



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

Imaginatie in de sessie

Hoe krijg je de patiënt zover?

Cognitieve gedragstherapie is een ‘doetherapie’. Het ‘praatgedeelte’ van de behandeling heeft vooral betrekking op het verzamelen van informatie over de aard van de klachten en de omstandigheden waarin deze zich voordoen. Zodra voldoende informatie is verzameld moet de patiënt doorgaans aan de slag. Zowel binnen als buiten de sessies moet hij therapeutische oefeningen doen: *exposure in vivo*, gedachten uitdagen, rollenspelen, imaginatie.

Maar ook voor de behandelaar is cognitieve gedragstherapie een ‘doetherapie’. Deze moet zich actief opstellen, informatie geven, vragen stellen, opdrachten geven, en therapeutische oefeningen voordoen en samen met de patiënt uitvoeren. Vooral dat laatste vinden therapeuten soms lastig. En aangezien ook patiënten niet altijd zitten te springen om aan de slag te gaan, kan er rondom de ‘doefase’ nog wel eens een impasse ontstaan. De therapeut wacht toch nog maar even met het ingaan van die fase en stelt liever eerst nog wat vragen ter verdere verheldering. De patiënt vergeet huiswerkopdrachten in de ‘doefase’ uit te voeren, voert ze halfslachtig uit en ziet dikwijls redenen om eerst nog een paar andere kwesties aan de orde te stellen om zo nog even in de ‘praatfase’ te kunnen blijven hangen. Hoe langer de ‘praatfase’ echter duurt, des te lastiger het wordt om de ‘doefase’ in te gaan.

Dergelijke impasses komen geregeld voor bij het uitvoeren van imaginaties binnen de sessie. Hieronder wordt een motiveringsprocedure beschreven die de therapeut kan toepassen om het uitvoeren van dergelijke therapeutische oefeningen te faciliteren, bij de patiënt en bij zichzelf. Als uitgangspunt wordt het COMET-protocol bij lage zelfwaardering genomen (Korrelboom, 2011a).

CONTEXT EN ACHTERGROND

Competitive Memory Training (COMET) is een serie transdiagnostische, onderling enigszins verschillende protocollen voor diverse problematieken (Korrelboom, 2011b). Een gemeenschappelijk kenmerk van alle COMET-protocollen is dat functionele betekenissen emotioneel saillantier worden gemaakt met behulp van onder andere imaginatie. Deze verhoogde emotionele saillantie maakt de

betekeningen die liggen opgeslagen in het langetermijngeheugen competitiever in de zogenaamde *retrieval hierarchy*. Hierdoor worden deze functionele betekenissen na verloop van tijd gemakkelijker geactiveerd dan de disfunctionele betekenissen die in eerste instantie het snelst werden getriggerd (Brewin, 2006). Eenvoudig gezegd leidt de toegenomen emotionele saillantie ertoe dat een betekenis als 'ik ben de moeite waard' na verloop van tijd eerder wordt geactiveerd dan de betekenis 'ik ben waardeloos'. De globale zelfwaardering van de patiënt neemt daardoor toe.

Imaginatie is dus een belangrijk onderdeel van de COMET-procedure, en die is inmiddels in een aantal studies effectief gebleken (Korrelboom, 2011a). Wanneer patiënten en/of therapeuten te terughoudend zijn om deze therapeutische oefening uit te voeren is er dus een probleem. Hieronder wordt beschreven hoe de therapeut deze problemen kan helpen voorkomen.

DE MOTIVERINGSPROCEDURE

¶ *Drie basisvoorwaarden*

Voordat de eigenlijke procedure wordt toegelicht, moet eerst worden stilgestaan bij drie basisvoorwaarden die relatief losstaan van imaginatie en COMET. De eerste basisvoorwaarde is dat de therapeut zich vertrouwd voelt met en vertrouwen heeft in de procedure die hij gaat toepassen. Hij moet weten hoe de procedure in elkaar steekt, welke theoretische overwegingen aan de procedure ten grondslag liggen en hoe effectief de procedure doorgaans is. Zijn kennis en kunde moet dus verder reiken dan het uit het hoofd kennen van de procedure. Hij moet het stappenplan waaruit de procedure bestaat ook begrijpen. Liefst is hij ook op de hoogte van de belangrijkste valkuilen die zich bij de uitvoering kunnen voordoen.

De tweede basisvoorwaarde is dat de therapeut zich vrij voelt in de interactie met zijn patiënt. Hij moet het vertrouwen hebben dat hij, ook in de ogen van de patiënt, verstandige dingen heeft te zeggen. Hij moet de vrijheid voelen om, tijdelijk, van het protocol af te wijken om even nog een ander punt aan te stippen. Hij moet de ruimte kunnen nemen om van zijn stoel op te staan en door de kamer te lopen. Hij moet zich voldoende meester over de therapeutische situatie voelen om ook de patiënt daartoe te durven uitnodigen. Hoewel ook deze basisvoorwaarde voor alle CGT-interventies opgaat, is COMET een interventie die dikwijls om wat meer fysieke bewegelijkheid van de therapeut vraagt dan doorgaans het geval is. Om een krachtig gevoel van zelfwaardering te stimuleren moet de patiënt tijdens COMET doelbewust zijn lichaamshouding en gelaatsuitdrukking manipuleren. Hoewel dat dikwijls ook zittend

op een stoel kan gebeuren (rechttop zitten, benen stevig op de vloer, een krachtige blik en de schouders naar achteren, bijvoorbeeld), wordt zo'n ondersteunende motoriek soms ook gezocht terwijl de patiënt staat, rondloopt of zich anderszins in de ruimte beweegt (zie bijvoorbeeld Daalman & Sommer, 2010).

De derde basisvoorwaarde betreft de indicatiestelling voor de interventie. Een interventie heeft pas een redelijke kans van slagen wanneer die bij de juiste patiënt op het juiste moment in de behandeling op de juiste wijze wordt uitgevoerd. In de huidige context is de juiste patiënt een patiënt met ontorechte lage zelfwaardering. Daarmee wordt bedoeld dat de patiënt zijn eigenwaarde lager inschat dan op basis van de feiten gerechtvaardigd is. Het juiste moment om COMET bij lage zelfwaardering in te zetten is wanneer de patiënt dat ontorechte onderschrijft ('ik weet wel dat ik minder waardeloos ben dan ik vaak denk, maar ik voel het niet zo') en bovendien in staat is om minimaal een positieve eigenschap van zichzelf te benoemen die in tegenspraak is met dat negatieve zelfbeeld. Over de juiste wijze van toepassing gaat het vervolg.

Imaginatie vindt binnen COMET bij lage zelfwaardering plaats nadat de patiënt twee voorafgaande stappen met succes heeft doorlopen. In de eerste daarvan heeft hij aangegeven op een lijst met positieve eigenschappen (Korrelboom, 2011c) welke van die eigenschappen min of meer op hem van toepassing zijn. Vervolgens heeft hij rondom de meest van toepassing zijnde positieve eigenschappen korte verhaaltjes geschreven over persoonlijke situaties waarin die eigenschappen aan de orde waren. Die verhaaltjes vormen het uitgangspunt van de volgende stap in het protocol: de imaginatie. Hieronder wordt stapsgewijs besproken hoe de therapeut de patiënt 'verleidt' om deze volgende stap in het protocol te zetten.

¶ De motiveringsprocedure

Nadat het huiswerk is besproken dat de patiënt heeft gemaakt, maakt de therapeut de overgang naar de imaginatieprocedure:

⋮ Welk van deze verhaaltjes illustreert naar uw idee het beste dat u een goed mens bent en dus niet waardeloos?

En:

⋮ Vertelt u eens hoe die gebeurtenis nu precies in zijn werk ging.

Hij vraagt naar details:

..... Wie waren er nog meer bij? Hoe heet die vriend? Hoe was de stemming? Hoe keek Paul toen u dat deed?

En naar het moment waarop de positieve eigenschap het duidelijkst naar voren kwam:

..... En op welk moment realiseerde u zich nu dat u in feite best een goed mens bent?

Zodra de gebeurtenis helder genoeg is beschreven om zich er een voorstelling bij te kunnen maken, wordt de volgende stap in de motivering tot imaginatie gezet, het toelichten van de rationale.

Het uitleggen van rationales en procedures verwordt al snel tot een monoloog van de therapeut, waarbij het contact met de patiënt gemakkelijk verloren gaat. Dit kan worden voorkomen door de patiënt bij het uitleggen en toelichten te betrekken door hem vragen te stellen en om zijn mening te vragen. De therapeutische oefening moet iets van hemzelf worden, niet iets dat hij voor de therapeut doet. Ook door expliciet heen en weer te switchen tussen inhoud ("Welk verhaaltje illustreert uw positieve eigenschap het beste? Wie waren er allemaal aanwezig?") en procedure (waarmee zijn we bezig en waar gaan we naartoe) kan de aandacht van de patiënt worden vastgehouden en kan zijn betrokkenheid bij de interventie worden verhoogd:

..... Bent u al klaar voor de volgende stap van de procedure? Zal ik eens uitleggen hoe die eruitziet?

Vervolgens schetst de therapeut eerst heel kort wat er staat te gebeuren:

..... Het gaat er in de volgende stap om dat u niet alleen weet dat u best wel een goed mens bent, maar dat u dat ook meer gaat voelen. Daarover hebben we het natuurlijk al eerder gehad. Om zich beter te voelen maken wij onder meer gebruik van het voorstellingsvermogen, van imaginatie. Ik kom daar straks op terug.

Nu moet de patiënt eerst meer betrokken worden bij zin en aard van de imaginatie:

Ik ga u twee dingen vertellen en daarna stel ik u daarover een vraag. Het eerste wat ik u vertel, is het volgende: ik haal herinneringen op aan mijn vakantie van vorig jaar (*de therapeut kijkt met open ogen nadenkend naar het plafond*). Ik bedenk mij waar ik was, met wie ik was, hoe de omgeving eruitzag. Ik haal allerlei gedachten die met die vakantie te maken hebben naar voren vanuit mijn geheugen en probeer mij die vakantie op die manier weer zo goed mogelijk te herinneren. Dat is een ding.

Nu het volgende: ik haal opnieuw herinneringen op aan mijn vakantie van vorig jaar. Deze keer roep ik beelden op van die vakantie. Ik denk er niet zozeer aan, ik ga het voor mij zien, alsof ik er nu weer ben. Ik doe mijn ogen dicht (*therapeut doet zijn ogen dicht en spreekt met iets vertraagde, licht suggestieve stem en ondersteunt zijn woorden met armgebaren en een ontspannen gelaatsuitdrukking*) en probeer het mij weer zo nauwkeurig mogelijk voor de geest te halen: waar ik op dat moment was, hoe het eruitzag, degenen met wie ik daar was... Ik probeer het gevoel van de zachte warme wind in mijn gezicht weer te voelen en de geur van verse kruiden opnieuw te ruiken. Ik probeer het allemaal zo goed mogelijk in mijn verbeelding voor mij te zien (*de therapeut doet zijn ogen weer open*). Nu mijn vraag: op welke wijze denkt u dat de herinnering aan mijn vakantie het sterkst is: door te denken aan die vakantie of door die weer voor mij te zien?

Wellicht extra gestimuleerd door de suggestieve verbeelding van de therapeut tijdens de imaginatie, vermoeden de meeste patiënten dat de imaginatie de vakantie het sterkst terugbrengt.

Nu gaat de therapeut deze observatie omtrent imaginatie terugbrengen naar eigen ervaringen van de patiënt:

Kent u dit ook uit eigen ervaring: dat beelden en zelfs herbelevingen oproepen van een gebeurtenis een sterker gevoel activeren dan alleen maar denken aan die gebeurtenis? Geeft u eens een voorbeeld. Wanneer was dat?

Soms hebben patiënten niet zo snel een ervaring paraat met imaginaties over positieve gebeurtenissen, maar in die gevallen hebben ze die soms wel van pijnlijke situaties:

Oké, dat zijn geen leuke herinneringen, maar u herkent dus wel dat het weer 'terugzien' in uw verbeelding van de begrafenis van uw moeder meer emotionele impact heeft dan het alleen maar terugdenken daaraan. Met leuke herinneringen werkt het bij de meeste mensen net zo: de emotionele lading van verbeelding is doorgaans een stuk sterker dan wanneer men alleen maar aan die gebeurtenissen denkt. Kunt u daarin meegaan?

Nadat de patiënt zich heeft uitgesproken over de potentiële kracht van imaginatie richt de therapeut zich weer op de therapeutische oefening die de patiënt moet gaan doen:

Nu zitten we hier natuurlijk niet om de herinneringen aan uw vakantie te verlevendigen, en al helemaal niet die aan mijn vakantie of aan de begrafenis van uw moeder. Het gaat er hier natuurlijk om dat uw herinneringen aan en uw kennis over het feit dat u een waardevol mens bent meer gewicht gaan krijgen. U moet immers niet alleen weten dat u de moeite waard bent, u moet het ook gaan voelen. En daarbij gaat imaginatie helpen. Zal ik eens uitleggen hoe dat in zijn werk gaat?

Op dit punt aangeland zullen weinig patiënten zich alsnog terugtrekken. De therapeut wil nu, voor zover dat nog nodig is, de laatste gène bij de patiënt neutraliseren voor het uitvoeren van een imaginatie in de sessie ten overstaan van de therapeut. Hij gaat het voordoen. Daarna zal de patiënt zich waarschijnlijk minder geremd voelen om het ook te gaan doen:

Ik ga u straks vragen om uw ogen dicht te doen. Gewoon zo (*de therapeut doet zijn ogen dicht*). U gaat er gemakkelijk, maar niet onderuitgezakt bij zitten (*de therapeut neemt een gemakkelijke maar toch 'actieve' houding aan in zijn stoel*). Dan stelt u zich de situatie voor die we zojuist hebben besproken. U bent weer bij dat kampvuur. Ik zie het kampvuur nu voor me. U bent daar met uw dochter Anneke en een aantal collega's, onder wie Joke...

Wanneer de therapeut de belangrijkste elementen van de imaginatie op deze wijze heeft geschetst, vraagt hij:

Bent u er klaar voor? Zullen we dan maar? Ik zal u een beetje helpen. Doet u uw ogen maar dicht en roep dat kampvuur weer terug in uw verbeelding. Het kampvuur... Anneke... Joke...

Na korte tijd (ongeveer een minuut) wordt de oefening gestopt en volgt de evaluatie:

Stopt u maar. Ik ben benieuwd. Lukte het om die situatie weer voor ogen te halen? Lukte het ook om enigszins dat gevoel een waardevol mens te zijn te ervaren?

Wanneer de patiënt dit heeft bevestigd en de oefening wat meer gedetailleerd is nabesproken, oefent de patiënt nog een of meer keren in de sessie, nu met steeds minder begeleiding van de therapeut, en wordt de oefening als huiswerk meegegeven.

Bij de volgende stap in het COMET-protocol, nadat de patiënt een week lang dagelijks heeft geoefend met de imaginatie, worden lichaamshouding en gelaatsuitdrukking aan deze imaginatie toegevoegd. De stapsgewijze motivering verloopt daarbij analoog aan die bij imaginatie: [1] een korte schets van wat er staat te gebeuren; [2] een pakkende illustratie van de rol die lichaamshouding en gelaatsuitdrukking spelen in de emotionele beleving; [3] enkele vragen daarover aan de patiënt ('Kent u dat uit eigen ervaring?'; 'Geeft u eens een voorbeeld?'); [4] een korte demonstratie door de therapeut en dan [5] de therapeutische oefening door de patiënt zelf.

BESCHOUWING

Nadat was geconstateerd dat het zowel voor therapeuten als voor patiënten soms lastig is om de 'praatfase' van directieve behandelingen te verruilen voor de veel belangrijker geachte 'doefase', is een motiveringsprocedure geschetst om deze overgang te vergemakkelijken. Als illustratie werd het toepassen van imaginatie binnen Competitive Memory Training (COMET) gebruikt, maar de procedure kan in aangepaste vorm ook ter motivering van allerlei andere therapeutische oefeningen worden gebruikt.

De procedure verkleint in eerste instantie de kans dat de patiënt weigert om de therapeutische oefening uit te voeren. Er wordt verondersteld dat aarzelende therapeuten zulke oefeningen eerder toepassen wanneer ze minder bang zijn dat patiënten niet met hen zullen meegaan. Aan de andere kant zal een meer zelfverzekerde therapeut zijn patiënten beter kunnen 'verleiden' om dergelijke oefeningen te doen. Het mes van de beschreven motiveringsprocedure snijdt dus aan twee kanten: de patiënt krijgt minder ruimte om zich aan de oefening te onttrekken en therapeut krijgt meer vertrouwen in een succesvolle toepassing ervan.

In de motiveringsprocedure zijn verschillende elementen te herkennen. Een element is dat de therapeut mogelijke gêne bij de patiënt tracht weg te nemen door de oefening voor te doen en ook verder in zijn benadering te illustreren dat er, binnen de therapeutische context, niets raars aan is om een imaginatie te doen. Imaginatie bij de psychotherapeut is even gewoon als je mouw opstropen, of je hemd of zelfs je broek uittrekken tijdens een onderzoek bij de huisarts.

Het belangrijkste element is waarschijnlijk dat men bij de patiënt het besef versterkt dat het niet alleen noodzakelijk, maar in feite ook logisch en vanzelfsprekend is dat deze de therapeutische oefeningen naar behoren uitvoert. Dit doel wordt nagestreefd door de imaginatieprocedure niet alleen aan de patiënt mee te delen, maar ook door de patiënt zelf te laten meedenken en meebeslissen over de wenselijkheid van deze procedure. Door naar eigen ervaringen met imaginatie in het dagelijks leven te vragen, worden aan de patiënt reacties ontlokt die een positieve houding ten opzichte van imaginatie ondersteunen.

Mensen, en dus ook patiënten, hechten er vrij sterk aan om zichzelf als consequent te zien en om ook door anderen als zodanig te worden beschouwd. Wie eerder heeft ingestemd met het verzoek een weinig controversiële petitie over veilig verkeer te ondertekenen, geeft enkele dagen later vaker toestemming voor het plaatsen van een groot billboard in zijn tuin waarop die verkeersveiligheid wordt bepleit, dan iemand die niet voor zo'n petitie is benaderd (Freedman & Fraser, 1966). Deze klassieke, bij verkopers en evangelisten welbekende 'voet tussen de deur techniek' wordt hier gebruikt bij het motiveren van patiënten om een imaginatieoefening uit te voeren. Wanneer de patiënt eenmaal expliciet heeft erkend dat imaginatie een zinvolle techniek is om de emotionele lading van herinneringen en daarmee hun geloofwaardigheid te versterken, zal hij eerder bereid zijn imaginaire oefeningen uit te voeren dan wanneer hij deze uitspraak nog niet heeft gedaan.

DR. KEES KORRELBOOM, klinisch psycholoog, is als hoofd wetenschappelijk onderzoek en zorginnovatie verbonden aan PsyQ Haaglanden.

Referenties

- Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: a retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 765-784.
- Daalman, K. & Sommer, I. (2010). Na tien jaar eindelijk minder last van stemmen: COMET bij auditieve verbale hallucinaties. *Directieve Therapie*, 30, 5-17.
- Freedman, J.L. & Fraser, S.C. (1966).

- Compliance without pressure: The foot-in-the-door technique. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 195-202.
- Korrelboom, K. (2011a). *COMET voor negatief zelfbeeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Korrelboom, K. (2011b). *Groepstrainingen voor specifieke klachten*. In: M. Verbraak, S. Visser, P. Muris & K. Hoogduin (red.), *Handboek voor gz-psychologen*. Amsterdam: Boom.
- Korrelboom, K. (2011c). *Verbeter uw zelfbeeld in zeven stappen: Werkboek voor de cliënt*. Amsterdam: Boom.