



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

De aanpak van onverwerkte trauma's met behulp van eenmalige imaginaire exposure tijdens een therapie cursus

een kwalitatieve studie

Niels Kakes en Alfred Lange *

* Onze dank gaat uit naar David van Vliet. Hij voerde samen met de eerste auteur het onderhavige onderzoek uit.

samenvatting

Dit artikel beschrijft een retrospectief follow-up onderzoek bij twaalf personen die in de periode tussen 1995-2003 als deelnemer aan een cursus Relatie- en Gezinstherapie aan de UvA een demonstratiebehandeling hadden ondergaan van een single-session imaginaire exposure. De setting en de behandelvorm worden beschreven en toegelicht aan de hand van één uitgebreide casus, voorzien van een nawoord door de cliënt zelf. We voerden het onderzoek uit met behulp van een gestructureerd, mondeling afgenomen interview. De vragen hadden onder meer betrekking op de ervaringen van de deelnemers met de verschillende onderdelen van de sessie en op hun gevoel over de lange-termijngevolgen. De deelnemers bleken overwegend positief over de 'behandeling', hadden geen last gehad van de 'cursussetting', integendeel, en vonden dat zij erop waren vooruitgegaan.

Inleiding

Het meemaken van een schokkende gebeurtenis kan leiden tot Posttraumatische Stress (PTS). Bij sommigen worden de klachten chronisch. Ze bezorgen steeds weer leed en ongemak en bemoeilijken het dagelijks functioneren. De klachten die hierbij horen kan men onderverdelen in drie categorieën: ongewenste herbelevingen van bepaalde aspecten van de gebeurtenis (intrusies); vermijding van situaties en stimuli die aan de traumatische gebeurtenis doen herinneren; en chronisch verhoogde *arousal* of juist emotionele afvlakking (*numbing*). Als de klachten boven een bepaald niveau komen, spreekt men van posttraumatische stress-stoornis (PTSS).

Twee mechanismen zijn cruciaal gebleken voor het verminderen van posttraumatische stressklachten: a) habituatie van aan trauma gerelateerde, angstopwekkende prikkels (Jaycox, Foa & Morral, 1998); en b) cognitieve herwaardering van de traumatische

* NIELS KAKES was uitvoerder van het onderzoek in het kader van zijn doctoraalprogramma klinische psychologie aan de Universiteit van Amsterdam (UVA)ALFRED LANGE is als hoogleraar verbonden aan de programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam. Correspondentieadres: Roetersstraat 15, 1018 WB Amsterdam. E-mail: a.lange@uva.nl
ALFRED LANGE is als hoogleraar verbonden aan de programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam. Correspondentieadres: Roetersstraat 15, 1018 WB Amsterdam. E-mail: a.lange@uva.nl

ervaring en de nasleep daarvan (Ehlers & Clark, 2000). Habituatie bereikt men meestal door imaginaire exposure aan de meest angstopwekkende gedachten en beelden. Er zijn verschillende methoden beschikbaar om cliënten te helpen deze confrontatie met de traumatische herinneringen aan te gaan. Twee methoden die veel werden onderzocht, zijn imaginaire exposure (IE) en gestructureerde schrijfopdrachten (Lange et al., 2003). Cognitieve herwaardering kan worden bereikt door tijdens een behandeling disfunctionele gedachten uit te dagen en cliënten te stimuleren de betekenis van de gebeurtenis, en de nasleep daarvan, opnieuw te interpreteren. Dit kan men zelfs laten volgen door het integreren van deze alternatieve interpretaties in een tweede imaginaire beleving, waarbij de afloop, psychologisch gezien, een ander karakter heeft; een techniek die ook wel *rescripting* wordt genoemd (Arntz & Weertman, 1999; Ehlers & Clark, 2000). De effectiviteit van behandeling door middel van exposure en cognitieve therapie wordt door meerdere onderzoeken bevestigd (Emmelkamp, 2004).

In een recent uitgevoerde review, waarbij men het onderzoek naar behandelmethoden van PTSS beoordeelde aan de hand van vooropgestelde standaarden, kreeg cognitieve-gedragstherapie de hoogste waardering. Van de technieken die onder die noemer vallen, kregen exposure en cognitieve therapie allebei hoge waarderingen, waarbij exposure als beste uit de bus kwam (Foa, Keane, & Friedman, 2003). Exposurebehandelingen met behulp van imaginaire exposure beslaan meestal meerdere sessies. Echter, een eenmalige imaginaire exposure kan ook positieve effecten hebben. Lange en Van de Kerkhoff (2001) geven hiervan een voorbeeld. Ze beschrijven een vrouw die een ernstig verkeersongeval had meegemaakt, waar zij nog veel hinder van ondervond in de vorm van intrusies en vermijding. De behandeling vond plaats in een speciale setting. De cliënte was deelnemer aan een therapie cursus waar een demonstratie van een imaginaire exposure op het programma stond. De andere deelnemers aan de cursus waren in de ruimte aanwezig. Van tevoren was afgesproken dat er slechts één sessie zou zijn, hoewel er zo nodig wel mogelijkheden waren voor nazorg. De behandeling was succesvol. Voor meer details verwijzen wij naar het betreffende artikel, waarin de tweede auteur als cliënte een persoonlijke nabeschuiving geeft. En passant gaf die publicatie ook steun aan Boudewyns en Hyer (1996), die hadden aangetoond dat bij *eye movement desensitization* niet de oogbewegingen van belang zijn (De Jongh & Ten Broeke, 2001), maar de geleide herbeleving van de traumatische ervaring, het focussen op het meest pijnlijke moment en het vervangen daarvan door een krachtig positief beeld.

De door Lange en Van de Kerkhoff (2001) beschreven 'one session imaginary exposure' was er een uit een reeks in de periode van 1995 tot 2003. In het onderhavige artikel doen we verslag van een onderzoek naar de ervaringen die al deze cursisten annex cliënten hebben gehad met deze IE's die door de tweede auteur zijn gegeven. Eén casus geven we bij wijze van illustratie uitgebreid weer. De cliënte voorziet deze van een nabeschuiving. Het onderzoek is exploratief van aard. We wilden weten hoe de deelnemers, terugblikkend, verschillende elementen van de IE hadden ervaren. Wat vonden zij van de omstandigheden? Wat waren voor hun belangrijke momenten of elementen in de behandeling? Hebben zij achteraf het gevoel dat het hen heeft geholpen en hoe denken zij nu over hun deelname? In het kort: zijn er aanwijzingen dat een IE ook in één sessie zinvol kan zijn, onder omstandigheden die afwijken van de standaard een-op-een-(cliënt-therapeut)relatie?

Methode

Deelnemers en procedure

Dit onderzoek was gericht op de veertien cursisten die zich tussen 1995 en 2003 tijdens de cursus Relatie- & Gezinstherapie van de programmagroep Klinische Psychologie van de UvA hadden aangemeld (uiteraard vrijwillig) om een IE te ondergaan, in verband met klachten die zij ondervonden van traumatische gebeurtenissen in het verleden. Van twee van hen konden we de adressen niet meer traceren. Eén persoon weigerde om mee te doen. In totaal deden elf personen mee aan het onderzoek, negen vrouwen en twee mannen. De leeftijd van de deelnemers varieerde ten tijde van het onderzoek van 22 tot 40 jaar, met een gemiddelde van 30 jaar ($SD = 5,7$). Het aantal jaren verstreken tussen de IE en de afname van het interview varieerde van 1 tot 7 jaar, met een gemiddelde van 3 jaar ($SD = 2,1$). De onderwerpen die de deelnemers inbrachten waren divers. Bij negen van hen ging het duidelijk om klachten in verband met onverwerkte, pijnlijke dan wel traumatische gebeurtenissen, bij twee (de personen j en k in tabel 1) ging het vooral om angstklachten.

Tabel 1 Korte omschrijving van de klachten van deelnemers.

a	Plotseling overlijden vader, angst dat kinderen iets overkomt
b	Verleden met chronisch zieke zus
c	In café met glas in gezicht gestoken
d	Verleden met ruziënde, agressieve ouders
e	Verdronken jeugd vriendje
f	Auto-ongeluk, obsessieve catastrofale gedachten
g	Mishandeld in de trein
h	Verlies van geliefd paard
i	Onverwerkte rouw na overlijden van vader
j	Angst voor vissen
k	Paniek aanvallen en angst daarvoor

* Deelnemers konden meerdere redenen voor deelname opgeven. ** Eén deelnemer zei geen klachten te hebben voor de behandeling.

Procedure tijdens het onderzoek

We onderwiepen de deelnemers aan een semi-gestructureerd interview dat voor dit onderzoek was ontwikkeld. De deelnemers antwoordden op vragen naar hun ervaringen, de voor hun belangrijke elementen van de behandeling en het effect dat de behandeling op hen had gehad. Er waren van de deelnemers geen objectieve gegevens over hun psychisch functioneren van vóór de behandeling beschikbaar. Het had derhalve weinig zin hun functioneren na afloop door middel van gestandaardiseerde vragenlijsten te meten. Een eventuele verandering zouden we immers toch niet hebben kunnen nagaan. Om die reden richtten we ons in het interview op de *subjectieve effectiviteit*; de vraag in hoeverre deelnemers zelf vonden dat ze vooruit waren gegaan en in welke mate ze dit toeschreven aan de behandeling. Het inventariseren van de redenen voor deelname, klachten en verwachtingen van de deelnemers gebeurde om dezelfde reden retrospectief.

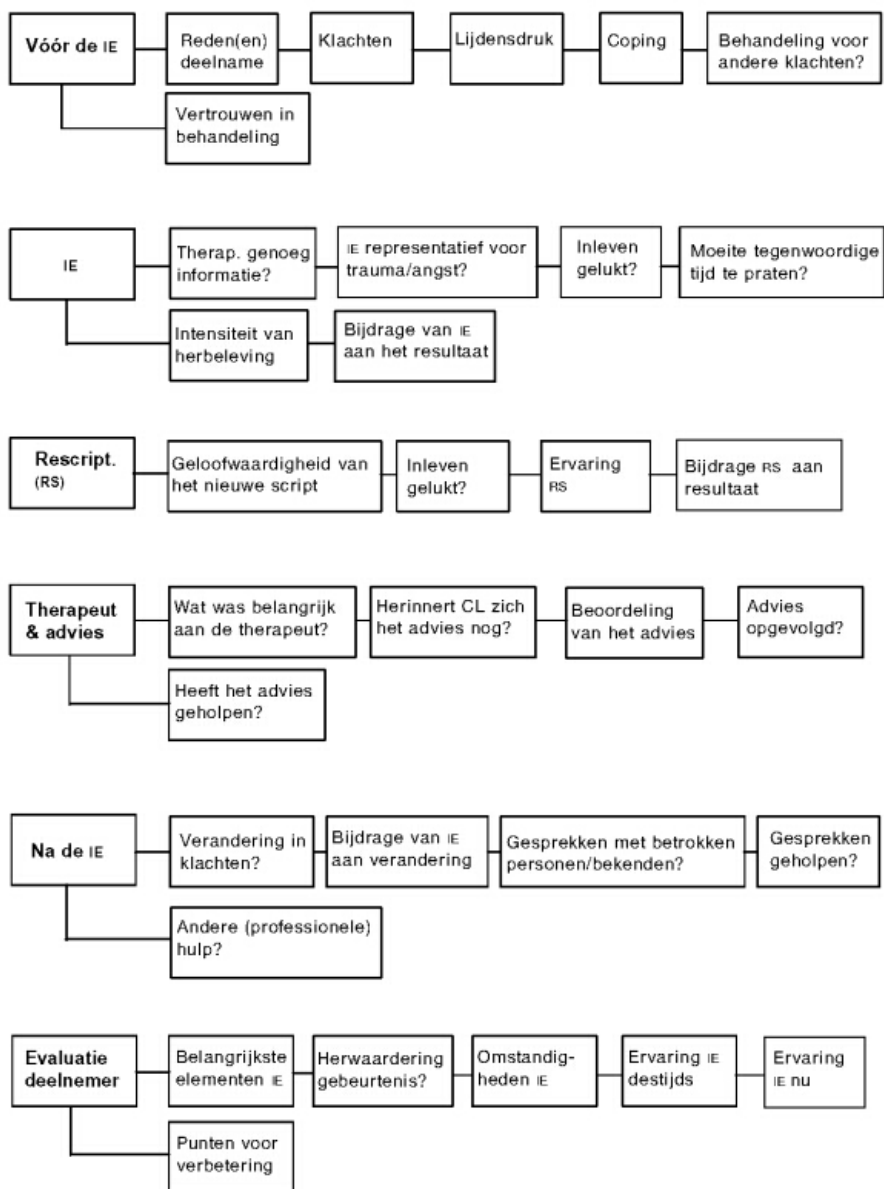
Het interview bevatte voor het merendeel vragen met geprecodeerde antwoordmogelijkheden, teneinde vergelijkingen tussen de deelnemers mogelijk te

maken. We wilden onderzoeken of er verbanden waren tussen gebeurtenissen tijdens de IE en de beleving van het resultaat. Naast deze items waren er open vragen waarin de respondenten toelichtingen konden geven. Evenals de imaginaire-exposuresessies zijn alle interviews op video opgenomen.

Het interview

Het interview bestond uit 34 vragen. De meeste items (14) werden gescoord op een vijfpuntsschaal, acht items op een vierpuntsschaal. De scores drukten steeds de ervaring uit die de deelnemers met het onderwerp van de vraag hadden gehad. Hoe hoger de score, hoe positiever of belangrijker de ervaring. Bij zes items waren er meerdere antwoorden mogelijk en twee items werden dichotoom gescoord. Er waren ook vier open vragen. Alle vragen boden de deelnemer de mogelijkheid tot toelichting. Vragen over het onderdeel ná de IE, de rescripting (RS), werden tweemaal gesteld als de deelnemer twee verschillende rescriptings had meegemaakt.

Box 1 geeft een overzicht van de belangrijkste onderwerpen die in het interview aan bod kwamen. Over sommige onderwerpen stelden we meerdere vragen.



Box 1 Overzicht van de vragen, gerangschikt per onderwerp, in de volgorde van het interview.

De behandeling

Het zwaartepunt van een imaginaire exposure ligt in het begeleid herbeleven van de traumatische gebeurtenis. De methode is erop gericht te ontdekken wat het meest

pijnlijk en angstopwekkend is in of rond de gebeurtenis. De cliënt wordt geholpen de confrontatie met de meest pijnlijke herinneringen aan de traumatische gebeurtenis aan te gaan, zodat habituatie kan optreden. Dit maakt een IE anders dan de herbelevingen die cliënten spontaan ervaren. De behandeling kan grofweg in drie onderdelen worden verdeeld: voorbespreking, de imaginaire exposure en nabespreking (vgl. Lange, 2000, par. 8.8).

Voorbespreking

Voordat de imaginaire exposure begint, legt de therapeut de procedure uit, waarbij hij vertelt dat de IE in de tegenwoordige tijd zal plaatsvinden. De cliënt gaat terug in de tijd. Maar eerst wordt de volgende informatie over de gebeurtenis verzameld (waarbij de cliënt nog in de verleden tijd mag spreken):

- Een feitelijke beschrijving van de gebeurtenis.
- Staat de gebeurtenis op zichzelf?
- De context van de gebeurtenis, wat eraan is voorafgegaan.
- De nasleep van de gebeurtenis (letsel, rechtsgang, verandering leefomstandigheden).
- De huidige klachten.

Deze informatie heeft de therapeut nodig om het verhaal van de cliënt te volgen en om precies het moment te bepalen waarop de IE gericht zal zijn. Wanneer dat moment is bepaald, vraagt de therapeut naar details van de situatie zoals:

- De plaats waar het gebeurde (als dit binnenshuis is, kan de therapeut bijvoorbeeld ook vragen naar de indeling van het huis en de inrichting).
- Het tijdstip (jaargetijde, maand, dag, hoe laat; hoe preciezer hoe beter).
- De gemoedstoestand van de cliënt voor het gebeurde.
- Betrokken personen, waar die precies waren en wat ze deden.
- Het weer.

Het ophalen van deze details maakt het inleven in de situatie gemakkelijker en vergroot de betrokkenheid in de imaginaire exposure die dan volgt.

De imaginaire exposure

Voor de imaginaire exposure begint, vraagt de therapeut de cliënt om in een ontspannen houding te gaan zitten en de ogen te sluiten. Hij vraagt de cliënt om in verbeelding naar het bewuste moment te gaan en helpt daarbij door de details van de situatie nog eens te noemen, bijvoorbeeld: 'Je bent nu..... (de plaats), het is.... (tijdstip),, je doet... (handeling), je voelt.... (emoties benoemen, zoals angsten en boosheid).

Wanneer de cliënt aangeeft 'terug te zijn', dient deze de gebeurtenis te doorlopen en, in de tegenwoordige tijd, hardop te vertellen wat er gebeurt. De rol van de therapeut is om de confrontatie te richten op de meest pijnlijke elementen waarbij empathie en steun zeer wel mogelijk en ook nodig zijn. De therapeut vraagt bijvoorbeeld:

- ... naar wat er pijnlijk is aan een bepaald aspect van de gebeurtenis;
- ... naar gedachten, gevoelens en lichamelijke sensaties;
- ... om een gedeelte van de gebeurtenis 'terug te halen' wanneer de cliënt er snel aan voorbijgaat.

Als de cliënt laat blijken dat het meest pijnlijke aan bod is geweest, wordt de IE gestopt. Daarna nodigt de therapeut de cliënt uit te vertellen over de ervaringen.

Rescripting

Vaak blijkt uit de voorbespreking en de IE dat cliënten aan de traumatische gebeurtenis cognities of gevoelens hebben overgehouden die hun angst, verdriet of woede instandhouden. Ehlers en Clark (2000) argumenteren dat slachtoffers van geweld vaak de kans overschatten dat de gebeurtenis zich zal herhalen, omdat ze geloven dat ze niet anders *kunnen* handelen in dergelijke situaties. Dergelijke cognities kunnen worden aangepakt aan de hand van technieken uit de cognitieve therapie, zoals uitdagen. Het uitdagen van gedachten vraagt relatief veel tijd en past niet zozeer in een imaginaire-exposuresessie. Men kan alternatieve gedachten of gevoelens ook op een andere, directe manier integreren in de traumatische herinnering (Ehlers & Clark, 2000). Dit kan door een traumatische gebeurtenis imaginair anders te laten eindigen dan in feite is gebeurd, een techniek die rescripting wordt genoemd (Arntz & Weertman, 1999). Rescripting bestaat uit het creëren van een alternatieve afloop voor de gebeurtenis en deze nieuwe afloop volgens dezelfde principes als in het eerste gedeelte van de IE te 'herbeleven'. Lange en Van de Kerkhoff (2001) beschrijven hoe een cliënte de afloop van het traumatische ongeluk imaginair veranderde door haar cognities te wijzigen: in plaats van de angst die zij onmiddellijk na het ongeluk ervoer omdat haar kinderen op de vermorzelde achterbank hadden kunnen zitten, liet de therapeut haar de opluchting ervaren dat de kinderen er niet waren. Later bleek dat dit haar bijzonder had geholpen om haar angst voor autorijden te verminderen.

Nabespreking

De zitting eindigt met een nabespreking met de cliënt en de cursisten. Wanneer er aanknopingspunten voor zijn, adviseert de therapeut de cliënt over wat deze verder zelf nog kan doen aan het verminderen van klachten. Het is bijvoorbeeld mogelijk de videoband die is gemaakt van de zitting, nog eens te bekijken of om gesprekken met betrokkenen aan te gaan. De sessie eindigt als de cliënt heeft verteld hoe hij of zij de IE heeft ervaren.

Setting en gang van zaken van de demonstratiezittingen

De hier onderzochte imaginaire-exposuresessies vonden plaats tijdens het tweede deel van de elfde bijeenkomst van een therapie cursus van veertien weken. De sessies vonden plaats in een grote therapieruimte, die geschikt is voor relatie- en gezinstherapie en voor groepstherapie. Deze ruimte bevat een grote ovale tafel waaraan de therapeut en de cliënt(en) zaten. Tijdens de gehele zitting zaten de cursisten in een halve cirkel achter de cliënt/cursist. De cursisten wordt gevraagd stil te zijn en de behandeling actief te observeren. De privacy van de deelnemer wordt nog eens benadrukt, al hebben de cursisten aan het begin van de cursus een geheimhoudingsverklaring getekend voor alles wat zij zien en alles wat in de cursus aan privé-ervaringen wordt gedeeld.

De therapeut legt aan alle aanwezigen uit wat het 'programma' zal zijn. Hij vertelt dat hij en de 'cliënt' eerst een kort gesprek zullen hebben, dat de imaginaire exposure daarna plaatsvindt, gevolgd door een nabespreking die eventueel gevolgd wordt door een rescripting. Ook vertelt hij dat de cursisten tijdens de nabesprekingen vragen kunnen stellen aan de therapeut of de cliënt, als deze dit wil. De zitting eindigt meestal met het bespreken van de gehele sessie en het vervolg dat de cursist/cliënt eraan kan geven. De therapeut adviseert de deelnemer dan hoe deze verder kan gaan, door

bijvoorbeeld over de gebeurtenis te schrijven of te praten met betrokkenen. Er is altijd mogelijkheid voor nazorg.

De sessies duurden maximaal twee uur. Tabel 2 geeft een overzicht van de duur van de verschillende onderdelen en van de zittingen in totaal.

Tabel 2 Gemiddelde duur standaarddeviatie en range (in minuten) van de zittingen en onderdelen.

Onderdeel	Gemiddelde	SD	Range
Zitting totaal	98	22	47 – 127
Voorbespreking	24	15	3 – 54
Exposure	26	9	15 – 47
Rescripting	11	4	7 – 20

* Deelnemers konden meerdere redenen voor deelname opgeven. ** Eén deelnemer zei geen klachten te hebben voor de behandeling.

Ellen, een jonge vrouw met een zieke zuster

Voorbespreking

De therapeut begint met uitleg aan de cursisten en de cliënt. Het programma komt aan bod en de privacy van de cliënt wordt nog eens benadrukt. Daarna vraagt hij Ellen in het kort uit te leggen wat het probleem is. Ellen vertelt dat haar oudere zus een genetische afwijking heeft en daardoor vaak ernstig ziek is. Haar zuster moest vroeger vaak langdurig naar het ziekenhuis en haar ouders gingen dan mee. Ellen bracht daarom veel tijd door bij haar grootouders. Ze voelde zich daardoor vaak buitengesloten, wat haar boos en verdrietig maakte. Het probleem is sinds kort weer actueel geworden. Haar zus vroeg Ellen of zij een eikel wilde doneren, omdat er een reële kans bestond dat een kind van haarzelf de afwijking zou erven. Ellen wil iedereen gelukkig maken, maar heeft soms het gevoel dat het nooit ophoudt met de offers die van haar worden gevraagd.

Vragen van cursisten

De therapeut onderbreekt de zitting, opdat cursisten vragen kunnen stellen. Ze vragen onder andere naar de relatie tussen Ellen en haar zuster. Deze blijkt goed te zijn. Ook wil iemand weten wat argumenten voor of tegen de donatie zijn.

Aanloop naar de imaginaire exposure

De therapeut vraagt naar de redenen voor en tegen donatie. Ellen vertelt dat het haar zuster en haar ouders enorm blij zou maken als ze het doet. Ze vindt het echter een vervelend idee dat haar kind ergens anders opgroeit. Ook is het verwijderen van de cellen niet zonder risico's. De therapeut vraagt wat het zwaarst weegt. Ellen is bang dat ze er spijt van krijgt als ze ja zegt.

De therapeut geeft zijn visie. Ellen heeft een hoop verdriet en boosheid uit het verleden, maar hij betwijfelt of het verwerken daarvan deze beslissing gemakkelijker zal maken. Ellen zegt dat ze een beslissing wil nemen waar ze achter kan staan en daarvoor het verleden uit de kwestie moet filteren.

Een moment kiezen

De therapeut vraagt Ellen of zij een moment weet dat die periode en haar verdriet typeert. Ellen vertelt over een situatie waarin haar ouders hoorden dat haar zus weer moest worden opgenomen. Zij vertrokken en Ellen moest thuisblijven. De therapeut vraagt op welk moment in die situatie Ellen het meest boos en verdrietig was. Ellen zegt dat er twee momenten zijn: het moment waarop haar vader het hoorde en het moment dat haar ouders en zus vertrokken en zij met haar grootouders achterbleef. De therapeut stelt voor het eerste moment te kiezen. Hij vraagt naar de details van dat moment.

De imaginaire exposure

De therapeut vraagt Ellen om ontspannen te gaan zitten, de ogen te sluiten en zich te concentreren op het moment. Hij praat op rustige toon: 'Je bent tien jaar en je bent aan het lunchen met je ouders. De stemming is vrolijk.' Als Ellen 'daar is', vraagt de therapeut haar om in de tegenwoordige tijd te vertellen wat er gebeurt.

Ellen zit aan tafel met haar ouders. Ze is vrolijk en snijdt figuurtjes in de kaas. Haar moeder vindt het niet goed, maar haar vader kan er wel om lachen. Dan gaat de telefoon. Ellen rent ernaartoe. Ze spelen altijd een spelletje: wie het eerst de telefoon heeft. Haar vader laat haar nu echter niet opnemen. Hij gaat in zijn stoel zitten en Ellen komt erbij. Hij schrikt duidelijk en krijgt tranen in zijn ogen. Ellen wil hem troosten, maar hij laat dat niet toe. De therapeut vraagt wat Ellen denkt en voelt. Ellen snapt niet waarom ze de telefoon niet mag opnemen en is boos dat ze haar vader niet mag troosten.

De therapeut: 'Wat is daar erg aan?'

Ellen is bang dat ze weer weggaat zonder haar. Wat vindt ze daar erg aan? Ellen vindt het vreselijk dat ze alleen achterblijft. De therapeut vraagt Ellen door te gaan.

De vader van Ellen gaat naar haar moeder om te vertellen dat het niet goed is. Dan sluit hij zich in de badkamer op. Ellen wil graag bij hem zijn en probeert van buiten de deur van de badkamer open te maken. Als haar vader dat merkt, roept hij dat Ellen hem met rust moet laten. De therapeut vraagt Ellen wat het pijnlijkst is aan deze situatie. Ze weet het in eerste instantie niet zo goed. Ze vindt het stom dat ze dit zo vervelend vindt. Uiteindelijk zegt ze dat ze het gevoel heeft dat iedereen doet alsof ze niet bestaat. Als de therapeut vraagt of dit de essentie van haar verdriet is bevestigt Ellen dit. De therapeut vraagt haar om langzaam weer terug te komen.

Bespreking van de imaginaire exposure

Ellen vertelt hoe het voor haar was. Ze vertelt dat het stom was om zichzelf zo te horen. Achteraf vindt Ellen het niet leuk dat haar vader zijn emoties niet aan haar liet zien. De therapeut suggereert een vervolg. Hij stelt voor om opnieuw naar de situatie terug te gaan, maar haar vader te laten reageren zoals Ellen dat graag had gewild. Hij vraagt haar of dit kan. Ellen denkt van wel.

Rescripting

Ellen gaat terug naar de situatie. Ze zitten te eten als de telefoon gaat. Nu vertelt Ellen echter dat haar vader niet wegloopt, maar haar op schoot neemt. Hij legt uit wat er aan de hand is en zegt dat Ellen ook mee mag naar het ziekenhuis. De therapeut vraagt hoe Ellen zich nu

voelt. Ellen voelt zich goed. Ze weet wat er aan de hand is en kan nu haar vader troosten. De therapeut laat Ellen rustig weer terugkomen.

Nabespreking

Ellen vertelt dat ze het leuk had gevonden als het echt zo was gegaan. Haar vader had dat op zich wel gekund. Ze vindt het fijn om er op deze manier over te denken. De therapeut doet een suggestie om dit af te sluiten. Ellen zou een brief aan haar vader kunnen schrijven. Ze zegt het een gek idee te vinden om dit zo met haar vader te bespreken, maar zal erover nadenken.

Ten slotte bedankt de therapeut Ellen voor het feit dat ze dit heeft willen doen en hij complimenteert haar met de manier waarop.

Nawoord van Ellen

De imaginaire exposure heeft mij ontzettend veel geholpen. Het heeft mij inzichten gegeven waar ik vooraf niet op had gerekend. In eerste instantie had ik namelijk uitsluitend deelgenomen aan de IE om een keuze te kunnen maken over de eidonatie. Naarmate ik echter aan het vertellen was en de therapeut op de juiste momenten doorvroeg, kwamen tal van gevoelens naar boven waar ik mij nooit echt bewust van was geweest. Het was moeilijk om alles weer her te beleven, maar ik ben heel blij dat ik toch deze stap heb durven nemen. De rescripting heeft mijn boosheid naar mijn vader weggenomen. Ik heb toen zelf een andere afloop gegeven aan het geheel, een afloop die ook zeker in de mogelijkheden van mijn vader ligt als hij toen had geweten wat het allemaal met mij deed. Deze realisatie is tot de dag van vandaag een grote steun voor mij. Nu, een jaar later, ben ik nog steeds erg verrast over het enorme effect van deze eenmalige zitting. Verder wil ik nog aangeven dat de aanwezigheid van de medecursisten mij achteraf een heel fijn en veilig gevoel heeft gegeven. Bij aanvang van de zitting moest ik eerst wennen aan hun aanwezigheid en het feit dat je hele persoonlijke informatie deelt met mensen die je nog maar een paar maanden kent. Door de intensiteit van de cursus hebben we elkaar echter zo goed leren kennen, dat ik deze gedachten na enkele minuten vrijwel vergeten was. Hun aanwezigheid, warme reacties, observaties en suggesties hebben mij erg gesteund. Tot slot wil ik graag nog met allen delen dat kort na de IE alles omtrent de reden van mijn inbreng op zijn plek viel. Mijn zus werd kort daarna vrij onverwacht zelf zwanger. Een mooiere afloop had ik voordat ik aan de IE deelnam nooit kunnen bedenken.

Bevindingen

Symptomen, lijdensdruk, redenen van deelname en oordeel over gang van zaken

Tabel 3 geeft een overzicht van de antwoorden van de deelnemers over de redenen van deelname, klachten voorafgaand aan de behandeling en hoeveel last zij hadden van die klachten. Het merendeel van de deelnemers (63%) had vrij veel last van de klachten. Het overgrote deel (91%) had voorafgaand aan de sessie vrij veel of veel vertrouwen in de effectiviteit van de uit één sessie bestaande behandeling.

Tabel 3 Overzicht van de redenen voor deelname, klachten, lijdensdruk en wat deelnemers zelf deden om van hun klachten af te komen.

Reden deelname	N*	Klachten	N**
Vertrouwen in therapeut	9	Sterke emoties bij terugdenken aan situatie	6
Hulp bij klachten	6	Spanning door plaats en personen etc. die herinneren aan	4
Nieuwsgierigheid	6		
Last van de klachten:	N	Gedaan om klachten te verminderen:	N
Vrij veel last	7	met anderen erover gepraat	9
Weinig last	3	probeerden de gebeurtenis te vergeten	5
Geen last	1	professionele hulp gezocht	1

* Deelnemers konden meerdere redenen voor deelname opgeven. ** Eén deelnemer zei geen klachten te hebben voor de behandeling.

Hoe heeft men de imaginaire exposure ervaren?

Een van de belangrijkste bevindingen van dit onderzoek was dat alle deelnemers de IE destijds positief ($N = 5$) of zelfs heel positief ($N = 6$) hadden ervaren. Als redenen voor dit positieve oordeel noemden zij het verkregen inzicht in hun problematiek en de leerervaring om als cliënt een behandeling te ondergaan. Ook ten tijde van het interview stond iedereen nog positief ($N = 6$) of heel positief ($N = 5$) tegenover de deelname en men gaf aan geen negatieve gevolgen te hebben ervaren. We vroegen de deelnemers expliciet naar punten waar ze ontevreden over waren of die voor verbetering vatbaar waren. Slechts twee deelnemers hadden aanbevelingen ter verbetering. Die hadden betrekking op de rescripting.

De deelnemers waren allemaal van mening dat ze genoeg over hun trauma of angst hadden kunnen vertellen in het voorgesprek. Daarop aansluitend vonden zij dan ook dat het onderwerp van de IE representatief was voor hun ervaringen. Voor alle deelnemers was de confrontatie een intense ervaring. Zeven van hen ervoeren de IE als heel intens, vier als nogal intens. Eén deelnemer licht haar antwoord als volgt toe: 'Ik zat daar gewoon met alle zenuwen en angst, het gierde door mijn keel.' De intensiteit van de herbeleving maakte het voor een aantal deelnemers moeilijk om 'er in te komen'. Zo vonden vier deelnemers het aanvankelijk moeilijk om tijdens de confrontatie in de tegenwoordige tijd te praten. Dat gold ook voor het inleven in de imaginaire situatie. Veel deelnemers gaven aan dat ze over een soort drempel heen moesten, maar dat het daarna bijna vanzelf ging. Dit werd voornamelijk aan de vaardigheden van de therapeut toegeschreven. Op de rol van de therapeut zullen we later ingaan.

Rescripting

De rescripting werd overwegend positief beleefd. Zes van de acht deelnemers die een rescripting ondergingen, ervoeren het inbeelden van de nieuwe afloop positief. Het was de therapeut bij hen goed gelukt om voor de deelnemers een nieuwe afloop te bedenken die bij hen paste en geloofwaardig was. Bij twee deelnemers was dat niet het geval. Hierop komen we later terug.

Wat vond men van de setting?

Zes van de deelnemers (55%) ervoeren de omstandigheden (cursisten als observatoren in de ruimte) als positief, de overigen (45%) neutraal of met gemengde gevoelens. Voor enkele deelnemers was het wel even wennen om voor een groep over zichzelf te vertellen, maar dat gevoel verdween snel tijdens de IE. Deelnemers die een positief oordeel hadden, noemden het delen van hun ervaring en de steun achteraf als redenen

waarom zij de aanwezigheid van medecursisten op prijs stelden. Dat de aanwezigheid van medecursisten de deelnemers niet afleidde, blijkt uit het feit dat slechts twee deelnemers het moeilijk vonden om zich in te leven in het teruggaan naar het traumatische moment. Zij noemden echter andere redenen dan de aanwezigheid van de groep als oorzaak van de moeite met het inleven. Het had meer te maken met de emoties die bovenkwamen. Vier deelnemers hadden moeite met het inleven tijdens de rescripting. Sommigen omdat de nieuw geformuleerde situatie moeilijk voorstelbaar was, anderen omdat ze erg moe waren na de IE.

Belangrijke momenten

We vroegen deelnemers in twee open vragen naar de punten die voor hen het belangrijkste waren geweest en naar wat zij belangrijk vonden aan wat de therapeut deed of zei. Hieruit kwamen de volgende punten naar voren:

- *De houding van de therapeut* (6 deelnemers); de rustige, maar vastberaden houding van de therapeut bleek belangrijk voor het doorbreken van de vermijding die de deelnemers aan het begin van de IE voelden. Zoals een van hen zei: 'Je voelde dat het ging gebeuren.'
- *Het aangaan van de confrontatie met angstige beelden* (4 deelnemers); de deelnemers noemden de confrontatie een belangrijk aspect van de behandeling, vooral omdat ze daardoor inzicht hadden gekregen in hun problematiek. Zo vertelden twee deelnemers dat door het toelaten van emoties tijdens de confrontatie duidelijk was geworden wat voor hen zo pijnlijk was aan de gebeurtenis. Een andere deelnemer vertelde dat de opgerakelde emoties iets opleverden om aan te 'werken'.
- *Steun van de therapeut* (4 deelnemers); steun van de therapeut, in de vorm van concrete, geruuststellende opmerkingen, werd door sommige deelnemers als essentieel beoordeeld.

De beoordeling van het advies achteraf

Bij tien deelnemers leverde de zitting aanknopingspunten voor een advies van de therapeut over hoe verder te gaan. Allen vonden het achteraf een goed advies, vier zelfs een heel goed advies. Allen vonden dat het advies geholpen had, terwijl slechts de helft het advies geheel of gedeeltelijk had opgevolgd (twee geheel, vier gedeeltelijk). De deelnemers die het advies niet hadden opgevolgd, vertelden dat ze het wel als een steun in de rug hadden gevoeld. Dit had hen geholpen. Zij beschouwden het als iets dat ze konden gebruiken mochten ze daar nog behoefte aan hebben.

Alle deelnemers gingen naar aanleiding van de IE gesprekken aan met familie (10), partners (9) of medecursisten (9). Zeven van hen vonden dat dit veel had geholpen.

Rescripting bij een intentioneel trauma

Twee van de acht deelnemers, bij wie de IE was gevolgd door een fase van rescripting, hadden de rescripting als negatief ervaren. Zij ervoeren de 'nieuwe afloop' als ongeloofwaardig. Bij beiden ging het om opzettelijk geweld (intentioneel trauma). De therapeut had gesuggereerd dat de 'keten van geweld' doorbroken zou worden door de deelnemers, vóór het geweld begon, anders te laten reageren. Deze voorstelling bleek niet te werken. De deelnemers probeerden dit gevoel wel op te roepen, maar de daders trokken zich niets aan van de nieuwe reacties en reageerden precies als in de werkelijkheid, met geweld. Bij het formuleren van de nieuwe afloop was de nadruk gelegd op de manier waarop de deelnemers hadden gehandeld. Dit hadden zij als

negatief ervaren, omdat het volgens hen impliceerde dat zij zelf deels schuldig waren aan de gebeurtenis.

In hoeverre zijn de deelnemers veranderd?

De deelnemers vonden allemaal dat het beter met hen ging dan voorafgaand aan de IE. Vijf deelnemers schreven dit volledig toe aan de behandeling, drie voor een groot deel en drie voor een klein deel. Hoe meer tijd er was verstreken tussen de behandeling en het interview, hoe minder sterk de deelnemers het resultaat aan de behandeling toeschreven ($r_s = -.78$, $p > .01$). Allen vonden het gedeelte van de confrontatie van groot belang, en acht van de negen deelnemers die een rescripting hadden ondergaan vonden dat deze ook veel had bijgedragen.

Beschouwing

We kunnen deze publicatie het beste beschouwen als een multiële gevalsbeschrijving met kwalitatieve onderzoeksmethoden. Doordat het om cursisten ging en niet om cliënten, waren er geen voormetingen beschikbaar. De effecten konden dus niet hard worden gedocumenteerd. We moesten het doen met de subjectieve belevingen achteraf. Bovendien waren de tijdsverschillen groot. Bij sommigen had de imaginaire exposure zo'n acht jaar geleden plaatsgevonden, bij anderen een halfjaar. Hoewel de meeste deelnemers behoorlijk veel hinder rapporteerden van het gebeurde, is het onwaarschijnlijk dat een diagnostisch onderzoek bij hen een posttraumatische stress-stoornis of een angststoornis zou hebben laten zien. We kunnen dus zeker niet generaliseren naar een populatie van PTSS-patiënten of patiënten met een angststoornis. Het ligt in de bedoeling om bij nog komende imaginaire-exposuresessies binnen deze setting wel een voormeting te doen, zodat de gegevens op deze punten 'harder' worden.

Niettemin levert deze beschrijvende studie interessante bevindingen, die kunnen dienen als leidraad voor onderzoekers of voor clinici die meer willen weten over deze behandelmethode of de toepasbaarheid ervan in verschillende situaties. Zo lijkt het mogelijk om in één sessie een zinvol veranderingsproces op gang te brengen, dat zonder verdere therapie leidt tot voor de cliënt relevante afname van klachten. Dat sluit aan bij bevindingen van Talmon (1990) inzake 'one session therapy'. De deelnemer met de 'visfobie' vertelde bijvoorbeeld dat zij nu op de tv naar vissen kan kijken en zelfs vis kan eten. Bij veel van de andere deelnemers waren er vergelijkbare veranderingen. Opvallend is dat bijna alle deelnemers de veranderingen in hun functioneren toeschreven aan de IE.

Er kwam duidelijk naar voren dat het voor de deelnemers aan deze IE-behandeling geen bezwaar was dat er observatoren in dezelfde ruimte aanwezig waren. Sterker nog, de meesten van hen vonden het een voordeel. Hierbij moeten we aantekenen dat het niet om gewone observatoren ging. De cursus waar allen deel van uitmaakten, was een intensieve cursus, met veel oefenen en met wekelijks twee huiswerkbijeenkomsten, waardoor men elkaar goed leerde kennen. De IE vond bovendien tegen het einde plaats, en de cliënten/cursisten wisten dat ze verzekerd waren van respect en privacy.

Tijdens de cursus werkten de cursisten veel en nauw samen; ze gaven onder andere in groepen therapie aan elkaar. Dit maakte dat tussen de cursisten een groot

saamhorigheidsgevoel was ontstaan. Wat dit betreft kan men de setting vergelijken met die van een groepstherapie, al is daar iedereen cliënt, en was er nu in elke cursus maar één die zich ten overstaan van de gehele groep zo kwetsbaar opstelde. De deelnemers wisten dat er nazorg mogelijk was, hetzij door de leden van de eigen huiswerkgroep of door de leiding van de cursus. Van dat laatste hoefde slechts weinig te worden gebruikgemaakt. Eén deelnemer heeft na de IE nog over de gebeurtenis geschreven onder begeleiding van een van de docenten. Een andere deelnemer had enkele gesprekken met een van de docenten.

De meeste deelnemers gaven aan dat zij de IE een unieke kans vonden om iets aan hun probleem te doen, en dat ze vertrouwen hadden in de therapeut die ze in de cursus goed hadden leren kennen. Met andere woorden: het zat goed met de 'werkalliantie', ook wel de 'cliënt-therapeutrelatie' genoemd. Dit kan in veel gevallen van doorslaggevende waarde zijn (Klein et al., 2003), maar zeker in confronterende behandelingen als deze. Het belang van dergelijke non-specifieke therapiefactoren wordt ook nog bevestigd door de punten die de deelnemers als belangrijke elementen noemden. De rustige, vriendelijke houding en steun van de therapeut werd door de deelnemers even vaak als 'belangrijkst' genoemd als het aangaan van de confrontatie met hun angsten.

Een one-sessionbehandeling kan niet halverwege gestopt worden, en is daardoor soms behoorlijk vermoeiend, vooral voor de cliënt. Dit was hier ook bij sommigen het geval. Het lijkt belangrijk veel extra tijd te plannen, zodat er geen haast hoeft te worden gemaakt. In de tussengesprekken kan men zelfs even ontspannen met bijvoorbeeld een glas water of naar de wc gaan. Het verdient aanbeveling in de nabespreking met de cliënt na te gaan wat er die middag op stapel staat. Het is nog beter om van tevoren te laten weten dat het goed is om na de IE een rustig, veilig programma te hebben. Cliënten kunnen hier dan rekening mee houden.

In de in dit artikel beschreven behandelingen bleek het mogelijk en zinvol om imaginaire exposure en rescripting in één zitting te combineren. De literatuur over rescripting (zie Ehlers & Clark, 2000) zegt naar ons weten niets over de valkuilen van deze methode. Ons onderzoek heeft ons wat dat betreft veel geleerd. Rescripting is niet aan te raden als er geen realistische andere imaginaire afloop valt op te roepen. Dit geldt met name bij intentionele geweldstrauma's, waarbij het gaat om vreemde daders. Het is voor cliënten meestal moeilijk voor te stellen dat de dader het geweld achterwege zou hebben gelaten als zij anders hadden gereageerd. Het lijkt derhalve af te raden om een nieuwe afloop te induceren waarin de dader als het ware 'meewerkt' door op de nieuwe reactie van de cliënt op een wenselijke wijze te reageren. Een andere afloop kan bovendien schuldgevoelens oproepen. De cliënt krijgt het gevoel dat hij of zij het geweld had kunnen voorkomen.

Extra voorzichtigheid met het induceren van een 'nieuwe afloop' is dus geboden. In de casus van Ellen zagen wij hier een voorbeeld van. Ellen krijgt zelf de regie over het alternatieve verloop van de situatie. Daardoor ontstaat een ander script dat voor haar geloofwaardig is.

Therapeuten moeten er alert op zijn of een nieuw script bij de cliënt haalbaar is. Bij twijfel kan hij de regie in handen van de cliënt laten of de rescripting geheel achterwege laten. Beter geen rescripting dan een verkeerde.

Theoretisch gezien geeft het onderzoek steun aan de cognitieve verklaring voor de werking van imaginaire-exposuresessies. De meeste deelnemers verklaren dat het vooral door de nieuwe inzichten kwam dat hun klachten zo waren afgenomen. Dit sluit niet uit dat habituatieprocessen ook een rol hebben gespeeld, maar aannemelijk is dit niet. Met betrekking tot de theorie is ook het grote aantal deelnemers dat na de IE (opnieuw) met familie en vrienden is gaan praten opvallend. Dit onderstreept het belang van het uiten van emoties (*disclosure*) en sociale steun.

abstract

This article presents a retrospective follow-up study in twelve participants in a course in marital and family therapy at the university of Amsterdam. They volunteered for a single-session imaginary exposure that took place during the course. The setting and treatment are described. One case is presented in detail.

The study comprises a structured oral interview. The questions dealt with the experiences of the participants regarding the different aspects of the session and the long-term outcome. The experiences were mainly positive. They felt that the session had helped them to overcome their negative emotions including fears and anger.

Referenties

- Arntz, A., & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37(8), 715-740.
- Boudewyns, P.A., & Hyer, L.A. (1996). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) as treatment for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3(3), 185-195.
- Ehlers, A., & Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345. Ook in Nederlands: Een cognitief model van posttraumatische stress-stoornis. *Toegang tot de Psychotherapie Internationaal*, 7(4), 390-426.
- Emmelkamp, P.M.G. (2004). Behavior therapy with adults. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Behavior Change* (hfdst. 9, pp. 393-446). New York: Wiley.
- Foa, E., Keane, M., & Friedman, M. (2003). Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies, 12(1), 99-100.
- Jaycox, L., Foa, E., & Morral, A. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 185-192.
- Jongh, A. de, & Broeke, E. ten (2001). EMDR bij de behandeling van PTSS na verkrachting. *Directieve Therapie*, 21(3), 229-245.
- Klein, D.N., Schwartz, J.E., Santiago, N.J., Vivian, D., Vocisano, C., Arnow, B., Manber, R., Riso, L.P., McCullough, J.P., Borian, F.R., Castonguay, L.G., Blalock, J.A., Markowitz, J.C., Rothbaum, B., Thase, M.E., Miller, I.W., & Keller, M.B. (2003). Therapeutic alliance in depression treatment: Controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 997-1006.
- Lange, A. (2000). *Gedragsverandering in Gezinnen (zevende, volledig herziene druk)*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Lange, A., & Kerkhoff, K. van de (2001). EMDR zonder oogbewegingen is imaginaire confrontatie (EMDR – (E + M) = IC). *Directieve Therapie, Dth* 21(3), 246-256.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., Ven, J.-P. van de, Schrieken, B., & Emmelkamp, P.M.G. (2003). INTERAPY. A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 901-909.
- Talmon, M. (1990). *Single-session therapy: Maximizing the effect of the first (and often only) therapeutic encounter*. San Francisco, CAL: Jossey-Bass/Pfeiffer.