



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

Valkuilen en complicaties bij het uitvoeren van COMET voor lage zelfwaardering

Lage zelfwaardering is een belangrijk aspect van psychopathologie. Zij manifesteert zich als symptoom in verschillende emotionele stoornissen en verdwijnt niet altijd vanzelf wanneer de betreffende stoornis adequaat is behandeld. Daarnaast is lage zelfwaardering onder meer een risicofactor voor het ontwikkelen van verschillende psychopathologieën en kan zij de kans op terugval na aanvankelijk herstel verhogen (zie onder anderen Zeigler-Hill, 2011).

Om deze redenen is de laatste jaren een aantal interventies ontwikkeld die specifiek zijn gericht op het versterken van de zelfwaardering. Binnen de volwassenen psychiatrie is Competitive Memory Training (COMET; Korrelboom, 2011a) op dit moment de methode met de meeste empirische ondersteuning.

COMET voor lage zelfwaardering is geïndiceerd voor patiënten met een 'onterechte lage zelfwaardering'. 'Onterecht' betekent hier dat patiënten zich er op de een of andere manier van bewust moeten zijn dat hun negatieve zelfbeoordeling onvoldoende recht doet aan de werkelijkheid. De patiënt is in feite minder waardeloos, slecht, saai, dom of lelijk dan hij doorgaans denkt. Hoewel hij dat 'ergens wel weet', voelt hij dit doorgaans niet zo. COMET vertrekt vanuit de *Competitive Memory Retrieval Account* van emotionele stoornissen (Brewin, 2006). Volgens dit model hebben allerlei concepten, waaronder het zelfconcept, meerdere betekenissen, die allemaal zijn opgeslagen in het langetermijngeheugen. Die betekenissen kunnen worden geactiveerd door allerlei uitlokkende triggers. Er kan echter slechts één betekenis tegelijk worden geactiveerd, die daarmee het gevoel en gedrag van dat moment bepaalt. Onder invloed van allerlei leerervaringen is er een hiërarchie ontstaan van activeerbaarheid. Sommige betekenissen worden gemakkelijk geactiveerd, voor andere betekenissen kost dat meer moeite. Tussen de verschillende betekenissen bestaat dan ook een zogenaamde *retrieval-competitie*, een strijd om de activatie. Bij psychopathologie, waaronder onterechte lage zelfwaardering (maar bijvoorbeeld ook bij euforie), is die competitie sterk gebiasd. Sommige betekenissen hebben een veel grotere kans om te worden geactiveerd dan andere

betekenen. Waar die bias erg disfunctioneel is, kan therapie worden ingezet om de bias in activeerbaarheid te corrigeren.

Een mogelijkheid is om de competitiviteit van zwakke, maar functionele betekenissen te versterken. In het geval van onterechte lage zelfwaardering gaat men in COMET op zoek naar positieve zelfrepresentaties, die men vervolgens langs drie wegen tracht te versterken. De eerste weg is die van de herhaling. De patiënt wordt gestimuleerd om dagelijks gericht allerlei positieve zelfervaringen te beschrijven. Een tweede strategie om de competitiviteit van positieve zelfervaringen te versterken is het verhogen van de emotionele saillantie van de beschreven situaties. De patiënt moet de situaties imagineren en zich tijdens deze imaginaties zo goed mogelijk in de betreffende gebeurtenis inleven. Naast imaginatie en inleving wordt ook motorische expressie gebruikt om de emotionele saillantie en daarmee de competitiviteit van de betreffende zelfrepresentatie in de activeringshiërarchie te versterken. Terwijl hij zich imaginair inleeft in de positieve herinnering, moet de patiënt tegelijk een zelfverzekerde houding en gelaatsuitdrukking aannemen. Ook positieve zelspraak en door de patiënt zelf geselecteerde muziek die een positief zelfbeeld ondersteunen, worden in samenhang met de imaginatie en de motoriek ingezet ter versterking van de emotionele saillantie, en bevorderen daarmee de competitiviteit van positieve zelfwaardering in de activeringshiërarchie.

Dit alles herhaalt de patiënt stapsgewijs in de therapiesessies en gedurende huiswerkopdrachten. Wanneer de patiënt met behulp van de hierboven beschreven technieken er eenmaal in is geslaagd om de competitiviteit van de positieve zelfrepresentaties te versterken, wordt de derde strategie ingezet: het versterken van associaties tussen triggers die normaal gesproken negatieve zelfrepresentaties activeren met de nu competitiever gemaakte positieve zelfrepresentaties. Deze laatste fase van COMET wordt 'contraconditionering' genoemd.

COMET voor lage zelfwaardering is een gestructureerde behandeling die vijf tot twaalf sessies in beslag neemt. COMET kan zowel in groepen als individueel worden toegepast. De effectiviteit is inmiddels aangetoond in een aantal RCT's, die bij diverse patiëntenpopulaties werden uitgevoerd. Een overzicht van deze studies vindt men in Korrelboom en ten Broeke (2014). Uitgebreide beschrijvingen van de procedure staan in Korrelboom (2011a) en Korrelboom (2011b).

MOGELIJKE VALKUILEN EN COMPLICATIES TIJDENS DE UITVOERING VAN COMET

COMET wordt doorgaans door zowel therapeuten als patiënten als een betrekkelijk ongecompliceerde behandeling gezien. Ze gaat in belangrijke mate over positieve eigenschappen van de patiënt, en het protocol biedt mede daardoor dikwijls ruimte voor een betrekkelijk lichte en ontspannen therapiebenadering. Toch kunnen zich ook bij COMET problemen voordoen. Iedere fase van de interventie kent daarbij zijn eigen valkuilen en complicaties. Deze worden hieronder stuk voor stuk besproken.

ENKELE ALGEMENE VALKUILEN EN COMPLICATIES

¶ *Te veel stilstaan bij het problematische, in plaats van bij het positieve* COMET richt zich primair op het versterken van kennis over positieve persoonlijke eigenschappen. De negatieve zelfwaardering komt slechts op enkele momenten gedurende het stappenplan expliciet naar voren. Ten eerste bij de indicatiestelling ('Wat vindt u zo negatief aan uzelf?') en ten tweede aan het einde van de interventie bij de contraconditionering, waar de patiënt moet leren 'weschakelen' van het negatieve zelfbeeld naar het positieve ('Roep eerst de situatie op waarin u weer die bekende nare gevoelens over uw eigenwaarde heeft. U bent waardeloos, u kunt niks, u deugt nergens voor. Laat die nare en somber makende gedachten toe in uw hoofd. En nu schakelt u weg van al dat negatieve naar het positieve zelfgevoel...')

Wanneer eenmaal is besloten de interventie in te zetten, is het een valkuil om te snel en te veel door te vragen naar, en in te gaan op, de problematische aspecten die de patiënt over zichzelf naar voren brengt:

⋮ Patiënt: 'Ik had de afgelopen weer behoorlijk veel last van een negatief zelfbeeld.'
 ⋮ Therapeut (hierna Th): 'Vertel, wat was er precies aan de hand?'

Beter is (bij COMET) om zoveel mogelijk aan de positieve kant te blijven:

⋮ Th: 'Dat is vervelend voor u. Maar laten we eerst eens kijken naar de positieve oefeningen die u deze week heeft gedaan. Laten we beginnen met de oefeningen die goed gingen.'

Of:

Th: 'Op welke momenten wist u weer een beetje uit die negatieve hoek te komen? Hoe heeft u dat voor elkaar gekregen?'

¶ *Wat te doen als patiënten hun oefeningen thuis niet uitvoeren?*

Ook COMET-patiënten voeren hun huiswerkopdrachten soms niet of onvoldoende uit. Gemakkelijk geeft de therapeut dan gehoor aan de neiging om de patiënt belerend toe te spreken. Niet alleen staat dit enigszins op gespannen voet met de dominante positieve toonzetting van de interventie, de therapeut wordt op deze manier ook al snel een prediker, wiens woorden, zoals dat vaker gaat met predikers, niet al te veel effect hebben. Het is vaak beter de motivering tot huiswerk maken te baseren op de volgende pijlers:

- ▶ De vooraf overeengekomen doelstelling van de interventie.
Th: 'U wilt nog steeds proberen om uw zelfwaardering te versterken en meer in overeenstemming te brengen met de realiteit.'
- ▶ De veronderstelde relatie tussen het maken van huiswerk en vooruitgang.
Th: 'Ik vertelde u al dat dit een behoorlijk effectieve methode is, waar zo'n 70% van de patiënten baat bij heeft en zo'n 30% dus niet of onvoldoende. We weten niet van tevoren wie er wel en wie er geen baat bij de training gaan hebben. We weten wel vrij zeker dat patiënten die hun huiswerk oefeningen doen meer kans op succes hebben dan patiënten die dat niet doen.'
- ▶ De autonomie en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.
Th: 'Aan de andere kant snap ik natuurlijk ook wel dat wat niet kan, niet kan. En als het niet kan, dat huiswerk maken, moeten we er natuurlijk nog scherper op letten dat u voldoende vooruitgaat en of het dus zin heeft de behandeling op deze wijze voort te zetten.'
- ▶ Een weliswaar vriendelijke, maar de patiënt toch enigszins ongemakkelijk makende analyse van waarom het huiswerk is mislukt.
Th: 'Het huiswerk is niet gelukt. Laten we eens kijken hoe dat zo ver heeft kunnen komen. U zou dat positieve zelfbeeld oproepen. Dus u ging er, toen u hier vandaan kwam, thuis eens goed voor zitten. En toen? O, u ging er toen niet voor zitten? Wanneer ging u er dan wel voor zitten? Het kwam er niet van om ervoor te gaan zitten? Maar wat kwam er dan tussen? Maar u wist nog wel dat u die oefening wilde gaan doen? Maar waar ging het dan mis? ...'

VALKUILEN EN COMPLICATIES IN DE EERSTE FASE VAN DE BEHANDELING

Tijdens de diagnostische fase moeten een paar zaken worden vastgesteld. Daarin kunnen een paar moeilijkheden optreden: het vaststellen van de indicatie, met name de vraag of het werkelijk om een negatief zelfbeeld gaat, en de vraag of het om een 'onterecht' negatief zelfbeeld gaat. Daarnaast is het vaststellen van positieve incompatibele eigenschappen soms moeilijk.

¶ Gaat het echt om negatieve zelfwaardering?

De hele training is gericht op het versterken van de zelfwaardering. Meestal is het wel duidelijk dat de patiënt inderdaad last heeft van negatieve zelfwaardering. Maar soms zegt een patiënt iets als:

..... P: 'Ik merk vaak dat mensen mij niet de moeite waard vinden.
..... Soms wordt dat zelfs openlijk tegen mij gezegd: "Denk maar niet
..... dat jij wat voorstelt".'

De therapeut moet dan duidelijk maken dat een negatieve waardering door anderen ook heel vervelend kan zijn, maar dat dit niet hetzelfde is als negatieve zelfwaardering:

..... Th: 'Dat zeggen anderen. Maar bent u het met die mensen eens?
..... Vindt u zelf ook dat u niets voorstelt?'

¶ Gaat het wel om onterechte negatieve zelfwaardering?

Het negatieve oordeel moet niet alleen een negatieve zelfbeoordeling zijn van de patiënt, het oordeel moet tevens, ook in de ogen van de patiënt, onterecht zijn. Om dit te kunnen vaststellen, kan de therapeut twee korte verhaaltjes schetsen, waarin in beide gevallen iemand tot een negatieve zelfbeoordeling komt. In het ene geval is dat negatieve oordeel echter duidelijk overdreven, in het andere geval is het negatieve zelfoordeel veel beter invoelbaar. Nadat de therapeut de patiënt heeft gevraagd wat de ene persoon zou moeten doen om zijn negatieve zelfbeoordeling te wijzigen, en wat de ander, vraagt hij bij welke van de twee verhaaltjes zijn eigen negatieve zelfwaardering het beste past:

..... Th: 'Ik heb u zojuist twee korte verhaaltjes verteld, waarbij in het
..... ene verhaaltje de man voornamelijk bezig is met bier drinken en
..... in het café hangen, terwijl in het andere verhaal de man vijf dagen
..... per week werkt en de afspraken die hij met zijn vrouw heeft ge-
..... maakt over de taakverdeling in huis nakomt. Het is wel zo dat
..... deze laatste man een enkele keer wel eens een biertje te veel

... drinkt. Beide mannen vinden zichzelf 'luie zuiplappen' en hebben dus een negatief zelfbeeld. Mijn vraag aan u is: wat moet de eerste man doen om zijn negatieve zelfbeeld te veranderen, en wat moet de andere daarvoor doen?'

En na het antwoord van de patiënt:

Th: 'U zegt: de een moet zijn gedrag veranderen, en de ander moet zich niet te veel blindstaren op die enkele keer dat hij te veel drinkt. De hamvraag is nu natuurlijk wat u moet doen om uw negatieve zelfbeeld te veranderen: moet u uw gedrag veranderen of moet u leren wat meer oog te krijgen voor uw positieve kanten en die negatieve kanten mede daardoor wat minder zwaar laten wegen?'

¶ *De patiënt weet geen incompatibele positieve eigenschappen te benoemen*
 Patiënten met een lage zelfwaardering hebben de neiging om veel waarde te hechten aan alles wat in hun ogen niet perfect aan hen is, terwijl ze alle goede eigenschappen die ze hebben zo 'normaal' en 'logisch' vinden, dat ze er eigenlijk nooit bij stilstaan. De therapeut legt dit uit, bij voorkeur nadat hij de patiënt heeft geholpen om zich te realiseren dat er veel 'onopvallende', want 'logische' en 'normale', positieve eigenschappen in de patiënt schuilen:

Th: 'Als ik u vandaag € 10,- leen, krijg ik die dan volgende week van u terug?'

Th: 'Als een vriend of collega uw hulp inroept, zegt u dan: zoek het zelf maar uit, of gaat u helpen?'

Th: 'Vindt u dit slechte eigenschappen, of positieve: geleend geld terugbetalen en iemand die hulp zoekt helpen?'

Th: 'Toch wel positief dus. Het is grappig dat veel patiënten met lage zelfwaardering heel precies een hele reeks negatieve eigenschappen weten op te sommen, terwijl ze hun positieve eigenschappen eigenlijk liever onder het tapijt vegen. In deze training leert u meer oog te krijgen voor de positieve eigenschappen die u ook hebt, zodat uw zelfwaardering evenwichtiger en dus realistischer wordt.'

¶ *Positieve gebeurtenissen hebben een negatieve bijmaak*

Wanneer de positieve incompatibele eigenschappen eenmaal zijn geïdentificeerd, wordt in de volgende fase van COMET gezocht naar gebeurtenissen uit het dagelijks leven waarin die positieve eigenschappen zich manifesteerden. Veel patiënten vinden het moeilijk om zo'n gebeurtenis te vinden. Een van de redenen daarvoor is dat positieve gebeurtenissen dikwijls zijn 'besmet' met negatieve

aspecten. De trouw en loyaliteit van de patiënt kwamen naar voren toen hij zijn zieke vriend steunde, *maar* die zieke vriend is uiteindelijk wel overleden; de patiënt is erg behulpzaam voor vrienden, familie en collega's, *maar* die behulpzaamheid schiet geregeld door wanneer de patiënt zichzelf te veel wegcijfert en zich als voetveeg van anderen ervaart; de positief gewaardeerde spontaniteit van patiënte kwam vooral naar voren tijdens een zonvakantie met vrienden in Griekenland, *maar* tijdens diezelfde vakantie ging haar beste vriendin ervandoor met haar Griekse minnaar. Het gaat erom dat de patiënt de positieve aspecten kan scheiden van de negatieve:

- Th: 'Kun je je concentreren op die loyaliteit en daar tevreden over zijn, zonder te veel stil te staan bij het overlijden van je vriend?'
- Th: 'Kun je inzoomen op een gebeurtenis waarin je behulpzaam bent en waarin je niet bent doorgeschoten?'
- Th: 'Wil je proberen een moment van spontaniteit te zoeken tijdens die vakantie en het daarbij te laten?'

Therapeuten met een wat meer filosofische inslag kunnen er daarbij op wijzen dat het leven eigenlijk altijd uit een afwisseling van goede en minder goede momenten bestaat:

- Th: 'Na regen komt zonneschijn en na zonneschijn weer regen. Leuke vakanties gaan ooit voorbij en ook je jeugd. Zelfs het leven is op een bepaald moment voor ons allemaal afgelopen. Maar is een leuke vakantie nu opeens niet meer leuk wanneer die voorbij is? Is een gelukkige jeugd niet meer gelukkig wanneer je 18 of 40 bent, en was een zinvol en plezierig leven opeens niet meer zinvol en plezierig wanneer je doodgaat?'

VALKUILEN EN COMPLICATIES IN DE TWEEDE FASE VAN DE BEHANDELING

Tijdens de volgende, tweede fase van COMET, wanneer de indicatie eenmaal is gesteld, het negatieve zelfbeeld is benoemd en de incompatibele eigenschappen en illustraties daarvan zijn bepaald, worden deze illustraties verder uitgewerkt. De patiënt moet die illustraties beschrijven in korte verhaaltjes. Vervolgens moet hij zich die illustraties verbeelden en die verbeeldingen (imaginaties) ondersteunen met een zelfverzekerde lichaamshouding en gelaatsuitdrukking, positieve zelfspraak en zelfgeselecteerde muziek die het zelfvertrouwen versterkt. Hierbij kunnen complicaties ontstaan. Zo is het soms lastig om de patiënt zo ver te krijgen dat hij de noodzakelijke oefeningen in de sessie gaat uitvoeren. Een andere valkuil

is dat imaginatie, lichaamshouding, gelaatsuitdrukking en muziek een 'lekker gevoel' ondersteunen en niet zozeer 'positieve zelfwaardering'. Op beide wordt ingegaan.

¶ Hoe kan de patiënt worden gestimuleerd om in de therapiesessie en thuis imaginatie toe te passen?

Patiënten met een lage zelfwaardering houden er vaak niet erg van om op te vallen en om 'rare dingen' te doen. Dat heeft soms ook betrekking op het uitvoeren van 'ongewone' therapeutische oefeningen. Imaginatie en het aannemen van bepaalde lichaamshoudingen en gelaatsuitdrukkingen horen bij dergelijke 'ongewone' therapeutische oefeningen. De patiënt voelt enige gêne en ongemak, en heeft de neiging om de oefening niet of desnoods dan maar halfslachtig uit te voeren. Soms worden patiënten hierin onbedoeld ondersteund door therapeuten die zich evenmin erg zeker voelen bij het toepassen van dergelijke technieken. Sommige therapeuten stellen liever vragen aan de patiënt, of geven uitleg en desnoods een huiswerkopdracht, maar bij het uitvoeren van rollenspelen, imaginaties of andere oefeningen tijdens de sessie voelen zij zich onzeker (zie ook Korrelboom, 2014).

Om de kans te verhogen dat een patiënt de beoogde oefening ook daadwerkelijk gaat uitvoeren, kan de therapeut de hieronder beschreven stappen ondernemen. Zo'n stappenplan helpt niet alleen de patiënt over zijn gêne heen, het geeft ook onzekere therapeuten voldoende houvast om de oefening met enig zelfvertrouwen in te zetten.

In de eerste stap creëert de therapeut een kader waarbinnen de oefening acceptabel en logisch wordt:

Th: 'Ik wil u een vraag stellen. Eerst vertel ik u twee dingen. Als eerste probeer ik terug te denken aan mijn vakantie van afgelopen jaar. Ik bedenk mij dat ik toen in Spanje was, daar een huis had gehuurd in de bergen, en dat ik vanaf het terras een prachtig uitzicht had over het zwembad naar de bergen. Dat bedenk ik. Nu het tweede. Ik doe mijn ogen dicht (de therapeut doet zijn ogen dicht en praat verder met enigszins suggestieve toonzetting) en ik roep het beeld van die vakantie weer op. Ik zit weer voor dat huis, voel als het ware de warmte van de zon op mijn gezicht en dat zachte briesje, ik zie het zwembad en de bergen weer voor me. Ik ben als het ware weer terug in dat huis in Spanje. Mijn vraag aan u is: "Wat zou voor mij de meest voelbare herinnering aan die vakantie in Spanje zijn?"'

De meeste patiënten zullen aangeven dat de imaginatie tot de meest voelbare herinnering zal leiden. Vervolgens vraagt de thera-

peut waarom de patiënt dat denkt, en welke persoonlijke ervaringen de patiënt heeft waarbij imaginatie tot sterkere beelden en herinneringen leidt dan 'gewoon terugdenken'. De meeste patiënten kunnen hier voorbeelden van geven.

Wanneer imaginatie eenmaal op deze wijze is ingekaderd als een acceptabele (zo raar was het immers niet toen de therapeut zijn ogen sloot en hardop aangaf wat hij voor zich zag van zijn vakantie in Spanje) en logische (het helpt om de impact van je herinneringen te versterken) volgende stap in de procedure, gaat de therapeut over naar de tweede stap:

Th: 'Nu gaat het er natuurlijk niet om dat u hier moet leren om de herinneringen aan uw vakantie te versterken, maar u moet wel meer vertrouwd raken met uw positieve eigenschappen. En imaginatie is daarbij een belangrijk hulpmiddel. Ik ga u dus vragen om uw ogen dicht te doen (de therapeut doet opnieuw zijn ogen dicht) en het moment op te roepen waarop u uw vriend zo trouw en loyaal bijstond tijdens zijn ziekte. U ziet... (de therapeut beschrijft in enkele zinnen de positieve scene die de patiënt eerder heeft beschreven). Zullen we het maar eens gaan doen?'

Bij de fase waarin lichaamshouding en gelaatsuitdrukking moeten worden ingezet gaat het op een vergelijkbare wijze. De therapeut demonstreert een 'slappe motorische houding' versus een 'krachtige houding', en vraagt de patiënt welke houding het beste bijdraagt aan een gevoel van zelfvertrouwen en zelfwaardering. Hij vraagt de patiënt ook om zijn antwoord toe te lichten. Aansluitend wordt naar persoonlijke ervaringen met de invloed van motoriek op het gevoel gevraagd, waarna ook deze stap wordt uitgevoerd:

Th: 'Neemt u maar die sterke houding aan. Denk ook aan uw gezicht: hoofd rechtop, goed zo... En roep het beeld van uw hulp aan uw vriend maar op...'

¶ *Imaginatie, lichaamshouding, gelaatsuitdrukking en muziek moeten de zelfwaardering versterken en niet primair een 'lekker gevoel' geven*
Sommige patiënten kiezen 'liggen op het strand' als incompatibele situatie, en 'ontspanning' en 'lekkere muziek' als hulpmiddelen om het bijbehorende gevoel te versterken. De vraag is echter welke positieve eigenschap van de patiënt op deze wijze competitiever wordt gemaakt. Waarschijnlijk is dat in de meeste gevallen niet veel anders dan 'het vermogen om rust te nemen en goed voor jezelf te zorgen'. Dit kan in een aantal gevallen inderdaad een zinvol 'tegen-thema' zijn van een negatief zelfbeeld, maar in veel gevallen is dat niet zo. Een 'lekker gevoel' heeft dan ongemerkt de plaats ingenom-

men van de beoogde 'positieve eigenschap waar de patiënt onvoldoende oog voor heeft'. Het is aan de therapeut om hierop te wijzen:

Th: 'Ik snap dat u zich prettig voelt bij dat beeld, en dat de ontspanning en de muziek dat gevoel verder versterken, maar tegelijk heb ik er een probleem mee. Je lekker voelen en ontspannen is natuurlijk belangrijk. En het is goed wanneer mensen in staat zijn een dergelijke toestand bij zichzelf op te roepen. U moet dat dus zeker blijven toepassen in situaties waarin daaraan behoefte bestaat. Maar ik zie niet in hoe dit gevoel nu een rol kan spelen in uw negatieve zelfwaardering. Welke positieve conclusie met betrekking tot uw eigenwaarde ontleent u nu aan het feit dat u goed kunt ontspannen en relaxen?'

VALKUILEN EN COMPLICATIES IN DE DERDE FASE VAN DE BEHANDELING

In de laatste fase van COMET wordt de inmiddels versterkte zelfwaardering gekoppeld aan triggers die normaal gesproken gevoelens van negatieve zelfwaardering activeren. Dit is de fase van contraconditionering. Contraconditionering in COMET bestaat uit twee variaties. Zowel in de ene variatie, die 'immunisering' wordt genoemd, als in de andere, die bekend staat als 'schakelen', kunnen zich enkele complicaties voordoen. Die complicaties komen erop neer dat het negatieve zelfgevoel het positieve zelfgevoel blijft overheersen.

¶ *Tijdens de contraconditionering blijft het negatieve zelfbeeld overheersen*
Tijdens 'immunisering' moet de patiënt eerst zijn positieve zelfgevoel oproepen met behulp van imaginatie, zelspraak, lichaamshouding, gelaatsuitdrukking en muziek. Dat is een oefening die hij de weken daarvoor ook al heeft uitgevoerd. Wanneer hij het positieve zelfgevoel heeft geactiveerd, moet hij het positieve beeld loslaten en vervangen door het beeld van een situatie waarin hij normaal gesproken wordt geplaagd door negatieve zelfgevoelens. Tijdens de immunisering moet hij echter proberen om met behulp van de elementen zelspraak, houding, gelaatsuitdrukking en muziek toch een positief gevoel over zichzelf te blijven vasthouden, terwijl hij het 'moeilijke beeld' voor ogen blijft houden. Op die manier ontstaat, zo is de veronderstelling, een associatie tussen 'moeilijke situatie' en 'positieve zelfwaardering'. Wanneer de patiënt echter te veel in het negatieve blijft hangen, moet de therapeut de patiënt aanmoedigen om zijn 'positieve hulpmiddelen' (motoriek, zelspraak en muziek) beter te benutten:

Th: 'Denk aan uw houding! Blijf goed rechtop zitten en bedenk dat u een trouwe en loyale vriend bent. Intussen blijft u wel kijken naar die moeilijke situatie waarin uw collega's flauwe grappen over homo's maken. Maar denk aan uw houding en luister naar uw muziek. Flauwe homograppen, maar u bent een trouw en loyaal mens.'

Zo nodig kan de therapeut de patiënt vragen zich tijdelijk helemaal op het positieve beeld (dus inclusief de positieve imaginatie) te richten, om vervolgens weer de contraconditionering voort te zetten met de herintroductie van de imaginatie van de moeilijke situatie.

Wanneer ook dat niet helpt om het positieve zelfgevoel de competitie van de negatieve zelfwaardering te laten winnen, kiest de therapeut een minder problematische trigger als moeilijke situatie.

De variatie 'schakelen' van de contraconditionering is in feite een copingtechniek. De patiënt moet eerst een negatief zelfgevoel oproepen door een moeilijke situatie te imagineren, een onzekere lichaamshouding aan te nemen en negatieve zelfspraak te activeren. Wanneer hij het onzekere gevoel te pakken heeft, moet hij het negatieve beeld loslaten en schakelen naar het positieve zelfbeeld, inclusief positieve motoriek, zelfspraak en muziek. Wanneer het negatieve gevoel blijft overheersen bij het schakelen, kan dat te maken hebben met de factoren die hierboven bij het immuniseren zijn genoemd: de patiënt maakt onvoldoende gebruik van de hulpmiddelen positieve houding, gelaatsuitdrukking, zelfspraak en muziek, en bij schakelen bovendien niet van positieve imaginatie. In dat geval volgt de therapeut dezelfde werkwijze als bij immuniseren.

Bij schakelen kan 'blijven hangen in het negatieve' echter ook worden veroorzaakt door de wijze van schakelen. Bij sommige patiënten werkt het beter om 'hard' te schakelen van negatief naar positief, terwijl andere patiënten meer baat hebben bij 'zachte' omschakeling. Bij een 'harde' omschakeling wordt het beeld gebruikt van het veranderen van tv-zender:

Th: 'Oké. En nu laat u het negatieve beeld en gevoel los, en schakelt u in één klap over naar het positieve. Pats! (therapeut klappt in zijn handen). Naar het andere net. Zet de muziek aan, positief beeld, positieve houding, gelaatsuitdrukking en zelfspraak. U bent een loyale vriend.'

Bij 'zachte' schakeling wordt het beeld van een 'uitfadende' diaprojector gebruikt:

Th: 'Oké. Nu laat u rustig dat negatieve beeld en gevoel los, en schakelt u kalm naar het positieve zelfbeeld. Neem de tijd om uw positieve lichaamshouding aan te nemen. Mooi, rustig aan. Rechttop. Zet uw muziek langzaam wat harder. U bent een loyale vriend.'

CONCLUSIES

COMET is een transdiagnostische interventie, die zowel bij relatief 'lastige' als bij relatief 'minder lastige' patiënten kan worden ingezet. Over het algemeen wordt de interventie zowel door patiënten als therapeuten gewaardeerd. De methode is niet alleen effectief in het versterken van positieve zelfwaardering, de methode zelf wordt dikwijls ook als positief ervaren.

Hoewel de toepassing van COMET niet erg ingewikkeld is, kunnen zich bij de uitvoering een aantal complicaties en valkuilen voordoen. In dit artikel is niet zozeer aandacht besteed aan lastige en minder lastige patiënten in COMET, maar veeleer aan elementen in de COMET-procedure die soms lastig kunnen zijn. Veel van deze lastige elementen en de mogelijke oplossingen daarvoor zijn eerder beschreven in Korrelboom (2011a, 2011b, 2014) en Korrelboom en ten Broeke (2014).

DR. KEES KORRELBOOM is klinisch psycholoog en psychotherapeut. Hij is hoofd Wetenschappelijk Onderzoek en Zorginnovatie van PsyQ Haaglanden en is van daaruit verbonden aan het departement Medische en Klinische Psychologie van Tilburg University. Kees Korrelboom is redacteur van *Dth* en publiceert geregeld over verschillende onderwerpen binnen de psychotherapie en de cognitieve gedragstherapie in het bijzonder.

Referenties

- Brewin, C. R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research & Therapy*, 44, 765-784.
- Korrelboom, C. W. (2011a). COMET voor negatief zelfbeeld. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Korrelboom, C. W. (2011b). Groepstrainingen voor specifieke klachten. In M. Verbraak, S. Visser, P. Muris, & K. Hoogduin (Red.), *Handboek voor* *gz-psychologen*, 249-260. Amsterdam: Boom.
- Korrelboom, C. W. (2014). Imaginatie in de sessie: Hoe krijg je de patiënt zo ver? *Directieve Therapie*, 34, 34-43.
- Korrelboom, C. W., & ten Broeke, E. (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk* (2de, geheel herziene druk). Bussum: Coutinho.
- Zeigler-Hill, V. (2011). The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41, 157-164.