vormen een sterke bevestiging voor de overtuigingen dat haar 'enorm veel onrecht' wordt aangedaan en dat 'haar bestaansrecht haar ontnomen wordt'.

Omdat de gebeurtenis zo duidelijk geassocieerd is met disfunctionele overtuigingen als 'Ik mag er niet zijn' en 'Ik ben niet meer in staat te vechten', besluit de therapeut gebruik te maken van imaginatie met rescripting. Hij introduceert de techniek als een verbeeldingsoefening.

Allereerst wordt mevrouw gevraagd de herinnering aan het bewuste gesprek zo goed mogelijk op te halen. Dat lukt goed; mevrouw geeft aan dat zij zich onder druk gezet voelt en dat zij angstig is. Ze 'kan geen kant op', 'slaat dicht' en voelt zich verdrietig. De therapeut vraagt mevrouw vervolgens om zich voor te stellen dat zij de situatie betreedt vanuit het hier en nu; hij vraagt daarbij wat ze ziet, hoe ze zich voelt en wat ze zou willen doen om zichzelf in de situatie te helpen. Mevrouw geeft aan dat ze de vrouw van de sociale dienst zou willen verzoeken om weg te gaan. Ook wil ze zichzelf steunen en moed inpraten. De therapeut nodigt mevrouw uit dit te doen. Hij moedigt haar aan om de vrouw weg te sturen en zichzelf te steunen. Dit lukt goed: mevrouw Van Vliet stuurt de vrouw weg en spreekt zichzelf toe. Ze zegt dat ze zich niet op haar kop moet laten zitten door dat nare mens en dat ze zich niet zo door haar moet laten behandelen. Vervolgens vraagt de therapeut mevrouw om de situatie nogmaals voor te stellen vanuit het perspectief van het daar en toen, nu met de hulp van zichzelf uit het hier en nu. Mevrouw Van Vliet ziet hoe de vrouw van de sociale dienst de kamer wordt uitgestuurd en ervaart dat zij zichzelf moed inpraat.

Bij de nabespreking zegt mevrouw dat zij zich met het inbeelden van de situatie weer net zo vernederd en verdrietig voelde als toen. Dat zij in staat was om de vrouw van de sociale dienst ferm tegen te spreken, geeft haar een gevoel van kracht. Over de derde ronde, waarin zij de hulp onderging, zegt mevrouw dat het onwennig maar prettig voelde om gesteund te worden.

Dat de herinneringen aan het gesprek bij de sociale dienst zich regelmatig manifesteerden in nachtmerries en voeding gaven aan de disfunctionele schema's van mevrouw Van Vliet, leidde tot de overweging om deze herinneringen te bewerken. De ervaring zich weerbaar op te stellen in de situatie gaf een duidelijk andere richting aan de beleving van de herinnering, die tot dusver louter met gevoelens van machteloosheid gepaard ging. Voorts was de ervaring zichzelf te steunen en bemoedigend toe te spreken

iets wat mevrouw nog niet eerder ervaren had en wat haar sterkte in de gedachte dat zij wel degelijk bestaansrecht heeft.

Stoelentechniek

De stoelentechniek is met name zinvol wanneer cliënten gehinderd worden door klachten die (mede) hun oorsprong hebben in betekenisvolle interpersoonlijke gebeurtenissen. Bij deze interventie wordt een interactie opgezet tussen de cliënt zoals deze de ingrijpende gebeurtenis heeft beleefd, de cliënt zoals deze nu tegen de gebeurtenis aankijkt en de belangrijke ander die bij de gebeurtenis betrokken was (Arntz & Kuipers, 1998). Deze interactie wordt in verschillende rondes uitgespeeld, waarbij men doorgaans de volgende opzet aanhoudt. In de eerste ronde speelt de cliënt zichzelf ten tijde van de interactie met de ander, terwijl de therapeut de rol van de ander op zich neemt. In de tweede ronde zijn de rollen omgedraaid; de therapeut speelt de rol aan van de cliënt, terwijl de cliënt zich zo goed mogelijk in de ander inleeft. Na deze rolwisseling wordt besproken wat de cliënt vindt van de reacties van zichzelf en de ander. Wanneer hierbij naar voren komt dat de reactie van de ander ongepast was, gaat de cliënt dit in de laatste ronde aan die ander duidelijk maken. Maar soms blijkt uit de rolwisseling dat de cliënt zelf niet adequaat heeft gereageerd of gehandeld in de situatie. Dan kan hij in de laatste ronde oefenen met een adequatere reactie.

Stefanie is 32 jaar. Zij heeft last van depressiviteit en gevoelens van minderwaardigheid. Stefanie heeft al eerder in haar leven depressieve episodes gehad. Diverse gebeurtenissen in de werksituatie, waaronder een conflict met een collega en kritiek van haar leidinggevende, vormen de aanleiding voor de huidige episode.

Na enkele therapie sessies is duidelijk geworden dat Stefanie de overtuiging 'Ik ben minderwaardig' al haar hele leven met zich meedraagt. De oorsprong hiervan is snel opgespoord: in haar jeugd heeft de moeder van Stefanie haar regelmatig verteld dat zij 'niets waard' was en dat het 'nooit wat met haar zou worden'. Ondanks dat het best goed is gekomen met haar, plukt zij daarvan bij tijd en wijle nog de wrange vruchten. Om het maladaptieve schema te ontcrachten, stelt de therapeut voor een rollenspel te doen. Stefanie beschrijft een moment waarin haar moeder haar als minderwaardig behandelde. Ze kiest het moment dat zij als twaalfjarig meisje uit school komt met een goed rapport, dit vol trots aan haar moeder laat zien, maar slechts negatieve en afwijzende reacties van moeder ontvangt.

In verschillende rondes wordt deze situatie uitgespeeld. Stefanie speelt eerst zichzelf, lettend op de gevoelens en gedachten die zij in de situatie die heeft plaatsgevonden, heeft ervaren. De therapeut neemt hierbij de rol op zich van moeder, na uitgebreid geïnformeerd te zijn over hetgeen moeder precies zei en deed. In de tweede ronde wisselen zij van rol; Stefanie speelt moeder en de therapeut speelt Stefanie. In haar rol van moeder spreekt Stefanie krachtig de kleine Stefanie toe als zij met het rapport thuis komt.

Na deze ronde bespreken zij wat Stefanie in het hier en nu vindt van de reactie van haar moeder. Stefanie geeft aan dat het haar woedend maakt en dat moeder haar kind 'iets verschrikkelijks' heeft aangedaan door dergelijke dingen te zeggen. De therapeut moedigt haar vervolgens aan om dit ook werkelijk tegen haar moeder te zeggen, waarbij de therapeut de rol van moeder op zich neemt. Stefanie huivert en begint te huilen. Maar uiteindelijk is zij in staat om haar moeder te vertellen hoe slecht zij haar kind heeft behandeld en wat zij haar heeft aangedaan, door voortdurend te zeggen dat het niets met haar zou worden.

In latere sessies spelen de therapeut en Stefanie verschillende rollenspelen. Stefanie oefent om zich weerbaar op te stellen in de interactie met haar moeder destijds, en in het contact met de collega waarmee zij momenteel een conflict heeft. Niet alleen in de verbeelde interacties uit het daar en toen, maar ook in actuele situaties lukt het haar uiteindelijk om zich krachtig en assertief op te stellen.

Bij Stefanie vormden enkele uitspraken van moeder uit een ver verleden nog altijd de grondslag voor een idee van minderwaardigheid. Omdat de oorsprong van het negatieve zelfschema eenvoudig te herleiden was tot de interactie met moeder, koos de therapeut voor de stoelentechniek. De casus illustreert dat het zinvol is om de absolute geldigheid van negatieve zelfschema's van cliënten te ontcrachten, door aan te tonen dat de oorsprong van deze schema's niet ligt in aangeboren slechtheid, minderwaardigheid of waardoeloesheid, maar in hetgeen sleutelfiguren hun hebben aangedaan en aangepraat.

Hoewel Stefanie in staat was de boosheid jegens haar moeder uit te spreken, kan dit soms een te moeilijke of te confronterende stap zijn. In die gevallen kan een extra ronde worden ingelast, waarbij de therapeut voordoet hoe 'de ander' op zijn of haar plaats wordt gezet. Wel is het van belang dat de cliënt uiteindelijk zelf in staat is om de bestraffende, of onrechtvaardige ander terecht te wijzen. Alleen op die manier immers kan de hulpeloosheid en machteloosheid, geassocieerd met de oorspronkelijke interactie, plaatsmaken voor kracht en controle (Edwards, 1990).

Counterconditionering

Counterconditionering is erop gericht de herhaaldelijke beleving van negatieve gevoelens, gedachten of herinneringen, gekoppeld aan een nare gebeurtenis tegen te gaan (Korrelboom & Kernkamp, 1993; Korrelboom & Ten Broeke, 1998). Iemand die als gevolg van bijvoorbeeld een beroving regelmatig het gevoel heeft zwak of waardeloos te zijn, kan leren een krachtig gevoel te activeren op het moment dat de negatieve gevoelens opkomen. Evenzo kan iemand die telkens opdringende beelden ziet van een overleden dierbare die onder nare omstandigheden om het leven is gekomen, met behulp van counterconditionering leren om doelgericht minder emotioneel beladen herinneringen op te halen (Boelen & Van den Bout, 1999). In het eerste voorbeeld ligt de nadruk op leren tegengaan van een onaangename *emotionele beleving*, terwijl in het tweede voorbeeld de nadruk ligt op het tegenwicht bieden aan een nare *imaginaire gewaarwording*.

De procedure van deze techniek bestaat uit de volgende stappen (zie Korrelboom & Kernkamp, 1993 en Korrelboom & Ten Broeke, 1998 voor een uitwerking). Allereerst wordt bepaald welk *kernthema* de actuele problemen aanstuurt. Het kernthema kan de representatie omvatten van een concrete gebeurtenis, zoals bij de cliënt wiens dierbare is overleden. Ook kan het kernthema een algemeen gevoel zijn, zoals bij de cliënt die zich steeds zwak en waardeloos voelt. Nadat het kernthema is bepaald, stellen therapeut en cliënt een *incompatibel tegenthema* vast. Zij zoeken naar een positieve herinnering die niet rijmt met de problematische gewaarwordingen die de cliënt ervaart, of een positieve emotionele beleving die onverenigbaar is met het negatieve gevoel. Dan operationaliseert men het tegenthema. Het zoeken is naar manieren waarop de cliënt het tegenthema kan activeren. Het ophalen van een positieve herinnering, het aannemen een bepaalde lichaamshouding en het formuleren van een zin zijn manieren om respectievelijk de stimulus-, respons- en betekenisrepresentatie van het incompatibele thema te activeren. Ten slotte wordt het incompatibele thema geassocieerd met de stimuli die het (aversieve) kernthema activeren.

Joost is een student van 23 jaar met sociaal-fobische klachten. Aanvankelijk lijkt het erop dat sociale situaties de verwachting oproepen dat er iets negatiefs zal gebeuren: een 'sequentieel geconditioneerde angstreactie'. Maar dan blijkt dat Joost in diverse situaties vooral gehinderd wordt door het gevoel dat hij 'er niet bij hoort' en 'minderwaardig' is. Dit gevoel komt Joost bekend voor. Circa tien jaar geleden was hij lid van een voetbalclub. Om diverse redenen kon hij geen aansluiting vinden bij de overige leden van zijn team. Regelmatig zat hij alleen en werd hij gepest wanneer hij een fout had gemaakt tijdens de wedstrijd. Dat Joost nu het gevoel heeft alleen te staan, is gekoppeld aan deze eerdere ervaringen. Hij kan zich vinden in de stelling van de therapeut dat hij in het hier en nu oude gevoelens van 'er niet bij horen' en 'minderwaardig zijn' telkens opnieuw beleeft.

De therapeut stelt counterconditionering voor en hij legt de basisprincipes van deze techniek uit. Als incompatibel thema voor 'er niet bij horen – minderwaardigheid' kiezen zij voor het thema 'belangrijk zijn – trots'.

Om het tegenthema te activeren, zoeken Joost en de therapeut naar een herinnering aan een moment waarin Joost gevoelens van trots en belangrijk-zijn ervaren heeft, een lichaamshouding waarmee aan het positieve tegenthema vorm kan worden gegeven en een krachtige zin die het tegenthema goed verwoordt. Joost kiest de herinnering aan een moment dat hij voor een groep belangstellenden resultaten van zijn onderzoek presenteerde en waarin hij zich – in tegenstelling tot andere sociale situaties – zelfverzekerd voelde. Tezamen met de therapeut bedenkt Joost vervolgens de lichaamshouding en zin die het incompatibele thema representeren.

De therapeut vraagt Joost om thuis te oefenen met het activeren van het tegenthema. Wanneer hij hiertoe in de volgende sessie goed in staat blijkt te zijn, conditioneren Joost en de therapeut het tegenthema imaginair op sociale situaties waarin Joost de oude gevoelens ervaart. De therapeut vraagt Joost om het tegenthema te activeren op het moment dat hij zich voorstelt in een angstige sociale situatie te zijn. Ten slotte krijgt Joost de opdracht om in de praktijk te oefenen met het ongemerkt activeren van het tegenthema op momenten dat hij in sociale situaties verkeert.

In de behandeling van Joost ging niet direct aandacht uit naar de vervelende gebeurtenissen die hij had meegemaakt. Wel leerde hij om tegenwicht te geven aan de herinneringen, gedachten en gevoelens die na de periode bij de voetbalclub waren blijven hangen en die hem nog altijd parten speelden in sociale situaties. Voorts werd getracht om het repertoire van gevoelens die Joost in sociale situaties doorgaans ervoer uit te breiden met positieve gevoelens, waarover hij op grond van eigen ervaringen kon beschikken.

Beschouwing

In dit artikel zijn we kort ingegaan op theoretische perspectieven op het fenomeen 'verwerking'. We beschreven manieren om actuele problemen die samenhangen met onverwerkte gebeurtenissen uit het verleden van de cliënt, te bestrijden. Veel van deze interventies past men toe in de behandeling van problemen die hun oorsprong hebben in ernstige traumatische ervaringen. Wij hebben geïllustreerd dat deze ook waardevol

zijn wanneer de problematiek van cliënten verband houdt met gebeurtenissen die objectief gezien minder ingrijpend zijn.

In diverse casussen is gebleken dat het zinvol is om aandacht te besteden aan bepaalde gebeurtenissen uit het verleden, die een voedingsbron zijn voor actuele problemen. Bij meneer Van Kesteren zagen we dat de overtuiging 'Ik moet in het gareel lopen anders word ik gestraft' te maken had met de strenge regels die hij vroeger van zijn vader had meegekregen. Bij Marjan zagen we dat de gedachte lelijk, lomp en dik te zijn weliswaar in het hier en nu actief was, maar haar oorsprong had in het daar en toen. In beide gevallen bleek het zinvol om de negatieve overtuigingen nadrukkelijk aan oude ervaringen te koppelen. Wanneer de therapeut slechts geprobeerd zou hebben om beide cliënten ervan te overtuigen dat er onder de huidige omstandigheden weinig redenen waren om hun overtuigingen voor waar aan te nemen, hadden de behandelingen mogelijk minder effect gehad.

Marjan en meneer Van Kesteren waren betrekkelijk snel in staat om hun overtuigingen los te laten, toen zij eenmaal inzagen dat deze hun oorsprong hadden in vroegere ervaringen. Bij mevrouw Van Vliet en Stefanie werden andere interventies aangewend om dit te realiseren. Met respectievelijk imaginatie met rescripting en de stoelentechniek werden de betekenisvolle gebeurtenissen die aan hun actuele problemen ten grondslag lagen, in de therapiezitting nagespeeld. Hierbij werden zij aangemoedigd om de gebeurtenissen vanuit een ander perspectief te beleven, dan het perspectief van waaruit zij de gebeurtenis destijds hadden ervaren en om zich anders te gedragen dan zij toentertijd gedaan hadden.

In verschillende casussen lieten we zien dat actuele problemen soms rechtstreekse echo's zijn uit het verleden. Bij Joost was het gevoel 'er niet bij te horen' een restant van oude pesterijen. Met counterconditionering leerde hij om aan dit gevoel tegenwicht te geven. Marjan werd nog altijd geplaagd door commentaar van haar moeder. Toen zij eenmaal door had dat dit het geval was, kon zij na enige oefening afstand nemen van dit commentaar. Bij mevrouw De Wit speelden allerlei verwarrende gevoelens en gedachten, die te maken hadden met het feit dat haar man haar destijds onder nare omstandigheden verlaten had. Met een schrijfpodracht werd zij aangemoedigd om deze gevoelens en gedachten neer te leggen bij haar ex-man, die haar met deze gevoelens en gedachten had opgezadeld.

In de voorbeelden lag sterk de nadruk op het 'ont-schuldigen' van de cliënten. Telkens trachtte de therapeut duidelijk te maken dat niet zozeer zichzelf als wel andere mensen in hun omgeving hun bepaalde dingen hadden aangedaan, waardoor zij in het heden met problemen kampten. Hoewel ont-schuldigen belangrijk is wanneer cliënten nare gebeurtenissen hebben meegemaakt, is het van belang om hen ook te leren zich weerbaar op te stellen op momenten dat zij met vervelende gebeurtenissen geconfronteerd worden en om een actieve rol te nemen in het bestrijden van de eigen problematische gedachten en gevoelens. Cliënten hebben immers altijd een eigen 'emotionele verantwoordelijkheid': uiteindelijk zijn zij zelf verantwoordelijk voor hoe zij zich voelen en gedragen, ondanks dat nare gebeurtenissen of mensen hun problemen gevoed hebben (Walen, DiGiuseppe, Dryden, Kienhorst, Boelen, & Van den Bout, 2001). Waar de hier beschreven fragmenten uit de behandelingen eindigden, gingen de behandelingen dan ook verder met het aanleren van manieren om adequater om te

gaan met actuele problemen (en vervelende mensen) en zich actief te ontdoen van negatieve gevoelens.

Dit artikel is geenszins bedoeld als pleidooi voor 'op maat gesneden behandelingen' waarin *per definitie* aandacht moet zijn voor betekenisvolle gebeurtenissen uit het verleden van de cliënt, of voor vroegkinderlijke ervaringen die in de ogen van de therapeut traumatisch zijn. Wel hebben we geprobeerd aan te tonen dat het zinvol is oog te hebben voor betekenisvolle gebeurtenissen die, geredeneerd vanuit een cognitief perspectief, de bewijslast vormen voor belangrijke disfunctionele cognities, die, geredeneerd vanuit het perspectief van geheugenmodellen, 'onverwerkt' in het langetermijngeheugen zijn opgeslagen en die, in termen van het leertheoretische perspectief, ten grondslag hebben gelegen aan problematische UCS/UCR-representaties. Het bewerken van problematische restanten van betekenisvolle gebeurtenissen uit het verleden dient dan ook veeleer beschouwd te worden als een belangrijke aanvulling op effectief gebleken standaardbehandelingen dan als een vervanging van deze behandelingen.

Abstract

In this article three theoretical perspectives on emotional processing are described. It is argued that these theories are not only relevant for understanding and treating psychological problems related to major life events and traumas, but also for problems which are related to other meaningful events. Furthermore, different interventions are described which can be used in a cognitive behavioural treatment, to treat current problems that are related to meaningful events from the patient's past. Among these interventions are imagery rescripting, role play, and counterconditioning.

Referenties

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of the psychiatric disorders (4th edition)*. Washington DC: APA.
- Arntz, A. (1995). Exposure en de behandeling van posttraumatische stress-stoornis. In C.A.L. Hoogduin, P. Schnabel, W. Vandereycken, K. van der Velden & F.C. Verhulst (red.), *Jaarboek voor Psychiatrie en Psychotherapie 1994-1995*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Arntz, A., & Kuipers, H. (1998). Cognitieve gedragstherapie bij de borderline persoonlijkheidsstoornis. In W. van Tilburg, W. van den Brink & A. Arntz (red.), *Behandelingsstrategieën bij de borderline persoonlijkheidsstoornis*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Arntz, A., & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 715-740.
- Boelen, P.A., & Bout, J. van den (1999). Theorie en behandeling van gecompliceerde rouw vanuit een cognitief-gedragstherapeutisch perspectief: vermijding, emotie en cognitie. *Gedragstherapie*, 32, 239-270.
- Bout, J. van den, Boelen, P.A., & Arntz, A. (1999). Cognitieve therapie bij traumagerelateerde problematiek. In P. Aarts & W. Visser (red.), *Trauma: diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Candel, I., & Merckelbach, H. (2001). Traumatisch herinneringen zijn niet perfect. *De Psycholoog*, 4, 170-174.
- Edwards, D.J.A. (1990). Cognitive therapy and the restructuring of early memories through guided imagery. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 4, 33-5
- Ehlers, A., & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.

- Ehlers, A., Mayou, R.A., & Bryant, R. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 508-519.
- Evers, R.A.F. (1994). Desidentificatie ofwel de weg van het loslaten; een cognitieve strategie. *Gedragstherapie, 27*, 127-144.
- Evers, R.A.F., & Velden, K. van der (1991). Cognitieve interventies bij mensen met waanachtige ideeën. *Directieve Therapie, 11*, 269- 290.
- 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. (1998). *Treating the trauma of rape – Cognitive Behavioral Therapy for PTSD*. New York: Guilford.
- Foa, E.B., Steketee, G., & Rothbaum, B.O. (1989). Behavioral/Cognitive conceptualizations of Post-Traumatic Stress Disorder. *Behavior Therapy, 20*, 155-176.
- Hart, O. van der, & Boelen, P.A. (2001). Rouwtherapie met behulp van therapeutische afscheidsrituelen. In J. van den Bout, P.A. Boelen, J. Enklaar, P. Kievit, M. Klaassen & E. van der Veen (red.), *Handboek Sterven Uitvaart en Rouw*. Maarssen: Elsevier.
- Hoogduin, C.A.L. (1980). De drie brieven. In K. van der Velden (red.), *Directieve therapie 2*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Keijser, J. de, Boelen, P.A., & Bout, J. van den (1998). Schrijfpoddrachten, therapeutische rituelen, systeeminterventies, creatieve therapie en andere interventies. In J. van den Bout, P.A. Boelen & J. de Keijser (red.), *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kindt, M., & Arntz, A. (1999). Cognitieve therapie bij posttraumatische stress-stoornis. In S. Bögels & P. van Oppen (red.), *Cognitieve therapie: theorie en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Korrelboom, K., & Broeke, E. ten (1998). Trauma, geheugen en contraconditionering van de UCS-representatie. *Directieve therapie, 18*, 217-235.
- Korrelboom, K., & Kernkamp, K. (1993). *Gedragstherapie*. Muiderberg: Coutinho.
- Kleber, R.J., & Brom, D. in collaboration with P. Dafaes (1992). *Coping with trauma: theory, treatment and prevention*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Lange, A. (2000). *Gedragsverandering in gezinnen*. (Zevende geheel herziene druk). Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Leskin, G.A., Kaloupek, D.G., & Keane, T.M. (1998). Treatment for traumatic memories: review and recommendations. *Clinical Psychology Review, 18*, 983-1002.
- Resick, P.A., & Schnicke, M.K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(5), 748-756.
- Schoutrop, M.J.A., & Lange, A. (1997). Gestructureerd schrijven over schokkende ervaringen: resultaten en werkzame mechanismen. *Directieve therapie, 17*, 77-96.
- Schoutrop, M.J.A., Lange, A., Duurland, C., Bermond, B., Sporry, A., & Goederen, A. de (1995). De resultaten van schrijfpoddrachten bij het verwerken van negatieve ervaringen. *Directieve therapie, 15*, 113-124.
- Smucker, M.R., Dancu, C., Foa, E.B., & Niederee, J.L. (1995). Imagery rescripting: a new treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from posttraumatic stress. *Journal of Cognitive Psychotherapy, An International Quarterly, 9*(1), 3-17.
- Steil, R., & Ehlers, A. (2000). Dysfunctional meaning of posttraumatic intrusions in chronic PTSD. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 537-558.
- Van der Kolk, B.A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress, 8*, 505-525.
- Walen, S.R., DiGiuseppe, R., Dryden, W., i.s.m. Kienhorst, I., Boelen, P.A., & Bout, J. van den (2001). *Theorie en praktijk van de Rationeel-Emotieve Therapie*. Maarssen: Elsevier.
- Weaver, T.L., & Clum, G.A. (1993). Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(6), 1068-1075.
- Wegner, D.M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts. Suppression, obsession, and the psychology of mental control*. New York: Viking Press.