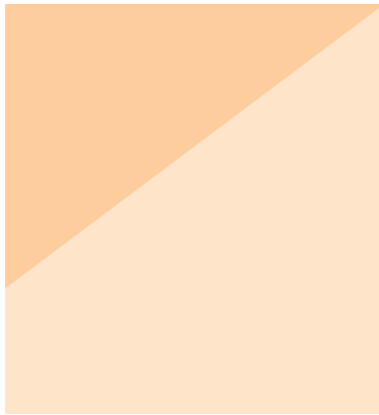


IMPACTTECHNIEKEN

Enscenering in de hulpverlening

Roland Rogiers, Dirk Van den Abbeele,
Sylvie Carette, Rianne Jansen

CAMPUS HANDBOEK



ACADEMIA
PRESS

INHOUD

VOORWOORD 9

TEN GELEIDE 13

DEEL I. UITGANGSPUNTEN VAN IMPACT TECHNIQUES EN DE
ZOEKTOCHT NAAR WETENSCHAPPELIJKE ONDERBOUWING 15

HOOFDSTUK 1
VOORAF EEN WAARSCHUWING: HET *SUDDEN IMPACT SYNDROME* 17

HOOFDSTUK 2
ENIGE REFLECTIES MET BETREKKING TOT DE OPZET VAN
DIT BOEK 21

1. Psychotherapie: van impasse naar verandering 21
2. Evoluties in de psychotherapeutische praktijk 24
3. Evidence based psychotherapy en de kunst van beïnvloeden 25

HOOFDSTUK 3
OVER IMPACT TECHNIQUES 31

1. Multisensoriële input van suggesties heeft de voorkeur 31
2. Integreer de nieuwe kennis binnen de reeds bestaande kennis en maak daar maximaal gebruik van 32
3. Emoties die gepaard gaan met leren, zorgen er ook voor dat die herinneringen een meer centrale plaats krijgen in het geheugennetwerk 33
4. Mobiliseer de interesse en maak gebruik van verrassing 34
5. Hoe eenvoudiger, hoe beter 36
6. Herhaal zonder te herhalen 36

HOOFDSTUK 4
KLINISCHE VRAGEN EN BESCHIKBARE EVIDENTIE 39
(*Rogiers, Van den Abbeele & Callens*)

1. Heeft een stimulus visueel aanbieden een meerwaarde en welke neuropsychologische processen spelen hierbij een rol? 39

2. Ontlokt visuele informatie makkelijker emotionele ervaring dan stimulering via andere sensorische kanalen?	40
3. Heeft emotie tijdens het leren een impact op het geheugen?	41
4. Heeft het opslaan van een emotioneel geladen boodschap een impact op cognitieve, emotionele of gedragsmatige verandering? De rol van het autobiografisch geheugen	43
5. Herhalen zonder te herhalen levert een positieve bijdrage aan het leerproces	45
6. Spontaan visualiseren	46
7. Over de werking van metaforen	46
8. Hebben metaforen een meerwaarde wat therapeutische impact betreft?	48

HOOFDSTUK 5

DE RELATIE TOT DE OPZET: HET IN SCÈNE ZETTEN VAN PROBLEMEN

1. Beschouwingen	53
2. Enkele suggesties	54
2.1. Van de kant van de therapeut	54
2.2. Van de kant van de patiënt	54

DEEL II. IMPACTENSCENERINGEN IN DE PRAKTIJK 57

HOOFDSTUK 1

VIGNETTEN 59

1. Chinese vingervallen	59
2. Quinten of de kleurrijke steen onder de beker	61
3. De papierproppen van Zoë. Wat wil ik doen met mijn kwaadheid?	63
4. Handen die grijpen	66
5. Rouwen kan met hoekjes	68
6. Het gescheurde papier van Dido	70
7. Het boek van Olga	72
8. Kreuken blijven kreuken	74
9. Er zit meer in een fruitella dan je denkt	76
10. Behoeftte aan bevestiging: het vullen van een beker met gaatjes is onbegonnen werk	78
11. Het levensboek van Laetitia	80
12. De kracht van de zandkorrel	83
13. Moet de bloem zijn bestaansreden bewijzen?	85
14. Vraag het aan Zandar	87

15. Doorzetten en judo	89
16. Lize of het gewicht van lastige gewoonten	91
17. Verwar de beker niet met wat eronder zit	93
18. De waarde van een vijfereobiljet	95
19. Hoe bescherm je een gescheurde beker?	97
20. In de hoek	99
21. De wijsheid van de sjaal	102
22. Impact op langere termijn?	104

HOOFDSTUK 2 EEN MODEL VOOR ZIEKTE- EN AANSLUITENDE BEHANDELINGSTHEORIE	107
--	-----

HOOFDSTUK 3 HET BOEK VAN HET LEVEN	111
---------------------------------------	-----

HOOFDSTUK 4 AFSCHEIDSRITUEEL IN VITRO BIJ GECOMPLICEERDE ROUW	115
--	-----

1. Ontstaan en indicatiestelling	115
2. Rationale	116
2.1. Komen tot een gemeenschappelijke ziekte­theorie	116
2.2. Naar een gemeenschappelijke behandelingstheorie	117
2.3. Accepteren van de interventie	117
3. Afscheidsritueel	118
4. Contra-indicaties	122
4.1. Voldoende realiteitstoetsing	122
4.2. Adequate coping met emoties	123
4.3. Acute of latente suïcidaliteit	123

DEEL III. HEBBEN IMPACT TECHNIQUES OOK IMPACT OP MENSEN MET EEN AUTISMESPECTRUMSTOORNIS?	125
---	-----

HOOFDSTUK 1 AUTISME ALS PROBLEEM MET INFORMATIEVERWERKING	127
--	-----

HOOFDSTUK 2 MISSCHIEN WERKT HET NIET (BIJ IEDEREEN)?	131
---	-----

1. Begrijpen mensen met autisme metaforen?	131
2. Andere beperkingen om rekening mee te houden	133

HOOFDSTUK 3	
WAT ZORGT ERVOOR DAT IMPACT TECHNIQUES WERKEN BIJ MENSEN MET AUTISME?	137
1. Aansluiten bij de behoeften van mensen met autisme	137
2. Aansluiten bij denkstijlen	139
3. Aansluiten bij interesses	140
HOOFDSTUK 4	
WELKE IMPACT KUNNEN WE VERWACHTEN?	143
HOOFDSTUK 5	
IMPACT VERGROTEN	147
1. Impact vergroten door contextverheldering	147
2. Impact vergroten door actief te werken aan toepassing in de eigen situatie	149
HOOFDSTUK 6	
AUTISMEVRIENDELIJKE IMPACTTECHNIEKEN	153
HOOFDSTUK 7	
VIGNETTEN	155
1. Bescherming van een tamme kastanje	155
2. Bondgenoten	158
3. Buitenspel	161
4. De leeftijden van een knikker	164
5. Haat als medicijn	166
6. Gewichtige ballonnen	168
7. Gedachtewolkjes	171
8. Kruispunt of rotonde	174
LITERATUUR	179
DANKWOORD	183
PERSONALIA	185

DEEL I.

UITGANGSPUNTEN
VAN IMPACT
TECHNIQUES EN DE
ZOEKTOCHT NAAR
WETENSCHAPPELIJKE
ONDERBOUWING

DEEL I. UITGANGSPUNTEN VAN IMPACT TECHNIQUES EN DE ZOEKTOCHT NAAR WETENSCHAPPELIJKE ONDERBOUWING

- HOOFDSTUK 1. Vooraf een waarschuwing: het *sudden impact syndrome*
- HOOFDSTUK 2. Enige reflecties met betrekking tot de opzet van dit boek
1. Psychotherapie: van impasse naar verandering
 2. Evoluties in de psychotherapeutische praktijk
 3. Evidence based psychotherapy en de kunst van beïnvloeden
- HOOFDSTUK 3. Over Impact Techniques
- HOOFDSTUK 4. Klinische vragen en beschikbare evidentie (Rogiers, Van den Abbeele & Callens)
- HOOFDSTUK 5. De relatie tot de opzet: het in scène zetten van problemen

DEEL II. IMPACTENSCENERINGEN IN DE PRAKTIJK

DEEL III. HEBBEN IMPACT TECHNIQUES OOK IMPACT OP MENSEN MET EEN AUTISMESPECTRUMSTOORNIS?

hoofdstuk 2

ENIGE REFLECTIES MET BETREKKING TOT DE OPZET VAN DIT BOEK

1. PSYCHOTHERAPIE: VAN IMPASSE NAAR VERANDERING

Mensen die een psychotherapeut consulteren doen dat niet in de eerste plaats omdat ze klachten hebben. Er zijn immers voldoende mensen met klachten die niet consulteren. Mensen doen een beroep op een psychotherapeut omdat ze klachten hebben en bovendien in een impasse zitten. Die impasse kan te maken hebben met hoe de persoon in kwestie naar zijn klachten en andere aspecten van zijn leven kijkt, of dat hij beschikt over een eerder beperkt gedragsrepertoire. Elke vorm van psychotherapie heeft de ambitie dat er door de contacten met de psychotherapeut iets bij de persoon (of zijn omgeving) verandert. Psychotherapie heeft ‘verandering’ tot doel en juist daar ligt de moeilijkheid, maar ook de uitdaging en de bevrediging van een succesvolle psychotherapie. De weg naar verandering is echter bezaaid met talrijke obstakels.

Een eerste obstakel is overzicht en inzicht krijgen. Zeker voor mensen met een ernstige problematiek is het niet altijd vanzelfsprekend om de verbanden te zien tussen de verschillende klachten onderling en bovendien ook nog eens de functie van die klachten te zien binnen hun coping met diezelfde klachten, met de totale constellatie van overbelasting, de vermindering van hulpbronnen en de aard van het beestje. Als de therapeut en de patiënt een duidelijke ziektheorie kunnen construeren, dan zorgt dat voor het nodige uitzicht. Het is vaak een eerste uitweg uit demoralisatie en impasse. Succesvolle therapeuten onderscheiden zich wellicht van minder succesvolle collega's doordat ze er onder meer in slagen om een duidelijke ziekte- en behandelingstheorie te formuleren. Het is als therapeut dan ook altijd een zoektocht naar middelen om die boodschappen zo effectief mogelijk over te brengen. Een transparante en coherente rationele uitleg heeft daarbij niet altijd de meeste kans op succes.

Marc is een dertiger die altijd heel snel zijn oordeel over andere mensen klaar heeft. Voor hem is het gedrag van zijn medemensen zo klaar als een klontje: ze zijn er altijd op uit om hem te vernederen en te 'pakken'. Hij reageert dan vaak door ze onderhuidse steken te geven, maar dat heeft wel een desastreus effect op zijn relaties. Hij voelt zich erg eenzaam in een wereld waarin je niemand kunt vertrouwen.

Als therapeut zou je Marc kunnen confronteren met zijn rigide kijk en hem wijzen op het effect van zijn gedrag. De kans is dan reëel dat Marc zal reageren dat hij echt wel mensenkennis heeft en dat hij, in ieder geval met betrekking tot de mensen die hij ontmoet heeft, het bij het rechte eind had. Daarop zou de therapeut dan weer kunnen reageren door het fenomeen van de selffulfilling prophecy uit te leggen, waarop de patiënt dan weer zou kunnen reageren ...

In dit geval beslist de therapeut om Marc iets duidelijk te maken via een omweg. Hij maakt daarbij gebruik van de bekende afbeelding en vraagt Marc wat hij ziet.



Marc had er niet veel moeite mee om zijn ex-schoonmoeder te herkennen. Het vroeg heel wat meer inspanning om de jonge vrouw te ontdekken. Nadien volgde een gesprek over te snel conclusies trekken ('Ik heb het gezien: mijn ex-schoonmoeder') en hoe moeilijk het was om ook de jonge vrouw te zien. Hoe andere mensen net omgekeerd waarnemen en hoe je zou kunnen uitmaken wie van beiden 'gelijk' heeft.

Dat is een andere manier van invloed uitoefenen. In plaats van de patiënt rationeel en verbaal te overtuigen, brengt de therapeut de patiënt in een situatie waarin hij wordt uitgenodigd om nieuwe ervaringen op te doen die zijn gewone manier van kijken ontwrichten.

Een andere hinderpaal op weg naar verandering is dat mensen op tal van vlakken gewoontedieren zijn. Perceptuele en cognitieve constructen en gedragspatronen hebben in het verleden een functie gehad en kunnen niet zomaar opgegeven worden.

Marie heeft in haar jeugd een aantal nare ervaringen gehad met haar vader. Telkens als hij gedronken had en erg lief tegen haar deed, wist ze dat ze hem die nacht in haar kamer mocht verwachten. Toen ze, na dit lange tijd verdragen te hebben, haar moeder op de hoogte bracht, kreeg ze heel wat verwijten te horen. Met als toppunt dat ze het verhaal verzoon om zich interessant voor te doen. Marie leerde op die manier een aantal fundamentele lessen: degenen die je moeten beschermen, laten je in de steek. Wees alert op een adem die naar alcohol ruikt. Vertrouw geen mannen die lief voor je zijn. Als ze al die regels in acht neemt, verkleint ze daarmee de kans dat ze nog gekwetst wordt. Maar net als elk mens verlangt Marie naar datgene waar ze net zo bang voor is: affectie en genegenheid. Hoe doe je dat, je geven aan iemand zonder ook maar enigszins het risico te lopen dat je weer misbruikt wordt?

Het gebeurt wel vaker dat de patiënt hoopt van zijn klachten verlost te worden zonder zelf al te veel te moeten opgeven of risico te lopen. Er wordt dan gehoopt op een psychologisch equivalent van een chirurgische ingreep: neem mijn klachten weg en laat me verder doen zoals ik bezig was. De patiënt uit die niet-constructieve positie krijgen, is dan vaak ook een hele opdracht. Soms verweren therapeuten zich dan met de concepten 'weerstand' en 'gebrek aan motivatie'. Hoewel die concepten een zekere verdienste kunnen hebben (niet in het minst als verdediging van het eigen ego van de therapeut), speelt ook de houding en het handelen van de therapeut zeker een rol bij het in beweging krijgen van de patiënt. En ook hier kan het nuttig zijn dat de therapeut de flexibiliteit heeft om terug te vallen op verschillende didactische interventies. Een ervan proberen we duidelijk te maken via de bijgaande illustratie. Samen met de patiënt kan de therapeut dan via de poppetjes nagaan wat er moet gebeuren om die twee bij elkaar te laten komen en wat daar allemaal bij komt kijken.

DEEL II.

IMPACTENSCENERINGEN IN DE PRAKTIJK

DEEL I. UITGANGSPUNTEN VAN IMPACT TECHNIQUES EN DE ZOEKTOCHT NAAR WETENSCHAPPELIJKE ONDERBOUWING

DEEL II. IMPACTENSCENERINGEN IN DE PRAKTIJK

HOOFDSTUK 1. Vignetten

1. Chinese vingervallen
2. Quinten of de kleurrijke steen onder de beker
3. De papierproppen van Zoë. Wat wil ik doen met mijn kwaadheid?
4. Handen die grijpen
5. Rouwen kan met hoekjes
6. Het gescheurde papier van Dido
7. Het boek van Olga
8. Kreuken blijven kreuken
9. Er zit meer in een fruitella dan je denkt
10. Behoeftte aan bevestiging: het vullen van een beker met gaatjes is onbegonnen werk
11. Het levensboek van Laetitia. Een eenmalige sessie
12. De kracht van de zandkorrel
13. Moet de bloem zijn bestaansreden bewijzen?
14. Vraag het Zandar
15. Doorzetten en judo
16. Lize of het gewicht van lastige gewoonten
17. Verwar de beker niet met wat eronder zit
18. De waarde van een vijfereobiljet
19. Hoe bescherm je een gescheurde beker?
20. In de hoek
21. De wijsheid van de sjaal
22. Impact op langere termijn?

HOOFDSTUK 2. Een model voor ziekte- en aansluitende behandelingstheorie

HOOFDSTUK 3. Het boek van het leven

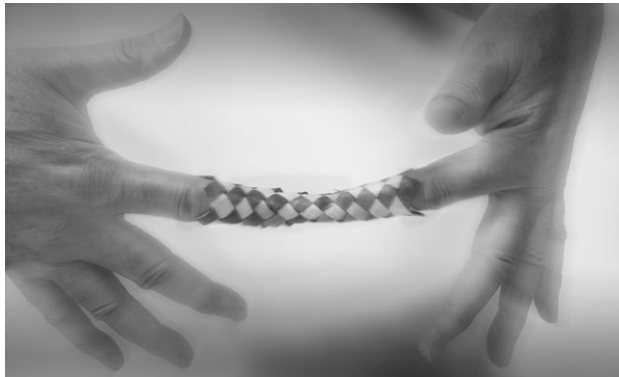
HOOFDSTUK 4. Afscheidsritueel in vitro bij gecompliceerde rouw

DEEL III. HEBBEN IMPACT TECHNIQUES OOK IMPACT OP MENSEN MET EEN AUTISMESPECTRUMSTOORNIS?

hoofdstuk 1

VIGNETTEN

1. CHINESE VINGERVALLEN



Het werk van Watzlawick et al. (1994) was om meer dan één reden belangrijk voor de psychotherapie. Een van de meest leerrijke inzichten die ik opdeed, was het feit dat mensen bij het zoeken naar een oplossing van een probleem soms klem komen te zitten door steeds meer van hetzelfde te proberen. En laat het duidelijk zijn: hoe meer je van hetzelfde doet, hoe meer je van hetzelfde krijgt, en daar zit vaak de reden waarom problemen blijven bestaan. Bijvoorbeeld: Eric heeft een nieuwe vriendin. Bij het eerste seksuele contact is hij wat angstig en hij constateert dat hij heel snel klaarkomt. Bij de volgende horizontale activiteit probeert hij zichzelf nog meer te controleren en zijn ejaculatie uit te stellen. Tot zijn grote verbijstering wordt hij daardoor zo gespannen dat hij nog sneller klaarkomt. Misschien denkt hij vervolgens: ik moet me de volgende keer focussen op mijn werk. Doordat Eric controleverlies ervaart, probeert hij het probleem op te lossen door nog meer controle te krijgen. Watzlawick vergeleek dat met autorijden. Als je op een bepaald moment harder wilt rijden, los je dat niet op door het gaspedaal harder in te duwen. Daar zit een grens op. Je moet ook schakelen. Kunnen loslaten is een uitdrukking die patiënten de laatste jaren steeds vaker gebruiken. Mensen met een rigide probleemoplossingsaanpak

proberen soms hardnekkig steeds beter hun best te doen, waardoor ze een averechts effect bereiken.

Een manier om te illustreren dat een probleemoplossing in de stijl van ‘steeds meer van hetzelfde’ erg inefficiënt kan zijn, leerde ik op een workshop rond ACT. De workshopleider gaf ons een vingerval. Sindsdien behoort dit object tot het vaste instrumentarium van een aantal bevriende collega’s.

Laat de patiënt zijn vingers in het gevlochten buisje steken. Hij krijgt dan de opdracht om zich los te maken. Mensen hebben de spontane neiging om beide vingers van elkaar weg te bewegen, waardoor ze zich vaster trekken. De oplossing krijg je hieronder mee, zodat je patiënten niet mét vingerval hoeven te ver trekken. Dat overkomt wel eens de ‘beste’.

Boodschap	Als je op een of andere manier vast komt te zitten, lijkt de spontane beweging ‘harder je best doen’, ‘nog meer controle’, ‘vasthouden aan wat je hebt’
Therapeutische Interventie	Vraag de patiënt beide wijsvingers zo ver mogelijk in het buisje te steken. Geef hem dan de opdracht om zich weer los te maken.
Onmiddellijk observeerbare reactie	Vaak zie je patiënten hardnekkige pogingen ondernemen om zich te bevrijden. Bij krachtpatsers willen de vallen wel eens scheuren (hoewel zeldzaam). Je ziet vaak de verwondering. Zeker als ze nadien merken hoe ze zich makkelijk kunnen bevrijden door de vingers naar elkaar toe te bewegen. Meestal stel ik wat vragen in de trant van: Herken je dit? Hoe zou je dat kunnen toepassen op jouw probleem? Wat zou dat betekenen voor ... (bijvoorbeeld het loslaten van controle)? Wat zou je dan doen dat je nu niet doet? De vingerval geef ik mee als souvenir.
Effect nadien	Het effect van de vingerval is vaak niet zo beklijvend als andere technieken die we hier beschrijven. Wellicht heeft dat te maken met het feit dat de emotie die ermee gepaard gaat, meestal niet zo intens is. Het is wel handig om later nog regelmatig naar de vingerval te verwijzen als het failliet van de ‘meer van hetzelfde’-oplossing ter sprake moet komen.

2. QUINTEN OF DE KLEURRIJKE STEEN ONDER DE BEKER



Soms worden mensen dermate in beslag genomen door hun ziekte, dat hun dagelijks leven er bijna volledig door bepaald wordt. Leuke dingen ondernemen, nuttige activiteiten uitvoeren, handelen volgens je talenten en wat je belangrijk vindt: het verdwijnt steeds meer uit het handelingsrepertoire en daarmee ook uit het leven van de patiënt. Vanuit de *behavioral activation* (Kanter et al., 2009) ga ik ervan uit dat het wegvallen van plussituaties – die ingeruild worden voor negatieve prikkels – aanleiding geven tot depressieve reacties. Hoe meer er van het normale sociale leven verdwijnt, des te meer de identiteit ook bepaald wordt door wat er zich nog in de leefwereld bevindt. Als dus een groot deel van je leven georganiseerd is rond je ziekte of klacht, is het ook vanzelfsprekend dat dit een impact heeft op je denken, voelen en doen en dus je identiteit en de manier waarop je naar jezelf en anderen kijkt.

Ik teken dan wel vaker die situatie uit voor patiënten. Meestal teken ik dan een cirkel (de leefwereld), met daarin een mannetje. Binnen de cirkel worden er plus- en mintekens gezet, met de boodschap dat die plussen en minnen invloed hebben op het denken, voelen en doen voor de mens in kwestie. Gesymboliseerd door pijlen te trekken van de plussen en minnen naar het hoofd en het hart. Dat gebeurde ook met Quinten. Vanwege herhaalde depressies was hij meerdere keren opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen. Dat had mede geleid tot een nieuwe identiteit: ADHD, autistiforme trekken, endogene depressie en bipolaire stoornis type II waren de diagnoses die hij op zijn tocht door de psychiatrie verzameld had. Parallel hiermee was een aantal positieve en ‘normale’ dingen

uit zijn leven verdwenen: de herhaalde ECT-behandelingen hadden zijn geheugenfunctie aangetast, waardoor zijn werk op de helling kwam te staan. Hij overwoog zijn job in te ruilen voor werk in een beschutte werkplaats en hij leefde volgens een begeleidwonenformule. Het trieste verhaal wordt onderbroken door zijn verhaal over zijn vroegere hobby: paardrijden. Dat betekende zoveel voor Quinten: het overwinnen van zijn angsten, met anderen tochten maken met de paarden, samen naar evenementen gaan. Toen een vriend ten val kwam en zijn rug brak, hield Quinten het paardrijden voor gezien. Uit zijn hele non-verbale gedrag op dat moment in het gesprek blijkt dat hij erg genoot. Ik bedenk hoe een aantal van de gezonde elementen in het functioneren van die man bedolven zijn geraakt onder de talrijke psychiatrische diagnoses.

Boodschap	Leef je leven in overeenstemming met je talenten en deskundigheid en wat je plezier of betekenis in het leven oplevert.
Therapeutische Interventie	Ik neem een kleurrijke steen ('Dat is de kleurrijkdom van je persoonlijkheid') en leg hem onder een bekertje. 'Dat is wat er gebeurde door je herhaalde opnames in de psychiatrie. Je leven werd steeds meer georganiseerd rond bezoeken aan dokters, het slikken van nuttige medicijnen en opnames. Tegelijkertijd trok jij je steeds meer terug uit de normale dingen die mensen doen: werken, een relatie hebben, stappen met vrienden. Je leven is grotendeels gevuld met dingen die in verband staan met je ziekte. En dan krijg je dit.' Ik til even de beker op en zet hem onmiddellijk weer terug. 'Je ziet alleen maar dit. Waar we naartoe moeten, is dit', en vervolgens leg ik de kleurige steen op het blad dat ik voordien getekend had (zijn wereld met een icoontje van een mens daarin).
Onmiddellijk observeerbare reactie	De man die tot dan toe zichzelf karakteriseerde als een machine met een defect en die in elk therapieonderdeel zeer rationaliserend sprak over zichzelf, valt stil. Hij kijkt gebiologeerd naar het blad en het ei, slikt en krijgt tranen in de ogen. 'Ik ben ontroerd,' zegt hij, 'de boodschap is duidelijk. Ik kreeg even weer voeling met wat er vroeger was.' We spreken af dat de volgende gesprekken niet verder zullen gaan over diagnoses en wat er allemaal fout loopt, maar dat we actief zullen zoeken naar 'een vervanging voor de paarden'.
Effect nadien	Quinten en ik verwijzen vaak naar dit beeld als een belangrijk issue in zijn leven. Later, bij het ontslag, geeft hij aan dat deze sessie hem iets belangrijks had geleerd. Hij had begrepen dat hij zich niet hoefde blind te staren op het oplossen van wat zijn beperking bleek, maar dat het zeker even belangrijk was om aandacht te geven aan het leven daarnaast en dat dit meer perspectieven gaf.

3. DE PAPIERPROPPEN VAN ZOË. WAT WIL IK DOEN MET MIJN KWAADHEID?



In de vroege dagen van de gedragstherapie gebeurde het wel vaker dat de therapeut gedrag exploreerde door *in real life*-omstandigheden te observeren. De gedragstherapeut verliet zijn gesprekskamer en liep mee met de patiënt naar de plaatsen die hij vermeed, of hij observeerde het compulsieve gedrag in de leefruimte van de patiënt. Hoewel zeer leerrijk, wordt die strategie steeds minder toegepast.

Als we al pratend emoties observeren, lopen we het gevaar dat we die emoties rationaliseren. We kunnen echter ook emoties exploreren door ze te laten ervaren. Daarvoor gebruiken therapeuten wel vaker visualisaties. De therapeut vraagt aan de patiënt de ogen te sluiten en terug te keren naar een moment en een plek waar hij de emotie ervoer. Een therapeut kan ook nagaan hoe mensen met hun emoties omgaan door de emotie in scène te zetten en de patiënt te laten handelen met de ‘gematerialiseerde emotie’. Dat gebeurde in een sessie met Zoë, die haar woede torst als een zware last en daar ‘iets wil mee doen’.

Zoë is als baby geadopteerd. Ze is van Afrikaanse origine. Op volwassen leeftijd is ze haar biologische moeder gaan opzoeken. Van haar vernam ze dat haar vader ook gemengd bloed in de aderen had: half Maori, half Schot. Ze is al enige tijd in behandeling. Single, 36 jaar.

De relatie met haar adoptieouders kun je moeilijk een succes noemen. Vader was een veeleisende man die haar telkens publiekelijk vernederde wanneer ze fouten maakte. Dit doet hij overigens nog altijd. Het contact met haar adoptie moeder was extreem gewelddadig. Het enige fysieke contact dat Zoë ooit met

haar had, was in de vorm van schoppen en slagen. Zoë beschikt over een uitzonderlijk overlevingstalent. Ik ervaar haar als een heel begaafde vrouw die haar verschillende talenten amper durft te ontginnen. Haar leefregel lijkt te zijn: 'Als je maar voldoende low profile blijft, kun je niet falen.' Daarmee doet Zoë zichzelf en haar mogelijkheden onrecht aan. Ze is immers tot meer in staat. En dat blijkt ook: als ze op latere leeftijd universitair studeert, slaagt ze steeds met mooie cijfers, zonder al te veel inspanning.

Op een bepaald moment in de begeleiding brengt Zoë in dat ze met enorm veel woede blijft zitten. 'Mijn woede is net als mijn overgewicht', zegt ze, 'ik gun mijn ouders niet dat ze zouden kunnen zeggen dat ze trots zijn op mij. Ze zouden in staat zijn om het als hun verdienste te zien.' Overigens ontkennen de ouders nu dat ze ooit geweld hebben gebruikt.

Op het moment dat ik spreek over woede afgeven, merk ik dat haar handen vuisten maken. Ik stel voor om samen te onderzoeken wat ze met die woede verder wil doen. Om haar iets tastbaars mee te kunnen geven, besluit ik gebruik te maken van papier, zonder vooraf duidelijk een plan te hebben. Ik neem me voor te reageren op wat ze inbrengt. Het lijkt boeiend om via papier haar kwaadheid en de relatie die ze met die emotie heeft, gestalte te geven. Ik denk daarbij aan het spreekwoord 'De plooiën gladstrijken' en besluit kwaadheid te visualiseren via een prop en 'kwaadheid een plaats geven' te zien als een gladgestreken vel.

Boodschap	Je woede is iets wat je niet kwijtraakt, maar misschien ook bij je wilt houden.
Therapeutische Interventie	Ik neem een A4-blad, verfrommel het en stop het in Zoë's handen. Ze reageert onmiddellijk: 'Dat is te klein.' Ik doe er een tweede blad omheen en stop de prop weer in haar handen. Ze lijkt de prop nog kleiner te maken. Plotseling pak ik onverwacht de prop. Ze kijkt verbaasd. Ze zegt dat ze die woede niet wil afgeven. Ik neem een glad blad papier en geef het haar. 'Dat stelt het gevoel voor dat je de kwaadheid kunt loslaten', zeg ik. 'Dat wil ik niet', geeft ze aan. 'Het is glad, A4 is standaard. Ik wil niet standaard zijn.' Quasi onmiddellijk gooit ze het blad op de werktafel. 'Dus toch dit?', vraag ik haar. 'Ja,' zegt ze, 'dan liever die dikke prop dan zo'n vlak blad.' Ik beseft de zwart-witdimensie in haar denken.
	Ik vraag haar prop terug: 'We kunnen ook dit doen', strijk vervolgens de vouwen glad en overhandig haar het resultaat. 'No way', reageert ze, 'dat is het niet, je blijft verfrommeld. Noch vis noch vlees.' Ik vraag de prop terug: 'Dit kunnen we ook doen.' Ik haal de prop uit elkaar en maak er twee proppen van. 'Je zou er een kunnen houden en nadenken wat je met de andere wilt doen.'

Onmiddellijk observeerbare reactie	Zoë kijkt me peinzend aan en zegt dan: 'Ik zou er mijn kat mee kunnen laten spelen.' Daarop wordt de sessie afgesloten met de opdracht te noteren wat ze met de proppen verder zou kunnen doen.
Effect van de interventie	De volgende consultatie zegt ze dat beide papierproppen in de hoek van de keuken een plaats hebben gekregen. Voorlopig blijven ze daar liggen. Ze wil nu werk maken van de PTSS. Daarop vindt een EMDR-behandeling plaats, waarbij heel wat agressieve emoties opkomen. Tijdens de week die daarop volgt, vertelt Zoë me dat ze de proppen in een lade heeft gelegd.
Nadien	De proppen komen in elk gesprek wel even ter sprake. Zo vertelt ze dat ze op een bepaald moment moest lachen met haar proppen. Ze vroeg zich af hoe lang ze haar kwaadheid bij haar wilde houden. Tijdens een meditatie-week hoort ze hoe boeddhisten met woede omgaan. Enkele dagen later gooit ze een prop weg. Ze twijfelt of ze de tweede ook zal weggooien, maar volgt haar gevoel en laat de prop in de lade liggen. Na enkele sessies rescripting geeft ze aan dat ze geleidelijk aan merkt hoe haar houding tegenover haar ouders verandert. Ze blijft het vreselijk vinden wat ze haar hebben aangedaan, maar ze lijkt meer begrip te kunnen opbrengen. Ze definieert haar ouders nu als pedagogisch ondeskundig en schrijft de mishandeling niet langer toe aan haar eigen falen.



© Roland Rogiers, Dirk Van den Abbeele, Sylvie Carette, Rianne Jansen
© Academia Press
P. Van Duyseplein 8
9000 Gent
Tel. 09 233 80 88
info@academiapress.be
www.academiapress.be

Uitgeverij Academia Press maakt deel uit van Lannoo Uitgeverij,
de boeken-en multimediadivisie van Uitgeverij Lannoo nv.

Roland Rogiers, Dirk Van den Abbeele, Sylvie Carette, Rianne Jansen
Impacttechnieken. Encscenering in de hulpverlening
Gent, Academia Press, 2017, 188 p.

Vormgeving en opmaak: Studio Lannoo en Jurgen Leemans
Foto's: Dirk Van den Abbeele

ISBN 9789038225913
D/2016/4804/048
NUR 770

Niets uit deze uitgave mag worden vereenvoudigd en/of vermenigvuldigd door middel van druk, fotokopie,
microfilm of op andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.